

**Komplizierte Trauer nach elterlichem Verlust:
Psychische Gesundheit von Jugendlichen in Ruanda,
testtheoretische Güte eines neuen Trauerinstruments und
Effektivität einer Schreibintervention**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

Vorgelegt von
Johanna Unterhitzenberger
aus
München

München, 2012

Referent: Prof. Dr. Rita Rosner

Korreferent: Prof. Dr. Angelika Speck-Hamdan

Tag der mündlichen Prüfung: 02. Juli 2012

Eine Hungersnot geht vorüber, ein begangenes Unrecht nie.

-Ruandisches Sprichwort-

*Hoffnung ist nicht Optimismus,
nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht,
sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat,
ohne Rücksicht darauf,
wie es ausgeht.*

-Vaclav Havel-

DANKSAGUNG

Mein erster und größter Dank gilt Rita Rosner, meiner Chefin und Doktormutter, die auf unheimliche Art und Weise sehr stark an mich glaubt und mir Dinge zutraut, die ich mir selbst nicht zutrauen würde. Danke für die all die Möglichkeiten, die du mir bislang aufgezeigt hast. Ich sehe dich nicht nur auf beruflicher Ebene als ein großes Vorbild.

Ich möchte mich sehr herzlich bei Frau Prof. Speck-Hamdan bedanken, die mir sehr entgegen gekommen ist, Interesse an meiner Arbeit gezeigt und sich zur Begutachtung bereit erklärt hat.

„Freundschaft, das ist wie Heimat.“ (K. Tucholsky) Danke an meine Freundinnen für die Unterstützung während der ganzen Zeit und von Anfang an – ihr seid immer für mich da. Und besonderer Dank an die Freundinnen, die sich erbarmt haben, mit Korrekturen sehr viel zu der Arbeit beizutragen: die Uni geht, die Freundschaft bleibt.

„Liebe ist dem geliebten Wesen recht geben, auch wenn es unrecht hat.“ (C. Peguy) Hannes, du weißt, wie sehr du mir geholfen hast. Danke für deine Geduld, Motivation und Liebe.

„Heimat ist da, wo man sich nicht erklären muss.“ (J. G. von Herder) Meiner Familie danke ich dafür, dass ihr immer für mich da seid und mich immer unterstützt, meinen Weg zu gehen. Auch, dass ihr mich immer wieder habt ziehen lassen, obwohl ihr euch bestimmt große Sorgen gemacht habt, wenn ich in Afrika unterwegs war.

Ich danke Pater Hermann Schulz, dass er mir vertraut hat und mir seine Jugendlichen anvertraut hat. Sie bewirken Großes in Ruanda, ich hoffe Sie lassen sich nie entmutigen!

My dear colleagues and friends in Musha, thank you for your warm welcome and for treating me like was one of your team. Thank you Goretti and Valentine for being real friends. Richard and Claudien, you did a great job translating the questionnaire and the writing instruction – thank you so much. Last but not least the most important people who made this project huge and possible: My biggest respect and admiration for the effort of all adolsecents participating in this study– murakoze cyane!

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Erworbenes Immundefektsyndrom)
APA	American Psychological Association
BLLV	Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband
CTG	Childhood Traumatic Grief (Traumatische Trauer in der Kindheit)
DSM-III	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 3. Auflage
DSM-IV-TR	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage, Textrevision
EDP	Emotional Disclosure Paradigma (Paradigma der emotionalen Öffnung)
ESKM	Ecole Secondaire Saint Kizito Musha (Schule Musha, Ruanda)
HJSK	Hameau des Jeunes Saint Kizito (Waisendorf Musha, Ruanda)
IASC	Inter-Agency Standing Committee
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies
KG	Kontrollgruppe
KIDNET	Narrative Expositionstherapie für Kinder
KIST	Kigali Institute of Science and Technology (Technische Universität Kigali, Ruanda)
KT	Komplizierte Trauer
KTK	Komplizierte Trauer in der Kindheit
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
MD	Major Depression
MRND	Mouvement républicain national pour la démocratie et le développement (Nationale Revolutionsbewegung für Entwicklung)
NET	Narrative Expositionstherapie

PGD	Prolonged Grief Disorder (Verlängerte Trauerstörung)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RPF	Rwandese Patriotic Front (Ruandische Patriotische Front)
SG	Skala Sekundäre Gefühle
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TG-CBT	Traumatic grief cognitive behavioral therapy (Kognitive Verhaltenstherapie für traumatische Trauer)
TF-CBT	Trauma focused cognitive behavioral therapy (Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie)
TPO	Transcultural Psychosocial Organization
TS	Triviale Schreibgruppe
TSCH	Skala Trennungsschmerz
UCLA	University of California Los Angeles
UG	Untersuchungsgruppe
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 2.1	Demografische Studien zur Situation von Waisen in Afrika.	8
Tabelle 2.2	Psychische Gesundheit in Waisenkindern.	12
Tabelle 3.1	Diagnostische Kriterien für Komplizierte Trauer nach Horowitz et al. (1997) und für Traumatische Trauer nach Prigerson et al. (1999).	24
Tabelle 3.2	Diagnosekriterien für Prolonged Grief Disorder nach Prigerson, Horowitz et al. (2009) und Complicated Grief nach Shear et al. (2011).	26
Tabelle 3.3	Empirische Studien zu Komplizierter Trauer in der Kindheit. Studie, Erscheinungsjahr, Zeit seit Verlust, Größe und Alter der Stichprobe, Verfahren zur Erhebung der Trauer, Reliabilität und Validität des Verfahrens, Prävalenz von KTK (%), Korrelationen zu anderen Störungen und Verlust durch Gewalt (%).	37
Tabelle 4.1	Geschlecht, Religion und Wohnort der Probanden (Häufigkeit, %).	56
Tabelle 4.2	Alter und Schulbesuch der Probanden in Jahren (M, SD).	56
Tabelle 4.3	Jahr, Erwartung des Todes, Kommunikation über Tod.	58
Tabelle 4.4	Voraussetzungen für die Faktorenanalyse.	64
Tabelle 4.5	Eigenwerte und Varianzaufklärung von Faktoren mit Eigenwert > 1.	64
Tabelle 4.6	Items und ihre Ladungen auf den Faktoren.	66
Tabelle 4.7	Theoretische Dimension, zugeordnete Items, ladender Faktor (Ladung).	68
Tabelle 4.8	Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Breite der Antwortskalen, Popularitätsindizes, korrigierte Itemtrennschärfen für Likertskalierte Items.	70
Tabelle 4.9	Faktor, Item, Cronbachs α , quadrierte multiple Korrelation, interne Konsistenz wenn Item entfernt bei Items des TFKJ.	73
Tabelle 4.10	Interne Konsistenz, quadrierte multiple Korrelation, interne Konsistenz wenn Item entfernt bei Items des M.I.N.I. kid Teil A.	75
Tabelle 4.11	Kreuztabelle mit % (N) der theoretischen Diagnosekriterien (nach Cohen et al., 2006) und der Summenscore Festlegung (nach Layne et al., 2001).	77
Tabelle 4.12	Fläche unter Kurve, Standardfehler, asymptotische Signifikanz und asymptotisches Konfidenzintervall für die ROC-Kurve.	79
Tabelle 4.13	Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeit und t-Werte von Depressions- und Suizidscores im Gruppenvergleich Diagnose KTK versus keine Diagnose.	80
Tabelle 4.14	Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeit und t-Werte von Beeinträchtigungsscores im Gruppenvergleich Diagnose KTK versus keine Diagnose.	80
Tabelle 4.15	Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeit und t-Werte von Hilfesuchscores im Gruppenvergleich Diagnose KTK versus keine Diagnose	81
Tabelle 4.16	Korrelationskoeffizienten nach Pearson für den Zusammenhang zwischen M.I.N.I. kid und TFKJ-Summenscores.	81

Tabelle 4.17	Korrelationskoeffizienten nach Pearson für den Zusammenhang zwischen Funktionsbeeinträchtigung und TFKJ-Summenscores.	83
Tabelle 4.18	Korrelationskoeffizienten nach Pearson für den Zusammenhang zwischen Hilfesuchverhalten und TFKJ-Summenscores.	83
Tabelle 4.19	Partialkorrelationen mit Kontrolle auf Depression für den Zusammenhang von Suizidgedanken und Funktionsbeeinträchtigung mit dem TFKJ-Summenscore.	84
Tabelle 4.20	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich gewaltsamer versus nicht gewaltsamer Verlust.	85
Tabelle 4.21	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich erwarteter versus nicht erwarteter Verlust.	85
Tabelle 4.22	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich einfacher versus doppelter elterlicher Verlust.	86
Tabelle 4.23	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich weibliches versus männliches Geschlecht.	86
Tabelle 4.24	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich Waisenhaus versus Verwandte.	87
Tabelle 4.25	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich ältere versus jüngere Jugendliche.	88
Tabelle 4.26	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich Depression positiv versus negativ.	88
Tabelle 4.27	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich Komorbidität versus keine Komorbidität.	89
Tabelle 4.28	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich Suizidgedanken versus keine Suizidgedanken.	89
Tabelle 4.29	Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich Beeinträchtigung versus keine Beeinträchtigung	90
Tabelle 4.30	Zusammenfassung der multiplen linearen Regressionsanalyse mit der AV Summenscore Trauer t_1 für die Variablen Art, Erwartung und Anzahl der Verluste, Geschlecht, Wohnsituation und Alter zur Vorhersage von KTK.	91
Tabelle 5.1	Komponenten der TG-CBT nach Cohen et al. (2006).	110
Tabelle 5.2	Effektstärken (g) von Trauerinterventionen bei Kindern und Jugendlichen nach Studiendesign, Anzahl der Studien nach Rosner et al. (2010).	114
Tabelle 5.3	Anzahl integrierter Studien, Effektstärke gesamt und psychische Gesundheit für alle Metaanalysen.	119
Tabelle 5.4	Studie, Erscheinungsjahr, Stichprobengröße und -durchschnittsalter, Studiendesign, Thema und Rhythmus des Schreibauftrages, Ergebnis bzgl. Trauer.	123
Tabelle 5.5	Handlungsplan für mentale Gesundheitsnotfälle nach Mollica et al. (2004) und Leitprinzipien nach Schauer & Schauer (2010).	130
Tabelle 5.6	Inhalte der KIDNET-Sitzungen nach Ruf et al. (2008).	135
Tabelle 6.1	Soziodemografische Charakteristika der Untersuchungs-, trivialen Schreib-, Kontrollgruppe, Gruppenvergleich und α -Fehlerwahrscheinlichkeit.	143

Tabelle 6.2	Mittlere Summenwerte der Untersuchungs-, trivialen Schreib-, Kontrollgruppe auf TFKJ und M.I.N.I. kid A.	144
Tabelle 6.3	Summenscore auf dem TFKJ der UG zu Prä- und Posterhebung.	148
Tabelle 6.4	Summenscore auf dem M.I.N.I. der UG zu Prä- und Posterhebung.	149
Tabelle 6.5	Summenscore zur Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der UG zu Prä- und Posterhebung.	150
Tabelle 6.6	Summenscore auf dem TFKJ der UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.	152
Tabelle 6.7	Summenscore auf dem M.I.N.I. der UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.	153
Tabelle 6.8	Summenscore zur Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.	154
Tabelle 6.9	Post-hoc-Test zum Gruppenvergleich Depression bei abhängigen Messungen. Gruppen, mittlere Differenz, Standardfehler und Signifikanz.	156
Tabelle 6.10	Summenscore auf dem TFKJ der Gruppe mit und ohne Diagnose KTK zu Prä- und Posterhebung.	157
Tabelle 6.11	Summenscore auf dem TFKJ der Probanden mit Diagnose KTK nach Untersuchungsgruppen zu Prä- und Posterhebung.	159
Tabelle 6.12	Summenscore der Gruppe mit hohem und niedrigem Summenscore auf dem TFKJ zu Prä- und Posterhebung.	160
Tabelle 6.13	Summenscore auf dem TFKJ der Probanden mit schwerer KTK nach Untersuchungsgruppen zu Prä- und Posterhebung.	162
Tabelle 6.14	Summenscore auf dem M.I.N.I. der Gruppen mit und ohne Diagnose Depression zu Prä- und Posterhebung.	164
Tabelle 6.15	Summenscore auf dem M.I.N.I. der Probanden mit Diagnose Depression der UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.	165
Tabelle 6.16	Moderatoranalyse (gemischtes Design) zur Symptomschwere; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .	169
Tabelle 6.17	Moderatoranalyse (gemischtes Design) zur Symptomschwere Depression; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .	170
Tabelle 6.18	Moderatoranalyse (gemischtes Design) zum Alter; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .	171
Tabelle 6.19	Interaktion von Gruppe, Alter, Testzeitpunkt anhand der Mittelwerte, Standardfehler, 95%-Konfidenzintervall.	171
Tabelle 6.20	Moderatoranalyse (gemischtes Design) zum Geschlecht; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .	172
Tabelle 6.21	Moderatoranalyse (gemischtes Design) zum unerwarteten Verlust; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .	173

Tabelle 6.22	Moderatoranalyse (gemischtes Design) zum Hilfesuchverhalten; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .	173
Abbildung 3.1	Trauerphasen nach Bowlby (1983), Kast (1982), Kübler-Ross (1983) und Znoj (2005).	16
Abbildung 3.2	Trauerphasen nach Spiecker-Verscharen (1992).	18
Abbildung 3.3	Trauerprozess nach Wolfelt (1991) und Worden (1996).	18
Abbildung 3.4	Zusammenspiel von Trauma und Trauer (übersetzt nach Nader, 1997).	30
Abbildung 3.5	Entstehung Komplizierter Trauer in der Kindheit (nach Cohen et al., 2002; adaptiert von Winkler, 2006).	32
Abbildung 4.1	Verluste der Probanden (Häufigkeit in %).	57
Abbildung 4.2	Todesursachen nach Familienmitgliedern (%).	58
Abbildung 4.3	Scree-Plot mit Eigenwerten der Faktoren 1 bis 36.	65
Abbildung 4.4	ROC-Kurve für die Analyse der Summenwerte des TFKJ.	78
Abbildung 4.5	Streudiagramm zur Veranschaulichung des Zusammenhangs zwischen M.I.N.I. kid und TFKJ-Summenscores.	82
Abbildung 4.6	Histogramm der Abweichungen zwischen beobachteten und vorhergesagten Werten.	92
Abbildung 4.7	Streudiagramm mit Regressionsgeraden zur Homoskedastizitätsprüfung.	92
Abbildung 4.8	Streudiagramm zum Zusammenhang des standardisierten geschätzten Wertes und empirisch gemessenen Wertes.	93
Abbildung 5.1	Schreibauftrag der Untersuchungsgruppe nach Pennebaker (1997).	116
Abbildung 5.2	Begriffsmodell der öffentlichen psychosozialen und mentalen Gesundheitsversorgung (modifiziert nach De Jong, 2002).	133
Abbildung 6.1	Flussdiagramm für die eingeschlossenen Probanden im Verlauf der randomisierten Studie (angelehnt an das CONSORT Statement, 2001).	142
Abbildung 6.2	Schreibauftrag für die Untersuchungsgruppe nach dem EDP und für die triviale Schreibgruppe, angelehnt an Pennebaker (1997).	145
Abbildung 6.3	TFKJ-Summenscore der UG zu Prä- und Posterhebung.	149
Abbildung 6.4	M.I.N.I.-Summenscore der UG zu Prä- und Posterhebung.	150
Abbildung 6.5	TFKJ-Summenscore der Gruppen zu Prä- und Posterhebung.	152
Abbildung 6.6	M.I.N.I.-Summenscore der Gruppen zur Prä- und Posterhebung.	154
Abbildung 6.7	Beeinträchtigungsscore der Gruppen zur Prä- und Posterhebung.	155
Abbildung 6.8	TFKJ-Summenscore der Diagnosegruppen zur Prä- und Posterhebung.	158
Abbildung 6.9	TFKJ-Summenscores der Probanden mit Diagnose KTK nach UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.	159
Abbildung 6.10	TFKJ-Summenscores der Probanden mit hohen und niedrigen Werten zu Prä- und Posterhebung.	161

Abbildung 6.11	Individuelle TFKJ-Symptomschwere zu Prä- und Posterhebung der Probanden der UG (N = 23), TS (N =23), KG (N = 23) mit Markierung des Cut-off-Wertes bei 82.5 und verschlechterten Probanden fett markiert.	163
Abbildung 6.12	M.I.N.I.-Summenscore der Diagnosegruppen zur Prä- und Posterhebung.	165
Abbildung 6.13	M.I.N.I.-Summenscores der Probanden mit Diagnose Depression nach UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.	166
Abbildung 6.14	Individuelle M.I.N.I.-Symptomschwere zu Prä- und Posterhebung der Probanden der UG (N = 23), TS (N =23) sowie KG (N = 23) mit Markierung des Cut-off-Wertes bei 20.0 und verschlechterten Probanden fett markiert.	167
Abbildung 6.15	Symptomreduktion der Gruppen mit hoher und niedriger Symptomschwere zu beiden Testzeitpunkten.	169

EXECUTIVE SUMMARY

Rwanda's genocide in 1994 left numerous orphans, who are generally exposed to a large amount of unspecific risk factors. Their main characteristic is the loss of a significant other and the grief accompanying this loss. A high percentage of mourners deal with their grief in a way which we would consider as normal. Nevertheless there are between 5% and 10% who are not able to cope with the loss and develop a pathological phenomena (Prigerson, 2004; Worden, 1996): Complicated Grief. The purpose of this thesis was at first to examine the mental health of 69 adolescents ($M = 16.3$, $SD = 1.17$) living in East Rwanda. To begin with I therefore analysed the *Grief Questionnaire for Children and Adolescents* (Trauerfragebogen für Kinder und Jugendliche, TFKJ) translated into Kinyarwanda to test its statistical quality.

The first part of the empirical study presents the new instrument's test theoretical evaluation: The exploratory factor analysis identified two factors (*Separation Distress, Secondary Emotions*), its reliability as Cronbach's α showed a very good outcome and its validity got proved to a large extend. We also replied the M.I.N.I.'s (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) satisfactory reliability in the new language. Furthermore we succeeded in proving the concept of *Childhood Complicated Grief* (Komplizierte Trauer in der Kindheit, KTK) by finding significant correlations with depressive and suicidal symptoms as well as with impaired daily functioning. As a next step in the broad empirical survey in Rwanda we discovered the following predictors for KTK: Living with relatives (compared to living in an orphanage), diagnosed depression, unexpected loss and loss of both parents. As far as conclusions concerning the diagnosis of KTK are possible, we found KTK on spec in 49% of the orphans. The second goal was then to reduce this immense prevalence – which can nevertheless be expected in a vulnerable population like this – by Pennebaker's emotional disclosure paradigm (EDP), which explains writing as a healing procedure (Pennebaker, 1997).

Due to the writing therapy we succeeded in reducing grief symptoms in all subjects independent of their allocation to either the experimental group (Untersuchungsgruppe, UG) writing about emotions, the trivial writing group (triviale Schreibgruppe, TS), or the non-writing control group (Kontrollgruppe, KG). A continuously significant effect for time was found ($d = 0.23$), which could not be ascribed to the UG.

Orphans with KTK in spec showed significantly better improvements on the TFKJ compared to those without diagnosed KTK ($d = 0.55$). The results concerning depressive symptoms turned out to be surprising: Emotional writers (UG) impaired in contrary to the other writing ($d = -0.27$) or non writing condition ($d = -0.53$). No interaction effect or significance in the rise of symptoms was found. The same tendency was shown in suicidal thoughts. Daily functioning presented a positive outcome with improvements in all groups ($d = 0.11$). There were no moderators of therapy efficiency to be found. However subjects who scored higher than median showed significant better outcomes on the TFKJ at post testing. The result was independent of the experimental condition. Statistically the age of subjects was found to be a moderator by presenting a significant interaction between time, condition and age in the repeated ANOVA. The comparison of means left no senseful interpretation in favor of the EDP though.

Approaches in the research of KTK succeeded in this study. Some limitations like the sample's specificity do not allow conclusions about the concept in general. Further missing follow-up examinations anticipate conclusions about the study's long-term effects. It turned out that Pennebaker's classic paradigm is not the intervention of choice when it comes to grief as it may not provide enough instruction for processing the grief symptoms (Stroebe et al., 2002). Nevertheless presents this result another way to prove the distinctiveness of CG and PTSD. In general our outcomes are consistent with earlier results (Frattaroli, 2006). More research in this field is recommended but together with obligatory diagnostic criteria and evaluated testing instruments. The adolescent orphans showed intense mental stress and hence the indication for interventions could be documented. As the chosen short-time treatment did not result in the expected effects the question for an effective, economic and cultural adapted therapy for KTK remains unclear and to be researched in the future.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VII
EXECUTIVE SUMMARY	XII
1 EINLEITUNG	1
2 HINTERGRUND	3
2.1 RUANDA: GESCHICHTLICHER ABRISS	3
2.2 ZUR SITUATION VON WAISEN IN AFRIKA	6
2.2.1 Demografische Studien	6
2.2.2 Psychische Gesundheit	10
3 VERLUST BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	15
3.1 NORMALE TRAUERREAKTION	15
3.1.1 Phasenmodelle der Trauer	15
3.1.2 Unkomplizierter kindlicher Verlust	18
3.2 KOMPLIZIERTE TRAUERFORMEN	21
3.2.1 Aktueller Forschungsstand	21
3.2.2 Komplizierte Trauer in der Kindheit	29
3.3 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZU KOMPLIZIERTER TRAUER IN DER KINDHEIT	34
3.3.1 Prävalenz Komplizierter Trauer in der Kindheit	34
3.3.2 Komorbide Störungen zu Komplizierter Trauer in der Kindheit	39
3.4 BESONDERHEITEN DES GEWALTSAMEN VERLUSTS DER ELTERN	44
4 UNTERSUCHUNG TEIL 1: TESTTHEORETISCHE EVALUATION DER ERHEBUNG UND EPIDEMIOLOGIE KOMPLIZIERTER TRAUER	48
4.1 ZIELVORSTELLUNG UND HYPOTHESEN	48
4.1.1 Hypothesen Reliabilität	49
4.1.2 Hypothesen Validität	51
4.1.3 Hypothesen Prädiktoren Komplizierter Trauer	52

4.2	METHODE	54
4.2.1	Durchführung der Untersuchung	54
4.2.2	Stichprobe	55
4.2.3	Testverfahren	59
4.2.3.1	Soziodemografische Information	59
4.2.3.2	Trauerfragebogen für Kinder und Jugendliche	59
4.2.3.3	Mini International Neuropsychiatric Interview	61
4.2.4	Datenauswertung	62
4.3	ERGEBNISSE DER TESTTHEORETISCHEN UND EPIDEMIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG	63
4.3.1	Reliabilität	63
4.3.1.1	Faktorenstruktur	63
4.3.1.2	Itemanalyse	69
4.3.1.3	Interne Konsistenz Trauerfragebogen	72
4.3.1.4	Interne Konsistenz M.I.N.I.	73
4.3.2	Validität des Konzeptes der Komplizierten Trauer	75
4.3.2.1	Bestimmung des Cut-off-Wertes	75
4.3.2.2	Vergleich von Personen mit und ohne KTK-Diagnose anhand von Depressionssymptomen	79
4.3.2.3	Vergleich von Personen mit und ohne KTK-Diagnose anhand von Funktionsparametern	80
4.3.2.4	Vergleich von Personen mit und ohne KTK-Diagnose anhand des Hilfesuchverhaltens	81
4.3.3	Validität des Trauerfragebogens für Kinder und Jugendliche	81
4.3.3.1	Zusammenhang der Summenscores von KTK und Depression	81
4.3.3.2	Zusammenhang der Summenscores von KTK und Funktionsbeeinträchtigung	82
4.3.3.3	Zusammenhang der Summenscores von KTK und Hilfesuchverhalten	83
4.3.3.4	Partialkorrelationen bei Kontrolle auf Depression	83
4.3.4	Prädiktoren Komplizierter Trauer	84
4.3.4.1	Gewaltsamer Verlust	84
4.3.4.2	Erwarteter Verlust	85
4.3.4.3	Anzahl Verluste	85
4.3.4.4	Geschlecht	86
4.3.4.5	Wohnsituation	87
4.3.4.6	Alter	87

4.3.4.7	Depression	88
4.3.4.8	Funktionsbeeinträchtigung	89
4.3.4.9	Multiple lineare Regression von KTK	90
4.4	DISKUSSION DER TESTTHEORETISCHEN UND EPIDEMIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG	94
4.4.1	Reliabilität	94
4.4.1.1	Faktorenstruktur	94
4.4.1.2	Itemanalyse	96
4.4.1.3	Interne Konsistenz	97
4.4.2	Validität	98
4.4.2.1	Validität des Konzeptes der KTK	99
4.4.2.2	Validität des neu erstellten TFKJ	100
4.4.3	Prädiktoren Komplizierter Trauer	102
4.4.4	Zusammenfassung und methodische Einschränkungen der Untersuchung	107
5	ZUGÄNGE ZUR BEHANDLUNG KOMPLIZierter TRAUER	109
5.1	ÜBERBLICK ÜBER BEHANDLUNGSVERFAHREN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE	109
5.1.1	Kognitive Verhaltenstherapie für komplizierte Trauer	110
5.1.2	Wirksamkeit von Trauerinterventionen für Kinder und Jugendliche	111
5.2	SCHREIBTHERAPIE NACH PENNEBAKER	115
5.2.1	Theorie und Wirkmechanismen des Schreibparadigmas	115
5.2.2	Wirksamkeit des Schreibparadigmas in der Trauerarbeit	120
5.3	INTERVENTION IN ENTWICKLUNGS- UND NACHKRIEGS- LÄNDERN	126
5.3.1	Faktoren gegen Interventionen in Krisenländern	126
5.3.2	Schlüsselfaktoren bei Interventionen in Krisenländern	129
5.3.3	Narrative Expositionstherapie in Krisenländern	133
6	UNTERSUCHUNG TEIL II: EFFEKTIVITÄT DES SCHREIB- PARADIGMAS IN DER BEHANDLUNG KOMPLIZierter TRAUER	137
6.1	ZIELVORSTELLUNG UND HYPOTHESEN	137
6.1.1	Hypothesen Therapieeffektivität	138
6.1.2	Hypothesen Moderatoren des Therapieerfolgs	138

6.2	METHODE	141
6.2.1	Durchführung der Untersuchung	141
6.2.2	Stichprobe und Gruppendesign	141
6.2.3	Schreibauftrag und angewandte Verfahren	144
6.2.4	Datenauswertung	146
6.3	ERGEBNISSE DER RANDOMISIERTEN INTERVENTIONS- STUDIE	147
6.3.1	Symptomreduktion unkontrolliert	147
6.3.1.1	Komplizierte Trauer	148
6.3.1.2	Depression	149
6.3.1.3	Funktionsbeeinträchtigung	150
6.3.2	Symptomreduktion kontrolliert: Drei-Gruppen-Design	151
6.3.2.1	Komplizierte Trauer	151
6.3.2.2	Depression	153
6.3.2.3	Funktionsbeeinträchtigung	154
6.3.3	Symptomreduktion kontrolliert: Post-hoc-Tests und Effektstärken	155
6.3.3.1	Komplizierte Trauer	156
6.3.3.2	Depression	156
6.3.3.3	Funktionsbeeinträchtigung	157
6.3.4	Symptomreduktion nach Diagnose	157
6.3.4.1	Komplizierte Trauer	157
6.3.4.2	Depression	163
6.3.5	Moderatoren des Therapieerfolgs	168
6.3.5.1	Symptomschwere Trauer	168
6.3.5.2	Symptomschwere Depression	170
6.3.5.3	Alter	170
6.3.5.4	Geschlecht	172
6.3.5.5	Unerwarteter Verlust	172
6.3.5.6	Hilfesuchverhalten	173
6.4	DISKUSSION DER RANDOMISIERTEN INTERVENTIONSSTUDIE	174
6.4.1	Symptomreduktion unkontrolliert	174
6.4.2	Symptomreduktion kontrolliert	177
6.4.3	Moderatoren des Therapieerfolgs	183
6.4.4	Zusammenfassung und methodische Einschränkungen der Untersuchung	186

7	RESÜMEE DER STUDIE	189
8	LITERATURVERZEICHNIS	191
9	ANHANG	218
A	Fragebogen und Einverständniserklärungen	218
B	Tabellen der Faktoren- und Itemanalyse	229
C	Bilder zur Interventionsstudie	233
D	Beispieleessays	237

1 EINLEITUNG

Kinder sind in hohem Maße abhängig von ihren Bezugspersonen. Der Verlust der Eltern stellt ein Risiko dar, das neben emotionalen auch gesellschaftliche, ökonomische, schulische und entwicklungsbezogene Bereiche des Kindes beeinträchtigen kann. 1994 haben etwa 300.000 Kinder in Ruanda innerhalb von vier Monaten einen oder beide Elternteile verloren. Der Genozid in diesem kleinen afrikanischen Land bestürzte die Welt im Nachhinein; während er vor sich ging, schaute man weg. Die Grausamkeit ist kaum in Worte zu fassen und der Lebenswille der Hinterbliebenen bewundernswert. Mittlerweile hat sich Ruanda zu einem der fortschrittlichsten Länder des subsaharischen Afrikas entwickelt und die Massaker bleiben nur noch durch Erzählungen und in Form von Narben auf den Körpern des ruandischen Volkes präsent. Doch wie leben die Waisen mit ihrer Trauer und den Anforderungen, denen sie sich ohne Eltern stellen müssen?

Trauer ist die natürliche und gesunde Reaktion auf den Tod einer nahestehenden Person. Der Großteil der Erwachsenen und auch der Kinder kann die Trauer nach einiger Zeit verarbeiten und entsprechend weiterleben. Man spricht dann von einer normalen Trauerreaktion. In einigen Fällen ist es Betroffenen nicht möglich, mit der Trauer umzugehen und sie entwickelt sich zu einem pathologischen Problem. Seit etwa zwei Jahrzehnten wird diese Trauerform intensiv erforscht und diskutiert, wobei sie bisher keine eigene Diagnosekategorie darstellt. Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung ruandischer Waisen, welche vulnerabel dafür sind, Komplizierte Trauer in der Kindheit (KTK) zu entwickeln. Die Jugendlichen waren Risikofaktoren ausgesetzt – wie etwa einem gewaltsamen Verlust – welche die Wahrscheinlichkeit für eine komplizierte Trauerreaktion erhöhen. Für diese Studie wurde der Trauerfragebogen für Kinder und Jugendliche (TFKJ) sowie das Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) für Depressionen auf Kinyarwanda übersetzt und zur Datenerhebung mit den Waisen herangezogen.

Nach wie vor stellt das Konstrukt der KTK ein wenig erforschtes Gebiet dar. Folglich erweisen sich Trauerinterventionen oftmals als unspezifisch und weniger effektiv als therapeutische Ansätze bei anderen Störungen. Um eine Behandlung trauernder Jugendlicher in einem afrikanischen Entwicklungsland zu ermöglichen, gilt es nicht nur ein entsprechendes Interventionsverfahren auszuwählen. Auch aus ökonomischen

mischer, organisatorischer und kultureller Sicht muss die Behandlung von KTK angemessen sein. Pennebaker bietet mit seinem Ansatz *Healing through Writing* die Möglichkeit, in nur wenigen Wochen psychische Belastungen bei vielen Personen zu mindern. Dabei schrieben die ruandischen Waisen über ihre tiefsten Emotionen bezüglich des bedeutsamen Verlusts. Eine Evaluation des Schreibparadigmas bildet den zweiten Teil der Untersuchung.

Nachfolgend gebe ich einen kurzen geschichtlichen Abriss über Ruanda und seinen Genozid, sowie eine allgemeine Beschreibung der Lebenssituation und der psychischen Gesundheit von afrikanischen Waisen. Diese beiden Bereiche bilden die Grundlage, um ein Verständnis für die hier untersuchte Population aufzubauen. Anschließend gehe ich auf die Trauer bei Kindern und Jugendlichen ein: Wie sieht eine normale Trauer aus und was ist unter einer komplizierten Trauerreaktion zu verstehen? Unter diesem Punkt findet sich auch der aktuelle Stand der Forschung zu KTK, die Epidemiologie sowie Komorbidität. Zudem erläutere ich die besondere Belastung, die mit einem gewaltsamen Verlust eines Elternteils einhergeht. Auf Basis dieser theoretischen Grundlage wird sodann die Untersuchung Teil 1 vorgestellt. Nach den Hypothesen und der Methode präsentiere ich die Ergebnisse der Evaluation des TFKJ sowie der Prädiktorenanalyse, gefolgt von einer abschließenden Diskussion.

Unter Punkt 5 gehe ich auf Behandlungsansätze von KTK anhand eines Beispiels ein und schließlich auf die Wirksamkeit von Trauerinterventionen im Kindes- und Jugendalter. Das Schreibparadigma nach Pennebaker, seine Wirkmechanismen und die Effektivität in der Behandlung von Trauer werden ebenso erklärt. Den Abschluss des Theorieteils bilden Schlüsselfaktoren psychosozialer Interventionen in Nachkriegsländern und die Diskussion der Notwendigkeit dieser. Die gut belegte Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET) stelle ich als Beispiel für gelungenes Intervenieren in Krisengebieten dar. Durch diese fundierten Kenntnisse sowohl zu Trauer- als auch zu Schreibinterventionen lassen sich nach den Hypothesen und der Methode die Ergebnisse der Untersuchungsstudie diskutieren. Den Abschluss der Arbeit bildet ein Gesamtresümee beider Teile.

2 HINTERGRUND

2.1 RUANDA: GESCHICHTLICHER ABRISS

Ruanda liegt in Zentralafrika, eingefasst von Uganda im Norden, Tansania im Osten, Burundi im Süden und der Zentralafrikanischen Republik Kongo im Westen. Es stellt mit seinen 24.670 km² eines der kleinsten Länder Afrikas und gleichzeitig das am dichtest besiedelte dar. Rund zehn Millionen Menschen leben derzeit in dem Land (Statistisches Bundesamt, 2009), das 1994 mit dem traurigen Ereignis des Völkermordes in die Weltgeschichte eingegangen ist. Trotz aktuell starken ökonomischen und offiziell auch politischen Fortschritten handelt es sich nach wie vor um eines der ärmsten Länder der Welt; ein Großteil der Bevölkerung lebt unter der Armutsgrenze (Auswärtiges Amt, 2011). Zum besseren Verständnis des vorliegenden Themas und der untersuchten Probanden werden zunächst die frühe Kolonialisierung Ruandas und die kumulativen Ereignisse auf dem Weg zum Genozid angerissen.

Ende des 19. Jahrhunderts wird Ruanda zu einer deutschen Kolonie im Rahmen der Kolonialisierung Deutsch-Ostafrikas. Rund 20 Jahre währt diese Vorherrschaft, welche entscheidend dazu beiträgt, die Volksgruppen des Landes zu entzweien. Man unterteilt die Bevölkerung nach äußerem Erscheinungsbild und landwirtschaftlicher Betätigung. Die hochgewachsenen, edel anmutenden Tutsi sind als Viehhirten tätig, während die stämmigen Hutu vorwiegend Ackerbau betreiben. Die Kolonialherren gehen von einer adeligen Abstammung der Tutsi aus und stellen diese über ihre Landsmänner. Eine dritte Gruppe der Twa bildet den kleinsten Bevölkerungsanteil, diese werden in der Literatur als „Waldbewohner, die als Jäger und Sammler lebten“ (Des Forges, 2002, S. 55) beschrieben. Neben der landwirtschaftlichen Betätigung verbindet die beiden Hauptgruppen ein über Jahrhunderte entwickelter kultureller Konsens, welcher sich aus gemeinsamer Sprache, Religion, Gesang und Tanz zusammensetzt. Die ursprüngliche kulturelle Verbundenheit unterstreicht Des Forges (2002, S. 56), denn „während des Völkermordes sangen die Mörder und ihre potentiellen Opfer Lieder von den gemeinsamen Führern der Vergangenheit.“

Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges übernimmt Belgien die Herrschaft in Ruanda als Völkerbundmandat und schürt zunehmend die Konflikte zwischen Hutu und Tutsi. Ämter und Rechte werden fast ausschließlich Tutsi zugesprochen und die Einführung eines ethnischen Passes dokumentiert die Bevölkerungsspaltung offiziell. Die Lage im Land ändert sich in den 1950er Jahren, als führende Tutsi nach mehr Unab-

hängigkeit streben und als Folge dessen aus allen Ämtern verbannt und durch Hutu ersetzt werden.

Am 1. Juli 1962 erlangt Ruanda seine Unabhängigkeit nach Parlamentswahlen und der Hutu Grégoire Kayibanda stellt den ersten Präsidenten der Republik. In den Jahren davor kommt es bereits zu ersten Unruhen auf beiden Seiten mit Morden und Vertreibungen, die belgischen Truppen greifen ein, die Monarchie des Tutsi-Königs Kigiris V. wird abgesetzt. Vertriebene Tutsi versuchen von da an mehrmals, nach Ruanda vorzustoßen, was jeweils durch Gewaltreaktionen der Gegenseite kommentiert wird. Auch im Land lebende Tutsi werden vermehrt zu Opfern und sehen sich ständiger Gefahr ausgesetzt. Der von den Kolonialmächten eingeführte ethnische Pass findet weiterhin Verwendung und wird durch die Ausweispflicht zur Diskriminierung der Tutsi genutzt.

1973 findet ein Putsch statt, welcher den Offizier Juvénal Habyarimana zum Präsidenten der Zweiten Republik und seine Nationale Revolutionsbewegung für Entwicklung (MRND) zur einzigen Partei im Land macht. Seine durchdachte, feingliedrige Verwaltung ermöglicht die Kontrolle nahezu aller Ortschaften und ihrer Bewohner durch den Staat, die ausgedehnte Propaganda führt zur Verherrlichung der MRND und Habyarimanas. Seine Beziehungen sorgen bereits in den 70er Jahren für organisierte Morde an Tutsi.

Das Bild Ruandas im Ausland ist bis zum Genozid ein recht positives: Es zeigt sich ein deutlicher wirtschaftlicher Aufschwung, Bevölkerungszuwachs, Ausbau der Infrastruktur und zahlreiche internationale Hilfsorganisationen lassen sich mit ihren Projekten nieder. Nur ein Bruchteil der Bevölkerung, vorwiegend Militärs und Beamte, profitieren von dem Wohlstand. Der Großteil der Ruander geht weiterhin der Landwirtschaft nach. Enteignungen, der Einbruch des Kaffeepreises und ein Quoten-system, welches die Tutsi weitgehend von Bildung und Arbeit fernhält, belasten besonders das auf dem Land lebende Volk.

In den Nachbarländern Ruandas zeigt sich das Ausmaß des Flüchtlingsstroms mit über 600.000 Tutsi, denen die Rückkehr in ihr Heimatland verwehrt wird. Es bildet sich die Ruandische Patriotische Front (RPF) unter der Leitung des heutigen Präsidenten Paul Kagame, welche im Oktober 1990 ins Land eindringt. Die Regierung Habyarimanas täuscht einen Angriff der RPF auf die Hauptstadt Kigali vor und

rechtfertigt so tausende Verhaftungen sowie die Anordnung, alle darin Verwickelten, also alle Tutsi, zur Verantwortung zu ziehen. Weiterhin treffen französische Truppen ein, welche die ruandische Armee darin unterstützen, die RPF nach Uganda zurück zu drängen.

In den folgenden Jahren werden unzählige Tutsi in ihren Dörfern systematisch ermordet. Im Februar 1993 gelingt der RPF ein erneuter Vorstoß in den Norden Ruandas, die Regierungstruppen müssen weichen und hunderttausende Menschen fliehen in den Süden des Landes. Im Oktober gelangen Friedenstruppen der Vereinten Nationen (UN) nach Ruanda; ein Eingreifen wird ihnen bis zuletzt von der UN untersagt. Im selben Jahr gründet sich die *Hutu Power* Bewegung, welche durch gezielte Propaganda, Verteilung von Waffen und äußerst gewaltbereite Milizen eine Schlüsselrolle in der Durchführung des Völkermordes einnimmt.

Am 4. April 1994 wird das Flugzeug Habyarimanas abgeschossen, die Drahtzieher des Anschlages sind bis heute unbekannt. Fest steht jedoch, dass dieses Ereignis als Auslöser des Genozids gilt. Es folgen Monate des Blutvergießens: Zunächst finden sich Morde an Tutsi bei Gelegenheit, schon bald aber werden die Kirchen, Schulen und andere Eichrichtungen, in denen die Bedrohten Sicherheit suchen, gezielt überfallen und alle Personen jeden Alters getötet. Namenslisten werden genutzt, um niemanden zu übersehen, im Radio werden Tutsi und ihre Wohnorte durchgegeben und kann jemand entkommen, so wird dieser bis zu seinem sicheren Tod verfolgt. Die Waffen und das Vorgehen der Mörder sind äußerst grausam. In der Literatur wird von „gründlicher Eliminierung“ gesprochen (Des Forges, 2002, S. 119). Bei Massakern sterben bis zu mehrere tausend Ruander pro Tag. Viele Opfer und Überlebende foltert man; die häufigste Waffe stellt die Machete dar, welche besonders grausames Vorgehen wie die Abtrennung von Extremitäten ermöglicht. Frauen sind Vergewaltigungen und genitalen Verstümmelungen ausgesetzt; sexuelle Gewalt und HIV-Ansteckung werden gezielt als Kriegswaffe eingesetzt.

Im Juli 1994 marschiert die RPF in Ruanda ein und beendet den Genozid. In nur vier Monaten werden mehr als 800.000 Menschen getötet, das Ausmaß der Grausamkeit ist unvorstellbar. Rund 300.000 Kinder verbleiben als Waisen. Bis heute wird am Strafgerichtshof in Arusha, Tansania, der Tatbestand des Genozids mit seinen Verantwortlichen verhandelt (Des Forges, 2002; Lübbert, 2008; Stockhammer, 2005).

2.2. ZUR SITUATION VON WAISEN IN AFRIKA

Als Waisen gelten laut United Nations Children's Fund (UNICEF, 2009) Kinder, welche einen oder beide Elternteile verloren haben. Mitte der neunziger Jahre wurde die Terminologie um die Gruppe der Halbweisen erweitert, vor allem aufgrund der zunehmenden Verbreitung der Pandemie AIDS, welche unzählige Kinder von ihren Eltern trennt. Auch wenn ein Elternteil weiterhin lebt, so führt dies häufig zu erheblichen Defiziten in ökonomischer, physischer und psychischer Sicht bei Kindern und Erziehenden. Daher gelten nicht nur Vollweisen als verletzbare Gruppe, sondern auch die hinterbliebenen Familien als unterstützungsbedürftig (UNICEF, 2003; 2009). Nach dem United Nations' Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS) 2004 sind im subsaharischen Teil Afrikas 43 Millionen Kinder vom Verlust eines oder beider Elternteile betroffen (Stover, Bollinger, Walker & Monasch, 2007). Dies meint, dass mehr als 12% aller Kinder dieser Region aufgrund von AIDS, Konflikten oder anderen Gründen verwaist sind. Die Vermutung, dass Waisenkinder im Vergleich zu Nicht-Waisen erhebliche Einschränkungen bezüglich Gesundheit, Ernährung, Wohlstand, Schulbildung und Wohnsituation erfahren, wird durch aktuelle demografische Forschungen bestätigt (vgl. Tabelle 2.1). Die psychischen Folgen diskutiert Punkt 2.2.2.

2.2.1 Demografische Studien

Ruanda wies 2001 nach Malawi, Simbabwe und Sambia mit 17% den höchsten prozentualen Anteil von Waisen an der Gesamtheit aller Kinder auf (UNICEF, 2003), was einer Menge von 613.000 elternlosen Minderjährigen entspricht. Die Schätzung dieser Studie für das Jahr 2010 ging von einem gleichbleibenden Prozentsatz an Waisen aus. Beegle, Filmer, Stolkes und Tiererova (2009) sprachen Ruanda mit 18.8% Waisen im Jahr 2005 die Spitzenposition aller 21 untersuchten afrikanischen Länder zu. Rund die Hälfte der Kinder verlor ihre Eltern aufgrund des HI-Virus (UNICEF, 2003), mit steigender Tendenz. Es bleibt zu vermuten, dass die übrigen Waisen zum Großteil aufgrund des Genozids 1994 elternlos waren.

Die Lebenssituation der Kinder hängt entscheidend von ihrer Wohnsituation ab. Über ein Drittel ruandischer Waisen lebt in kindgeführten Haushalten, das heißt ein Minderjähriger übernimmt Verantwortung für andere im Haushalt lebende Kinder (UNICEF, 2003). Rund die Hälfte der Waisen in ganz Afrika findet seine Unterkunft

bei den Großeltern (Beegle et al., 2009), gefolgt von einem überlebendem Elternteil, Verwandten und nicht-verwandten Pflegefamilien. Lediglich 1.3% leben gemäß einer südafrikanischen Studie in Einrichtungen (Ardington & Leibbrandt, 2010).

Ein häufig untersuchtes Merkmal ist zudem der Schulbesuch afrikanischer Kinder. Waise zu sein erhöht demnach die Wahrscheinlichkeit, nicht auf einem altersgemäßen Schulbildungsniveau zu sein (Ardington & Leibbrandt, 2010; Bicego, Rutstein & Johnson, 2003; Case, Paxson & Ableidinger 2002, 2004; Evans & Miguel, 2005; Monasch & Boerma, 2004; UNICEF, 2003). Evans und Miguel (2005) berichteten von einer erheblichen Abnahme des Schulbesuchs nach dem Tod eines Elternteils, besonders bei Mädchen und schwachen Schülern. Case et al. (2004) hingegen fanden keine Geschlechts- oder Alterseffekte, wiesen jedoch auf ökonomische Umstände und die Beziehung zu den erwachsenen Entscheidungsträgern als Determinanten der Schulbildung bei Waisen hin. Wächst ein Kind also bei einer Familie auf, die nicht mit ihm verwandt ist, so steigt das Risiko für einen mangelnden Schulbesuch (Case et al., 2002).

Allgemein besteht für verwaiste Kinder die Gefahr für Mangelernährung, eine geringere Körpergröße und ein schlechteres Verhältnis von Körpergröße und Gewicht (UNICEF, 2003). Dem gegenüber stehen Befunde, wonach kaum Unterschiede zu Nicht-Waisen im subsaharischen Teil Afrikas bezüglich Ernährung und Untergewicht ersichtlich sind (Rivers, Mason, Silvestre, Gillespie, Mahy & Monasch, 2008). Fest steht allerdings, dass ein Zusammenhang zwischen Ernährung und Wohlstand zu finden ist (Rivers et al., 2008) und Waisen häufiger in ärmeren Haushalten aufwachsen (Case et al., 2002).

Trotz teilweise nicht ganz eindeutiger Befunde zeichnet sich die drastische Lage der afrikanischen Waisen in der Forschung ab. Zudem geht man besonders aufgrund von AIDS von einer weiterhin starken Zunahme der Raten aus. Zur Unterstützung aller elternlosen Kinder in der subsaharischen Region wären jährlich ein bis vier Billionen US Dollar für Nahrung, Bildung, Familien- und Gemeindeförderung sowie Gesundheitsversorgung nötig (Stover et al., 2006). Psychologische Unterstützung ist in diesem Betrag nicht eingeschlossen, wird aber, wie der nächste Punkt aufzeigt, durchaus benötigt.

Tabelle 2.1: Demografische Studien zur Situation von Waisen in Afrika.

Autor^a	Jahr	Land	Untersuchungs- gegenstand	Erkenntnisse
Ardington & Leibbrandt	2010	Südafrika	-Beschulung -Wohnsituation -Armut	→ signifikant negativer Effekt bei Verlust der Mutter, bei Vater geringer → Einrichtung, Nicht-Verwandte, Verwandte, Großeltern, Elternteil → Tod des Vaters großer Einfluss auf ökonomischen Wohlstand
Beegle et al.	2009	Ruanda	-Häufigkeit -Wohnsituation	→ 18.8% aller Kinder Waisen; 2.5% aller Kinder Vollwaisen → 51.5% bei Großeltern
Rivers et al.	2008	Subsaharisches Afrika	-Ernährung	→ kaum Unterschiede zu Nicht-Waisen, vermutlich Alter und Wohlstand als Prädiktoren
Stover et al.	2006	Subsaharisches Afrika	-Häufigkeit -finanzielle Investi- tionen	→ 12% aller Kinder (= 43 Mio.) → 1-4 Billionen US\$/ Jahr nötig zur Versorgung
Evans & Miguel	2005	Kenia	-Beschulung	→ erhebliche Abnahme bei Verlust der Mutter, besonders Mädchen, schwache Schüler

Tabelle 2.1: Fortsetzung.

Autor^a	Jahr	Land	Untersuchungs- gegenstand	Erkenntnisse
Case et al.	2004	Subsaharisches Afrika	-Häufigkeit -Beschulung	→ 15% aller Kinder → signifikant höheres Risiko für fehlenden Schulbesuch; kein Geschlechts- unterschied; Determinanten: Ökonomische Umstände, Beziehung zu Erzie- hungsperson, Armut
UNICEF	2003	Subsaharisches Afrika	-Häufigkeit -Wohnsituation -Schulbesuch -Ernährung	→ Ruanda: 17% aller Kinder, 43% aufgrund von AIDS → Ruanda: 37% kindgeführte Haushalte → niedrigeres Bildungsniveau → Risiko für Mangelernährung
Bicego et al.	2002	Subsaharisches Afrika	-Häufigkeit -Schulbesuch	→ Verlust Vater häufiger als Mutter; 0.3-1.9% Vollwaisen/ Land unter 15 J.; signifikante Korrelation der Waisenrate und AIDS-Prävalenz → weniger wahrscheinlich auf altersgemäßem Schulbildungsniveau
Case et al.	2002	Subsaharisches Afrika	-Wohnsituation -Beschulung	→ ärmere Haushalte → seltener in Schule eingeschrieben

Anmerkung: a. nach Erscheinungsjahr geordnet.

2.2.2 Psychische Gesundheit

Afrikas Waisenkinder sind neben dem Verlust der Eltern zahlreichen Belastungen ausgesetzt. Zusätzlich zu den unter 2.2.1 beschriebenen Problemen können sich psychische Folgen ergeben (vgl. Tabelle 2.2), welche häufig weniger Beachtung erfahren. Da sozioökonomischen Defiziten leichter zu begegnen ist, konzentrieren sich Hilfsorganisationen und Investoren meist auf diese. Weiterhin ist es kompliziert und aufwendig, psychologische Interventionsmaßnahmen zu entwickeln und zu überprüfen, welche den kulturellen und sprachlichen Umständen des jeweiligen Landes gerecht werden (siehe Punkt 5.3). Es wäre aber leichtsinnig, die psychische Gesundheit der Waisen außer Acht zu lassen, da diese als Voraussetzung für die Produktivität physischer und materieller Unterstützung gilt (Foster, 2002).

Die häufigsten Untersuchungen finden sich zur Prävalenz von Depression bei Waisenkindern. In einer Studie in Ruanda ($N = 539$) konnten klinisch signifikante Depressionswerte festgestellt werden, welche in Zusammenhang mit wenig Eigentum, schlechtem Gesundheitszustand, Verlust der Eltern im Genozid und gesellschaftlicher Isolation standen (Boris, Brown, Thurman, Rice, Snider, Ntanganira & Nyirazi-nyoye, 2008). World Vision (Brown, Thurman & Snider, 2005) berichtete von depressiven Leitern der kindgeführten ruandischen Haushalte in 55% der untersuchten Fälle. Weitere Studien aus verschiedenen subsaharischen Ländern stehen im Einklang mit diesen Ergebnissen (Atwine, Cantor-Graae & Bajunirwe, 2005; Cluver, Gardner & Operario, 2007; Makame, Ani & McGregor, 2002; Makaya, Mboussou, Bansimba, Ndinga, Latifou et al., 2002; Manuel, 2002; Sengendo & Nambi, 1997). Häufig zeigten sich die depressiven Symptome in Verbindung mit Suizidgedanken (Atwine et al., 2005; Makame et al., 2002; Brown et al., 2005). Makame et al. (2002) fanden suizidale Gedanken bei 34% der Waisenkinder in Tansania, ein dreimal höherer Wert als bei Nicht-Waisen. Weibliches Geschlecht stellte in mehreren Studien einen Prädiktor für erhöhte Depressionswerte dar (Bhargava, 2005; Makame et al., 2002; World Vision, 2005). Die Befunde können nach Forschungen in Bosnien und dem Irak auch auf Kriegswaisen außerhalb Afrikas übertragen werden (Ahmad & Mohamad, 1996; Hasanovic, Sinanovic, Selimbasic, Pajevic & Avdibegovic, 2006).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Depression treten in vielen Fällen komorbide auf (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Giacona, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost & Cohen, 1995). Als zweithäufigste psychische Folgeerscheinung bei

Waisenkindern wird PTBS angeführt (Ahmad & Mohamad, 1996; Cluver et al., 2007, Makaya et al., 2002; Hasanovic et al., 2006). Es bleibt zu vermuten, dass die Prävalenzen höher wären, würde man sich rein auf die Forschungsergebnisse von Kriegswaisen beschränken. Der Großteil der in Tabelle 2.2 aufgenommenen Studien beschäftigt sich mit AIDS-Waisen, da auf diesem Thema nach wie vor der Interessensfokus liegt und die Gruppe dieser Kinder stetig zunimmt (Ardington & Leibbrandt, 2010).

Als nicht-pathologische Auffälligkeiten sind Gefühle der Isolation und Diskriminierung (Thurman, Snider, Boris, Kalisa, Nyirazinyoye & Brown, 2008) sowie eine pessimistische Grundeinstellung zu nennen (Musisi, Kinyanda, Nakasujja & Nakigudde, 2007; Poulter, 1996; Sengendo & Nambi, 1997). Waisen tendieren eher dazu, das Leben als unfair und schwierig zu sehen sowie sich selbst als traurig, hilflos und hoffnungslos zu beschreiben. Zudem finden sich häufiger Anpassungsprobleme (Barghava, 2005; UNICEF, 2003; Wolff & Fesseha, 2005), emotionaler und psychosozialer Stress (Musisi et al., 2007; Nyamukapa, Gregson, Lopman, Salto, Watts et al., 2008; Wolff & Fesseha, 2005) und eine frühere sexuelle Aktivität im Vergleich zu Nicht-Waisen (Nyamukapa et al., 2008). Cluver und Gardner (2006) stellten des Weiteren Konzentrations- und somatische Probleme fest.

In einer Übersicht zur mentalen Gesundheit bei AIDS-Waisen wurden 24 kontrollierte und unkontrollierte Studien zusammengefasst (Cluver & Gardner, 2007). Die Autoren stimmten mit dem eingangs berichteten Defizit an Forschung bezüglich der psychologischen Folgen der Verwaisung überein und folgerten, dass eine Meta-Analyse mit den vorhandenen Daten aufgrund starker Unterschiedlichkeit in den Stichproben und Methoden unmöglich ist. Als Resultat konnten internalisierende Probleme in allen Studien, externalisierende Auffälligkeiten in etwa der Hälfte der Fälle und hohe PTBS-Raten in drei un- und einer kontrollierten Untersuchung festgestellt werden. Es sei darauf hingewiesen, dass Studien in Eritrea und Uganda zwar emotionalen Stress bei Waisen feststellten, aber keine Ausprägungen im klinisch signifikanten Bereich zu finden waren (Musisi et al., 2007; Wolff & Fesseha, 2005). Zusammenfassend lässt sich dennoch festhalten, dass das Kriterium Verwaisung mit erhöhten Problemen im psychosozialen Bereich einher geht und emotionale Unterstützung weitgehend angezeigt ist.

Tabelle 2.2: Psychische Gesundheit in Waisenkindern.

Studie ^a	Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchung	Verfahren	Ergebnisse
Boris et al.	2008	Ruanda	<i>N</i> = 539	Depression	CES-D ^b ; standard. Interviews	Depression; Prädiktoren: wenig Eigentum, weniger als 1 Mahlzeit/ Tag, schlechte Gesundheit, mind. 1 Elternteil Opfer Genozid, gesell. Isolation, kein Alkoholkonsum
Nyamukapa et al.	2008	Zimbabwe	<i>N</i> = 5321	psychosozialer Stress und frühe sexuelle Aktivität	Fragebogen, Interviews	mehr psychosozialer Stress, Vollwaisen noch ernster; Zush. mit sexueller Aktivität → HIV Risiko; Prädiktoren: weibliches Geschlecht, Verlust vor kurzer Zeit
Thurman et al.	2008	Ruanda	<i>N</i> = 629	Soziale Ausgrenzung	standardisierte Interviews	Marginalisierung von Waisen; Diskriminierung und soziale Isolation bei Waisen aufgrund Genozid

Tabelle 2.2: Fortsetzung.

Studie ^a	Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchung	Verfahren	Ergebnisse
Cluver & Gardner	2007	International	Review über 24 Studien	Internalisierende, externalisierende Probleme	24 Studien	unglücklich und besorgt Depression, Suizidgedanken ängstlich, Anpassungsprobleme
Musisi et al.	2007	Uganda	<i>N</i> = 420	emotionale und Verhaltensprobleme	RCTABQ ^c ; CSRMSA ^d	keine psychiatrischen Störungen kein sig. Unterschied Waisen/ Nicht-Waisen Suizidgedanken, Missbrauchserfahrungen, geringe soziale Fähigkeiten in Familie, wenig Selbstwert
Hasanovic et al.	2006	Bosnien-Herzegowina	<i>N</i> = 186	Depression PTBS	CPSRI ^e ; CDI ^f	MD: 22.6% keine sig. Unterschiede zwischen Wohnsituationen PTBS: 51.6% höchste Prävalenz in SOS Kinderdorf, höher mit Eltern- teil als Waisenhaus oder beide Eltern; Verlust eines Elternteils in Zush. mit höheren PTBS- und Depressionsraten
Wolf & Fesseha	2005	Eritrea	<i>N</i> = 120	emotionales Wohlbefinden, Adaptivität, emotionaler Stress	BASC ^g	emotionales Wohlbefinden abhängig von Wohnsituation kein Kind im klinisch sig. Bereich des BASC

Tabelle 2.2: Fortsetzung.

Studie ^a	Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchung	Verfahren	Ergebnisse
UNICEF	2003	Kongo	o.A.	psychosoziale Folgen	o.A.	39% PTBS, 27% Anpassungsprobleme, 34% affektive Probleme weniger optimistisch bzgl. Zukunft;
Makame et al.	2002	Tansania	N = 82	internalisierende Probleme	Scale of internalizing problems	Waisen: mehr internalisierende Probleme, 3x mehr Suizidgedanken Prädiktoren: Hunger, weibl. Geschlecht, keine Anerkennung, kein Schulbesuch, Waise sein
Sengendo & Nambi	1997	Uganda	N = 143	psychische Folgen	Interviews	adoptiert: keine Hoffnung, traurig, hilflos, deprimiert mit Vater lebend: mehr Depression
Ahmad & Mohamad	1996	Irak	N = 41	PTBS	CBCL ^h , PTSD-RI ⁱ , Iraqi PTSD Index	Unterschied PTBS-Raten nach Wohnsituation kein Geschlechts-, Alterseffekt

Anmerkung: o.A. ohne Angabe a. nach Erscheinungsjahr geordnet. b. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977). c. Rutter's Children's Teacher Administered Behavior Questionnaire (Rutter, 1967). d. Coopers's Self-Report Measure for Social Adjustment (Cooper et al., 1982). e. Children's Posttraumatic Stress Reaction Index (Pynoos et al., 1987). f. Children's Depression Inventory (Kovacs, 1985). g. Behavioral Assessment System for Children (Reynolds & Kamphaus, 1992). h. Child Behavior Check List (Achenbach & Edelbrock, 1983). i. Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (Pynoos & Spencer, 1986).

3 VERLUST BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Trauer stellt die wahrscheinliche Reaktion eines Menschen auf Verlust, Trennung oder Veränderung im Leben dar. Obwohl sie kulturübergreifend zu finden ist, kann Trauer nicht verallgemeinert werden, sondern äußert sich individuell sehr unterschiedlich (Rosner, 2003). In der Forschung besteht Uneinigkeit darüber, ob es sich bei Trauer um ein Gefühl handelt (Kast, 1982; Rosner, 2003) oder ob sie kein solches ist (Znoj, 2005). Znoj (2005) grenzt den Zustand der Trauer von der Emotion der Traurigkeit ab – Ersterem schreibt er mehr als ein mögliches Gefühl zu. So können Wut, Traurigkeit, Bitterkeit, Angst oder auch Emotionslosigkeit in der Trauerphase aufkommen. Zur interindividuellen Variabilität kommt die unterschiedliche Ausprägung der Trauer entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstadium, so dass kindliche Trauer differenziert von der Erwachsener betrachtet werden muss. Da im Laufe des Lebens beinahe jeder Mensch einer Trennung oder einem Verlust ausgesetzt ist, findet die Forschung zur Trauer immer mehr Interesse. Zunächst soll ein kurzer Überblick über normale Trauerreaktionen aufgezeigt werden, um anschließend ihre pathologischen Formen genauer darzustellen. Darauf folgen Forschungsergebnisse zu Komplizierter Trauer sowie eine Diskussion über die Besonderheiten von Trauer bedingt durch gewaltsame Verluste.

3.1 NORMALE TRAUERREAKTION

3.1.1 Phasenmodelle der Trauer

Trauer ist ein „natürliches und nicht-pathologisches Phänomen“ (Rosner & Wagner, 2009, S. 442), das in der Regel als normale Reaktion auf einen Todesfall eintritt. Wird Trauer in der Literatur beschrieben, so geschieht dies meist auf Basis von Phasenmodellen (Bowlby, 1983; Kast, 1982; Kübler-Ross, 1983; Znoj, 2005). Der Übersichtlichkeit halber sind in Abbildung 3.1 die populärsten Modelle aufgeführt. Diese machen ersichtlich, dass bezüglich der Trauerphasen unterschiedlicher Autoren weitgehend Konsens herrscht. Auf der ersten Stufe findet sich ein Zustand der Ungläubigkeit, der Verleugnung und des Schocks. Der Trauernde fühlt sich wie taub und gelähmt, der Tod der nahestehenden Person kann nicht akzeptiert werden. Anschließend wird der Verlust jedoch anerkannt, was zu intensiven Emotionen führt. Von diesen wird der Betroffene geradezu übermannt und auch überfordert. Hierzu gehören Zorn, Wut, Angst, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. Um produktives

Trauern mit einem akzeptablen Abschluss zu erreichen, müssen nach Kast (1982) eben diese, teilweise auch ambivalenten Gefühle, durchgestanden werden. Nur dann kann in die nächste Phase vorgedrungen werden. Diese ist gekennzeichnet durch exzessives Suchen nach der verstorbenen Person, was auch als Verzweiflung (Bowlby, 1983) oder Depression (Kübler-Ross, 1983) bezeichnet wird. Dadurch wird die dauerhafte Abwesenheit der Person erkannt und die Irreversibilität akzeptiert. Der Abschluss findet sich in der Fähigkeit, sein Leben so weiter zu führen, dass ein Gefühl des Wohlbefindens eintreten kann und der Verstorbene als ein Begleiter im Inneren (Kast, 1982) ein Teil der Erinnerung und nicht des täglichen Lebens bleibt.

Bei der Interpretation der Phasenmodelle bleibt zu beachten, dass diese nicht linear und irreversibel ablaufen, sondern eine vereinfachte Darstellung der psychischen Vorgänge während des Trauerns abbilden sollen. Sie zeigen auch keine verbindlichen Stufen, welche idealerweise durchlaufen werden müssen, um von einer normalen Trauer zu sprechen. Vielmehr geben sie deskriptiv wieder, in welcher Form eine Trauerreaktion vor sich gehen kann. Weiterhin kann keine feste Dauer für die jeweiligen Phasen bestimmt werden. Es herrscht Uneinigkeit über die Länge von normalen Trauerreaktionen und die Angaben variieren von einigen Wochen bis Monaten, über ein Jahr bis hin zu mehreren Jahren (Shuchter & Zisook, 1993). Nichts desto trotz gelang es bereits, die Phasenmodelle der Trauer empirisch zu belegen (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007).

Bowlby	Kast
1. Betäubung, Wut	1. Nicht-wahrhaben-Wollen
2. Intensive Sehnsucht und Suchen	2. Aufbrechende Emotionen
3. Desorganisation und Verzweiflung	3. Suchen und Sich-Trennen
4. Reorganisation	4. Neuer Selbst- und Weltbezug
Kübler-Ross	Znoj
1. Nichtwahrhabenwollen und Isolierung	1. Schock
2. Zorn	2. Aufbrechende Gefühle
3. Verhandeln	3. Neuorientierung
4. Depression	
5. Zustimmung	

Abbildung 3.1: Trauerphasen nach Bowlby (1983), Kast (1982), Kübler-Ross (1983) und Znoj (2005).

Entsprechend den beschriebenen Phasenmodellen lassen sich auch Stufen der Trauer bei Kindern formulieren (Spiecker-Verscharen, 1992; vgl. Abbildung 3.2). Voraussetzung für die erste Phase ist das Erhalten der Todesnachricht. Diese steht in Zusammenhang mit sensiblen, aber bestimmten Erklärungen zu der Tatsache, dass der geliebte Verstorbene nicht zurückkehren wird. Besonders Kinder unter sechs Jahren halten das Konzept der Reversibilität des Todes lange aufrecht (Brent, Speece, Lin, Dong & Yang, 1996), so dass eine Aufklärung ohne Umschweife zum sicheren Verständnis dringend nötig ist. Ist die beabsichtigte Einsicht beim Kind eingetreten, so finden sich Wut und Zorn als Reaktion auf das Verlassenwerden. Die Verbalisierung der starken Emotionen, häufig gemeinsam mit einem Schutzmechanismus vor diesen, mündet in Äußerungen über die verstorbene Person, welche als unangebracht erscheinen können. Das Kind fühlt sich im Stich gelassen und sieht primär die negativen Seiten des Verstorbenen.

Sobald sich die Empfindungen der Wut und Enttäuschung legen, entwickeln sich Schuldgefühle im Kind aufgrund der vollzogenen schlechten Gedanken und Aussagen. Doch nicht nur deshalb bezeichnet die Autorin die zweite Stufe der kindlichen Trauer als Phase der Gewissensbisse und Reue. Weiterhin ist es möglich, dass das Kind sich in der Verantwortung für den Tod der geliebten Person sieht. Solche Vermutungen können aus den negativen Gedanken über den Verstorbenen in Phase eins entstehen. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, das Kind über die genauen Todesumstände zu informieren. Nur so können „magische“ dysfunktionale Verknüpfungen (Dyregrov, 2008; Steil & Rosner, 2009) vermieden werden, mit denen es sich selbst belasten würde.

Ist die Phase der Schuldgefühle überwunden, wird die verstorbene Person übermäßig glorifiziert. Das Kind beachtet ausschließlich die positiven Seiten ohne jegliche Reflexion und identifiziert sich stark mit dem Verstorbenen. Dies hat zur Folge, dass zahlreiche Verhaltensmuster von dem Heranwachsenden übernommen werden, auch wenn sie negativ oder gar schädlich sind. Ein solches Verhalten kann das Kind in seiner weiteren Entwicklung und in der Verarbeitung des Verlustes einschränken, weshalb dringend auf die letzte Phase hingearbeitet werden muss.

Mit der vollständigen Verarbeitung des Verlustes, welche durch das Bewältigen der ersten drei Stufen erfolgen kann, soll das Kind die Bereitschaft wieder erlangen, sich auf eine Beziehung einzulassen. Auf dieser Basis wird es auch möglich, sich weiter

zu entwickeln. Dies ist bei Kindern deshalb besonders wichtig, weil sie sich noch in der emotionalen und kognitiven Genesephase befinden (Spiecker-Verscharen, 1992). Unterstützend wirken dabei ein geregelter Tagesablauf und sichere soziale Kontakte, welche das Kind vor dem zweiten Verlust, nämlich dem der täglichen Routine und des gewohnten Lebens bewahren sollen (Silverman & Worden, 1993).

Trauerphasen bei Kindern

1. Wut und Enttäuschung
 2. Gewissensbisse und Reue
 3. Übermäßige Identifizierung mit dem Verstorbenen
 4. Bereitschaft für neue Beziehung
-

Abbildung 3.2: Trauerphasen nach Spiecker-Verscharen (1992).

3.1.2 Unkomplizierter kindlicher Verlust

Die aktuelle Forschung zu Trauer bei Kindern distanziert sich zunehmend von den Phasenmodellen (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). Sie verweist als Quelle auf Wolfelt (1991) und Worden (1996), welche typische normale Trauerreaktionen von Kindern beschreiben. Es wird ersichtlich, dass die Inhalte ähnlich sind, jedoch wird gezielt auf einen Aufbau in Stufen verzichtet (vgl. Abbildung 3.3).

Elemente eines normalen kindlichen Trauerprozesses

- Erfahrung eines tiefen Schmerzes verbunden mit dem Verlust
 - Akzeptanz des dauerhaften Verlustes
 - Erinnerung an den Verstorbenen in seiner Ganzheit
 - Veränderung der interaktiven Beziehung zu einer Beziehung in der Erinnerung
 - Verinnerlichen wichtiger Aspekte der verstorbenen Bezugsperson in der Identität des Kindes
 - Zulassen neuer Beziehungen
 - Wiederherstellen eines gesunden Entwicklungsverlaufes
-

Abbildung 3.3: Trauerprozess nach Wolfelt (1991) und Worden (1996).

Bei der Frage, ab wann man diesen Prozess des kindlichen Trauerns erwarten kann, müssen zunächst einige entwicklungspsychologische Faktoren beachtet werden. Bowlby (1983) beispielsweise weist – im Gegensatz zu den meisten Forschern vor ihm – erstmals auf die vielen Gemeinsamkeiten in der Trauerreaktion von Kindern und Erwachsenen hin. Demnach können Kinder ab sechs Monaten Verhaltensweisen zeigen, welche den Verlustreaktionen älterer Kinder nahe kommen. Mit etwa andert-

halb Jahren wird Verhalten beobachtet, welches bereits als Trauer bezeichnet werden kann. Somit lässt sich festhalten, dass schon Kleinkinder in der Lage sind, uns bekannte Trauerreaktionen zu vollziehen. Die Fähigkeit, den Tod als universell, irreversibel und in Verbindung mit Non-Funktionalität zu sehen, erlangen Kinder ca. ab dem siebten Lebensjahr (Brent et al., 1996). Dies bildet die Voraussetzung für die Akzeptanz eines Verlustes und die Bewusstheit, dass dieser endgültig ist. Obwohl Kinder nach Bowlby (1983) aufgrund ihres stärkeren Gegenwartsbezuges die Trauer häufig schneller überwinden können als Erwachsene, fällt ihnen der Umgang mit dem Verlust nicht zwingend leichter. Es findet sich eine enorme Abhängigkeit der Kinder von ihren unmittelbaren erwachsenen Bezugspersonen, denen sie vertraut haben und ohne diese die Bewältigung des Lebens sehr schwer erscheint. Erwachsene können üblicherweise auf ein soziales Netzwerk zurückgreifen, welches ihnen Unterstützung in der Zeit des Trauerns bietet. Kinder verfügen meist noch nicht über ein solches Netz – sie wurden bisher immer von den Eltern begleitet (Lieberman, Compton, Van Horn & Ippen, 2003). Silverman und Worden (1993) fassen die besondere Schwierigkeit kindlicher Trauer zusammen, indem sie den Verlust nicht als isoliertes belastendes Ereignis, sondern als eine Aufeinanderfolge solcher Erlebnisse beschreiben. Diese zeigen sich besonders durch veränderte Abläufe des täglichen Lebens und die fehlende Verfügbarkeit sozialer Unterstützung.

Einen genaueren Überblick über den Entwicklungsverlauf von Trauerreaktionen ab dem Säuglingsalter geben Cohen, Mannarino, Greenberg, Padlo und Shipley (2002). Bis zum Alter von zwei Jahren reagieren Säuglinge und Kleinkinder auf die Abwesenheit einer Bezugsperson mit körperlichen Symptomen, wie Schlafstörungen, Veränderungen im Essverhalten, Komplikationen in der Ausscheidung sowie Schwierigkeiten, sich beruhigen zu lassen. Vorschulkindern zwischen drei und sechs Jahren fehlt das Verständnis dafür, dass etwas für immer ist – wie oben bereits bezüglich der Irreversibilität des Todes erwähnt. Auch können sie die anderen Komponenten des Todeskonzeptes noch nicht nachvollziehen (auch Brent et al., 1996). Des Weiteren ist es möglich, dass regressive Verhaltensweisen wie etwa Daumenlutschen auftreten. Im Grundschulalter gilt der Tod häufig als etwas Berührbares oder Physisches, oftmals wird dieser auch personifiziert. Gleichzeitig entwickelt sich aber ein zunehmendes Verständnis für die Dauerhaftigkeit des Todes. Die mangelnde Erfahrung mit starken Emotionen erschwert den Kindern den Umgang damit und kann zu Wut und Ärger als Ausdruck dieser Gefühle führen. Bis zum dreizehnten Lebensjahr

wird das Todeskonzept der Kinder zunehmend realistisch, „magische“ Gedanken können dennoch weiterhin auftreten (auch Steil & Rosner, 2009). Jugendlichen ab zwölf Jahren ist es nach Cohen et al. (2002) möglich, den Tod kognitiv zu verstehen, woraus sich aber auch existentielle Lebensfragen ergeben. Es wird nach dem Sinn der Dinge gesucht und im jugendlichen Gefühl der Unbesiegbarkeit werden durch Risikoverhalten die Grenzen des Lebens ausgetestet. Verlust in der Jugend verursacht aufgrund des besseren Verständnisses typische Symptome wie tiefe Trauer, Schlaf- und Appetitmangel sowie Konzentrationsprobleme.

Der Zustand der Trauer mit den eben erwähnten jugendlichen Reaktionen ist dem Erscheinungsbild und der Diagnose einer Major Depression relativ ähnlich. Dies ist auch der Grund, weshalb das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR; APA, 2003) die Diagnosestellung einer Depression innerhalb von zwei Monaten nach einem bedeutsamen Verlust nicht gestattet. In diesem Fall kann eine *Einfache Trauer* (V62.82; Weitere klinisch relevante Probleme) klassifiziert werden, welche nach mehr als zwei Monaten als depressive Episode gilt. Dementsprechend ermöglicht die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; WHO, 1997) das Verwenden der Zusatzkategorie *Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen* (Z63.4), welche dem Kapitel XXI angehört. Darin finden sich Faktoren, die den gesundheitlichen Zustand beeinflussen und dazu führen, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. Verläuft die Reaktion auf den Verlust einer nahestehenden Person auf eine Weise, welche nicht der oben beschriebenen normalen Trauer entspricht, kann von einer pathologischen Variante ausgegangen werden. Dieses Phänomen wird nachfolgend beschrieben.

3.2 KOMPLIZIERTE TRAUERFORMEN

Die große Mehrheit der Personen, die einen Verlust erleiden, zeigt mit 80 bis 95% eine normale Trauerreaktion (Latham & Prigerson, 2004; Newson, Boelen, Hek, Hofman & Tiemeier, 2011; Prigerson, 2004); dies gilt für Erwachsene ebenso wie für Kinder (Worden, 1996). In Abgrenzung zur eben beschriebenen normalen Trauer wird zunehmend erforscht, welche besonderen Formen der Trauerreaktion möglich sind. Hier finden sich die Begriffe Pathologische, Prolongierte, Komplizierte oder Traumatische Trauer. Trotz der variierenden Terminologie untersuchen die Wissenschaftler auf diesem Gebiet ein ähnliches Konzept: Eine Trauerreaktion, welche in Dauer und Intensität über die als Norm empfundene hinausgeht. Hier zeigt sich bereits die erste Schwierigkeit, da eben die Norm bezüglich der Trauerreaktion bei Kindern wie Erwachsenen nicht genau geklärt ist (Rosner & Wagner, 2009; Shuchter & Zisook, 1993). Ebenso wird die Uneinigkeit in der Forschung zu Komplizierter Trauer ersichtlich, da es bisher nicht möglich war, sich auf einen Begriff zu einigen. In dieser Arbeit entscheide ich mich für den Begriff *Komplizierte Trauer* (KT), dennoch werden die jeweiligen Trauerentwürfe der einzelnen Forscher in ihrem Originalnamen benannt. Zunächst soll der derzeit aktuelle Forschungsstand zur KT dargestellt werden, worauf eine Beschreibung *Komplizierter Trauer in der Kindheit* nach Cohen, Mannarino und Deblinger (2009) folgt.

3.2.1 Aktueller Forschungsstand

Das Konzept der KT hat seit mehreren Jahren einen starken Forschungsaufschwung zu verzeichnen. Dies mag zum einen daran liegen, dass lange Zeit wenige Studien vorlagen und daher ein vermehrtes Interesse an neuen Erkenntnissen besteht. Zum anderen diskutiert man nach wie vor mögliche Diagnosekriterien für KT und eine Aufnahme als Störung in die kommende fünfte Auflage des DSM (Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004; Prigerson, Horowitz, Jacobs, Parkes, Aslan et al., 2009).

Erwachsene betreffend finden sich sehr konkrete Ansätze für die Beschreibung von KT. Da diese jedoch gemäß der Manuale ICD-10 (WHO, 1997) und DSM-IV-TR (APA, 2003) nicht als Störung diagnostizierbar ist, fehlen auch konkrete verbindliche Symptome, die eine objektive Beschreibung der Trauerreaktion ermöglichen. Es bleibt auf inoffizielle Kriterien zurück zu greifen, welche aber aufgrund beständiger Forschung mittlerweile als klinischer Konsens angesehen werden (Forstmeier &

Maercker, 2007). In der Literatur tun sich zwei Diagnosevorschläge besonders hervor, welche nachfolgend diskutiert und in Tabelle 3.1 gegenüber gestellt werden. Die Arbeitsgruppe um Holly Prigerson (Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds, Maciejewski et al. 1999) verwendet dabei die Terminologie *Traumatische Trauer*, während sich die zweite Forschungskonstellation (Horowitz, Siegel, Holen, Bonnano, Milbrath et al. 1997) mit KT auseinandersetzt.

Sowohl das Vorgehen als auch die Ergebnisse der beiden Forschungsanliegen unterscheiden sich deutlich (Kersting, Reutemann, Ohrmann, Schütt, Wesselmann et al., 2001; Rosner, 2003; Rosner & Wagner, 2009). Mardi Horowitz et al. (1997) befragten 70 Personen, welche freiwillig sechs und 14 Monate nach dem Tod ihres Partners an der Untersuchung teilnahmen. Mithilfe des *Texas Revised Inventory of Grief* (Faschingbauer, 1981), einer veränderten Version der *Impact of Event Scale* (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) sowie einem angepassten *Strukturiertem Klinischem Interview für DSM-III* (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990) konnten die Forscher sieben Symptome aus den Bereichen Intrusion, Vermeidung und mangelnde Anpassung auswählen, welche als Diagnosekriterien für KT in Frage kommen. Die Stichprobengröße ist jedoch als kritisch anzusehen, da sie relativ klein ausfiel. Die Autoren begründeten das Kriterium des Mindestabstands zwischen Verlust und Diagnose von 14 Monaten folgendermaßen: Ein Jahr nach dem Todesfall könnte als zeitliche Grenze für eine Diagnose dienen, allerdings kann sich zwölf Monate nach einem Todesfall ein Tiefpunkt aufgrund des Jahrestages ereignen (Horowitz et al., 1997). Somit erscheint 14 Monate eine überlegte, wenn auch relativ lange Zeitspanne.

Dem Vorschlag von Prigerson et al. (1999) ging ein Expertenforum voraus, welches einen Überblick über Studien zur pathologischen Trauerforschung erarbeitete. Dieser Überblick zeigte, dass Symptome von Trennungsschmerz ein Cluster zusammen mit traumatischen Stresssymptomen bilden. Mit einer Stichprobe von 306 Personen konnten die unten aufgeführten Symptome testtheoretisch erlangt werden. Dabei war es den Autoren möglich, sowohl Trennungsschmerz (siehe Kriterium A1) als auch traumatischer Stress (siehe Kriterium B1-8) mit den jeweils zugehörigen Symptomen durch Faktorenanalysen zu bestätigen. Man geht davon aus, dass „Die eigenartig frühe Festlegung des Zeitkriteriums C“ (Rosner, 2003, S. 79) auf die Diagnose einer Major Depression zurückzuführen ist, welche nach dem DSM-IV ja auch nicht innerhalb der ersten beiden Monate nach dem Verlust diagnostiziert werden darf

(APA, 1994). Rosner (2003) weist darauf hin, dass es möglicherweise in einem derart frühen Stadium schwer fallen kann, eine komplizierte Trauerreaktion von einer normalen bzw. einer Depression abzugrenzen. Dabei ist anzumerken, dass das Zeitkriterium im klinisch strukturierten Interview zu Traumatischer Trauer von Prigerson und Jacobs (2001a) von zwei auf sechs Monate erhöht wurde. Weiterhin bleibt zu bemängeln, dass die Probanden aus einer Studie für Schlafstörungen entstammten, sodass die Repräsentativität kritisiert werden kann. Die Begriffswahl der Traumatischen Trauer begründete die Gruppe um Prigerson damit, dass diese die Konseuskriterien genauer wiedergibt, weniger vage ist als etwa kompliziert oder ungelöst und weniger negativ erscheint als zum Beispiel Pathologische Trauer (Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000).

Nach wie vor herrscht aber Uneinigkeit über die Terminologie der Störung. So wurde in einer interessanten Studie aus dem Jahr 2007, in der Forscher die beiden aufgeführten diagnostischen Kriterien verglichen, wiederum von Komplizierter Trauer (Complicated Grief, CG) gesprochen (Forstmeier & Maercker, 2007). Zur Erhebung von Prigersons Kriterien fand das *Inventory of Traumatic Grief-Revised* (ITG-R, Prigerson and Jacobs, 2001b) Anwendung, für Horowitz-Symptome das *Complicated Grief Module* (CGM) (Horowitz et al., 1997). In der Gegenüberstellung konnte herausgelesen werden, dass die beiden Systeme nur geringfügig übereinstimmen ($\kappa = 0.13$), so dass sehr wenige Probanden eine Diagnose auf Basis beider Kriterien erreichten. Außerdem zeigte sich, dass die Kriterien von Horowitz et al. (1997) weniger streng sind und daher bei Verwendung dieser mit höheren Prävalenzen als bei Prigerson et al. (1999) zu rechnen ist. Das bestätigten auch Wagner und Maercker (2008) in ihrer Untersuchung, was vor allem auf das für eine Diagnose nötige Kriterium der signifikanten Beeinträchtigung bei letzteren zurückgeführt wird. Abschließend empfohlen die Autoren eine Verbindung der beiden Vorschläge für künftige Forschung mit dem Ziel, standardisierte Diagnosekriterien für KT zu erhalten.

Table 3.1: Diagnostische Kriterien für Komplizierte Trauer nach Horowitz et al. (1997) und für Traumatische Trauer nach Prigerson et al. (1999).

Komplizierte Trauer (Horowitz et al., 1997)	Traumatische Trauer (Prigerson et al., 1999)
<p>A.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Person erfuhr von dem Verlust einer nahe stehenden Person. 2. Der Trauerfall liegt mehr als 14 Monate zurück. <p>B. In dem letzten Monat werden täglich mindestens drei der sieben nachstehenden Symptome so erlebt, dass sie eine Beeinträchtigung des Lebens bedeuten.</p> <p>Intrusive Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intrusive Erinnerungen/ Fantasien an den Verstorbenen 2. Intensive Gefühle und Schmerz bezüglich der verlorenen Beziehung 3. Starke Sehnsucht/ Wunsch, dass Verstorbener noch leben würde <p>Vermeidung und Anpassungsprobleme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Gefühle von Einsamkeit und innerer Leere 5. Vermeiden von Personen, Plätzen oder Aktivitäten, die an Verstorbenen erinnern 6. Schlafstörungen 7. Verlust des Interesses an Arbeit, sozialen Aktivitäten oder Verpflichtungen 	<p>A.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Person erfuhr von dem Verlust einer nahe stehenden Person. 2. Mindestens drei der vier aufgeführten Symptome treten zumindest manchmal auf: <ul style="list-style-type: none"> - intrusive Gedanken an die verstorbene Person - Sehnsucht/ Verlangen nach der verstorbenen Person - Suche nach der verstorbenen Person - Einsamkeit als Ergebnis des Todesfalls <p>B. Als Reaktion auf den Trauerfall sind vier der acht folgenden Symptome überwiegend feststellbar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zukunft ist sinnlos und ziellos 2. Gefühl von Taubheit, mangelnder Zugehörigkeit und emotionaler Reaktion 3. Schwierigkeiten den Tod zu akzeptieren 4. Gefühl, das Leben sei leer und sinnlos 5. Gefühl, ein Teil des Selbst sei gestorben 6. Zerbrochenes Weltbild (Verlust von Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle) 7. Übernahmen von schädlichem Verhalten oder Symptomen des Verstorbenen 8. Exzessive Reizbarkeit, Ärger, Bitterkeit bezogen auf den Tod <p>C. Die Dauer der Symptomatik beträgt mindestens zwei Monate.</p> <p>D. Die Störung verursacht signifikante Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.</p>

Tatsächlich veröffentlichten Prigerson, Horowitz et al. (2009) zwei Jahre später in einem Expertenteam von knapp 20 Forschern einen Artikel mit gemeinsamen Vor-

schlagen für Kriterien für das DSM-V und das ICD-11. Hier fand sich erneut eine Namensänderung, mit welcher sie den momentan aktuellen Stand der US-amerikanischen Forschung bezeichneten: *Prolonged Grief Disorder* (PGD) (Prigerson, Horowitz et al., 2009; Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, 2008). Die Entscheidung für die Bezeichnung *Verlängerte Trauerstörung* begründeten sie damit, dass dieser Begriff den Grundgedanken der Störung beschreibe – nämlich eine Trauerreaktion, die persistierend existiere. Außerdem würde nach Prigerson et al. (2008) Traumatische Trauer zu stark mit PTBS assoziiert; kompliziert stelle ein Synonym für etwas dar, was schwierig zu erklären ist und erweise sich daher als ebenso unpassend. In einem aufwendigen Forschungsprozess konnte die Gruppe von Experten neun Symptome isolieren, die sowohl in Sensitivität und Spezifität als auch in positiven und negativen Vorhersagewerten alle über 0.94 lagen. In folgender Tabelle 3.2 finden sich die derzeit aktuellen Vorschläge für PGD-Kriterien, wie sie in den nächsten Auflagen von DSM und ICD zu finden sein könnten. Dabei wird ersichtlich, dass auf das Kriterium der Intrusion verzichtet wurde ebenso wie auf die Einsamkeit seit dem Verlust – Symptome, die vorher in beiden Entwürfen zu finden waren (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1997). Als Symptom des Trennungsschmerzes verblieb lediglich starke Sehnsucht nach dem Verstorbenen. Von den Kriterien der Gruppe um Horowitz (Horowitz et al., 1997) konnten sich Schlafstörungen und Schmerz seit dem Verlust nicht durchsetzen. Des Weiteren verzichtete man auf die Übernahme schädlicher Verhaltensweisen des Verstorbenen und die Mindestdauer der Symptomatik nach Prigerson et al. (1999), beides Symptome, welche bereits als umstritten galten.

Die kürzlich veröffentlichten Forschungsergebnisse um Katherine Shear (Shear, Simon, Wall, Zisook, Neimeyer, Duan, et al., 2011; Simon, Wall, Keshaviah, Dryman, LeBlanc et al., 2011) etablierten den Begriff der KT und griffen wiederum auf ein ebenso kurzes Zeitkriterium wie erstmals Prigerson et al. (1999) zurück – vier Wochen. Damit unterscheiden sich diese beiden aktuellen Entwürfe stark, denn bei PGD bezieht sich das Zeitkriterium auf die Spanne seit dem Verlust, in welcher eine Diagnose nicht gestellt werden darf. Shear und Kollegen (2011) begrenzten Trennungsschmerz nicht auf starke Sehnsucht und ergänzten etwa Suizidgedanken. Die Sensitivität von 95% und Spezifität von 98% untermauern die Diagnosevorschläge dieser Forschergruppe, die anschließend noch diskutiert werden.

Table 3.2: Diagnosekriterien für *Prolonged Grief Disorder* nach Prigerson, Horowitz et al. (2009) und *Complicated Grief* nach Shear et al. (2011).

Prolonged Grief Disorder (Prigerson, Horowitz et al., 2009)	Complicated Grief (Shear et al., 2011)
<p>A. Ereignis: Verlust (einer nahestehenden Person)</p>	<p>A. Die Person erlitt einen Verlust, d.h. einer geliebten Person, vor mind. sechs Monaten.</p>
<p>B. Trennungsschmerz: Die trauernde Person erlebt täglich oder in einem beeinträchtigenden Ausmaß Sehnsucht (z.B. Verlangen, Verzehren oder Ersehnen des Verstorbenen; physisches oder emotionales Leiden als Ergebnis des erwünschten aber unerfüllten Wiedersehens).</p>	<p>B. Mindestens eines der folgenden Symptome von dauerhafter, intensiver Trauer liegt vor, seit einer längeren Periode als vom Umfeld der Person erwartet:</p>
<p>C. Kognitive, emotionale und behaviorale Symptome:</p>	<p>C. Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen für mindestes einen Monat vor:</p>
<p>Die trauernde Person weist mindestens fünf der folgenden Symptome täglich oder in einem beeinträchtigenden Ausmaß auf:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verwirrung über die eigene Rolle im Leben oder verminderte Selbstwahrnehmung (z.B. Gefühl, dass Teil der eigenen Person verstorben ist) 2. Schwierigkeiten den Verlust zu akzeptieren 3. Vermeidung von Erinnerungen an die Realität des Verlustes 4. Mangelnde Fähigkeit anderen zu vertrauen seit dem Verlust 5. Bitterkeit oder Ärger verbunden mit dem Verlust 6. Schwierigkeiten weiter zu leben (z.B. neue Freunde zu finden, Interessen verfolgen) 7. Taubheit seit dem Verlust (Abwesenheit von Emotionen) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Häufiges aufwühlendes Grübeln über die Umstände oder Folgen des Todes, z.B. Sorgen wie oder warum die Person starb, es nicht zu schaffen ohne die Person, Gedanken die Person im Stich gelassen zu haben. 2. Wiederkehrende Gedanken des Unglaubens oder Unfähigkeit den Tod zu akzeptieren, wie nicht glauben zu können, dass die Person weg ist. 3. Andauerndes Gefühl, schockiert, betäubt, benommen oder emotional taub zu sein seit dem Tod. 4. Wiederkehrende Gefühle von Ärger oder Bitterkeit aufgrund des Todes. 5. Andauernde Schwierigkeiten anderen zu vertrauen oder sich um sie zu kümmern oder starke Neidgefühle gegenüber Personen, die keinen Verlust erlitten haben.

Tabelle 3.2: Fortsetzung.

Prolonged Grief Disorder (Prigerson, Horowitz et al., 2009)	Complicated Grief (Shear et al., 2011)
8. Gefühl, dass das Leben unerfüllend, leer oder sinnlos ist seit dem Verlust 9. Gefühl, benommen, betäubt oder schockiert zu sein seit dem Verlust	6. Häufiges Erleben des Schmerzes oder anderer Symptome, die der Verstorbene hatte oder Wahrnehmen seiner Stimme oder seines Bildes. 7. Erleben starker emotionaler oder physiologischer Reaktivität bezüglich Erinnerungen an die Person oder Erinnerungen an den Verlust. 8. Verhaltensänderungen aufgrund von exzessiver Vermeidung oder dem Gegenteil, aufgrund von starkem Streben nach Nähe, z.B. unterlassen zu Plätzen zu gehen, Dinge zu tun, die an den Verlust erinnern oder sich hingezogen fühlen zu Erinnerungen an die Person, wie Dinge sehen, fühlen, hören wollen, um sich der Person nahe zu fühlen (Anmerkung: Manchmal kann beides vorliegen)
D. Zeitpunkt: Diagnosestellung nicht bis sechs Monate nach dem Tod.	D. Die Dauer der Symptome und Einschränkungen beträgt mindestens einen Monat.
E. Beeinträchtigung: Die Störung verursacht klinisch signifikante Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen (z.B. häusliche Verantwortungen).	E. Die Symptome verursachen klinisch signifikante Belastung oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, in denen die Beeinträchtigung nicht besser als eine kulturell angemessene Reaktion erklärbar ist.
F. Bezug zu anderen psychischen Störungen: Die Störung kann nicht besser erklärt werden durch eine Major Depression, generalisierte Angststörung oder Posttraumatische Belastungsstörung.	

Betrachtet man oben aufgeführte Tabelle, so wird klar, dass die kognitiven, emotionalen und behavioralen (Prigerson, Horowitz et al., 2009) sowie die sekundären Symptome (Shear et al., 2011) im Großteil übereinstimmen: Fehlende Akzeptanz und Vermeidung können ebenso bei beiden Gruppen gelesen werden wie mangelndes Vertrauen, Bitterkeit und Ärger, emotionale Taubheit oder das Gefühl nicht ohne die Person weiterleben zu können resp. keinen Sinn darin zu sehen. Die Unterscheide

zeichnen sich lediglich in einem zweiten Taubheitssymptom sowie der Verwirrung über die eigene Rolle im Leben bei Prigerson, Horowitz et al. (2009) ab; bei Shear et al. (2011) in einer erhöhten physiologischen Reaktivität und dem Erleben von Schmerzen des Verstorbenen oder seiner Präsenz. Beide Entwürfe beinhalten ein Beeinträchtigungskriterium.

Aktuell findet sich eine rege Diskussion darüber, ob diese oder ähnliche Kriterien in das DSM-V aufgenommen werden sollen (Prigerson, Horowitz et al., 2009; Prigerson et al., 2008; Rubin, Malkinson & Witztum, 2008; Stroebe, Hansson, Schut & Stroebe, 2008; Lichtenthal, 2004). Besonders das Argument, dass Kriterien einer KT diskontinuität sind von anderen psychischen Störungen wie PTBS (Boelen, Hout & Bout, 2008; Bonnano, Neria, Mancini, Coifman, Litz et al., 2007; Golden & Dalgeish, 2010; Marwit, 1991; Rosner, 2003; Stroebe, Schut & Finkenhauer, 2001), Depression (Boelen & Bout, 2005; Bonnano et al., 2007; Enright & Marwit, 2002; Prigerson, Frank, Kasl, Reynolds, Shear et al., 1995) oder Angststörungen (APA, 1994; Enright & Marwit, 2002; Prigerson & Jacobs, 2001b) wird von den Befürwortern als ausschlaggebend angesehen. Als positive Folge könnte einerseits die Entwicklung verbesserter Diagnoseverfahren und effektiverer Therapien resultieren. Andererseits besteht auch die Gefahr, dass Trauerreaktionen zu schnell pathologisiert werden. Für eine ausführliche Gegenüberstellung der Argumente sei auf den Artikel von Lichtenthal und Kollegen verwiesen (2004), da eine solche den Fokus dieser Arbeit verzerren würde.

Abschließend ist zu bemerken, dass – obwohl lange Zeit (Prigerson et al., 1999) und teilweise nach wie vor (Cohen & Mannarino, 2011) der Begriff Traumatische Trauer Verwendung fand und findet – ein Verlust, auf welchen eine KT folgt, nicht zwangsweise unter traumatischen Umständen stattfinden muss. Jacobs et al. (2000) beschrieben zwei mögliche Entstehungswege, wovon einem tatsächlich ein traumatischer Umstand mit Todesfolge zugrunde liegt, der zweite aber auf eine Vulnerabilität im Anpassungsvermögen von Betroffenen zurückgeht. Die Autoren wiesen zudem daraufhin, dass besonders die erste ätiologische Variante mit PTBS oder anderen psychischen Störungen einhergehen kann. Auch Horowitz et al. (1997) gaben an, dass sich infolge traumatischer sowie nicht-traumatischer Todesumstände eine KT entwickeln kann. Hier soll die Terminologie *Komplizierte Trauer* (KT) Anwendung finden, da sie sich in letzter Zeit in der Forschung bewährt hat und in Fachkreisen

vermehrt Nutzung findet (Boelen, 2006; Rosner & Wagner, 2009; Shear et al., 2011; Simon et al., 2011). Dabei distanziert man sich etwas von der Nähe zum Trauma und verweist mehr auf die Unfähigkeit, die Trauer zu lösen.

3.2.2 Komplizierte Trauer in der Kindheit

Die zahlreichen Publikationen zu dem oben beschriebenen Konstrukt beziehen sich vorwiegend auf Erwachsene. Die Erforschung von unangepassten Trauerreaktionen bei Kindern findet ihren Ursprung in der Frage nach dem Zusammenhang von Trauma und Trauer nach einem Verlust. Bevor das anerkannte und populäre Phänomen der *Traumatischen Trauer in der Kindheit* (Childhood Traumatic Grief, CTG) nach Cohen et al. (2006) entstand, fokussierte man auf die Erforschung des Zusammenspiels von Trauer und Trauma, welchem eine zentrale Bedeutung in der Thematik zugesprochen wird. Da oben eine Entscheidung zugunsten des Begriffs KT fiel, wird in diesem Kapitel der Namensgebung der Forscher nicht nachgegangen, sondern eine konsistente Begriffswahl bevorzugt. Somit ist bei Bezugnahme auf die Literatur der Cohen-Arbeitsgruppe auch KTK zu finden.

Fachleute, welche sich mit sowohl traumatisierten als auch trauernden Kindern auseinandersetzen, konnten feststellen, dass PTBS- und Trauersymptome häufig gemeinsam vorkommen. Besonders wenn das Kind dem traumatischen Verlust einer Bezugsperson ausgesetzt ist, zeigt sich diese Kombination (Pynoos, 1992). Dabei ist zu erkennen, dass keine isolierte Betrachtung der Aufeinanderfolge von belastendem Ereignis und Traumasymptomen sowie Todesfall und Anzeichen des Trauerns möglich ist. Dies wird in einer Studie mit 45 Kindern, deren Eltern Opfer eines gewaltvollen Todes und sie Zeuge des Geschehens wurden, belegt. Die Forscher stellten dann in hohem Maße posttraumatischen Stress fest, der sich vorwiegend durch Symptome der Intrusion, Schreckreaktionen und Vermeidung zeigte (Eth & Pynoos, 1994). Nader (1997) beschreibt dies als *Childhood Traumatic Loss* und weist darauf hin, dass eine mangelnde Bewusstheit für die Beziehung der beiden Konstrukte schwerwiegende Folgen mit sich bringt. Die Autorin benennt mögliche Schwierigkeiten, die bei der Verarbeitung des schmerzlichen Verlustes auftreten können, wenn das erwähnte Zusammenspiel existent ist. So ist es möglich, dass (a) das gemeinsame Auftreten von Trauer- und Traumasymptomen die jeweils typischen Anzeichen der beiden intensiviert, (b) Gedanken an den Verstorbenen zu traumatischen Rückerinnerungen führen, (c) traumatische Aspekte des Todes die Trauerfallbearbei-

tung verhindern oder erschweren und (d) ein Gefühl von posttraumatischer Entfremdung oder Einsamkeit heilende Interaktionen behindert (Nader, 1997). Diese Wechselwirkung wird durch nachfolgende Grafik (Abbildung 3.4) veranschaulicht.

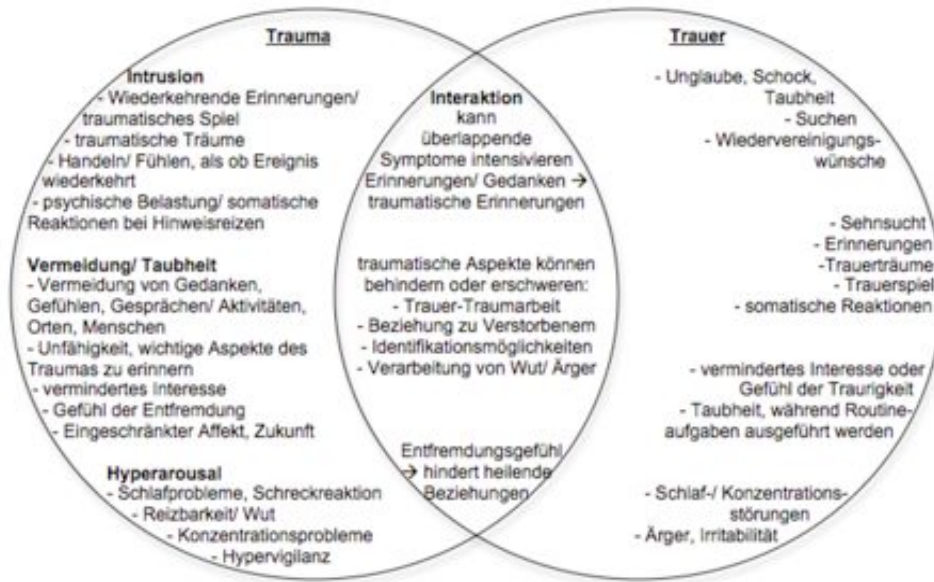


Abbildung 3.4: Zusammenspiel von Trauma und Trauer (übersetzt nach Nader, 1997).

Die zunehmende Beachtung der zusammenhängenden Konstrukte zieht auch relevante Implikationen für die Praxis nach sich. Ausführliche Beispiele, wie genau eine PTBS oder deren Symptome den Trauerprozess beeinflussen, gibt Pynoos (1992) an. Dabei steht im Vordergrund, dass jeweils ein PTBS-Symptom einen wichtigen Schritt in der Verarbeitung behindert. Als Beispiel wäre hier zu nennen, dass traumatische Träume, die immer von Stress und Angst behaftet sind, Trauerträume verhindern. Auf diese Weise halten sie einen wichtigen Faktor des Trauerns und Verarbeitens vom Kind oder Jugendlichen ab. Daher zieht er den Schluss, dass traumatische Komponenten stets primär zu behandeln sind, damit das normale Trauern vollzogen werden kann. Für eine ausführliche Darstellung zu Interventionen sei bereits an dieser Stelle auf den Gliederungspunkt 5 verwiesen.

Cohen et al. (2011a) greifen eben diese Erkenntnisse der frühen Trauerforschung in der Kindheit auf. Sie geben an, dass Jugendliche, die einem traumatischen Verlust ausgesetzt sind, mit gewisser Wahrscheinlichkeit KTK entwickeln. Hierzu gehören nach unserem Verständnis etwa Unfälle, Naturkatastrophen, terroristische Akte oder

interpersonelle Gewalt (Cohen et al., 2006). Die Autoren weisen allerdings darauf hin, dass traumatische Umstände für Kinder wesentlich mehr sein können als für Erwachsene. Ein Verlust nach einer langen Krankheit oder einer älteren Person, welche ein langes Leben führte, kann für Heranwachsende ebenso traumatisierend wirken, wie wenn ein sehr überraschender Todesfall auftritt (Cohen & Mannarino, 2011b). Es findet sich hier eine Abgrenzung von Pynoos und Nader (1990): Das Phänomen KTK wird dadurch um ein Ereigniskriterium, welches nicht objektiv, sondern für den jeweils Betroffenen traumatisch erscheinen muss, erweitert.

KTK wird beschrieben als „ein Zustand, in welchem Kinder, die eine Bezugsperson unter traumatischen Umständen verlieren, Traumasymptome ausbilden, welche die Fähigkeit, einen typischen Trauerprozess zu durchlaufen, behindern“ (Cohen, Mannarino, Greenberg, Padlo & Shipley, 2002, S. 307). Dies fasst auch die Unterschiede zu einer normalen Trauerreaktion zusammen – Verlust unter traumatischen Umständen, Ausbildung von Traumasymptomen und Unfähigkeit zur Trauerverarbeitung. Zur Erklärung von KTK wird wiederum auf Pynoos (1992) zurück gegriffen, der drei unterscheidungsbedürftige Arten von Erinnerungen benennt. Dabei handelt es sich um Erinnerungen an die Todesumstände bzw. Traumaerinnerungen, Erinnerungen an die Abwesenheit der Bezugsperson bzw. Verlusterinnerungen und Erinnerungen an die dadurch verursachte Veränderung der Lebensumstände. Traumaerinnerungen kennzeichnen sich durch Situationen, Orte, Personen, Gerüche, Bilder oder Geräusche, die an die traumatischen Umstände des Todes erinnern. So kann ein Zimmer, in dem eine geliebte Person verstorben ist, einen Trigger darstellen. Gedanken, Erinnerungen, Objekte, Plätze oder Personen, welche die verstorbene Bezugsperson widerspiegeln, stellen für Kinder Verlusterinnerungen dar. Ein Spielplatz etwa, der immer von dem Kind mit seiner Mutter besucht wurde, kann ein solcher Reiz sein. Durch Situationen oder Menschen, die aufzeigen, welche Veränderungen für das Kind seit dem traumatischen Tod stattgefunden haben, werden Veränderungserinnerungen erzeugt. Dies kann die Situation am Frühstückstisch sein, die dem trauernden Kind aufzeigt, dass der Stuhl der Mutter nun leer bleibt oder das Essen von jemand anderem und auf andere Art zubereitet wird. Diese Reize triggern dann charakteristische Reaktionen, welche in der tatsächlichen Verlustsituation auftraten und verursachen ein erhöhtes Erregungsniveau sowie einen äquivalenten Stress. Um diesen unangenehmen Empfindungen zu entgehen, entwickeln Kinder und Jugendliche entsprechende Strategien. Diese ermöglichen es ihnen den Erinnerungen zu entgehen (Ver-

meidung) respektive den Schmerz zu mindern (Taubheit) (Cohen et al., 2002; Pynoos, 1992). Veranschaulicht wird dieser Ablauf in nachfolgender Abbildung 3.5.

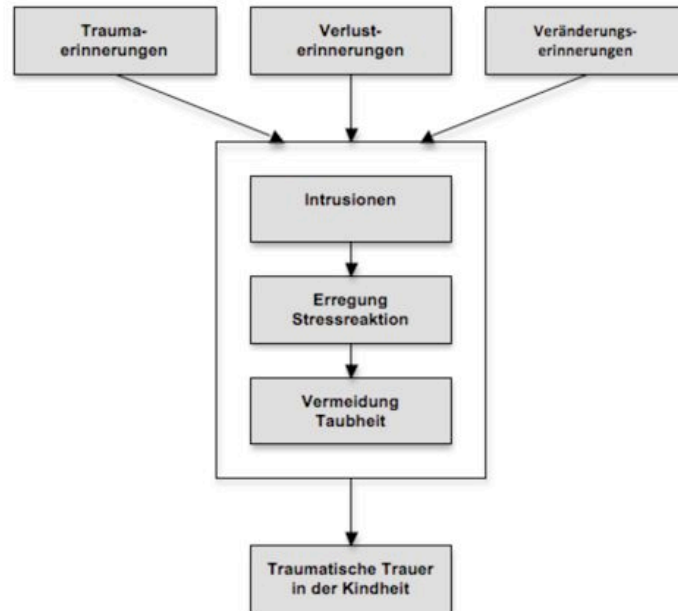


Abbildung 3.5: Entstehung Komplizierter Trauer in der Kindheit (nach Cohen et al., 2002; adaptiert von Winkler, 2006).

In keiner ihrer Veröffentlichungen führte die Arbeitsgruppe um Cohen bisher Kriterien und Symptome in der Form auf, wie wir sie etwa aus der Erwachsenenforschung kennen (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1999, 2009; Shear et al., 2011). Sie verweisen auf die Kriterien für Traumatische Trauer von Prigerson et al. (1999) und ergänzen diese durch verlustbezogene Traumasymptome:

- intrusive, übertriebene Gedanken,
- Träume oder Erinnerungen an den traumatischen Tod und/ oder den Verstorbenen,
- Vermeidung von Erinnerungen an den Verstorbenen
- und/ oder von Erinnerungen bezüglich des Todes,
- emotionale Taubheit oder Dissoziation und
- Symptome des Hyperarousals mit Ärger oder Bitterkeit bezüglich des Todes.

Als weitere charakteristische Anzeichen werden die Vermeidung von Identifikation mit dem Verstorbenen oder übermäßige Identifikation mit Übernahme von eventuell schädlichen Verhaltensweisen, Generalisierung von Ängsten, vor allem hinsichtlich zukünftiger Verluste, Selbstbeschuldigungen oder Schuldgefühle genannt. Außerdem muss eine Beeinträchtigung des Funktionsniveaus vorliegen. Fest steht, dass es gelingt, KTK als eigenständiges Phänomen zu belegen, welches sich als distinkt von

PTBS und normaler kindlicher Trauer erwiesen hat (Cohen et al., 2004; 2006). Somit wird die Möglichkeit geboten, auf einer soliden Basis weitere Forschung im Kinder- und Jugendbereich zu betreiben.

3.3 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZU KOMPLIZIERTER TRAUER IN DER KINDHEIT

Nachdem das theoretische Konstrukt der KT ausführlich dargestellt wurde, gilt es nun anhand aktueller Studien die Auftretenshäufigkeit Komplizierter Trauer in minderjährigen Populationen zu analysieren. Der Umstand der fehlenden Diagnosekriterien erschwert zusammen mit mangelnden Testverfahren für Kinder und Jugendliche die Interpretation der Ergebnisse. Derzeit existiert kein Goldstandardverfahren zur Erhebung von KTK. Einige Instrumente werden im Überblick von Kersting und Kollegen (Kersting, Fisch, Suslow, Ohrmann & Arolt, 2003) dargestellt, jedoch findet sich hier folgende Problematik: Die Diagnoseverfahren sind entweder auf Erwachsene ausgelegt und respektive oder vorwiegend für den englischen Sprachraum evaluiert (Rosner & Wagner, 2009). Nichts desto trotz soll ein Abriss über die Erforschung der Auftretenshäufigkeit von KTK gegeben werden, um Vergleichsmöglichkeiten mit den Ergebnissen der eigenen Untersuchung zu erhalten. Anschließend führe ich die Komorbidität bei KT auf.

3.3.1 Prävalenz Komplizierter Trauer in der Kindheit

Von den bisher verwendeten Verfahren zur Erfassung von KTK ist die Mehrheit für die Untersuchung erwachsener Probanden konzipiert. Diese Tatsache spiegelt sich in der begrenzten Menge empirischer Studien zur Häufigkeit des Konstruktes in der Kindheit wider. In manchen Untersuchungen werden Instrumente für Erwachsene zur Erhebung von KTK genutzt (Melhem, Day, Shear, Day, Reynolds III et al., 2004; Prigerson, Bridge, Maciejewski, Beery, Rosenheck et al., 1999; Schaal, Jacob, Dusingizemungu & Elbert, 2010). Es muss darauf hingewiesen werden, dass das einzig zugängliche, explizit für Kinder ausgerichtete Verfahren das *Extended Grief Inventory* (EGI; Layne, Savjak, Saltzman, & Pynoos, 2001) ist. Weiterhin existiert das *Traumatic Grief Inventory for Children* (TGIC; Dyregrov, Yule, Smith, Perrin, Gjestad & Prigerson, 2001), welches allerdings in keiner der vorliegenden Studien eingesetzt wurde. Da das EGI in einer erweiterten Version in der vorliegenden Untersuchung herangezogen wurde, erfährt es eine genauere Beschreibung im Methodenteil der Arbeit (Punkt 4.2.3.2).

Bei jungen Erwachsenen ($M = 23.8$, $N = 75$), die einen engen Freund durch Suizid verloren haben, wurden 19.7% als Fälle von KT diagnostiziert (Prigerson et al.,

1999). Als Verfahren diente das *Inventory of Complicated Grief* (ICG; Prigerson et al., 1995), der Verlust lag im Mittel 6.3 Jahre zurück. In der Erhebung von Melhem und Kollegen (Melhem et al., 2004) konnten Punktprävalenzen mithilfe des *Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG; Faschingbauer, Zisook & DeVaul, 1987) erfasst werden. Sechs Monate nach dem Verlust zeigten 25% der Jugendlichen KT ($M = 18.3$, $N = 146$), zwischen zwölf und achtzehn Monaten 4.2% und nach 36 Monaten 7.0%. Zwischen den beiden ersten Testzeitpunkten fand eine signifikante Reduktion der Symptomausprägungen statt ($F(1, 83) = 70.8$, $p < 0.001$). Morgos, Worden und Gupta (2007) untersuchten Kinder ($M = 12$, $N = 331$) im Sudan, von welchen 25% Waisen und 50% vom Verlust eines Geschwisters betroffen waren. Neben PTBS und Depression wurde Trauer anhand des *Extended Grief Inventory* (EGI; Layne et al., 2001) erhoben. 16% der Probanden zeigten hohe Ausprägungen in der Trauergesamterfassung, ebenfalls 16% auf dem Hauptfaktor (EGI-TG) ($M = 71.97$). Es fanden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede, allerdings Differenzen im Alter mit signifikant höheren Ergebnissen bei älteren Kindern ($\beta = 0.15$, $p < 0.01$). Die Autoren gaben keine Information zum mittleren zeitlichen Abstand zwischen den Verlusten und der Erfragung der Symptome. Von 158 Halbweisen ($M = 10.8$) konnte ebenfalls mithilfe des EGI (Layne et al., 2001) bei 43.7% KTK festgestellt werden (McClatchy, Vonk & Palardy, 2009). Die Kinder wurden im Mittel 13.48 Monate nach ihrem Verlust befragt. Es fand sich kein Effekt bezüglich der Unterschiede in der Zeit seit dem Trauerfall, jedoch ein signifikanter Altersunterschied mit schwereren Symptomen bei jüngeren Kindern ($p = 0.04$). Eine kürzlich veröffentlichte Studie mit Waisen und Witwen in Ruanda (Schaal et al., 2010) berichtete von KT bei 8.8% von 206 Kindern ($M = 11.5$). Die Erhebung mit dem *Prolonged Grief Disorder Questionnaire – 13 items* (PG-13; Prigerson et al., 2009) wurde im Durchschnitt zwölf Jahre nach den Verlusten durchgeführt. Die Forschergruppe konnte keinen signifikanten Effekt zwischen Versuchspersonen mit und ohne KTK in den demografischen Angaben, wie Alter oder Geschlecht, feststellen.

Die beiden Studien von Brown und Kollegen (2005, 2008) geben keine Prävalenzen an, lediglich die mittleren Werte der Probanden im EGI können entnommen werden. So fand sich in der Untersuchung von 83 Halbweisen ($M = 12.8$) auf der Traumatic Grief Subskala des EGI (EGI-TG) (Layne et al., 2001) ein Mittelwert von 35.9 (Brown & Goodman, 2005), in der zweiten Studie (Brown et al., 2008) mit 132 Kindern ($M = 11.2$) ein etwas höheres arithmetisches Mittel ($M = 44.5$). Wie von Layne

(2006) empfohlen, bietet es sich an, im EGI einen Cut-off-Wert von 46 einzusetzen. Auch eine Erhebung im Gazastreifen, welche vorwiegend PTBS untersuchte, gab keine Häufigkeiten an (Thabet, Salloum, Abu Tawahina, El Sarraj & Vostanis, 2009). Die Forscher berichteten von 12.2% bis 40.7% Zustimmung auf der höchsten Ausprägung der Items zu KT der *Grief Screening Scale* (GSS; Layne, Steinberg, Savjak & Pynoss, 1998). Keine Geschlechtsunterschiede wurden festgestellt ($t = 1.21, p = 0.22$).

Es zeichnet sich ab, dass die Zahlen sehr stark variieren – mit Werten zwischen 8.8% und 43.7%. Hier sei nochmals auf die großen methodischen Unterschiede hingewiesen, die einen Vergleich der Ergebnisse kaum ermöglichen. Es wurden unterschiedliche Testverfahren, Kriterien, Erhebungsländer und Stichprobengrößen gewählt. Somit wird der Bedarf an standardisierten Diagnosekriterien und bewährten Instrumenten erneut sehr deutlich, da eine allgemeine Aussage zur Häufigkeit Komplizierter Trauer bei Kindern und Jugendlichen nach aktuellem Stand nicht möglich ist. Tabelle 3.3 bietet eine Übersicht über die oben genannten Studien und deren Ergebnisse.

Tabelle 3.3: Empirische Studien zu Komplizierter Trauer in der Kindheit. Studie, Erscheinungsjahr, Zeit seit Verlust, Größe und Alter der Stichprobe, Verfahren zur Erhebung der Trauer, Reliabilität und Validität des Verfahrens, Prävalenz von KTK (%), Korrelationen zu anderen Störungen und Verlust durch Gewalt (%).

Studie ^a	Jahr	Zeit seit Verlust	Stichprobe	Verfahren	Reliabilität und Validität	Prävalenz KTK	Korrelationen/Komorbidität	Verlust durch Gewalt
Schaal et al.	2010	$M = 11.5$ Jahre	$N = 206$ Ruanda	PG-13 ^b	o. A.	8.8%	sig. r mit PTBS Schweregrad = .63 ($p < .001$)	70% (Krieg)
McClatchy et al.	2009	$M = 13.48$ Monate	$N = 158$ ($M = 10.8$) USA	EGI ^c	Cronbach's $\alpha = .918$; erwarteter Verlust .928, plötzlicher/ gewaltsamer Verlust .914	43.7%	o. A.	60.1% (unerwartet)
Thabet et al.	2009	o. A.	$N = 374$ ($M = 11.09$) Gaza	GSS ^d	Cronbach's $\alpha = .83$	12.2-40.7% Zustimmung in TG-Items	o. A.	100% (Tod durch Krieg)
Brown, Amaya-Jackson et al.	2008	$M = 20.8$ Monate	$N = 132$ ($M = 11.2$) USA	CARED-Youth ^e , EGI	diskriminante Konstruktvalidität (sig. Korrelationen mit PTBS und Depression)	EGI-TG $M = 44.5$	sig. r mit PTBS .78 und mit Depression .69 ($p < .01$)	41% (interpersonelle Gewalt, Terrorismus)

Tabelle 3.3: Fortsetzung

Studie	Jahr	Zeit seit Verlust	Stichprobe	Verfahren	Reliabilität und Validität	Prävalenz KTK	Korrelationen/ Komorbidität	Verlust durch Gewalt
Melhem, Moritz et al.	2007	$M = 8.2$ Monate	$N = 129$ ($M = 13.3$) USA	ICG-R ^f	Cronbach's $\alpha = .94$; Konvergente und diskriminate Validität	o. A.	sig. r mit Depression .47 und PTBS .62 ($p < .001$)	25.6% Suizid, 31.24% Unfall
Morgos et al.	2007	o. A.	$N = 331$ ($M = 12$) Sudan	EGI	o. A.	16% hoch auf EGI-TG	sig. r mit PTBS .68 ($p < .05$)	vermutlich 100% (Krieg)
Brown & Goodman	2005	$M = 321$ Tage	$N = 83$ ($M = 12.8$) USA	EGI	Kriteriumsvalidität	EGI-TG $M = 35.9$	sig. r mit MD .49, PTBS .73 ($p < .005$)	100% (Terrorismus, 9/11)
Melhem, Day et al.	2004	$t_1 = 6$ $t_2 = 12-18$ $t_3 = 36$ Monate	$N = 146$ ($M = 18.3$) USA	TRIG ^g	o. A.	$t_1 = 25\%$ $t_2 = 4.2\%$ $t_3 = 7.0\%$	MD $t_1 = 44.8\%$ PTBS $t_1 = 41.7\%$	100% (Suizid)
Prigerson, Bridge et al.	1999	$M = 6.3$ Jahre	$N = 76$ ($M = 23.8$) USA	ICG	Cronbach's $\alpha = .94$	19.7%	o. A.	100% (Suizid)

Anmerkung: o. A. ohne Angabe. a. nach Erscheinungsjahr geordnet. b. Prolonged Grief Disorder Questionnaire – 13 items (Prigerson et al., 2009). c. Extended Grief Inventory (Layne et al., 2001). d. Grief Screening Scale (Layne et al., 1998). e. The Characteristics, Attributions, and Responses after Exposure to Death, Youth Version (Brown, Cohen, Amaya-Jackson, Handel & Layne, 2003). f. Inventory of Complicated Grief – Revised (Prigerson et al., 1995). g. Texas Revised Inventory of Grief (Faschingbauer et al., 1987).

3.3.2 Komorbide Störungen zu Komplizierter Trauer in der Kindheit

Vorwiegend bedingt durch die kategoriale Diagnostik unserer Manuale (APA, 2003; WHO, 1997) stellt das Einhergehen einer psychischen Störung mit einer oder mehreren weiteren Diagnosen eher die Regel als die Ausnahme dar (Döpfner, 2008). Problematisch ist die Erfassung und Diskussion von Komorbidität bei Komplizierter Trauer aus den ausführlich benannten Schwierigkeiten der fehlenden verbindlichen Kriterien sowie repräsentativen Studien (Forstmeier & Maercker, 2007). Weiter oben wurden Depression, PTBS und Angststörungen angesprochen, um eine Distinktheit dieser von KT zu belegen. Aber eben weil sich die Störungen durchaus ähneln, zeigen sie auch hohe Komorbiditätsraten untereinander.

Depression

Depression ist eine der schwerwiegendsten Erkrankungen weltweit, was die Beeinträchtigung von Lebenszeit und -qualität betrifft (WHO, 2000), und zeichnet sich durch eine Veränderung der Grundstimmung aus (APA, 2003). Als Hauptsymptome werden nach ICD-10 (WHO, 1997) eine depressive Stimmung, Interessenverlust und mangelnder Antrieb genannt. In Kindheit und Jugend treten zudem Besonderheiten auf, wie etwa körperliche Beschwerden, Gelaugtheit, kein Interesse an Peer-Kontakten, Substanzgebrauch, Isolation oder Reizbarkeit. Seit Beginn der Trauerforschung steht Depression immer in engem Zusammenhang mit Trauer und Verlust (Bowlby, 1983) und wird auch bei Untersuchungen zu Komplizierter Trauer bei Erwachsenen erwähnt, mit Ergebnissen zwischen 8% und 71.7% (Boelen & Prigerson, 2007; Dell’Osso, Carmassi, Corsi, Pergentini, Succi et al., 2011; Melhem, Rosales, Karageorge, Reynolds, Frank, et al., 2001; Newson et al., 2011). Hinsichtlich Kindern und Jugendlichen ist die Anzahl an Studien sehr überschaubar und sie erfassen Depression nicht immer in Zusammenhang mit KT, sondern oft nur vor dem Hintergrund eines Verlustes.

In einem 1982 veröffentlichten Artikel wurden Kinder zwischen zwei und siebzehn Jahren ($N = 105$), die kürzlich einen Elternteil verloren, in Form eines Elterninterviews untersucht (Van Erdewegh, Bieri, Parilla & Clayton, 1982). Dabei fand eine Erhebung von mehreren psychischen und somatischen Auffälligkeiten statt, wie etwa Verhaltens- und Schulprobleme oder Bettnässen, jeweils einen und dreizehn Monate nach dem Verlust. Die Gruppe der Halbweisen zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe fast immer höhere Werte in allen erfragten Kriterien. Es konnten leichte For-

men der Depression festgestellt werden, allerdings keine schweren Ausprägungen zum Zeitpunkt zwei. Signifikant mehr Kinder der Untersuchungsgruppe (77% vs. 34%, $p < 0.0001$) zeigten aber eine Störung der Affektivität im Sinne einer Dysphorie zum ersten Untersuchungszeitpunkt mit abflachender Intensität über die Zeit. Es bleibt zu beachten, dass es sich um eine Erhebung per Fremdauskunft handelte, was besonders bei internalisierenden Problemen zu geringeren Prävalenzen führt (Downey, 2000; Esser & Lange, 2006). Weiterhin sind Aussagen zu Depressionswerten einen Monat nach dem Verlust wenig sinnvoll, da eine Diagnose – wie oben erwähnt – dann nicht möglich ist (APA, 2003). Cheifetz, Stavrakakis und Lester (1989) konnten anhand von Selbstauskunft eine weitaus höhere Nummer von depressiven Kindern identifizieren, welche allerdings zum Erhebungszeitpunkt in psychiatrischen Einrichtungen waren. 69% der kürzlich von einem Verlust betroffenen Kinder erfüllten die DSM-III-Kriterien für eine Dysthymie (APA, 1991). Als Kritikpunkt sei neben der wenig repräsentativen Auswahl die sehr kleine Stichprobe von 16 Probanden genannt.

Eine andere Studie (Weller, Weller, Fristad & Bowles, 1991) schloss Kinder, welche sich bereits in psychiatrischer Behandlung befanden, von der Untersuchung aus. Man konnte 38 trauernde Kinder auswählen, von welchen 26% eine Major Depression (MD) aufwiesen (nach DSM-III; APA, 1991). Suizidgedanken berichteten 61%. Auch Prigerson und Kollegen fanden eine um etwa fünf Mal höhere Wahrscheinlichkeit für Suizidgedanken bei jungen Erwachsenen ($N = 76$, $M = 23.8$) mit KT (Prigerson et al., 1999). Melhem et al. (2004) berichteten von 44.8% komorbidem Auftreten von MD sechs Monate nach dem Suizid eines Freundes ($N = 146$). Eine Erhebung mehr als sechs Jahre nach dem Erdbeben in Spitak, Armenien, stellte signifikant höhere Depressionswerte ($p < 0.001$) bei Waisen, verglichen mit Kindern ohne elterlichen Verlust, fest ($N = 72$) (Goenjian, Walling, Steinberg, Roussos, Goenjian et al., 2009).

Trotz der weitgehend übereinstimmenden Tendenz dieser Studien und dem daraus belegten Zusammenhang von Trauer und Depression muss auf die Einschränkungen, was Methode und Stichprobengröße angeht, hingewiesen werden. So können vorwiegend die letzten Untersuchungen als repräsentativ gelten. Hinzuzufügen seien die Befunde von Depression als Korrelat mit KTK, welche in einigen der in Tabelle 3.3 aufgeführten Studien signifikante Zusammenhänge aufwiesen (Brown et al., 2008;

2005; Melhem et al., 2007). Somit kann zusammengefasst werden, dass Depression und Suizidgedanken in trauernden Kindern häufig zu finden sind und die Wahrscheinlichkeit dafür höher ist als in Vergleichsgruppen ohne Verluste.

Posttraumatische Belastungsstörung

Bei PTBS handelt es sich um eine der wenigen Störungen, bei welchen ein Ereigniskriterium für die Diagnose nötig ist (APA, 2003; WHO, 1997). Naturkatastrophen, Unfälle oder Gewalt können einem Trauma als belastendes Erlebnis vorangehen. Als zentrale Merkmale werden die Symptomcluster des Wiedererlebens, der Vermeidung oder emotionalen Taubheit sowie des Hyperarousals genannt. Von diesen reicht nach aktuellem Konsens in der Fachliteratur (Rosner, 2008; Rosner & Steil, 2009) jeweils ein Symptom aus, um bei Kindern eine Diagnose zu stellen (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003). In der Forschung wird PTBS häufig im Kontext der Trauer erwähnt und auch bei den oben beschriebenen Entwürfen für Diagnosekriterien finden sich Ähnlichkeiten. So formulieren Horowitz et al. (1997) unter anderem Symptome der Intrusion und Vermeidung. Auch bei Prigerson und Kollegen (1999) findet sich Intrusion als Kriterium. Weiterhin weisen beide ein Ereigniskriterium auf. Es zeigen sich ähnliche Schwierigkeiten hinsichtlich der verfügbaren Studien wie bei der Darstellung der Komorbidität mit Depression. Untersuchungen mit Erwachsenen ergaben Raten zwischen 20% und 37% (Melhem et al., 2001; Schut, Stroebe, van den Bout & Terheggen, 2001; Silverman et al., 2000).

Stoppelbein und Greening (2000) verglichen von elterlichem Verlust und von einem Tornado betroffene Kinder mit einer Kontrollgruppe, die einem täglichen Stressfaktor ausgesetzt war ($N = 225$). Dabei fanden sie mit 41% signifikant mehr schwere PTBS-Symptome bei der Gruppe mit Trauernden ($\chi^2 = 16.63$; $p < 0.001$). Sechs Monate nach dem Verlust eines Freundes stellten Melhem et al. (2004) 41.7% komorbide PTBS bei trauernden Jugendlichen fest ($N = 146$). Eine Studie mit kenianischen Kindern ($N = 156$) zu den psychischen Folgen eines Attentats auf die amerikanische Botschaft in Nairobi konnte als stärksten Prädiktor für Trauer PTBS identifizieren, mit 31% alleiniger Varianzaufklärung (Pfefferbaum, North, Doughty, Pfefferbaum, Dumont et al., 2006). Eine weitere Untersuchung von Pfefferbaum und Kollegen (Pfefferbaum, Gurwitsch, McDonald, Leftwich, Sconzo et al., 2000) fand keinen Unterschied in der Ausprägung von PTBS unter Kindern ($N = 27$), die einen Freund oder einen Bekannten in einem Bombenattentat verloren hatten. Kinder, deren

Freund gestorben war – und daher wahrscheinlicher trauerten – wiesen signifikant mehr PTBS-Symptome auf, als die Gruppe mit Verlust eines Bekannten ($p < 0.001$). Allerdings unterschieden sich beide Gruppen nicht überzufällig von der Kontrollgruppe ohne Verluste. Folgend auf die Attentate auf das New Yorker World Trade Center wurden 83 Kinder ($M = 12.8$) auf Komplizierte Trauer untersucht, wobei sich ähnlich wie bei Pfefferbaum et al. (2006) 53% der Varianz durch PTBS erklären ließ (Brown & Goodman, 2005).

Auch hier können zur zusätzlichen Untermauerung des starken Zusammenhangs von KTK und PTBS die signifikanten Korrelationen erwähnt werden, welche sich in den empirischen Studien aus Tabelle 3.3 finden (Brown et al., 2005; 2008; Melhem et al., 2007; Morgos et al., 2007; Schaal et al., 2010).

Angststörungen

Unter den Diagnosen in der Kindheit weisen Angststörungen mitunter die höchsten Prävalenzen auf (Petermann & Essau, 2008). Sie werden im Kontext der Trauerforschung zwar häufig erwähnt, jedoch finden sich so gut wie keine empirischen Studien zu einem komorbiden Auftreten der beiden Phänomene. Besonders das Kriterium des Trennungsschmerzes scheint eine Korrelation aufzuweisen und konnte bei Erwachsenen belegt werden (Jacobs, 1999). Trennungsangst kommt als Risikofaktor für eine spätere Ausbildung einer komplizierten Trauerreaktion in Frage (Dell'Osso et al., 2011; Vanderwerker, Jacobs, Parkes & Prigerson, 2006), was in einer Untersuchung mit älteren Erwachsenen ($N = 283$) herausgefunden wurde. Carmassi und Kollegen (Carmassi, Succi, Corsi, Massimetti, Perugi & Dell'Osso, 2011) fanden diesen Risikofaktor in ihrer Studie ($N = 116$) häufiger in komorbider KT mit PTBS als bei alleiniger KT. In einer Studie, welche die Kortisolausschüttung im Urin trauernder Personen untersuchte (Jacobs, Mason, Kosten, Kasl, Ostfeld et al., 1987), konnte ein Zusammenhang zwischen Trauer und Trennungsangst festgestellt werden. Dies war allerdings nicht nur der Fall, wenn eine Person verstorben war, sondern auch nach einem Verlust aus anderen Gründen, wie etwa Trennung. Bei 24 von 56 Befragten stieg die Trennungsangst vom ersten bis zum zweiten Monat nach dem Verlust an. Jacobs und Kollegen (Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman et al., 1990) fanden – ebenfalls in erwachsenen Probanden ($N = 102$) – dass 44% der untersuchten Trauernden mindestens an einer Angststörung im ersten Jahr nach dem Verlust litten, darunter vor allem generalisierte Angststörung und Panikstörung. Die Beziehung von

KT zu Angststörungen untersuchten Kim und Jacobs (1991) und fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verlust und der Ausprägung auf dem verwendeten Angstinventar ($t = 2.9, p < 0.01$), aber keine signifikante Korrelation zwischen KT und der Diagnose Angststörung. Eine kürzlich veröffentlichte Untersuchung ($N = 103$) berichtete von 11.3% generalisierte Angststörung und 5.6% soziale Phobie bei kompliziert Trauernden (Dell'Osso et al., 2011)

Eine Studie mit Kindern ($N = 95, range = 5-12$) aus dem Jahr 1994 ergab keine Angstdiagnose gemäß DSM-III-R (APA, 1991) bei trauernden Probanden und keine signifikanten Unterschiede in den DSM-Symptomen zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Es zeigte sich jedoch bei 68% der Befragten eine erhöhte Angst vor weiteren innerfamiliären Verlusten acht Wochen nach dem Todesfall. Trauernde Kinder mit Angstsymptomen zeigten demnach auch eher eine depressive Störung ($p < 0.002$) (Sanchez, Fristad, Weller, Weller & Moye, 1994).

3.4 BESONDERHEITEN DES GEWALTSAMEN VERLUSTS DER ELTERN

Es gibt Quellen, die behaupten, dass der Verlust eines Elternteils in der Kindheit nicht mit einem höheren Risiko für psychologische Auffälligkeiten einhergeht (z.B. Van Eerdewegh, Bieri, Parilla & Clayton, 1982). Andererseits herrscht weitgehend Konsens darüber, dass es sich bei dem Tod der Eltern um ein sehr belastendes Ereignis für Kinder und Jugendliche handelt (Garmezy, 1987), das für eine Vielzahl an psychischen Belastungen im weiteren Leben verantwortlich sein kann (z.B. Bowlby, 1983). Ähnlich wie Nader (1997) weist Walker (2009) darauf hin, dass besonders traumatische Verluste das Risiko für KT in Jugendlichen ansteigen lassen. Hierzu führt sie mögliche Auslöser auf, aus denen oder aus deren Kombination KTK entstehen kann: (a) das Ausmaß an körperlicher oder emotionaler Nähe zum Verstorbenen, wie etwa bei einem Familienmitglied oder Freund, (b) mit einem Stigma verbundener Tod, wie bspw. durch Suizid oder AIDS und (c) das Vorliegen eines gewaltsamen Todes, wie in Großschadenslagen, Mord oder Unfällen. Auch Krieg und Terroranschläge werden in dem Kontext erwähnt (Malkinson, Rubin & Witztum, 2000). An dieser Stelle fällt auf, dass Ruandas Waisen mindestens einem dieser Risikofaktoren ausgesetzt waren. Jedoch soll besonders der letzte Punkt fokussiert werden, da die Mehrheit der Waisen in Ruanda aufgrund des Völkermordes 1994 ihre Eltern verloren hat (auch Jacob, 2010; Schaal et al., 2010). Zudem geht man davon aus, dass Kriege besonders tiefe Spuren in der Psyche hinterlassen (Shaw, 2003).

Stevens-Guille (1999) fasst zusammen, dass die Trauerreaktionen der Angehörigen von Mordopfern die schwersten und andauerndsten sind und sie mit posttraumatischen Reaktionen, persönlichen Belastungen und Schuldgefühlen einhergehen können. Wie in Kapitel 3.2.2 erläutert, wird im Kontext gewaltsamer Verluste besonders auf die Nähe zum Trauma hingewiesen (Eth & Pynoos, 1994; Nader, 1997; Pynoos, 1992). Das legt wiederum zur Erklärung das Schaubild in Abbildung 3.5 nahe: Die schrecklichen Erinnerungen, die durch Intrusionen in die Gedanken eindringen, verursachen Stress und führen schließlich zur Vermeidung auslösender Stimuli. Die Trauer kann nicht gelöst werden (Cohen et al., 2002). Man fand heraus, dass bei unter fünfjährigen Kindern das Miterleben der Verletzung der eigenen Mutter schwerwiegendere Traumatisierungen nach sich zieht als eine eigene körperliche Verwundung (Scheeringa & Zeanah, 1995). Besonders aber wenn Kinder Augenzeugen einer gewaltsamen Tötung werden, verfestigen sich Ängste und Hilflosigkeit (Lieberman

et al., 2003). Die Autoren weisen des Weiteren darauf hin, dass auch die Erzählung über den brutalen Tod eines Elternteils für eine stellvertretende Traumatisierung ausreichen kann. Dies ist besonders für diejenigen Fälle von Bedeutung, die den Verlust in sehr frühen Jahren erlebt und möglicherweise kaum Erinnerungen daran haben. Viele Erhebungen mit kriegsbedingten Waisen in Ruanda fanden erst in den letzten Jahren statt (Boris et al., 2008; Jacob, 2010; Schaal et al., 2010), während der Genozid bereits 1994 beendet wurde. Somit müssen sich die jugendlichen Befragten zum Zeitpunkt des Völkermordes noch im Säuglings- oder Kleinkindalter befunden haben. Wie genau die jeweiligen Erinnerungen dann vorhanden sind, ist demnach unklar. Aus eigener Erfahrung kann ich aber bestätigen, dass in Ruanda sehr viel mit Kindern über die Geschehnisse von 1994 gesprochen wird. Häufig nutzt man die Erzählungen oder öffentlichen Berichte auch zu präventiven Zwecken, im Sinne einer Abschreckung vor neuen Gewalttaten.

In der Fachliteratur finden sich Risiko- und Folgefaktoren, die mit dem elterlichen Tod aufgrund von Krieg und Gewalt einhergehen. Shaw (2003) nennt die Beeinflussung der persönlichen Beziehungen, der Identitätsbildung, der internalisierten Annahmen von „richtig“ und „falsch“, der Kontrolle aggressiver Impulse sowie der gewöhnlichen Art sich mit anderen Personen zu verstehen. Weiterhin können Risikofaktoren aus Untersuchungen zu Todesfällen aufgrund häuslicher Gewalt relevant sein (Lewandowski, McFarlane, Campbell, Gary & Barenski, 2004). Besonders im Kontext ethnisch bedingter Unruhen findet sich nicht selten die Tötung von angeheirateten Familienmitgliedern aufgrund ihrer ethnischen Herkunft (Gupta, 2008). Betroffene Kinder sind demnach einem erheblichen Risiko ausgesetzt, Aggressionen, negative Interaktionen mit Peers, Lehrern oder anderen Personen, eine feindselige, fehlerhafte Einstellung gegenüber der Welt bis hin zu einer mangelnden Reflexionsfähigkeit der eigenen Aktionen auszuleben. Verstärkt werden kann dies durch äußere Faktoren wie Wohnortwechsel, Unterbringung in Einrichtungen oder bei Verwandten und Veränderungen im Tagesablauf (Lewandowski et al., 2004) – typische Kennzeichen des Leben von Waisen, wie wir unter Punkt 2.2 erfahren haben.

Die besonderen Auswirkungen, die ein gewaltsamer Tod der Bezugsperson mit sich bringt, konnten auch in einigen empirischen Studien untermauert werden. Elizur und Kaffman (1979, 1983) stellten in ihrer Untersuchung von 25 Kindern im israelischen Kibbutz fest, dass besonders die Schwere des Verlustes, im Sinne eines Ereigniskri-

teriums, Einfluss auf die Verarbeitung der Trauer hat. 40% der Kinder, deren Vater im Krieg ums Leben kam, zeigten komplizierte Trauerreaktionen. Dies wurde insofern definiert, als dass eine Beeinträchtigung des täglichen Funktionsniveaus ersichtlich werden musste. Bei bosnischen Kindern und Jugendlichen, die der Verletzung oder Tötung eines Familienmitgliedes oder engen Freundes ausgesetzt waren, fanden sich starke Korrelationen mit pathologischen Symptomen (Angst $r = 0.32$, $p < 0.05$; Depression $r = 0.44$ und Trauma $r = 0.37$, $p < 0.01$). Darüber hinaus wurden erhöhte Zusammenhänge gefunden, wenn der Proband Zeuge des Todes einer nahestehenden Person oder selbst verletzt wurde (Jones & Kafetsios, 2005). Im Vergleich der Trauersymptome zwischen einem gewaltsamen versus natürlichen Verlust bei jungen Collegestudenten ($M = 20.9$) entdeckten Currier, Holland und Neimeyer (2006) einen signifikanten Unterschied ($\Delta F(1, 986) = 59.22$, $p < 0.001$). Allgemein tendierten die Resultate der Studie dahingehend, dass sich ein gewaltsamer Tod negativ auf das Ausmaß auswirkt, in dem die Hinterbliebenen einen Sinn in ihrem Verlust sehen. Nach Currier et al. (2006) spielt das Erkennen eines Sinns eine entscheidende Rolle in der Verarbeitung der Trauer. In einer weiteren Studie dieser Arbeitsgruppe (Currier, Holland, Coleman & Neimeyer, 2008) konnten signifikant höhere Symptomwerte bei Probanden ($M = 20.7$) festgestellt werden, die einen unerwarteten Verlust zu verarbeiten hatten.

Eine israelische Forschungsgruppe (Bachar, Canetti, Bonne, Denour & Shalev, 1997) verglich Jugendliche, die Verwandte im Krieg bzw. durch Autounfälle verloren hatten, mit einer Kontrollgruppe ohne Verluste. Dabei stellte sich heraus, dass kriegsbedingte Verluste mit signifikant höheren Ausprägungen im psychologischen Wohlbefinden ($F(1, 38) = 5.01$, $p = 0.03$) und mit signifikant geringeren psychiatrischen Symptomen ($F(1, 38) = 6.22$, $p = 0.017$) einher gingen. Dies galt sowohl für die Gegenüberstellung mit der Unfallgruppe als auch mit den Probanden ohne Verluste (Wohlbefinden $t(850) = 1.96$, $p = 0.05$; psychiatrische Symptome $t(850) = 2.09$, $p = 0.04$). Die Forscher schlussfolgerten, dass besonders ein höheres Alter beim Zeitpunkt des Verlustes zu weniger Beeinträchtigung im Nachhinein geführt hat. Weiterhin werden Hinterbliebene in Israel in besonderem Maße darin unterstützt, in kriegsbedingten Verlusten einen Sinn zu sehen. Man kann davon ausgehen, dass es sich hierbei um stichprobenspezifische Effekte handelt, welche entgegen den Erwartungen ausfielen. In der Studie von Melhem und Kollegen (2007) unterschieden sich die Probanden nicht in der Schwere der KTK durch die berichteten Todesumstände, wel-

che Suizid, Unfall oder plötzlicher natürlicher Tod waren. Die Autoren sahen darin einen weiteren Beweis für die Distinktheit des Trauerkonzeptes von PTBS. Die Ergebnisse entsprachen allerdings auch den Annahmen von Cohen et al. (2006), wonach auch ein natürlicher Todesfall, der plötzlich eintritt, durchaus traumatisch auf Kinder und Jugendliche wirken kann. Eine weitere Untersuchung (Brown et al., 2008) berichtete von keinen signifikanten Varianzaufklärungen durch die Todesursache im EGI. Die von den Kindern wahrgenommene Lebensbedrohung jedoch erreichte Signifikanz ($F(3, 68) = 3.75, p < 0.015$) und trug mit 13% zur Varianzaufklärung bei. Die Befunde bezüglich der Todesumstände bestätigten auch McClatchy et al. (2009), die weder in KTK noch in PTBS signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich Verlust durch Gewalt oder natürliche, erwartete Umstände feststellen konnten.

Zusammenfassend zeigten sich inkonsistente Befunde zur Bewältigung von Verlusten infolge von Gewaltanwendung. Die starken methodischen Unterschiede der Studien können als eine Erklärung herangezogen werden. So befragten die Forscher teilweise Probanden, deren Elternteil verstorben war, (Brown et al., 2008; Elizur & Kaffman, 1979, 1983; McClatchy et al., 2009; Melhem et al., 2007) andererseits nahmen sie auch Bezug auf Verwandte und Freunde (Bachar et al., 1997; Currier et al., 2006, 2008; Jones & Kafetsios, 2005). Ebenso unterscheidet sich die Art der Erhebung oftmals stark, mittels Interviews (Elizur & Kaffman, 1979, 1983) oder Fragebögen (Bachar et al., 1997; Brown et al., 2008; Currier et al., 2006; McClatchy et al., 2009) zur Feststellung von psychiatrischen Symptomen. Natürlich muss auch immer die Stichprobengröße und -zusammensetzung bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden. Da die erwähnten Studien aufgrund ihrer Varianz in der Methode nicht gegenübergestellt werden können, bleibt eine allgemeine Aussage zu diesem Thema ausstehend, weitere empirische Prüfung erscheint durchaus notwendig. Fest steht jedoch, dass betroffene Kinder – neben dem elterlichen Verlust – zusätzlich einem traumatischen Ereignis im Sinne eines Gewalterlebnisses ausgesetzt waren, was das Risiko für psychopathologische und psychosoziale Auffälligkeiten ansteigen lässt (Lieberman et al., 2003).

4 UNTERSUCHUNG TEIL 1: TESTTHEORETISCHE EVALUATION DER ERHEBUNG UND EPIDEMIOLOGIE KOMPLIZIERTER TRAUER

1994 fanden innerhalb sehr kurzer Zeit beinahe eine Million Menschen den Tod in Ruanda. Der Grund war ein Krieg, welchem vor allem Zivilisten zum Opfer fielen respektive der besonders auf diese abzielte (Des Forges, 2002). Die Ausbildung einer KT stellt ein großes Risiko in gewaltsam verwaisten Populationen dar (z.B. Nader, 1997). Um Betroffene ausfindig zu machen, werden Testinstrumente benötigt. Im vorangegangenen Theorieteil habe ich bereits auf den Mangel an Verfahren für Kinder und Jugendliche hingewiesen, weshalb ein neu konzipierter Fragebogen untersucht und testtheoretisch geprüft werden soll. Außerdem sind die Begutachtung des Konzepts der KTK sowie deren Prädiktoren von Interesse. Nach der Vorstellung der Hypothesen und der Methode folgen die Ergebnisse der Studie, welche in einem letzten Punkt diskutiert werden sollen.

4.1 ZIELVORSTELLUNG UND HYPOTHESEN

Das Forschungsanliegen des ersten Teils dieser Arbeit ist es, das Konstrukt KT bei verwaisten Jugendlichen Ruandas zu untersuchen. Da die vorangegangenen Punkte gezeigt haben, dass auf dem Gebiet der KTK nach wie vor Forschungsbedarf besteht, konnte diese Intention auch theoretisch begründet werden. Zum einen finden sich kaum Studien, die KT bei Kindern oder Jugendlichen thematisieren und zudem gibt es allgemein vergleichsweise wenige empirische Untersuchungen zum psychologischen Wohlbefinden afrikanischer Waisen. Weiterhin sei nochmals auf den Mangel an reliablen und validen Testinstrumenten zur Erfassung von KTK hingewiesen, so dass sich aus aktuellem Anlass folgende Zielvorstellungen formulieren lassen. Der erste Teil der Untersuchung versucht:

- (a) die psychische Gesundheit von Waisen in Ruanda zu erfassen, die vorwiegend von Verlusten aufgrund des Genozids 1994 betroffen sind.
- (b) die Reliabilität des neu erstellten Trauerfragebogens zu analysieren und per Faktorenanalyse eine oder mehrere Skalen zu extrahieren.
- (c) das Konzept der KTK zu validieren und Korrelationen mit weiteren Störungen zu messen.

- (d) die Gütekriterien des Depressionsinventars zu überprüfen.
- (e) Prädiktoren für KTK festzustellen.

Der verwendete unveröffentlichte *Trauerfragebogen für Kinder und Jugendliche* (TFKJ) wurde auf Kinyarwanda übersetzt und erstmals in Ruanda eingesetzt. Es ist unerlässlich, einen Test, der in neuen Settings und fremden Kulturen Anwendung findet, umfangreich zu validieren (Mollica, Cardozo, Osofsky, Raphael, Ageret et al., 2004). Nur dann können gültige Aussagen über die Epidemiologie einer Störung getroffen sowie weiterführende Implikationen zur Behandlung gemacht werden. Aus diesem Grund prüfe ich das Instrument auf seine Gültigkeit und Zuverlässigkeit. Da noch keine Angaben zu einer Faktorenstruktur des Fragebogens vorliegen, wird auch diese analysiert. Die Untersuchung auf testtheoretische Güte findet ebenfalls für das übersetzte Depressionsinventar *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.; Sheehan, Lecrubier, Harnett-Sheehan, Amorim, Janavs et al., 1998) statt.

Im Folgenden führe ich zu Beginn eines jeden Absatzes die testtheoretischen Grundlagen gemäß den jeweiligen Hypothesen auf, um ein Verständnis für die aufgestellten Annahmen zu sichern.

4.1.1 Hypothesen Reliabilität

Als Items bzw. manifeste Variablen bezeichnet die Fachliteratur Fragen oder Aufgaben innerhalb eines Tests. In der Testkonstruktion werden Gütekriterien der Itemanalyse unterschieden: Die Itemtrennschärfe (r_{it}) und die Itemschwierigkeit (p). Dabei eignet sich die *Trennschärfeanalyse*, um zu überprüfen, wie gut ein Item eine Skala – also die aufsummierten Items, welche dieselbe Eigenschaft erfassen – repräsentiert. Hier wird die inhaltliche Passung eines Items zu einer Skala untersucht. In diesem Fall spricht man von Eigentrennschärfe, ihre Höhe wird in Form einer Korrelation angegeben. In den vorliegenden Daten handelt es sich um eine Produkt-Moment- oder Pearson-Korrelation, da der Zusammenhang intervallskalierter Items mit einer intervallskalierten Skala berechnet wird (Bühner, 2011). Als Richtwert gibt ein Wert < 0.30 eine niedrige, zwischen 0.30 und 0.50 eine mittlere und > 0.50 eine hohe Trennschärfe wieder (Fisseni, 1997). An dieser Stelle muss auch auf den *Schwierigkeitsindex* von Items hingewiesen werden, der bei mehrstufigen Likert-Skalen durch den Mittelwert (M) abgebildet wird und bei dichotomen Items durch hohe Prozentwerte angibt, wie wahrscheinlich die Lösung oder Zustimmung auf einem Item ist

(Bühner, 2011). Bei nicht leistungserfassenden Items bezeichnet man diesen auch häufig als Popularitätsindex resp. Popularitätsindex bei mehrstufigen Antworten (p_m).

Die *Reliabilität*, also die Genauigkeit des Tests, gibt an, wie exakt ein bestimmtes Merkmal von einem Test erfasst wird – „unabhängig davon, ob er dieses Merkmal auch zu messen beansprucht“ (Bühner, 2011, S. 35). Sie kann weiterhin bezeichnet werden als Varianz der wahren Werte dividiert durch die Varianz der beobachteten Werte. Unter 0.80 spricht Fisseni (1997) von einer niedrigen, zwischen 0.80 und 0.90 von einer mittleren und ab 0.90 von einer hohen Reliabilität. Zur Schätzung der Reliabilität können unterschiedliche Verfahren herangezogen werden, wobei es bei Tests, welche das momentane Befinden erfassen, sinnvoll ist, die *Interne Konsistenz* zu überprüfen. Dabei wird der Test zu einem Zeitpunkt bearbeitet und anschließend analysiert man die einzelnen Items auf ihren inneren Zusammenhang hin (Bühner, 2011). Der Standardkoeffizient für dieses Verfahren ist Cronbach's α (Cronbach, 1951). Unter die Reliabilitätsanalyse fällt auch die oben beschriebene Trennschärfeuntersuchung, da sie die Genauigkeit des jeweiligen Items angibt.

Aufgrund fehlender Vergleichsliteratur bezüglich des verwendeten TFKJ, richten sich die Hypothesen zur Reliabilität vorwiegend an Grundlagenliteratur zur Testtheorie aus. Lediglich das M.I.N.I. ermöglicht ein Zurückgreifen auf ein aussagekräftiges Manual.

Hypothese 1: Es wird erwartet, dass die exploratorische Faktorenanalyse des Trauerfragebogens eine Dreifaktorenstruktur ergibt (Brown & Goodman, 2005).

Hypothese 2: Die Itemanalyse zeigt angemessen hohe Trennschärfen der Traueritems von $r_{it} > 0.30$. Möglicherweise unbefriedigend trennscharfe Items werden aus dem Test entfernt, da sie zur Reliabilitätsminderung beitragen (Bühner, 2011).

Hypothese 3: Die interne Konsistenz des Trauerfragebogens befindet sich in einem hohen Bereich (McClatchy et al., 2009), mit Werten von $\alpha \geq 0.90$ (Fisseni, 1997).

Hypothese 4: Aufgrund des Manuals des M.I.N.I. kann eine moderate interne Konsistenz von $\alpha \geq 0.80$ erwartet werden (Sheehan et al., 1998), welche auch durch die Übersetzung in eine andere Sprache nicht gemindert wurde (Morina et al., 2009).

4.1.2 Hypothesen Validität

Wenn ein Test misst, was er zu messen intendiert, so ist dieser valide oder gültig, wobei Inhalts-, Kriteriums- und Konstruktvalidität differenziert werden (Bryant, 2000). Die *Inhaltsvalidität* gibt an, ob ein Test ein erwünschtes Merkmal tatsächlich ausreichend erfasst. Da sie statistisch nicht zu berechnen ist, sondern in der Regel durch Experten auf einem Gebiet beurteilt werden muss, sei diese hier im Rahmen der testtheoretischen Analyse vernachlässigt. Die Korrelation eines Tests mit einem bestimmten Kriterium nennt sich *Kriteriumsvalidität*. Dazu zählt auch die konkurren- te oder Übereinstimmungsvalidität, also der Zusammenhang von Kriterien, die in einem ähnlichen zeitlichen Rahmen erhoben wurden. Weiterhin unterscheidet Büh- ner (2011) prädiktive, retrospektive und inkrementelle Kriteriumsvalidität. Mit der Konstruktvalidität überprüft man den Zusammenhang eines Tests mit einem Verfah- ren, das ein ähnliches oder ein fremdes Konstrukt misst. Ersteres fällt unter den Be- griff konvergente Validität und soll möglichst hohe Korrelationen ergeben, während Letzteres divergente Validität genannt wird und niedrige Zusammenhänge aufweisen soll. Eine niedrige Validität liegt unter $r_{tc} = 0.40$, eine hohe über $r_{tc} = 0.60$ und da- zwischen finden sich mittlere Werte (Fisseni, 1997).

Wie aus der Literaturübersicht hervor geht, finden sich häufig komorbide Störungen zu KTK. Besonders oft werden in diesem Kontext Depression und Suizid tendenz erwähnt (Dillen, Fontane & Verhofstadt-Deneve, 2009; Schaal et al., 2010). Auch mit Funktionsbeeinträchtigungen wird KTK in Verbindung gebracht (Prigerson, Ho- rowitz et al., 2009; Shear et al., 2011). Eine Bestätigung dieser Befunde könnte das KTK-Konzept untermauern. Weiterhin würde sie zur Validierung des neu erstellten TFKJ beitragen. Der Fragebogen kann ferner durch signifikante Korrelationen mit Depressions- und Funktionsparametern in seiner Gültigkeit überprüft werden.

Hypothese 5: Um das Konzept der KTK als valide zu belegen, erwarten wir Unter- schiede in Depressionssymptomen, Suizidgedanken und Funktionsbeeinträchtigung bei Jugendlichen mit KTK-Diagnose und bei Probanden ohne (Morina et al., 2009; Prigerson, Maciejewski et al., 1995).

Hypothese 6: Zur Überprüfung der Konstruktvalidität des Trauerfragebogens dient die Betrachtung der Korrelationen mit anderen psychischen Auffälligkeiten. Da die Forschung hohe Komorbiditätsraten mit depressiven und suizidalen Symptomen be- legt, werden gemäß dieser Hypothese Korrelationen von Trauer- und Depressions-

scores angenommen (Brown & Goodman, 2005; Brown et al., 2008; Melhem et al., 2007; Morina et al., 2010)

Hypothese 7: Weiterhin korrelieren KTK-Symptomscores mit der Beeinträchtigung der Lebensbewältigung, was die Konstruktvalidität zusätzlich stützt (Prigerson, Horowitz et al., 2009; Shear et al., 2011).

Hypothese 8: Ebenso erwarten wir Korrelationen zwischen den Gesamtscores von KTK und dem Hilfesuchverhalten der Probanden.

Hypothese 9: Aufgrund der häufig beobachteten Ähnlichkeit von KTK und Depression (Brent, Melhem, Donohoe & Walker, 2009) werden auch nach Kontrolle auf Depression hohe Zusammenhänge mit Suizidgedanken und täglicher Funktionsbeeinträchtigung angenommen.

4.1.3 Hypothesen Prädiktoren Komplizierter Trauer

Aus den Daten, die mithilfe des Fragebogens zur soziodemografischen Information, zur KTK und Beeinträchtigung sowie Depression erhoben wurden, lassen sich anhand signifikanter Mittelwertsunterschiede bzw. Regressionen Aussagen über mögliche Prädiktoren für KTK ableiten. Die entsprechenden Hypothesen basieren auf den empirischen Studien, die im Theorieteil (Punkt 2 und 3) abgehandelt wurden.

Hypothese 10: Probanden, die einen gewaltsamen Verlust erlitten haben, zeigen stärkere Symptome als nach einem natürlichen Tod (Cohen et al., 2011a; Currier et al., 2006; Jones & Kafetsios, 2005; Kaffman, 1983).

Hypothese 11: Da auch ein unerwarteter natürlicher Tod als traumatischer Verlust bezeichnet wird (Cohen & Mannarino, 2011b; Cohen et al., 2006), ist mit weniger Trauersymptomen zu rechnen, wenn Jugendliche eine Erwartungshaltung aufbauen konnten (Currier et al., 2008).

Hypothese 12: Die Anzahl der Verluste nimmt Einfluss auf die Symptomschwere (Mercer & Evans, 2005) – im übertragenen Sinne belegt durch den *dose-effect* (Mollica, McInnes, Pham, Smith, Mary et al., 1998a; Mollica, McInnes, Poole & Syang, 1998b). Daher sind in Vollwaisen höhere Symptomausprägungen zu erwarten.

Hypothese 13: Der Faktor weibliches Geschlecht beeinflusst die Symptomschwere der untersuchten Ruander (Kristensen, Weishaet & Heir, 2010; Neugebauer, 2009; Pham, Weinstein & Longman, 2004).

Hypothese 14: Die Wohnsituation (Waisendorf vs. Familie oder Verwandte) kann die Symptomschwere voraussagen. Da die bisherige Forschung zu widersprüchlichen Ergebnissen kommt (Hasanovic et al., 2006; Wolf & Fesseha, 2005), wird diese Hypothese ungerichtet explorativ formuliert. Welche Wohnsituation einen negativen Effekt auf die Trauersymptome hat, soll durch die Untersuchung geklärt werden.

Hypothese 15: Es liegen sowohl Studien vor, die bei älteren Jugendlichen stärkeres Leiden bezüglich KTK belegen (Morgos et al., 2007), als auch solche, die jüngerem Alter schwerere Symptome zuschreiben (McClatchy et al., 2009). Es bleibt aufgrund der Datenlage bei einer ungerichteten Hypothese.

Hypothese 16: Eine stärkere Beeinträchtigung im Alltag geht auch mit erhöhten Trauersymptomen einher (Shear et al., 2011).

Hypothese 17: Wir erwarten eine hohe Komorbidität zwischen KTK und Depression (Brown et al., 2005, 2008; Melhem et al., 2004; 2007), Suizidgedanken (Prigerson et al., 1999) und dem Ausmaß der Beeinträchtigung. Die Komorbidität hängt mit der Symptomschwere zusammen.

4.2 METHODE

An dieser Stelle soll der Aufbau des Untersuchungsprojektes sowie die Auswahl der Stichprobe dargestellt werden, um das Vorgehen in der Studie zu verdeutlichen. Anschließend folgt eine Beschreibung der Probanden. Die Untersuchungsinstrumente sowie Hinweise zur Datenauswertung werden in einem nächsten Punkt präsentiert.

4.2.1 Durchführung der Untersuchung

Der Bayerische Lehrerinnen- und Lehrerverband (BLLV) bietet jährlich Lehramtsstudenten die Möglichkeit, für einige Monate an einer ausländischen Schule zu arbeiten. Im Rahmen des Praktikums „Learning for a human future“ verbrachte ich 2009 fünf Monate in Musha, Ruanda. Neben der Tätigkeit als assistant teacher lag der Fokus des Aufenthalts auf dem Untersuchungsprojekt, das zusammen mit Prof. Rita Rosner von der *Ludwig-Maximilians-Universität München* (LMU) geplant wurde. Das Waisenhaus *Hameau des Jeunes Saint Kizito* (HJSK) liegt im Bezirk Rwamagana im Osten Ruandas. Angegliedert findet sich die weiterführende Schule *École Secondaire Saint Kizito Musha* (ESKM). Das Waisendorf wurde 1983 von dem deutschen Pater Herrmann Schulz gegründet, im Genozid fast vollständig zerstört und anschließend wieder aufgebaut. Seit 2000 werden an der Privatschule ESKM sowohl Jugendliche aus dem HJSK als auch Schüler aus umliegenden Dörfern oder der Hauptstadt Kigali unterrichtet.

Aufgrund der Geschehnisse von 1994 war davon auszugehen, dass sich neben den Waisen aus dem Kinderdorf auch aus den Jugendlichen der Schule eine geeignete Stichprobe ziehen lassen würde. Mit rund 100 Kindern und Jugendlichen im Waisenhaus und etwa 250 im angrenzenden Internat der ESKM, bot sich eine Beschränkung auf Probanden aus den beiden Einrichtungen an. Somit mussten keine weiteren externen Personen rekrutiert werden. Der Gründer Pater Herrmann Schulz stimmte sogleich der Untersuchung zu und auch die Verantwortlichen aus HJSK und ESKM waren interessiert. Hier zeigte sich der Vorteil des Vertrauensverhältnisses, das sich über die Monate aufbaute und als Basis für die Durchführung diente. Dieses Vertrauen war auch ein wichtiger Faktor für die teilnehmenden Jugendlichen, denn es galt als Priorität, dass die Ergebnisse anonym blieben. Auch passende Räumlichkeiten für die Befragung boten sich in den beiden Institutionen. Sowohl die Leitung des Waisenhauses (Bonna Tumuhayirwe) als auch der Schule (Alexia Nkurunziza) wurden gebeten, die Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren, welche einen oder beide El-

ternteile verloren hatten, aufzulisten. Es konnten 70 mögliche Probanden identifiziert werden.

Etwa eine Woche vor Beginn des Projektes wurden die potenziellen Teilnehmer über die Studie informiert und gefragt ob sie daran teilnehmen möchten. Eine muttersprachige Pädagogin, die vorher vertieften Einblick in das Vorhaben erhielt, stand als Übersetzerin zur Verfügung. Alle eingeladenen Jugendlichen stimmten einer Partizipation zu. Als rechtliche Grundlage wurden Einverständniserklärungen von der Schul- sowie Heimleiterin unterzeichnet (siehe Anhang A). Beide erhielten auch ausführliche Informationen vorab. Da alle Kinder verwaist waren, bildeten die verantwortlichen Leitungspositionen der Einrichtungen die Erziehungsberechtigten. Es wurde explizit auf die Freiwilligkeit des Unternehmens hingewiesen und dass keinerlei Konsequenzen aus einer Verweigerung der Teilnahme entstünden. Auch betonten wir, dass keine negativen Folgen im Schulalltag (z.B. schlechte Noten) zu befürchten seien, was besonders für die teilnehmenden Schüler der ESKM relevant war. Da bis nachmittags Unterricht stattfand und viele Jugendliche das Wochenende bei Verwandten verbrachten, wählten wir je einen frühen Abend während der Woche für die Erhebung in HJSK und ESKM. Die Teilnehmer fanden sich in einem großen Aufenthaltsraum der jeweiligen Einrichtung ein und bearbeiteten ungestört an einem einzelnen Platz den Fragebogen. Nach Abschluss der Befragung erhielten die Probanden als Dankeschön Süßigkeiten und Schreibutensilien.

4.2.2 Stichprobe

In der soweit beschriebenen Untersuchung nahmen 69 Probanden teil. Sie alle erfüllten die Kriterien Alter zwischen 14 und 18 Jahren sowie Verlust mindestens eines Elternteils. Alle Jugendlichen, die aufgrund der Auswahlvorgaben in Frage kamen, wurden auch in die Studie aufgenommen. Ein interessierter Jugendlicher konnte aufgrund seines Alters nicht teilnehmen.

Geschlecht, Religion, Wohnort

Von den 69 Teilnehmern waren 47.8% ($N = 33$) weiblich und 52.2% ($N = 36$) männlich. Das Christentum gaben 84.1% als Glaubensrichtung an; 8.7% waren protestantisch und 7.2% nannten andere Religionen. Keiner kreuzte die Alternative muslimisch an. Etwa die Hälfte ($N = 35$) der Jugendlichen wohnte zum Erhebungszeitpunkt im Waisenhaus HJSK, der Rest ($N = 34$) lebte unter der Woche im Schulinter-

nat und am Wochenende bei Familie oder Verwandten. Dies ist auch Tabelle 4.1 zu entnehmen.

Tabelle 4.1: *Geschlecht, Religion und Wohnort der Probanden (Häufigkeit, %).*

	N	%
Geschlecht		
weiblich	33	47.8
männlich	36	52.2
Religion		
Christlich	58	84.1
Protestantisch	6	8.7
Muslimisch	0	0
Andere	5	7.2
Wohnort		
Waisenhaus	35	50.7
Familie/ Verwandte	34	49.3

Alter, Schulbesuch

Das Alter der Jugendlichen betrug im Mittel 16.3 Jahre ($SD = 1.17$). Aufgrund der oben erwähnten Auswahlkriterien ergab sich eine Spannweite von 14 bis 18 Jahren. Der Schulbesuch betrug im Durchschnitt acht Jahre ($SD = 1.9$), mit einer Range von drei bis zwölf Jahren. Etwa drei Viertel (75.4%) unterbrachen die Schule bereits mindestens einmal für längere Zeit. Die Antworten aus dem Unterpunkt Unterbrechung des Schulbesuchs „Falls ja, wie lange?“ konnten nicht ausgewertet werden. Die Frage wurde offensichtlich falsch verstanden und die Probanden trugen auch Ferienzeiten in die Leerzeile ein.

Tabelle 4.2: *Alter und Schulbesuch der Probanden in Jahren (M, SD).*

	M	SD
Alter	16.30	1.17
weiblich	16.36	0.99
männlich	16.25	1.32
Schulbesuch	8.01	1.92
weiblich	8.39	1.58
männlich	7.67	2.17

Familiäre Situation und Todesfälle

Auf die Familienmitglieder angesprochen konnten – den Kriterien zur Teilnahme entsprechend – bei allen Jugendlichen Verluste festgestellt werden (siehe Abbildung 4.1). Die Hälfte (49.3%) verlor mindestens einen Elternteil, 76.8% mindestens ein Geschwister. Die meisten (50.7%) erwiesen sich als Vollwaisen, während ein ebenfalls großer Teil (43.5%) nur den Vater und wenige (5.8%) nur die Mutter verloren hatten. Im Mittel waren 1.8 Geschwister der Probanden verstorben.

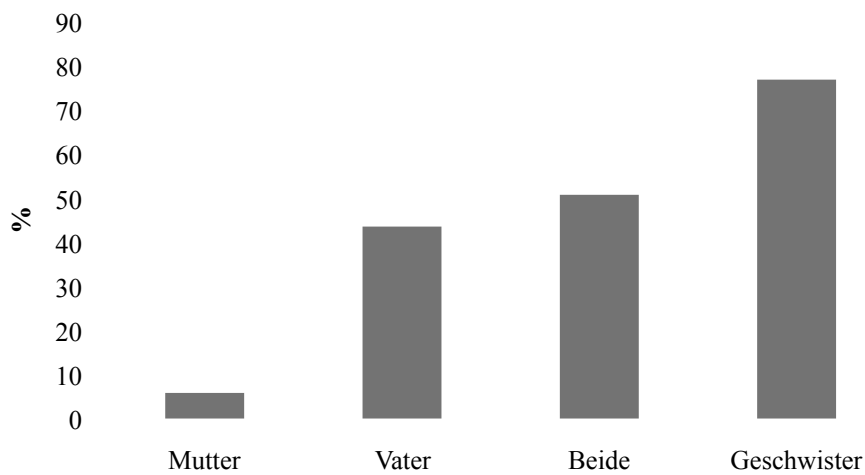


Abbildung 4.1: Verluste der Probanden (Häufigkeit in %).

Die Frage nach den Todesumständen offenbarte folgende Ergebnisse: Bei 79.7% der Jugendlichen, die ihren Vater verloren haben, wurde dieser durch Mord getötet, 15.6% aufgrund von Krankheit und 4.7% nannten andere Gründe. Die Mütter der Waisen wurden ebenfalls zum großen Teil ermordet (57.5%) oder sind durch Krankheit verstorben (32.5%). 2.5% starben durch einen Unfall, 7.5% an anderen Gründen. Wenn die Befragten Geschwister verloren haben, so auch überwiegend durch Mord (75.5%), des Weiteren aufgrund von Krankheit (20.8%), Unfall (1.9%) oder anderen Gründen (1.9%). Zur Visualisierung der Ergebnisse dient Abbildung 4.2.

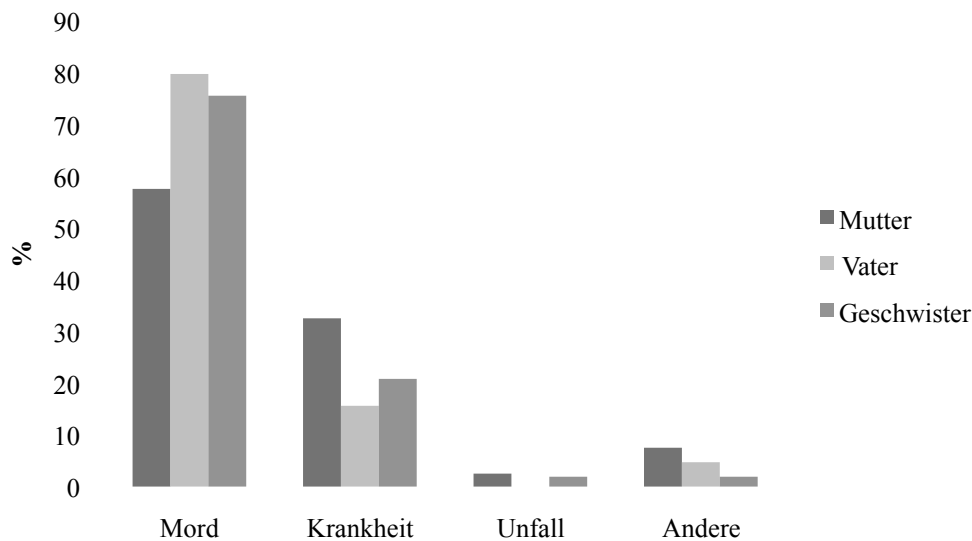


Abbildung 4.2: Todesursachen nach Familienmitgliedern (%).

Beachtet man das Jahr des Todesfalls in der Familie, so starben sowohl der überwiegende Teil der Väter (82.2%), der Mütter (62.5%) als auch der Geschwister (82%) im Jahr des Völkermordes 1994. Ein weiteres Item war „Hast du mit dem Tod der Person gerechnet oder hat dir jemand vor ihrem Tod gesagt, dass sie sterben wird?“ Nur ein kleiner Teil der untersuchten Jugendlichen erwartete den Tod des Familienmitgliedes (17.4%). Über drei Viertel rechneten nicht damit, dass jemand sterben würde (82.6%). Ähnlich zeigten sich auch die Ergebnisse zu der Frage, ob sie mit dem Verstorbenen über den Tod gesprochen haben: Nur 10.1% bejahten „Hat die Person mit dir über den Tod gesprochen?“. Der Großteil (89.9%) erhielt keine Informationen über den anstehenden Tod durch den Betroffenen.

Tabelle 4.3: Jahr, Erwartung des Todes, Kommunikation über Tod.

	N	%
Todesjahr 1994		
Vater	53	82.2
Mutter	25	62.5
Geschwister	41	82.0
Tod erwartet		
ja	12	17.4
nein	57	82.6
Über Tod gesprochen		
ja	7	10.1
nein	62	89.9

4.2.3 Testverfahren

Alle aufgeführten Instrumente wurden von einem Studenten des *Kigali Institute of Science and Technology* (KIST), Richard Muhire, übersetzt. Zur zusätzlichen Absicherung fand eine blinde Rückübersetzung durch einen Englischlehrer der ESKM, Claudien Gasasira, statt. Weiterhin diskutierte ich alle Items mit der Schulleiterin und einem weiteren Pädagogen, so dass aufgrund kultureller Gegebenheiten einige Fragen nicht beibehalten wurden. Die komplette Fragebogenserie findet sich im Anhang A.

4.2.3.1 Soziodemografische Information

Zur Erhebung der demografischen Daten wurde ein Fragebogen zusammengestellt, der sich grob an dem von Jacob (2007) orientierte. Das Einverständnis dafür holte ich bei der Autorin ein. Die Items wurden an die Situation in Ruanda angepasst, so dass z.B. Fragen nach persönlichen Besitztümern oder Ernährung gestrichen wurden, da alle Kinder im Waisenhaus bzw. Internat unter gleichen Umständen lebten und dort regelmäßig dieselben Mahlzeiten zu sich nahmen. Die Information erstreckte sich letztendlich über folgende Bereiche: Der Jugendliche, die familiäre Situation und die familiären Verluste sowie die derzeitige Bildung. Unter der Probandeninformation wurden Alter, Geschlecht und Religion abgefragt. Zur Familienlage wollten wir wissen, ob Mutter und Vater am Leben sind und falls nein, wann und unter welchen Umständen sie verstarben. Dazu konnte zwischen Krankheit, Unfall, Mord und andere ausgewählt werden. Außerdem fragten wir nach der Zahl der Geschwister und ob welche nicht mehr am Leben sind. Auch hier standen die vier Wahlmöglichkeiten zur Verfügung. Es war weiterhin von Interesse, ob die Todesfälle erwartet wurden und ob mit den Jugendlichen über den Tod gesprochen wurde. Um einen Einblick in die Schulsituation zu erhalten, erfassten wir die derzeitige Klassenstufe, die Gesamtzahl der Jahre, in denen die Schule besucht wurde sowie den Zeitraum, in dem der Schulbesuch unterbrochen war.

4.2.3.2 Trauerfragebogen für Kinder und Jugendliche

Um KT zu erheben kann nicht – wie oben bereits erwähnt – auf ein Goldstandardverfahren zurückgegriffen werden. Wir entschieden uns für einen neu zusammengesetzten Fragebogen, der aus dem *Extended Grief Inventory* (EGI; Layne et al., 2001) und zusätzlichen Items zu Intrusion, Vermeidung und Schuld bezüglich des Verlustes

besteht. Diesen entwarfen Mitarbeiter der LMU im Rahmen einer Trauerstudie zu Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen (Rosner et al., in Vorb.). Schließlich lag ein Selbstauskunftstest mit 36 Items vor, welche mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten waren: 0 („niemals“), 1 („selten“ – ein bis zwei Mal pro Monat), 2 („manchmal“ – ein bis zwei Mal pro Woche), 3 („oft“ – zwei bis drei Mal pro Woche) und 4 („fast immer“ – fast jeden Tag). Zum besseren Verständnis fand sich zu Beginn des Fragebogens eine Tabelle mit den entsprechenden Zeitangaben zu den Skalenwerten. Aufsummiert kann maximal ein Wert von 144 als Trauerscore erreicht werden. Im Anschluss an die Traueritems sollten sieben dichotome Fragen zur Beeinträchtigung aufgrund von Trauersymptomen und der vorangegangenen Kommunikation darüber bearbeitet werden („ja“ – „nein“). Der neue Fragebogen wird im Rahmen dieser Studie *Trauerfragebogen für Kinder und Jugendliche* genannt und mit TFKJ abgekürzt.

Das EGI stellt derzeit das einzige zugängliche Instrument dar, welches ausschließlich auf minderjährige Personen abzielt und am häufigsten in den Studien zu KTK verwendet wurde. Zunächst muss – auch auf Wunsch des Autors – explizit darauf hingewiesen werden, dass das EGI bald durch ein neues, testtheoretisch abgesichertes Verfahren ersetzt werden soll und vom Herausgeber eingefroren wurde. Die Arbeitsgruppe um Layne testet derzeit die UCLA (University of California Los Angeles) *Grief Reactions Scale*, mit dem Ziel das EGI abzulösen (Layne, 2011) und damit auch von seinen Mängeln zu befreien. Das EGI wurde von Brown und Goodman (2005) einer exploratorischen Analyse unterzogen. Dabei generierten sie drei Faktoren, von denen sie einen *Traumatische Trauer* nannten, vom Autor selbst als Hauptfaktor bezeichnet. Layne (2011) sieht diese Skala als komplexes Zusammenspiel verschiedener Trauerarten. Weiterhin beschrieben sie *Anhaltende Präsenz* sowie *Positive Erinnerungen* als Skalen. Die Faktorenanalyse ergab einen Eigenwert von 1.5 und die drei Faktoren erlangten eine Effektstärke von 0.53. Dies führt zu 53% Varianzaufklärung des EGI. Zur Überprüfung der Reliabilität wurde Cronbach's α berechnet: Die Skala *Traumatische Trauer* erreichte ein hohes α von 0.94, *Positive Erinnerungen* ($\alpha = 0.73$) und *Anhaltende Präsenz* ($\alpha = 0.62$) je niedrige Werte. Den Autoren zufolge fanden Layne et al. (2001) selbst drei Faktoren, welche sie Positive Verbindung, Komplizierte Trauerreaktionen sowie Traumatische Intrusion und Vermeidung nannten. Korrelationen der Faktoren untereinander wurden signifikant, ab-

gesehen von Positive Erinnerung mit Komplizierter Trauerreaktion (Brown & Goodman, 2005).

Zur Untermauerung der Kriteriumsvalidität stellten die Forscher signifikante Korrelationen der Skala Traumatische Trauer mit allen Unterskalen der *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS; Foa, Johnson, Feeny & Treadwell, 2001) fest. Dies führt zu 53% Varianzaufklärung des Faktors durch CPSS. Weiterhin finden sich überzufällige Zusammenhänge mit den Depressions- und Angstskalen des *Behavioral Assessment System for Children* (BASC; Reynolds & Kamphaus, 1992). Allgemein weisen die Forscher darauf hin, dass es ihnen durch ihre Analyse des EGI gelungen ist, die Validität des KTK-Konzeptes nach Cohen et al. (2002) ebenso wie die Kriteriumsvalidität zu belegen (Brown & Goodman, 2005). Auch Cohen und Kollegen bestätigten eine angemessene Kriteriumsvalidität des Tests durch Studien, in denen das EGI als Screeninginstrument eingesetzt wurde (Cohen, Goodman, Brown & Mannarino, 2004; Cohen, Mannarino & Knudsen, 2004; Cohen & Mannarino, 2004). Abschließend ist nochmals zu betonen, dass der Autor des EGI das Verfahren mittlerweile zurückgezogen hat, weil er an dessen Konstruktion zweifelte (Layne, 2011).

4.2.3.3 Mini International Neuropsychiatric Interview

Das *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.; Sheehan et al., 1998) ist ein ursprünglich als Interview konzipiertes Verfahren, um affektive Störungen zu erheben. Für diese Untersuchung wurde Teil A – Major Depressive Period (MD) – des M.I.N.I. für Kinder und Jugendliche ausgewählt. Das kurze, diagnostische Interview ermöglicht Achse-I-Diagnosen anhand des DSM-IV (APA, 2003) sowie des ICD-10 (WHO, 1997). Die Autoren zielten darauf ab, ein kurzes und unkompliziertes Verfahren zu entwickeln, das aber dennoch eine angemessene Genauigkeit aufweist. Aus der Literatur geht hervor, dass dieses Vorhaben weitgehend gelungen ist. In der Testgüte zeigte das M.I.N.I. für Erwachsene, auf dem die Kinderversion aufbaut, gute Werte: Die Spezifität des A-Teils betrug 0.84, die Sensitivität 0.86. Weiterhin konnte eine Retest-Reliabilität von $r = 0.87$ und eine Interrater-Reliabilität von $r = 1.0$ festgestellt werden (Sheehan et al., 1998). Da es sich in unserer Studie um eine Erhebung per Fragebogen handelt, wurde dem M.I.N.I. die gleiche Likert-Skala angefügt, wie sie die Probanden auch im Trauerfragebogen vorfinden konnten. Dies ermöglicht eine genauere Bestimmung der Symptomschwere und verhindert eine Verwirrung durch verschiedene Itemdesigns.

4.2.4 Datenauswertung

Alle Analysen wurden mit dem Programm *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; Version 19.0, 2011) für Macintosh durchgeführt. Die herangezogenen Verfahren beschreibe ich je in einem Abschnitt vor dem berechneten Ergebnis. Alle statistischen Tests habe ich zweiseitig durchgeführt; ab einem p-Wert von < 0.05 werden Ergebnisse als signifikant angesehen.

4.3 ERGEBNISSE DER TESTTHEORETISCHEN UND EPIDEMIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG

Mithilfe der eingesetzten Instrumente soll das Auftreten von Symptomen der KTK untersucht und Variablen identifiziert werden, die ein Entstehen solcher vorhersagen können. Um verlässliche Aussagen darüber machen zu können, werden in einem ersten Schritt die Gütekriterien Reliabilität und Validität untersucht. Darunter fällt auch die Durchführung einer Faktorenanalyse. Im Anschluss daran können die Prädiktoren berechnet werden.

4.3.1 Reliabilität

Bevor die Reliabilität in Form der Internen Konsistenz berechnet werden kann, muss die Faktorenstruktur des neu erstellten TFKJ überprüft werden. Das Vorgehen und die Ergebnisse sind nachfolgend beschrieben.

4.3.1.1 Faktorenstruktur

Um Faktoren in dem Trauerfragebogen ausfindig zu machen, wurden die 36 Items einer *exploratorischen Faktorenanalyse* (EFA) unterzogen. Dieses Verfahren wird verwendet, um einen neuen Test auf seine Modellgüte und die Items auf ihre Passung zu untersuchen. Dabei geht man davon aus, dass Zusammenhänge zwischen Items durch latente Variablen erklärbar sind. Diese latenten Variablen werden dann Faktoren oder Skalen genannt (Bühner, 2011). Die Überprüfung der Daten auf multivariate Normalverteilung durch den *Kolmogorov-Smirnov-Test* ergab durchgehend Signifikanz. Die Daten sind daher nicht normalverteilt und eignen sich für eine *Hauptkomponentenanalyse* (PCA). Auch die weiteren Voraussetzungen für die EFA konnten erfüllt werden: Ein *Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient* (KMO) von 0.78 und ein signifikanter *Bartlett's Test* auf Sphärizität. Erster gibt die Höhe des gemeinsamen Varianzanteils der Items an und soll ≥ 0.60 sein, letzter bestätigt bei Signifikanz, dass die Zusammenhänge der Korrelationsmatrix aller Items größer als null sind. Auch bei dem Koeffizienten der *Measure of Sample Adequacy* (MSA) betrachtet man eine Korrelationsmatrix. Hier sind allerdings nur noch die Zusammenhänge zwischen je einer manifesten Variable und den restlichen Items von Relevanz, welche ebenso ≥ 0.60 erwartet werden. Ausreichende Korrelationen werden mit einem r^a markiert (Bühner, 2011). Dies konnte durchgehend gewährleistet werden. Zusammenfassend

wurden alle Voraussetzungen der Dateneignung für eine PCA erfüllt (vgl. Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4: Voraussetzungen für die Faktorenanalyse.

KMO- und Bartlett-Test		
Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		.785
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1669.844
	df	630
	Signifikanz nach Bartlett	< .001

Zur Bestimmung der Faktorenanzahl können zum einen die Ergebnisse des *Kaiser-Guttman-Kriteriums* (Bortz, 1999) bzw. der erklärten Gesamtvarianz (Bühner, 2011) herangezogen werden. Dabei finden alle Faktoren Beachtung, deren Eigenwert größer als eins ist. In diesem Falle ergeben sich für den Trauerfragebogen acht Faktoren, die gemeinsam etwa 70% der Gesamtvarianz erklären. Die Eigenwerte und die jeweilige Varianzaufklärung der Faktoren eins bis acht sind Tabelle 4.5 zu entnehmen.

Tabelle 4.5: Eigenwerte und Varianzaufklärung von Faktoren mit Eigenwert > 1.

Faktor	Eigenwerte	Varianzaufklärung^a
1	13.675	37.987
2	2.749	7.637
3	1.825	5.070
4	1.761	4.892
5	1.510	4.195
6	1.370	3.805
7	1.114	3.094
8	1.086	3.017

Anmerkung: a. Angaben in %.

Aus der Tabelle wird ein Hauptfaktor ersichtlich, welcher allein einen hohen Anteil von knapp 38% der Gesamtvarianz aufklären kann. Die Faktoren fünf bis acht geben relativ wenige Anhaltspunkte, da sie gemeinsam mit nur etwa 13% zur Varianzaufklärung beitragen. Die Ergebnisse des *Kaiser-Guttman-Kriteriums* eignen sich hier nicht für die Bestimmung einer konkreten Anzahl von Faktoren. In anderen Untersu-

chungen bestimmen die Forscher vorab einen Eigenwert, welchen ihre auszuwählenden Faktoren übersteigen sollen, wie bspw. einen Eigenwert von > 1.5 (Brown & Goodman, 2005).

Weiterhin lässt sich auch der *Scree-Test* (Cattell, 1966) heranziehen, um Hinweise zur Faktorenzahl zu erhalten. Dabei betrachtet man die Anzahl der Faktoren, die auf der X-Achse abgebildet sind, bis sich in dem Verlauf der Eigenwerte (Y-Achse) ein Knick ergibt (vgl. Abbildung 4.3). In diesem Falle zeigt sich der Einschnitt bei dem dritten Faktor, sodass sich zwei Faktoren eignen. Als Entscheidungskriterium wird neben der visuellen Inspektion die „sauberste“ Faktorstruktur aufgeführt. Diese beinhaltet Ladungen > 0.30 , wenige Items mit überkreuzenden Ladungen und keinen Faktor unter drei Items (Costello & Osborne, 2005).

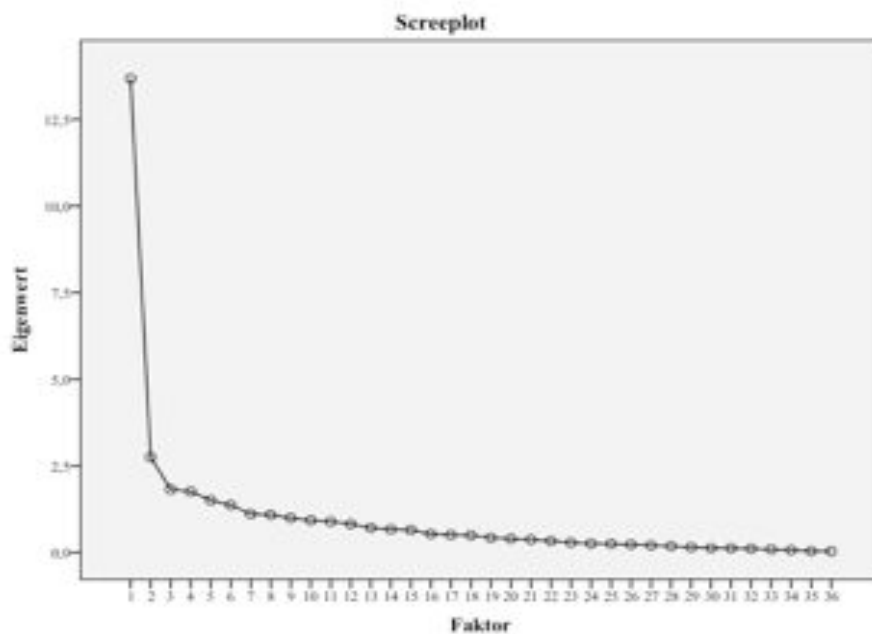


Abbildung 4.3.: Scree-Plot mit Eigenwerten der Faktoren 1 bis 36.

Als am verlässlichsten wird der MAP-Test (Velicer, 1976) zur Bestimmung der zu extrahierenden Faktoren bezeichnet (Bühner, 2011; O'Connor, 2000). Dazu erstellt man eine Korrelationsmatrix aller Variablen und berechnet die Partialkorrelationen der extrahierten Komponenten. Anschließend wird die Anzahl von Faktoren gewählt, bei der sich das kleinste partielle mittlere r^2 findet (Bühner, 2011). Für die komplette Matrix und die Ergebnisse sei auf Anhang B verwiesen. Schließlich fand sich der kleinste Wert des r^2 bei zwei Faktoren. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Aussagen

der *erklärten Gesamtvarianz* (Tabelle 4.5) und des *Scree-Tests* (Abbildung 4.3). Weiterhin wurden die Ergebnisse mit Prof. Rita Rosner diskutiert, um eine sinnvolle Passung sicherzustellen. Die zweifaktorielle Lösung erwies sich am stabilsten und passendsten: Sie ermöglicht eine kumulierte Varianzaufklärung von 45.64%. Der Eigenwert beträgt im Scree-Plot dabei über 2.5, was die Auswahl zusätzlich bestätigt. Aus Tabelle 4.5 lässt sich der genaue Eigenwert von 2.749 entnehmen. Auf den ersten Faktor laden 27 und auf den zweiten zehn Items. Nur eine Ladung zeigte sich < 0.30 (Item 58). Die genauen Ergebnisse sind Tabelle 4.6 zu entnehmen.

Tabelle 4.6: Items und ihre Ladungen a auf den Faktoren^a.

Mustermatrix (rotiert)	1	2
30) It is hard to keep on living without this person.	.917	-.352
31) I feel shocked or benumbed when I think about the person's death.	.874	-.123
32) I can't stop thinking about the person, even though I would like to think about something else.	.862	-.169
37) It is very disturbing for me to think about the person's death.	.848	
35) I feel lonelier since the person has died.	.847	
23) If something reminds me of the situation when the person died it makes me very upset – I get frightened or sad.	.843	-.184
25) I have dreams about the situation when the person died.	.782	-.288
34) It is hard for me to accept that the person is really dead.	.742	
44) I am more irritable since the person's death.	.728	
38) Since the person's death my life doesn't make much sense anymore.	.704	.172
39) Since the person's death it is harder for me to trust other people.	.655	.116
46) I wish that the person would come back so we could be together again.	.652	-.161
55) I feel an inner numbness since the person's death.	.633	.217
36) Even though the person is not here anymore, I feel that he/ she is an important part of my life.	.620	
24) In my mind appear disturbing thoughts, images or noises from the situation when the person died – even though I don't want it.	.615	
56) The loss of the person causes me lots of sorrow, pain or grief.	.612	.134
40) My life is empty without this person.	.609	
45) I try not to think about the person, because that causes disturbing memories and feelings.	.606	.248
42) I cannot imagine having a good life without this person.	.584	.176
47) I have disturbing or frightening dreams about the person.	.584	
43) I feel as if a big part of me died with the person.	.550	.183
29) I don't do things, which I want or need, because they remind me about the person.	.547	.351
41) I don't speak about the person, because it hurts too much to think about her/ him.	.544	.219

Tabelle 4.6: Fortsetzung.

Mustermatrix (rotiert)	1	2
48) Since the person's death I feel a bigger distance to people who mean something to me.	.491	
49) I would like to keep on looking for the person – even though I know that she/ he is no longer here.	.482	.154
27) When something reminds me about the situation when the person died, my heart is throbbing, I get a head- or stomach ache.	.413	.248
50) I think about taking revenge on the people responsible for the person's death.	-.103	.769
54) Because of the person's death I feel embarrassed, dirty or ashamed.		.724
52) I feel guilty for things I have or haven't done at the time the person died.	-.256	.704
53) I think that the person's death is my fault.	-.182	.585
28) I have nice reminders about the person.		-.517
57) I avoid people/ places that remind me of the person.	.232	.468
26) I feel put back into the time when the person died – as if I had to go through it again.	.193	.447
51) I am furious that the person died and left me alone.	.435	.378
33) I have consoling or nice dreams about the person.		-.321
58) I feel that, since the person's death, I do things that the person would typically have done.	.293	.278

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Promax mit Kaiser-Normalisierung. Anmerkung: a. Höchste Ladungen bzw. Zuordnung zu Faktor jeweils fett markiert. b. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Aus der Interpretation der jeweils zugeordneten Items benannten wir die Skalen *Trennungsschmerz* (TSCH) und *Sekundäre Gefühle* (SG). Die Entscheidungen für die Benennung der Faktoren basierten zum großen Teil auf den in Abschnitt 3.2 erläuterten theoretischen Dimensionen. Es zeigt sich deutlich, dass auf dem Faktor TSCH die typischen Symptome tiefer Trauer am höchsten laden. Die zweite Skala beinhaltet vorwiegend Emotionen, die mit der mangelnden Akzeptanz des Verlustes einhergehen. Aufgrund der inhaltlichen Passung wurden Item 51 und 58 trotz höherer Ladung auf TSCH dem Faktor SG zugeordnet. Die beiden Items 28 und 33 fragen eine normale Trauerreaktion ab. Dies erklärt die negativen Ladungen auf dem zweiten Faktor. Die beiden Skalen korrelieren nach Pearson zu $r = 0.457$ ($p < 0.01$) miteinander. Dies ist ein moderater Wert; demnach lassen sich etwa 21% gemeinsamer Varianzanteil der Skalen TSCH und SG ausmachen. In Tabelle 4.7 sind den Faktoren nochmals die passenden theoretischen Dimensionen und jeweiligen Items zugeordnet. Die Dimensionen lehnen sich an Cohen et al. (2006) sowie Prigerson, Horowitz et al. (2009) und ihre Symptome für KT an (vgl. Punkt 3.2.2).

Tabelle 4.7: *Theoretische Dimension, zugeordnete Items, ladender Faktor (Ladung).*

Theoretische Dimension	Item^a	Faktor (Ladung)
Intensive Gefühle und Schmerz	32) I can't stop thinking about the person even though I would like to think about something else.	TSCH (.862)
	37) It is very disturbing for me to think about the person's death.	TSCH (.848)
	35) I feel lonelier since the person has died.	TSCH (.847)
	44) I am more irritable since the person's death.	TSCH (.728)
	56) The loss of the person causes me lots of sorrow, pain or grief.	TSCH (.612)
	43) I feel as if a big part of me died with the person.	TSCH (.550)
Sehnsucht und Suche	46) I wish that the person would come back so we could be together again.	TSCH (.652)
	49) I would like to keep on looking for the person – even though I know that she/ he is no longer here.	TSCH (.482)
Sinnlose/s Zukunft/ Leben	30) It is hard to keep on living without this person.	TSCH (.917)
	38) Since the person's death my life doesn't make much sense anymore.	TSCH (.704)
	40) My life is empty without this person.	TSCH (.609)
	42) I cannot imagine having a good life without this person.	TSCH (.584)
Fehlende Akzeptanz	34) It is hard for me to accept that the person is really dead.	TSCH (.742)
	36) Even though the person is not here anymore, I feel that he/ she is an important part of my life.	TSCH (.620)
Vermeidung/ Wiedererleben	23) If something reminds me of the situation when the person died it makes me very upset- I get frightened or sad.	TSCH (.843)
	24) In my mind appear disturbing thoughts, images or noises from the situation when the person died – even though I don't want it.	TSCH (.615)
	45) I try not to think about the person, because that causes disturbing memories and feelings.	TSCH (.606)
	29) I don't do things, which I want or need, because they remind me about the person.	TSCH (.547)

Tabelle 4.7: Fortsetzung.

Theoretische Dimension	Item^a	Faktor (Ladung)
	41) I don't speak about the person, because it hurts too much to think about her/ him.	TSCH (.544)
	27) When something reminds me about the situation when the person died, my heart is throbbing, I get a head or stomach ache.	TSCH (.413)
	57) I avoid people/ places that remind me of the person.	SG (.468)
	26) I feel put back into the time when the person died – as if I had to go through it again.	SG (.447)
emotionale Taubheit/ fehlendes Vertrauen	31) I feel shocked or benumbed when I think about the person's death.	TSCH (.874)
	39) Since the person's death it is harder for me to trust other people.	TSCH (.655)
	55) I feel an inner numbness since the person's death.	TSCH (.633)
	48) Since the person's death I feel a bigger distance to people who mean something to me.	TSCH (.491)
Schuld und Scham	54) Because of the person's death I feel embarrassed, dirty or ashamed.	SG (.724)
	52) I feel guilty for things I have or haven't done at the time the person died.	SG (.704)
	53) I think that the person's death is my fault.	SG (.585)
Ärger oder Bitterkeit	50) I think about taking revenge on the people responsible for the person's death.	SG (.769)
	51) I am furious that the person died and left me alone.	SG (.378)
Übernahme schädigender Verhaltensweisen	58) I feel that, since the person's death, I do things that the person would typically have done.	SG (.278)
Normale Trauerreaktion	28) I have nice reminders about the person.	SG (-.517)
	33) I have consoling or nice dreams about the person.	SG (-.321)

Anmerkung: a. nach Faktorladungen geordnet.

Im Laufe der FA wurde ersichtlich, dass die Items 28 und 33 umkodiert werden müssen. Das begründet sich dadurch, dass eine hohe Ausprägung auf diesen Items für

eine normale Trauerreaktion spricht, eine niedrige für KTK. Diese Tendenz widerspricht den restlichen Items des TFKJ. Daher kodierte ich die beiden Variablen entgegengesetzt – antwortete ein Proband mit {4} „fast immer“, so änderte ich dies in {0} „nie“. Nur so kann eine sinnvolle Aufsummierung der Symptomwerte und Interpretation aller Items gewährleistet werden.

4.3.1.2 Itemanalyse

Mithilfe der Itemanalyse untersuchte ich die Trennschärfe und die Schwierigkeit der 36 Items des TFKJ. Das Ziel der Untersuchung war es zu überprüfen, ob der Fragebogen tatsächlich zur Erfassung von KTK geeignet ist. Weiterhin möchte man damit Items ausfindig machen, welche die Skala mangelhaft repräsentieren. Eine schwache Trennschärfe führt zur Extraktion der manifesten Variable und macht dadurch die Skala verlässlicher. Obwohl normalerweise die Itemanalyse bereits während der Testkonstruktion einbezogen wird, um Items gegebenenfalls aussondern zu können, wird dieses Verfahren hier im Nachhinein herangezogen. Somit können für die künftige Nutzung des TFKJ Aussagen gemacht werden. Alle 69 Versuchspersonen gingen in die Berechnung ein.

In folgender Tabelle sind die Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Mediane der Items angegeben, ebenso wie die Breite der Antwortkategorien (min-max), die Popularitätsindizes (p_m) und die korrigierten Itemtrennschärfen (r_{it}).

Table 4.8: Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Breite der Antwortskalen, Popularitätsindizes, korrigierte Itemtrennschärfen für Likert-skalierte Items.

Item	M (SD)	Median	min-max	p_m	r_{it}
23)	2.83 (1.45)	4	0-4	.28	.68
24)	2.10 (1.55)	2	0-4	.21	.56
25)	2.43 (1.36)	2	0-4	.24	.57
26)	1.59 (1.60)	1	0-4	.16	.41
27)	1.96 (1.66)	2	0-4	.20	.55
28)	2.65 (1.64)	1	0-4	.27	-.18
29)	2.22 (1.54)	3	0-4	.22	.71
30)	2.61 (1.68)	4	0-4	.26	.64
31)	2.14 (1.62)	2	0-4	.21	.75
32)	2.54 (1.60)	3	0-4	.25	.70
33)	2.29 (1.43)	1	0-4	.23	-.15
34)	2.94 (1.45)	4	0-4	.29	.66
35)	2.51 (1.57)	3	0-4	.25	.76

Tabelle 4.8: Fortsetzung.

Item	M (SD)	Median	min-max	p _m	r _{it}
36)	2.67 (1.53)	3	0-4	.27	.57
37)	2.61 (1.57)	3	0-4	.26	.74
38)	2.03 (1.65)	2	0-4	.20	.78
39)	1.77 (1.70)	1	0-4	.18	.69
40)	3.04 (1.49)	4	0-4	.30	.54
41)	2.45 (1.56)	3	0-4	.25	.63
42)	2.42 (1.72)	3	0-4	.24	.66
43)	2.12 (1.71)	2	0-4	.21	.61
44)	2.52 (1.67)	3	0-4	.25	.75
45)	2.07 (1.60)	2	0-4	.21	.71
46)	3.25 ^a (1.50)	4	0-4	.33	.52
47)	1.91 (1.73)	2	0-4	.19	.59
48)	2.71 (1.49)	3	0-4	.27	.45
49)	2.14 (1.79)	3	0-4	.21	.55
50)	1.09 (1.56)	0	0-4	.11	.32
51)	2.01 (1.67)	2	0-4	.20	.63
52)	0.75 (1.47)	0	0-4	.08	.17
53)	0.23^a (0.77)	0	0-4	.02	.19
54)	0.71 (1.31)	0	0-4	.07	.40
55)	1.94 (1.72)	2	0-4	.19	.74
56)	2.68 (1.54)	4	0-4	.27	.65
57)	2.29 (1.66)	3	0-4	.23	.49
58)	2.12 (1.76)	2	0-4	.21	.44

Anmerkung: a. Zahlen zeigen Range auf.

Aus Tabelle 4.8 kann man entnehmen, dass die Probanden bei allen Items die Breite der möglichen Antworten genutzt haben. Dabei wurden die Kategorien von „nie-mals“ bis „fast immer“ aufsteigend mit den Ziffern 0 bis 4 kodiert. Hinsichtlich der Dispersion wird ersichtlich, dass außer Nummer 53 (fett markiert) alle Items stark streuen. Das weist auf die Unterschiedlichkeit der Antworten zwischen den Jugendlichen hin. Für die vorausgegangene Faktorenanalyse (vgl. 4.3.1.1) wurde der Datensatz auf Normalverteilung hin überprüft. Diese konnte nicht belegt werden. Daher bietet es sich an, Schiefe und Kurtosis (Exzess) zu betrachten. Dabei fällt wiederum besonders Item 53 auf, welches sich als einziges als extrem linkssteil und extrem schmalgipflig herausstellte. Die meisten Items weisen einen negativen Exzess auf, was für eine breitgipflige Verteilung spricht. Weiterhin zeigen sich vorwiegend negative Werte in der Schiefe – ein Indikator für eine rechtssteile Verteilung. Die höch-

ste rechtssteile Kurtosis erreicht Item 46 (alle Daten sind der Tabelle in Anhang B zu entnehmen).

Nach Bühner (2011) wird einer Ratingskala gerne Intervallskalenniveau unterstellt. Dann zieht man den Mittelwert als Schwierigkeitsindex heran. Das korrekte Maß bildet dem Autor nach allerdings der Median. Aus diesem Grund sind hier beide Maße der zentralen Tendenz angegeben, ebenso der Popularitätsindex. Letzterer wurde dennoch aus dem Mittelwert gebildet, da dies nach wie vor der bewährte Weg ist. Bei Betrachtung der Mittelwerte stellen wir eine Range von 3.02 fest (a.: 3.25 – 0.23). Dies meint, dass 60.4% der verfügbaren Antwortmöglichkeiten über die Items hinweg genutzt wurden. Da die meisten Werte im Mittel größer als zwei sind, wählten die Probanden vorwiegend Zustimmung zu den vorgelegten Fragen. Der Median deckt sich im Großteil der Fälle mit den ermittelten Schwierigkeiten – zumindest stimmt immer die Tendenz der Werte überein.

Nur vier der 36 Items sind wenig trennscharf, das heißt sie erreichen Korrelationen von $r < 0.30$ (fett markiert). Üblicherweise weist diese Tatsache darauf hin, dass die manifeste Variable dann nur wenig zur Beschreibung der Skala beiträgt und ausgedeutet werden soll. In der Fachliteratur betont man aber, dass dieses Vorgehen möglicherweise zu vereinfacht sein kann und gegebenenfalls inhaltliche Überlegungen entscheidend sind (Bühner, 2011). Item 28 und 33 erheben normale Trauer. Trotz ihrer geringen und negativen Trennschärfe wollen wir sie im TFKJ behalten, da sie einen anderen Aspekt der Trauer betrachten. Es erscheint daher nur sinnvoll, dass sie nicht homogen mit den restlichen Items, welche KTK erfassen, beantwortet wurden. Schon bezüglich Dispersion und Verteilung machte Item 53 mit Extremwerten auf sich aufmerksam und auch die Trennschärfe ist hier sehr niedrig ($r_{it} = 0.19$). Als noch schwächer zeigte sich Item 52, das ersterem inhaltlich ähnlich ist hinsichtlich Schuld und Scham bezüglich des Verlustes.

4.3.1.3 Interne Konsistenz Trauerfragebogen

Das *Cronbach's α* dient als Reliabilitätskoeffizient für die interne Konsistenz des TFKJ bzw. für die einzelnen Skalen. Dabei habe ich für jede Skala und für den Gesamttest das α berechnet. Es wird auch der α -Wert für den Fall des Ausschlusses eines jeweiligen Items aufgeführt. Somit kann man feststellen, ob eine manifeste Variable die Genauigkeit des Tests einschränkt und entfernt werden muss. Die qua-

drierte multiple Korrelation gibt in diesem Zusammenhang an, wie repräsentativ das Item für die übrigen ist. Dabei gilt: Je höher die Korrelation, desto repräsentativer das Item.

Betrachtet man Tabelle 4.9, so kann man daraus entnehmen, dass der Faktor TSCH eine sehr hohe innere Konsistenz bei standardisierten Items aufweist ($\alpha = 0.954$). Der Wert ließe sich nicht erhöhen, entnähme man eines der Items, die auf diesem Faktor laden. Auch die quadrierten multiplen Korrelationen befinden sich in guten Bereichen, mit Werten zwischen 0.449 und 0.829. Der zweite Faktor liefert nur ein geringes Alpha ($\alpha = 0.608$) und moderate Korrelationen ($r = 0.251$ bis $r = 0.522$). Hier fällt auf, dass bei einem Ausschluss der Items 28 und 33 die Reliabilität anstiege. Sie befände sich dennoch weiterhin im geringen Bereich mit $\alpha = 0.678$ bzw. $\alpha = 0.642$.

Die Gesamtreliabilität ist kleiner als die des TSCH-Faktors ($\alpha = 0.943$). Nichts desto trotz liegt dieser Wert im hohen Bereich und ist durchaus zufriedenstellend. Die Übersicht aller Items bezüglich der inneren Konsistenz des Gesamtfragebogens (vgl. Anhang B) verdeutlicht, dass bei einer Eliminierung des Items 28 ($\alpha = 0.947$) oder 33 ($\alpha = 0.946$) die Reliabilität noch ansteigen würde. Diese Items fielen bereits in der Skala SG auf. Aber auch ohne die manifesten Variablen 52 ($\alpha = 0.944$), ließe sich ein Reliabilitätsanstieg bemerken. Auch in diesem Fall zeigt sich, dass dieses Item zur weniger reliablen Skala SG gehört, welche wichtige sekundäre Gefühle abfragt, jedoch ein wesentlich geringes α vorzuweisen hat als TSCH.

Tabelle 4.9: Faktor, Item, Cronbachs α , quadrierte multiple Korrelation, interne Konsistenz wenn Item entfernt bei Items des TFKJ.

Faktor Item ^a	Cronbach's α	Quadrierte multiple Kor- relation	α , wenn Item entfernt
Faktor SG	.608		
26)		.326	.556
28)		.424	.678
33)		.356	.642
50)		.522	.520
51)		.407	.495
52)		.251	.536
53)		.355	.547
54)		.457	.514
57)		.273	.512
58)		.252	.512

Tabelle 4.9: Fortsetzung.

Faktor Item^a	Cronbach's α	Quadrierte multiple Kor- relation	α, wenn Item entfernt
Faktor TSCH	.954		
23)		.751	.952
24)		.551	.953
25)		.677	.953
27)		.499	.954
29)		.762	.952
30)		.789	.952
31)		.840	.951
32)		.715	.952
34)		.651	.952
35)		.826	.951
36)		.684	.953
37)		.851	.951
38)		.761	.951
39)		.788	.952
40)		.632	.953
41)		.658	.953
42)		.748	.953
43)		.642	.953
44)		.774	.951
45)		.770	.952
46)		.676	.954
47)		.528	.953
48)		.569	.954
49)		.638	.954
55)		.701	.952
56)		.593	.953
Gesamt	.943		

Anmerkung: a. nach Faktor und anschließend aufsteigend geordnet.

4.3.1.4 Interne Konsistenz M.I.N.I.

Das Depressionsinventar M.I.N.I. Teil A für Kinder wurde ebenfalls auf seine Reliabilität überprüft (siehe Tabelle 4.10). Dieser Teilttest besteht aus acht Items, welche Symptome der MD abfragen. Dabei resultierte ein Cronbachs-Koeffizient von $\alpha = 0.880$. Dieser Wert liegt im mittleren Bereich. Alle Items wiesen erwartungsgemäß hohe Trennschärfen ($r_{itc} = 0.426$ bis $r_{itc} = 0.685$) auf. Lediglich für den Fall des Aus-

schlusses von Item A3 a („Were you more or less hungry? Did you loose or gain weight without trying?“) resultierte eine Reliabilitätserhöhung auf $\alpha = 0.883$ (fett markiert).

Tabelle 4.10: Interne Konsistenz, quadrierte multiple Korrelation, interne Konsistenz wenn Item entfernt bei Items des M.I.N.I. kid Teil A.

Item	Cronbach's α	Quadrierte multiple Korrelation	α , wenn Item entfernt
M.I.N.I. kid Teil A	.880		
A1		.630	.861
A2		.627	.855
A3 a)		.386	.883
b)		.559	.862
c)		.531	.873
d)		.498	.862
e)		.406	.874
f)		.440	.867
g)		.577	.862

4.3.2 Validität des Konzeptes der Komplizierten Trauer

Um die konvergente Validität der KTK zu überprüfen, habe ich anhand parametrischer und non-parametrischer Tests Gruppenunterschiede in der Stichprobe untersucht – je nach Datenlage. Ziel war es herauszufinden, ob sich Probanden mit der Diagnose KTK von solchen ohne Diagnose unterscheiden. Der Cut-off-Wert wurde durch den Abgleich der Summenscores mit den theoretisch festgelegten Diagnosekriterien ermittelt. Als Vergleichsmaßstab zogen wir zum einen die Ausprägungen auf der Depressionssymptomatik heran. Zum anderen wurden die dem TFKJ angeschlossenen Fragen zu Funktionsniveau und vorausgegangenem Hilfesuchverhalten genutzt. Aufgrund der Intervallskalierung der Daten führte ich *t*-Tests für unabhängige Stichproben durch, dichotome Items wurden dafür aufsummiert.

4.3.2.1 Bestimmung des Cut-off-Wertes

Um eine zufriedenstellende Ermittlung des Cut-offs zu gewährleisten, zogen wir zunächst eine *Vier-Felder-Tafel* und anschließend eine *Receiver-Operating-Characteristic (ROC)-Analyse* heran. Dies sind bewährte Methoden für Diagnosestudien. Die Vier-Felder-Tafel ermöglicht die Abbildung von Häufigkeiten oder rela-

tiven Häufigkeiten zweier dichotomer Variablen (Diagnose positiv versus negativ). In die Spalten der Tabelle wird die Diagnose eingetragen – häufig erhoben durch einen Goldstandard-Test oder ein klinisches Urteil. In den Zellen findet sich der vermutete Wert des neuen Verfahrens, welcher zur Diagnosestellung herangezogen werden soll. Folgende Begriffe sind im Kontext dieser Kreuztabellen resp. der Diagnosestudien von Relevanz: *Sensitivität* (Wahrscheinlichkeit für positiven Test, wenn Patient positiv), *Spezifität* (Wahrscheinlichkeit für negativen Test, wenn Patient negativ), *Genauigkeit* (Wahrscheinlichkeit, Testperson richtig zu klassifizieren), *positiver Vorhersagewert* (Wahrscheinlichkeit, dass Patient positiv, wenn Test positiv), *negativer Vorhersagewert* (Wahrscheinlichkeit, dass Patient negativ, wenn Test negativ), *Prävalenz* (Wahrscheinlichkeit, dass Patient wirklich positiv, Pretest-Wahrscheinlichkeit). Idealerweise sind sowohl Sensitivität (*Se*) als auch Spezifität (*Sp*) hoch. Weiterhin sollen auch die übrigen Werte im hohen Bereich liegen, was jedoch von der Prävalenz der Diagnose abhängig ist (Heinze, 2006).

Zur Bestimmung eines Summenscores zog ich die Erkenntnisse aus dem Theorieteil heran. Dabei lassen sich unterschiedliche Vorgehensweisen der Forscher unterscheiden: Layne et al. (2001) gaben einen Summenscore von 45 als Cut-off an (Layne, 2006), was in unserem Fall der Erhöhung auf 36 Items einen Wert von 58 ausmacht. Dabei erhalten 72.5% der Jugendlichen die Diagnose KTK, 27.5% bleiben ohne Befund. Prigerson, Maciejewski et al. (1995) griffen für ihr ICG auf einen Cut-off von 25 zurück. Sie verglichen Personen mit einem Score kleiner 25 und größer 25 und fanden in letzterer Gruppe signifikant mehr Beeinträchtigung im allgemeinen, psychischen und physischen Wohlbefinden. Anhand dieser Zahlen wird die Schwierigkeit des Cut-offs deutlich. Es bedarf mehr als eines groben Überschlagens, um die Richtlinie zu bestimmen, ab wann eine Störung vorliegt.

Wie im Theorieteil ersichtlich, steht für KTK kein Goldstandardverfahren zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit Prof. Rita Rosner legte ich theoretische Diagnosekriterien anhand von Symptomen fest, welche anstelle eines Klinikerurteils herangezogen wurden. Wir folgerten, dass – aufgrund der Aussagen nach Cohen et al. (2006) – die Kriterien nach Prigerson und Kollegen (1999) herangezogen werden sollten. Diese besagen, dass mindestens drei Symptome zum Trennungsschmerz sowie mindestens vier Symptome zum traumatischen Stress vorliegen müssen. Beide Symptomcluster sind in unserem TFKJ unter einer Skala abgebildet (TSCH), abgesehen von Items zu

Ärger und Bitterkeit bezüglich des Todes sowie der Übernahme schädigender Verhaltensweisen. Es ergab sich, dass mindestens drei Symptome des Trennungsschmerzes nach Prigerson et al. (1999) mit der Ausprägung „zumindest manchmal“ (theoretische Dimensionen: Schmerz/ tiefe Emotionen; Sehnsucht/ Suche), ebenso wie vier der Symptome zum traumatischen Stress „überwiegend“ beantwortet werden müssen (theoretische Dimensionen: sinnlose Zukunft; fehlende Akzeptanz; emotionale Taubheit/ fehlendes Vertrauen; Ärger/ Bitterkeit; Übernahme schädigender Verhaltensweisen) (Prigerson et al., 1999). Zudem müssen die Probanden mindestens zwei der traumabezogenen Items (theoretische Dimensionen: Vermeidung/ Wiedererleben) hoch zustimmen und zwei von fünf Funktionsbeeinträchtigungsparameter bejahen. Dies entspricht mit den traumabezogenen Symptomen den Vorschlägen von Cohen et al. (2006) für KTK sowie mit der Beeinträchtigung fast allen anderen Forschergruppen (Prigerson et al., 1999; Prigerson, Horowitz et al., 2009; Shear et al., 2011). Da noch keine verbindlichen Kriterien vorliegen, kann nicht wie bei anderen kategorialen Diagnosen auf eines der Klassifikationsmanuale zurückgegriffen werden. Aus der theoretischen Festlegung resultieren folgende Ergebnisse: Bei 49.3% der Probanden wird KTK festgestellt, dem gegenüber stehen 50.7% ohne Diagnose. In einer Vier-Felder-Tafel mit dem angepassten Summenscore nach Layne et al. (2001) ergeben sich diese in Tabelle 4.11 aufgeführten Zahlen.

Tabelle 4.11: Kreuztabelle mit % (N) der theoretischen Diagnosekriterien (nach Cohen et al., 2006) und der Summenscore Festlegung (nach Layne et al., 2001).

	theoretische Diagnosekriterien		Gesamt
	negativ	positiv	
TFKJ			
----- < 58	26.1% (18)	1.4% (1)	27.5% (19)
≥ 58	24.6% (17)	47.8% (33)	72.5% (50)
Gesamt	50.7% (35)	49.3% (34)	100% (69)

Aus der erweiterten Vier-Felder-Tafel im SPSS-Output können ferner die folgenden Werte entnommen werden: Die Sensitivität zeigt sich sehr hoch (97.1%), die Spezifität erreicht einen mittleren Wert (51.4%). Die Genauigkeit liegt bei 73.9%, die positive Vorhersagewahrscheinlichkeit erzielt einen sehr hohen (94.7%), die negative

einen kleineren Wert (66%). Trotz dieser Zahlen muss der Summenwert von 58 nicht den optimalen Cut-off darstellen. Verschiedene Summenscores führen zu unterschiedlichen Sensitivitäten und Spezifitäten. Diese Auflistung lässt sich unter einer ROC-Kurve abbilden (vgl. Abbildung 4.4).

Die ROC-Analyse ist ein anerkanntes Verfahren zur Beurteilung von Testinstrumenten. Sie wird mithilfe einer grafischen Darstellung interpretiert und hat zum Ziel, den optimalen Grenzwert hinsichtlich Sensitivität und Spezifität eines Tests anzuzeigen. Die Güte eines Tests ist dabei der Fläche unter der Kurve zu entnehmen – *Area under Curve (AUC)* – welche einen Wert zwischen 0.5 und 1.0 annehmen kann. Der höchste Wert steht für perfekte Zielgenauigkeit des Tests, die Kurve nähert sich dann maximal der linken oberen Ecke in der Abbildung an. Heinze (2006) spricht einem Test ab einem AUC-Wert von 0.80 Brauchbarkeit zu. Die AUC entspricht der Wahrscheinlichkeit, tatsächlich kranke Probanden als solche zu identifizieren. Zur zusätzlichen Absicherung zieht man den Standardfehler sowie das asymptotische Konfidenzintervall heran. Es ist zu beachten, dass auf der X-Achse die Sensitivität abgebildet ist, auf der Y-Achse jedoch 1–Spezifität (Hanley & McNeill, 1982; Heinze, 2006).

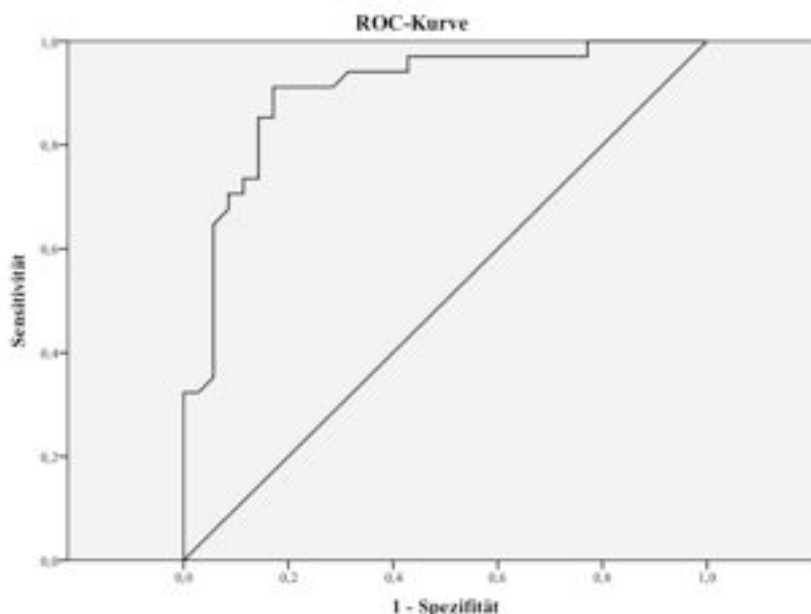


Abbildung 4.4: ROC-Kurve für die Analyse der Summenwerte des TFKJ.

Nach Tabelle 4.12 beträgt die Fläche unter der Kurve in unserem Falle 0.903 (KI = 0.829 – 0.977), was einen sehr guten Wert ausmacht. Der Standardfehler ist klein

($SE = 0.03$). Es liegt asymptotische Signifikanz vor ($p < 0.001$). Zur Bestimmung des optimalen Cut-off-Wertes für den untersuchten Fragebogen wird die euklidische Distanz zwischen Sensitivität und Spezifität untersucht und jener Wert herangezogen, bei welchem die Distanz minimiert ist. Zur Berechnung dient folgende Formel (Heinze, 2006):

$$\sqrt{(1 - Se)^2 + (1 - Sp)^2}$$

Bei einer Sensitivität von 0.853 und einer Spezifität von 0.859 findet sich das Minimum der euklidischen Distanz mit 0.167. Der Summenscore liegt dann bei 82.5. Somit kann ein Cut-off von 82.5 Punkten im TFKJ festgelegt werden. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass es sich nicht um eine ausreichend große Stichprobe (empfohlen: $N > 200$; Bühner, 2011) handelte, so dass der Cut-off in der Praxis kritisch zu bewerten ist. Wir beschränken uns an dieser Stelle auf eine Verdachtsdiagnose, welche vorwiegend zum Zweck der Validitätsprüfung genutzt werden soll.

Tabelle 4.12: Fläche unter Kurve, Standardfehler, asymptotische Signifikanz und asymptotisches Konfidenzintervall für die ROC-Kurve.

Fläche	Standardfehler ^a	Asymptotische Signifikanz ^b	Asymptotisches 95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
.903	.038	< .001	.829	.977

Anmerkung: a. Unter der nicht-parametrischen Variable. b. Nullhypothese: Wahrheitsfläche = 0.5.

4.3.2.2 Vergleich von Personen mit und ohne KTK-Diagnose anhand von Depressionssymptomen

Mithilfe eines t -Tests für unabhängige Stichproben wurde der Einfluss der Variable KTK-Diagnose versus keine Diagnose auf die Symptomausprägung im M.I.N.I. untersucht. Dabei wurden alle Items des M.I.N.I. kid Teil A aufsummiert. Probanden mit Diagnose KTK zeigten im Mittel einen Depressionsscore von 22.88 ($SD = 8.43$), während Teilnehmer ohne Überschreitung des Cut-off-Wertes einen Mittelwert von 9.69 ($SD = 7.75$) aufwiesen. Wie aus Tabelle 4.13 zu entnehmen, unterscheiden sich die Mittelwerte der Gruppen signifikant ($t(67) = 6.771, p < 0.001$).

Tabelle 4.13: Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeit und *t*-Werte von Depressions- und Suizidscores im Gruppenvergleich Diagnose KTK versus keine Diagnose.

	KTK positiv			KTK negativ			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore Depressionssymptome nach M.I.N.I.	22.88	8.43	34	9.69	7.75	35	$t = 6.771$	$< .001$

4.3.2.3 Vergleich von Personen mit und ohne KTK-Diagnose anhand von Funktionsparametern

Aufgrund der dichotomen Skalierung der Fragen zum Funktionsniveau berechnete ich für diesen Vergleich einen *t*-Test mit der aufsummierten Zustimmung bzw. Ablehnung über die fünf Items zu diesem Bereich. Die Hypothese unserer Tests lautet, dass in der Gruppe mit positiver Diagnose mehr Funktionsbeeinträchtigung vorliegt – es handelt sich um eine einseitige Hypothese. Dabei wurde die Antwortmöglichkeit „ja“ mit {1} und „nein“ mit {0} kodiert. Je höher also die Summe (max. 5), desto mehr Beeinträchtigung liegt vor. Bei einem signifikanten Ergebnis unterscheiden sich die Probanden in ihren Antworten aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit. Es wurde ein α -Fehler von 0.05 gewählt (vgl. Tabelle 4.14).

Bei vorliegender Diagnose KTK zeigen sich die Jugendlichen statistisch signifikant mehr beeinträchtigt als Probanden ohne Diagnose ($t(67) = 4.182$, $p < 0.001$). Die Gruppe KTK positiv erreicht einen höheren Mittelwert ($M = 3.26$, $SD = 1.46$), was für eine stärkere Zustimmung spricht. Mit im Mittel 1.86 ($SD = 1.33$) Punkten in dieser Analyse verneinte die negative Diagnosegruppe die Fragen nach der täglichen Funktionsfähigkeit tendenziell mehr.

Tabelle 4.14: Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeit und *t*-Werte von Beeinträchtigungsscores im Gruppenvergleich Diagnose KTK versus keine Diagnose.

	KTK positiv			KTK negativ			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summe Beeinträchtigung	3.26	1.46	34	1.86	1.33	35	$t = 4.182$	$< .001$

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (einseitig).

4.3.2.4 Vergleich von Personen mit und ohne KTK-Diagnose anhand von Hilfesuchverhalten

Auch für die Berechnung bezüglich des Hilfesuchverhaltens wurde ein t -Test herangezogen. Die Ergebnisse sind Tabelle 4.15 zu entnehmen. Unwesentlich mehr Personen, die keine Diagnose erhielten, gaben an mit einem Arzt oder einer anderen Fachkraft gesprochen zu haben ($M = 0.40$, $SD = 0.65$), verglichen mit Jugendlichen mit KTK ($M = 0.50$, $SD = 0.71$). Der Gruppenunterschied erreichte aber keine statistische Signifikanz ($t(67) = 0.612$, $p = 0.543$).

Tabelle 4.15: Auftretenshäufigkeit (%) zum Hilfesuchverhalten bei einem Arzt sowie bei Lehrer, Therapeut, Priester oder anderen und χ^2 -Werte zum Gruppenvergleich Diagnose positiv versus negativ bzgl. dieser Parameter.

	KTK positiv			KTK negativ			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summe Hilfesuchen	0.50	0.71	34	0.40	0.65	35	$t = .612$	.543

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (einseitig).

4.3.3 Validität des Trauerfragebogens für Kinder und Jugendliche

Die Gültigkeit des TFKJ auf Kinyarwanda wird anhand des Zusammenhangs mit anderen Skalen untersucht; für die konkurrente Validität bietet sich das M.I.N.I. kid für Depression an. Des Weiteren werden noch die Korrelationen mit Funktions- und Hilfesuchparametern auf Signifikanz überprüft.

4.3.3.1 Zusammenhang der Summenscores von KTK und Depression

Den aufsummierten Ausprägungen im M.I.N.I. kid zusammen mit dem Item Suizidgedanken kann ein signifikanter Zusammenhang mit den Trauerscores nachgewiesen werden. Hierzu berechnete ich eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson. Da in der Fachliteratur dieser Zusammenhang sehr häufig nachgewiesen wurde (z.B. Brown et al., 2008), kann er als Instrument zur Validitätsprüfung herangezogen werden.

Tabelle 4.16: Korrelationskoeffizienten nach Pearson für den Zusammenhang zwischen M.I.N.I. kid und TFKJ-Summenscores.

Pearson Korrelation mit	TFKJ-Summscore	
	Statistik	p
Depressionsscore des M.I.N.I. kid Teil A	$r = .701$	$< .001$

Die Korrelation mit den Depressionsscores ergab einen Wert von $r = 0.701$, was nach Cohen (1988) einen starken Effekt ausmacht. Die zweiseitige α -Fehlerwahrscheinlichkeit von 1% wurde nicht überschritten ($p < 0.001$). Der Zusammenhang wird auch in nachfolgendem Streudiagramm (vgl. Abbildung 4.5) deutlich. Hier kann ein positiver Trend festgestellt werden, der jedoch nicht kausal interpretiert werden darf. Man kann aber zusammenfassend wiederholen, dass ein überzufälliger Zusammenhang zwischen den Symptomausprägungen von Depression und Trauer zur Validität des TFKJ beiträgt. Dies gilt auch für die Frage nach Suizidgedanken, welche im Summenscore der MD eingeschlossen ist.

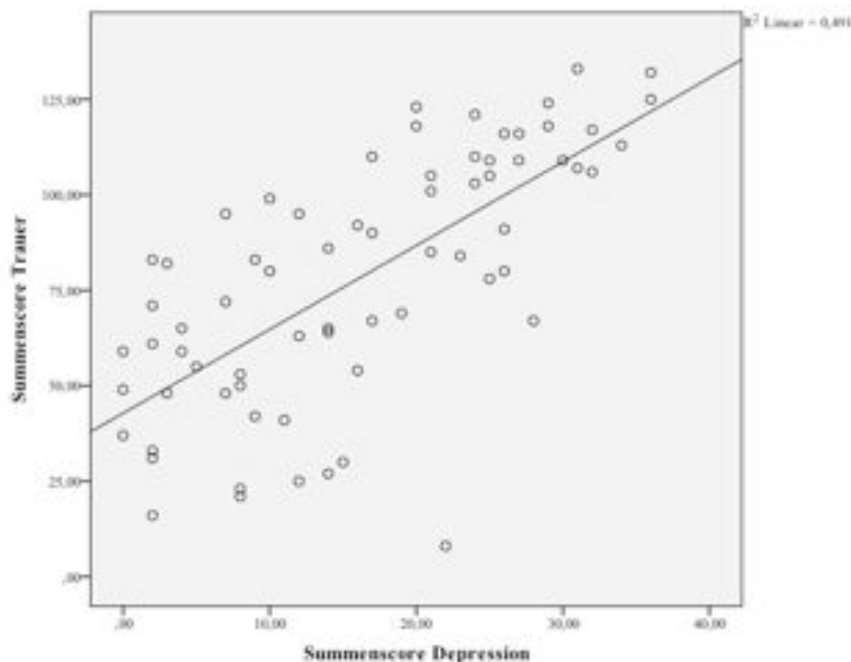


Abbildung 4.5: Streudiagramm zur Veranschaulichung des Zusammenhangs zwischen M.I.N.I. kid und TFKJ-Summscores.

4.3.3.2 Zusammenhang der Summscores von KTK und Funktionsbeeinträchtigung

Um den Zusammenhang zwischen der dichotomen Variable Funktionsniveau (Antwortmöglichkeiten ja – nein) und den TFKJ-Scores zu untersuchen, zog ich wiederum Pearson-Korrelationen heran. Die fünf Items wurden, wie bereits erwähnt, im Auswertungsprogramm mit {1} für Zustimmung und {0} für Ablehnung kodiert. Aus Tabelle 4.17 kann man entnehmen, dass die Korrelation der aufsummierten Funktionsparameter mit dem Trauerscore hoch signifikant ist. Insgesamt zeigt sich

eine mittlere, positive und signifikante Korrelation zwischen der Funktionsbeeinträchtigung und den Trauerwerten ($r = 0.522, p < 0.001$).

Tabelle 4.17: Korrelationskoeffizienten nach Pearson für den Zusammenhang zwischen Funktionsbeeinträchtigung und TFKJ-Summscores.

Pearson Korrelation mit	TFKJ-Summscore	
	Statistik	p
Funktionsbeeinträchtigung	$r = .522$	$< .001$

Folglich stellten wir einen moderaten Zusammenhang (Cohen, 1988) fest. Die Ergebnisse unterstützen die Validitätsannahme des TFKJ durch befriedigende und signifikante Korrelationen. Nach Fissenis (1978) Richtwerten für die Testtheorie erreichen die Werte aber maximal niedrige Validität.

4.3.3.3 Zusammenhang der Summscores von KTK und Hilfesuchverhalten
Zur Untersuchung der beiden Variablen zum Hilfesuchverhalten bezüglich der komplizierten Trauerreaktion mit der Symptomausprägung des TFKJ wurden ebenfalls Produkt-Moment-Korrelationen berechnet. Aus Tabelle 4.18 ist zu entnehmen, dass keine signifikante Korrelation nachgewiesen werden konnte. Der Gesamtzusammenhang ist nahezu null ($r = -0.037, p = 0.766$).

Tabelle 4.18: Korrelationskoeffizienten nach Pearson für den Zusammenhang zwischen Hilfesuchverhalten und TFKJ-Summscores.

Pearson Korrelation mit	TFKJ-Summscore	
	Statistik	p
Hilfesuchverhalten	$r = -.037$	$.766$

4.3.3.4 Partialkorrelationen bei Kontrolle auf Depression

Da Depression und Trauer häufig ein ähnliches Auftreten aufweisen (vgl. Abschnitt 3.2.1), berechnete ich die Korrelationen von Suizidgedanken und Funktionsniveau mit dem Summscore des TFKJ nochmals auf Depression kontrolliert. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die Korrelation von zwei Variablen zu betrachten und gleichzeitig eine dritte aus dem Zusammenhang zu entfernen – deren Wert wird konstant

gehalten. Die Ergebnisse der Partialkorrelation sind Tabelle 4.19 zu entnehmen. Die Partialkorrelation mit Suizidgedanken erlangt keine Signifikanz ($r = 0.103$, $p = 0.401$), wohingegen der Zusammenhang mit dem Funktionsniveau statistisch signifikant, wenn auch klein ausfällt ($r = 0.271$, $p = 0.025$). Die Funktionsbeeinträchtigung der Probanden bleibt also bestehen, auch wenn die Depressionswerte konstant gehalten werden. Dies stützt die Validität des TFKJ.

Tabelle 4.19: Partialkorrelationen mit Kontrolle auf Depression für den Zusammenhang von Suizidgedanken und Funktionsbeeinträchtigung mit dem TFKJ-Summenscore.

Partialkorrelation mit	TFKJ-Summenscore	
	Statistik	p
Suizidgedanken	$r = .103$	.401
Funktionsniveau	$r = .271$	.025

4.3.4 Prädiktoren Komplizierter Trauer

Besonders in der Forschung zu neuen oder wenig untersuchten Phänomenen ist es von Interesse, Prädiktoren ausfindig zu machen. Diese können Hinweise liefern, wie präventiv oder interventiv vorgegangen werden soll bzw. welche Variablen ein besonderes Risiko für die Ausbildung einer psychischen Störung darstellen. Auf Basis der Fachliteratur und der erhobenen Daten der Jugendlichen wählte ich mögliche Prädiktorvariablen aus, die in vorliegender Untersuchung erfasst wurden. Je nach bereits vorhandenen Belegen, konnten die Hypothesen gerichtet oder ungerichtet formuliert werden. Dazu zog ich der Datenskalierung gemäß t -Tests heran. Zum Abschluss berechnete ich eine multiple lineare Regression mit den Variablen, die sich im non-parametrischen Test signifikant zeigten.

4.3.4.1 Gewaltsamer Verlust

Zur Untersuchung dieses Prädiktors wurden die Optionen Krankheit, Unfall und andere Gründe zu der Gruppe „nicht gewaltsamer Tod“ zusammengefasst, die Wahlmöglichkeit Mord als „gewaltsamer Tod“ klassifiziert. Auf Basis dieser Kategorienbildung sollten die Summenscores der Probanden verglichen werden. Ich erhielt folgende, aus Tabelle 4.20 zu entnehmende Ergebnisse. Probanden, die von einem gewaltsamen Verlust betroffen waren, zeigten im Mittel einen Symptomscore von

83.49 ($SD = 31.93$), wohingegen Jugendliche ohne gewaltsamen Todesfall einen Mittelwert von 63.77 ($SD = 31.03$) erlangten. Dieser Unterschied zeigt statistische Signifikanz ($t(67) = 2.268$, $p = 0.027$), wonach die Gruppe der Todesursache Gewalt überzufällig schwerere Symptome aufweist als die Vergleichsgruppe. Die Signifikanz bleibt auch bei Halbierung des p -Wertes ($p = 0.014$) erhalten, die aufgrund der Gerichtetheit der Hypothese durchgeführt werden muss (Bühner, 2011). Betrachtet man die Standardabweichungen beider Gruppen, so wird deutlich, dass sich die Probanden innerhalb der jeweiligen Gruppe sehr stark unterscheiden.

Tabelle 4.20: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t -Wert von Gruppenvergleich gewaltsamer versus nicht gewaltsamer Verlust.

	gewaltsamer Verlust			nicht gewaltsamer Verlust			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	83.49	31.93	51	63.77	31.03	18	$t = 2.268$	.014

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

4.3.4.2 Erwarteter Verlust

Die Waisen wurden im TFKJ gefragt, ob sie mit dem Tod der nahestehenden Person gerechnet hätten. Diese Frage rechtfertigt sich etwa hinsichtlich einer langen Krankheit mit Todesfolge. Bei einem erwarteten Verlust resultierten im Mittel weniger schwere Symptome ($M = 68.58$, $SD = 38.35$) als bei einem unerwarteten Todesfall ($M = 80.40$, $SD = 31.33$). Die Unterschiede werden nicht signifikant ($t(67) = -1.143$, $p = 0.257$). Dies zeigen auch die Ergebnisse in Tabelle 4.21. Trotz augenscheinlich starker Differenzen in der Symptomausprägung muss diese Hypothese verworfen werden. Zusätzlich wird hier wiederum die starke Verschiedenheit der Jugendlichen ersichtlich.

Tabelle 4.21: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t -Wert von Gruppenvergleich erwarteter versus nicht erwarteter Verlust.

	erwarteter Verlust			nicht erwarteter Verlust			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	68.58	38.35	12	80.40	31.33	57	$t = -1.143$	.257

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

4.3.4.3 Anzahl Verluste

Die konkrete Anzahl der innerfamiliären Todesfälle konnte anhand des Fragebogens nicht immer genau geklärt werden. Wir wollen uns hier auf die Variablen Verlust eines Elternteils versus beider Elternteile konzentrieren. Häufig fanden sich zusätzlich Verluste von Geschwistern oder Großeltern – dies aber zu unregelmäßig, um die Daten für einen statistischen Vergleich heranzuziehen. Tabelle 4.22 belegt: Mit einem Mittelwert von 85.37 ($SD = 29.13$) fielen die Symptomscores der Vollwaisen-Gruppe höher aus als derjenigen mit nur einem Verlust ($M = 71.12$, $SD = 34.90$). Nach Halbierung des p -Wertes von 0.070 lässt sich ein signifikanter Unterschied feststellen ($t(30) = 1.844$, $p = 0.035$). Daher kann diese Hypothese beibehalten werden, weil sich ein statistischer Einfluss der Anzahl der Verluste auf die Symptomausprägung belegen lässt. Man beachte dennoch auch hier die hohen Standardabweichungen.

Tabelle 4.22: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t -Wert von Gruppenvergleich einfacher versus doppelter elterlicher Verlust.

	Verlust beide Eltern			Verlust ein Elternteil			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	85.37	29.13	35	71.12	34.90	34	$t = 1.844$	.035

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

4.3.4.4 Geschlecht

47.8% der Untersuchungsteilnehmer ($N = 33$) waren weiblich, 52.2% ($N = 36$) männlich. Wir wollten die aufsummierten Symptomausprägungen der beiden Geschlechter vergleichen (siehe Tabelle 4.23). Nach Halbierung des p -Wertes von ursprünglich 0.069 wird ein signifikantes Ergebnis für diesen Vergleich deutlich ($t(67) = 1.851$, $p = 0.035$). Weibliche Jugendliche unterschieden sich also überzufällig in der höheren Anzahl der TFKJ-Symptome ($M = 85.81$, $SD = 31.29$) von männlichen ($M = 71.50$, $SD = 32.81$). Die Versuchsteilnehmer weichen interindividuell stark voneinander ab.

Tabelle 4.23: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t -Wert von Gruppenvergleich weibliches versus männliches Geschlecht.

	weibliches Geschlecht			männliches Geschlecht			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	85.81	31.29	33	71.50	32.81	36	$t = 1.851$	.035

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

4.3.4.5 Wohnsituation

Wie in der Beschreibung der Stichprobe (4.2.2) erwähnt, lebte ein Teil der Probanden dauerhaft im Waisenhaus HJSK ($N = 35$). Die anderen Schüler besuchten unter der Woche das Internat der ESKM, wohnten am Wochenende und in den Ferien aber bei Verwandten bzw. noch lebenden Elternteilen ($N = 34$). Wegen der ungerichteten Hypothese ist keine Halbierung des p -Wertes nötig. Man kann signifikante Unterschiede dieser beiden Gruppen feststellen ($t(67) = 5.930$, $p < 0.001$). Waisenhausbewohner wiesen im Mittel einen Symptomscore von 59.60 ($SD = 30.65$) auf, Jugendliche, die bei Verwandten lebten, ein wesentlich höheres Ergebnis ($M = 97.65$, $SD = 21.76$). Die ursprünglich ungerichtete Prädiktorhypothese kann zugunsten der Unterbringung bei Verwandten entschieden werden – die Symptomschwere zeigt sich in diesem Fall signifikant höher. Auch hier muss wieder der großen Standardabweichung – vor allem in der Waisenhaus-Gruppe – Beachtung geschenkt werden. Die genauen Zahlen sind Tabelle 4.24 zu entnehmen.

Tabelle 4.24: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t -Wert von Gruppenvergleich Waisenhaus versus Verwandte.

	Waisenhaus			Verwandte			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	59.60	30.65	35	97.65	21.76	34	$t = 5.930$	$< .001$

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

4.3.4.6 Alter

Um die untersuchten Jugendlichen in Alterskategorien einteilen zu können, bildete ich je eine Gruppe aus Probanden zwischen 14 und 16 Jahren („jünger“, $N = 42$) sowie von 17 bis 18 Jahren („älter“, $N = 27$). Anhand dieser Gruppierung sollten mögliche Unterschiede berechnet werden (vgl. Tabelle 4.25). Ältere Versuchsteilnehmer ($M = 87.70$, $SD = 24.18$) waren schwerer von der Trauer betroffen als jüngere ($M = 72.33$, $SD = 36.10$), was ich durch einen signifikanten Vergleich belegen konnte ($t(67) = 2.117$, $p = 0.038$). Besonders die jüngere Gruppe weist zudem extrem hohe Standardabweichungen auf, was auf inkonsistente Werte innerhalb der Kategorie hindeutet.

Tabelle 4.25: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich ältere versus jüngere Jugendliche.

	ältere Jugendliche			jüngere Jugendliche			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	87.70	24.18	27	72.33	36.10	42	t = 2.117	.038

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

4.3.4.7 Depression

Die Summenscores von TFKJ und M.I.N.I. kid Teil A wiesen signifikante, hohe Korrelationen auf (siehe 4.3.3.1). Nach Sheehan und Kollegen (1998) müssen mindestens fünf Items des M.I.N.I. kid A „fast täglich“ bejaht werden, damit eine MD diagnostiziert werden kann. Dies macht einen Cut-off-Wert von ≥ 20 aus. Somit erhielten 42% ($N = 29$) der Waisen die positive Depressionsdiagnose. Wir gehen davon aus, dass die Symptomschwere höher ist, wenn beide Diagnosen vorliegen, also Komorbidität von KTK und MD. Die Verdachtsdiagnose KTK wiesen 49.28% ($N = 34$) auf. Es findet sich eine signifikante Überlappung zwischen Probanden, welche die KTK-Diagnose sowie die MD-Diagnose erfüllten ($\chi^2(1, 69) = 27.298, p < 0.001$).

Die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen Depression und Symptomschwere vorliegt, kann aufgrund signifikanter Gruppenunterschiede ($t(67) = 7.407, p < 0.001$) beibehalten werden (siehe Tabelle 4.26). Nach den Ergebnissen aus Tabelle 4.26 zeigen depressive Personen im Mittel einen Summenscore von 103.90 ($SD = 24.60$), während Probanden ohne Diagnose MD einen Mittelwert von 59.83 ($SD = 24.25$) angeben.

Tabelle 4.26: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t-Wert von Gruppenvergleich Depression positiv versus negativ.

	Depression positiv			Depression negativ			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	103.90	24.60	29	59.83	24.25	40	t = 7.407	< .001

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

Zusätzlich wollten wir untersuchen, ob die Komorbidität mit der Symptomschwere zusammenhängt. Dazu verglichen wir Waisen mit KTK und Depression ($M = 106.78, SD = 23.37$) mit Probanden ohne Komorbidität ($M = 60.07, SD = 23.41$).

Wie aus Tabelle 4.27 ersichtlich wird, kann hier ebenfalls ein hochsignifikanter Unterschied festgestellt werden ($t(67) = 8.093, p < 0.001$).

Tabelle 4.27: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t -Wert von Gruppenvergleich Komorbidität versus keine Komorbidität.

	Komorbidität			keine Komorbidität			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	106.78	23.37	27	60.07	23.41	42	$t = 8.093$	$< .001$

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

Ich untersuchte weiterhin, ob die Antwort auf die Frage nach Suizidgedanken Unterschiede im TFKJ-Score generiert (siehe Tabelle 4.28). Dies bestätigte sich anhand eines signifikanten t -Tests ($t(67) = 4.451, p < 0.001$). Bei Suizidgedanken trat im Mittel ein Symptomscore von 103.47 ($SD = 16.76$) auf. Bei Probanden ohne Suizidgedanken stellte sich ein Mittelwert von 68.80 ($SD = 32.24$) heraus. Besonders in letzterer Gruppe weist die Standardabweichung wieder auf sehr starke interindividuelle Differenzen hin.

Tabelle 4.28: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und t -Wert von Gruppenvergleich Suizidgedanken versus keine Suizidgedanken.

	Suizidgedanken			keine Suizidgedanken			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	103.47	16.76	19	68.80	32.24	50	$t = 4.451$	$< .001$

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

4.3.4.8 Funktionsbeeinträchtigung

Bei Untersuchung aller fünf Items zum Funktionsniveau zeigt sich ein signifikant höherer Symptomwert bei Zustimmung auf mindestens zwei der Fragen ($t(67) = 3.047, p = 0.002$). Diese Hypothese wurde gerichtet formuliert, weshalb wiederum eine p -Halbierung nötig ist. Die Signifikanz konnte bestätigt werden. Zusammengefasst kann bei vorliegender Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ($M = 85.32, SD = 31.16$) ein überzufällig höherer Trauerscore ausgemacht werden, verglichen mit der tendenziellen Ablehnung einer Funktionseinschränkung ($M = 60.0, SD = 29.92$).

Tabelle 4.29: Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und *t*-Wert von Gruppenvergleich Beeinträchtigung versus keine Beeinträchtigung.

	Beeinträchtigung			keine Beeinträchtigung			Statistik	p
	M	SD	N	M	SD	N		
Summenscore TFKJ	85.32	31.16	50	60.00	29.92	19	t = 3.047	.002

Anmerkung. $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

4.3.4.9 Multiple lineare Regression von KTK

Um mögliche Verbindungen zwischen den untersuchten Variablen aufzuklären und nochmals die Prädiktoren für KTK zu überprüfen, berechnete ich eine multiple lineare Regression (MLR). Dabei geht man davon aus, dass das Kriterium (KTK) von mehreren unabhängigen Variablen (Prädiktoren) vorhergesagt wird. Diese tragen aber in unterschiedlichem Ausmaß zur Kriteriumsvorhersage bei, bezeichnet durch den relativen Varianzanteil R^2 . Das Maß erhält man durch die Division der Varianz der vorhergesagten Werte durch die der beobachteten Werte. Der standardisierte β -Koeffizient steht für den Beitrag eines jeweiligen Prädiktors, den nur dieser zur Kriteriumsvorhersage beisteuert (Bühner & Ziegler, 2009). Zu beachten ist, dass keine Kollinearität zwischen den Prädiktoren vorliegen darf. Denn wenn zwei oder mehrere Variablen perfekt oder sehr hoch miteinander korrelieren, wird der *SE* von β zu hoch. Weitere Voraussetzungen sind nach Bühner und Ziegler (2009):

- Linearität
- Homoskedastizität
- Normalverteilung der Fehler
- keine Autokorrelation der Fehler
- vollständig spezifizierte Modelle
- hohe Reliabilität von Prädiktoren und Kriterium
- keine Varianzeinschränkung der verwendeten Variablen
- Stichprobengröße mindestens 15 mal die Anzahl der Prädiktoren oder 50 plus die Anzahl der Prädiktoren.

Ich habe alle dichotomen Prädiktoren, die oben einzeln berechnet wurden, in die multiple lineare Regression nach der „Enter“-Methode – Einschluss aller Prädiktoren auf einmal – eingefügt und bin zu folgenden Ergebnissen gekommen, die aus Tabelle 4.30 ersichtlich werden.

Tabelle 4.30: Zusammenfassung der multiplen linearen Regressionsanalyse mit der AV Summenscore Trauer t_1 für die Variablen Art, Erwartung und Anzahl der Verluste, Geschlecht, Wohnsituation, Alter, Depression, Beeinträchtigung zur Vorhersage von KTK.

Variablen	B	SE	β	p
Todesursache (gewaltsam ^o / nicht gewaltsam)	4.896	6.501	.066	.454
Erwartung des Verlustes (ja/ nein ^o)	13.913	7.284	.163	.061
Anzahl der Verluste (Voll- ^o / Halbweise)	12.618	5.676	.194	.030
Geschlecht (weiblich/ männlich ^o)	-2.055	6.201	-.032	.742
Wohnsituation (Waisendorf ^o / Verwandte)	-18.096	6.982	-.279	.012
Alter (jünger/ älter ^o)	5.793	6.360	.087	.366
Depression (ja ^o / nein)	34.248	6.360	.521	< .001
Beeinträchtigung (ja ^o / nein)	.589	7.061	.008	.934

Anmerkung. $N = 69$, $R^2 = 0.601$, korrigiertes $R^2 = 0.548$ ($p < 0.001$). $\alpha = 0.05$ (zweiseitig). ^o Ergebnis zugunsten der markierten Variable; bei negativem β zugunsten der nicht markierten Variable.

Die Modellzusammenfassung der MLR ergibt einen multiplen Determinationskoeffizienten von $R^2 = 0.601$ ($p < 0.001$). Somit können Unterschiede in den acht Prädiktoren 60% der Unterschiede in der AV vorhersagen. Da dieser Wert aber mit dem Anstieg der Prädiktorenzahl automatisch zunimmt, ist hier aber der korrigierte multiple Korrelationskoeffizient ausschlaggebend: Er fällt entsprechend der Anzahl der UVs etwas geringer aus ($R^2 = 0.548$, $SE = 21.44$, $p < 0.001$). Gesichert werden also 55% der Varianz in der AV durch Prädiktorenunterschiede vorhersagt. Durch die Signifikanz ist belegt, dass sich die vorhergesagte Varianz der AV durch die Prädiktoren von null unterscheidet. Aus dem korrigierten R^2 lässt sich eine sehr hohe Effektstärke ableiten ($f^2 = 1.33$). Die Prädiktoren Wohnsituation ($\beta = -0.279$, $p = 0.012$) und Diagnose Depression ($\beta = 0.521$, $p < 0.001$) sind signifikant, was sich auch in den vorangegangenen t -Tests zeigte. Des Weiteren erreicht der Status Vollweise, verglichen mit Halbweise, Signifikanz als Prädiktor ($\beta = 0.194$, $p = 0.030$). Auch Alter, Funktionsbeeinträchtigung, Todesursache und Geschlecht zeigen in den parametrischen Vergleichen Signifikanz, was in der multiplen Regression jedoch nicht bestätigt werden konnte. Dennoch liegt das β -Gewicht von Erwartung des Verlustes ($\beta = 0.163$, $p = 0.061$) in einem befriedigendem Bereich; das Ergebnis ist aber nur tendenziell signifikant ($p < 0.1$). Die vollständigen Zahlen sind Tabelle 4.30 zu entnehmen.

Die Voraussetzung der fehlenden Kollinearität der Prädiktoren ist erfüllt, da in der Kollinearitätsdiagnose kein Konditionsindex > 15 auftrat. Dieser Wert würde für eine mäßige Kollinearität sprechen (Bühner & Ziegler, 2009). Auch die Normalverteilung der Fehler ist gegeben, wie Abbildung 4.6 zeigt.

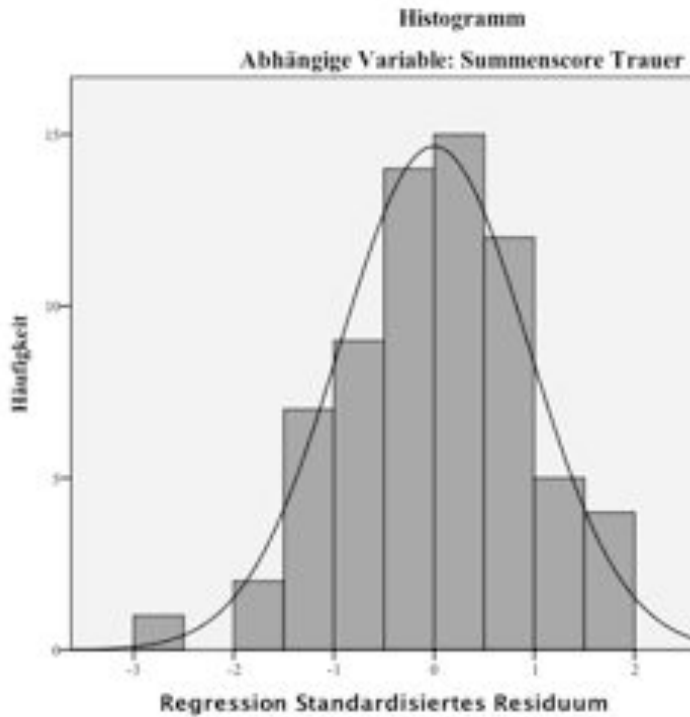


Abbildung 4.6: Histogramm der Abweichungen zwischen beobachteten und vorhergesagten Werten.

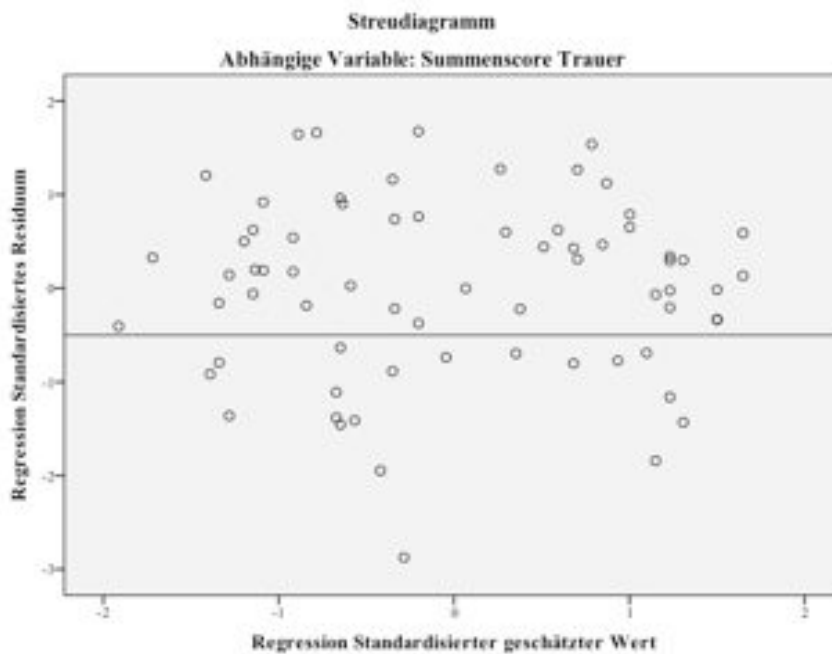


Abbildung 4.7: Streudiagramm mit Regressionsgeraden zur Homoskedastizitätsprüfung.

Abbildung 4.7 macht deutlich, dass die Homoskedastizität augenscheinlich vorliegt. Diese kann rechnerisch mit SPSS nicht überprüft werden, die visuelle Inspektion des Streudiagramms zeigt sich aber zufriedenstellend. Somit kann auch diese, als sehr wichtig erachtete Voraussetzung, als vorliegend betrachtet werden. Der Zusammenhang zwischen dem standardisierten geschätzten Wert und dem tatsächlich empirisch gemessenen Wert zeigt sich linear (vgl. Abbildung 4.8). Allgemein kann man zusammenfassen, dass aufgrund der Datenlage die Durchführung einer MLR berechtigt war und somit die Bestimmung der Prädiktoren zusätzlich abgesichert werden konnte.

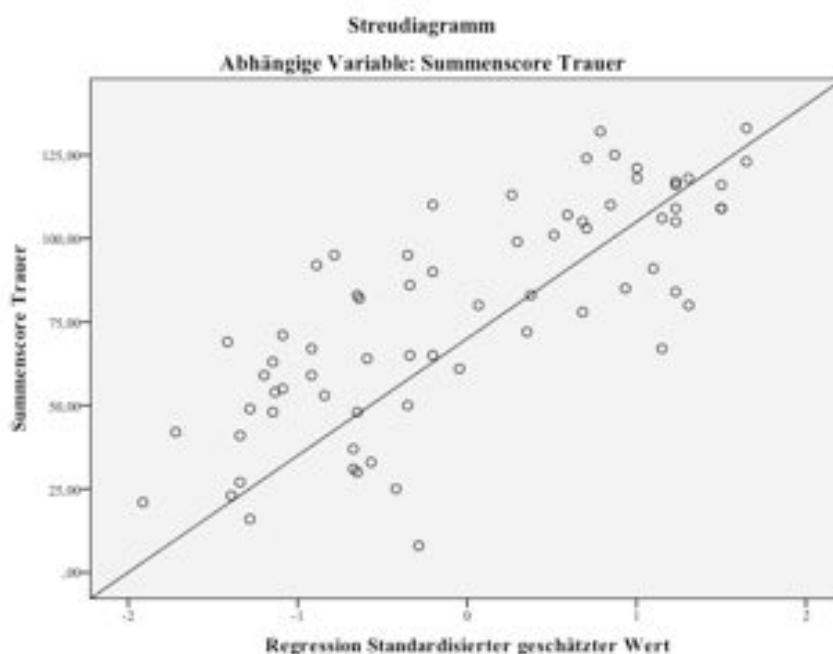


Abbildung 4.8: Streudiagramm zum Zusammenhang des standardisierten geschätzten Wertes und empirisch gemessenen Wertes.

4.4 DISKUSSION DER TESTTHEORETISCHEN UND EPIDEMIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG

Nachfolgend möchte ich – angelehnt an die oben aufgestellten Hypothesen – die Ergebnisse des Abschnitts 4.3 diskutieren. Zur besseren Übersicht wird auch dieser Punkt thematisch untergliedert.

4.4.1 Reliabilität

Ein Ziel der Studie war es, die Reliabilität des TFKJ, eines neu zusammengestellten Fragebogens zur Erhebung Komplizierter Trauer bei Kindern und Jugendlichen, zu untersuchen. Dazu dienten als Anhaltspunkte die bisherigen Analysen zum EGI (Brown & Goodman, 2005; Layne et al., 2001; Winkler, 2006), welcher als Grundlage des TFKJ herangezogen wurde.

4.4.1.1 Faktorenstruktur

Aus der Faktorenanalyse ergaben sich für den TFKJ zwei Skalen, auf welchen die Items laden. Belegt wird dies durch den Test der erklärten Gesamtvarianz, den Scree-Test sowie den MAP-Test. Die Struktur kann daher als gesichert gelten. Das widerspricht den bisherigen Ergebnissen (Brown & Goodman, 2005; Layne et al., 2001; Winkler, 2006), welche dem EGI jeweils eine Dreifaktorenstruktur zuschrieben. Die erste Hypothese kann daher nicht beibehalten werden. Insgesamt konnte im TFKJ aber – trotz der fehlenden Erfüllung der Hypothese – eine saubere Faktorenstruktur festgestellt werden; keine Skala hat weniger als drei Items und alle Ladungen waren > 0.30 . Eine Ausnahme bildet Item 58 („I feel that, since the person’s death, I do things that the person would typically have done.“) mit einer sehr kleinen Ladung von 0.278. Aufgrund der theoretischen Passung wurde dieses Item der SG-Skala zugewiesen, obwohl seine Ladung auf TSCH etwas höher gewesen wäre – jedoch auch < 0.30 . Die nachträgliche theoretische Zuteilung trifft auch für die manifeste Variable 51 („I am furious that the person died and left me alone.“) zu, welche ebenso dem zweiten Faktor unterstellt wurde. Dieses Vorgehen ist durchaus üblich und gerechtfertigt (Bühner, 2005; Costello & Osborne, 2005). Die Faktorladung muss aber auch in Abhängigkeit der Stichprobengröße interpretiert werden (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2006); in unserem Fall entsprächen demnach nur Ladungen > 0.60 (bei $N = 70$) statistischer Signifikanz auf dem α -Niveau von 0.05 (zweiseitig). In 21 Items kann sodann von signifikanter Faktorladung ausgegangen werden, 15 erfüllen

diese Mindesthöhe der Ladung nicht. Dies überrascht insofern wenig, als dass normalerweise eine Stichprobe von mindestens $N = 200$ für faktoranalytische Verfahren – insbesondere bei neuen Testinstrumenten – benötigt wird. Die Ergebnisse der Fragebogenevaluation sind folglich nur eingeschränkt übertragbar und bedürfen erneuter Überprüfung anhand einer größeren Stichprobe.

Zu diskutieren sind weiterhin die beiden Items mit negativen Ladungen auf dem Faktor SG: Item 28 (“I have nice reminders of the person.“) und Item 33 (“I have consoling or nice dreams about the person.“) fragen normale Trauer ab bzw. *Positive Erinnerung* (Brown & Goodman, 2005). Im Gegensatz zur Untersuchung des EGI durch Brown und Goodman (2005), konnte ich keine dritte Skala für diese Items ausmachen. Die Faktorstruktur der zitierten Studie bleibt jedoch insofern fraglich, als dass auf den letzten beiden Skalen nur je zwei bzw. drei Variablen luden. Die negativen Ladungen in unserem Fall ergeben sich aus der Tatsache, dass die beiden Items umkodiert wurden. Während eine hohe Ausprägung auf den restlichen Items für eine erhöhte Symptomschwere spricht, trifft dies hier bei einer niedrigen Ausprägung zu. Das Umkodieren war nötig, um einen korrekten Summenscore über alle Items hinweg addieren zu können. Da keine separate Skala für normale Trauer ausfindig gemacht wurde, wäre es zu empfehlen, weitere Fragen zur Überprüfung positiver Erinnerungen resp. normal verarbeiteter Trauer zu integrieren oder die beiden vorhandenen aus dem Fragebogen auszuschließen. Der Informationsgehalt im Kontext der KTK bleibt fraglich. Überraschend zeigte sich das dritte Item, welches in der Analyse des EGI der Skala *Positive Erinnerung* zugeordnet wurde (“Even though the person is not here anymore, I feel that he/ she is an important part of my life.“): Mit einer relativ hohen Ladung von 0.620 auf dem ersten Faktor erfasst es im TFKJ eher maladaptive als adaptive Trauer. Dies stimmt mit Winklers (2006) Erkenntnissen überein, welche diese Variable ebenso dem Hauptfaktor zuordnete.

Nach Inspektion der Skalen und ihren manifesten Variablen, konnten die beiden Faktoren mit *Trennungsschmerz* (TSCH) und *Sekundäre Gefühle* (SG) benannt werden. Auf den ersten laden 26 Items, welche die folgenden theoretischen Dimensionen umfassen: Intensive Gefühle und Schmerz, Sehnsucht und Suche nach dem Verstorbenen, fehlende Akzeptanz des Verlustes, emotionale Taubheit und fehlendes Vertrauen in andere Personen. Auch die traumabezogenen Items zum Wiedererleben und zur Vermeidung hinsichtlich der Umstände des Todes sind dem Faktor TSCH zuge-

ordnet. Daraus kann man folgern, dass es sich nicht nur um Fragen handelt, die ausschließlich den Trennungsschmerz abfragen, wie er von Prigerson et al. (1999) definiert wurde. Hier präsentiert sich eine breitere Dimension von maladaptivem Verhalten bezogen auf den Verlust. Die zweite Skala mit nur 10 Items beinhaltet Symptomcluster zu Ärger und Bitterkeit, Schuld und Scham, Übernahme typischer Verhaltensweisen der verstorbenen Person sowie Items zur normalen Trauerreaktion. Auch zwei PTBS-angelehnte Items luden am höchsten auf SG. Die berechneten Ergebnisse stimmen mit den inhaltlichen Überlegungen überein, es gibt kaum Überschneidungen zwischen den Faktoren und Dimensionen. Nach der PCA enthielt die Faktorenkorrelationsmatrix signifikante Korrelationen zwischen den Faktoren von $r = 0.457$, was einem moderaten Wert entspricht. Die Distinktheit der Faktoren bleibt zusätzlich zu überprüfen. Winkler (2006) hingegen fand in ihrer FA hohe Interkorrelationen ($r = 0.66$ bis 0.68), so dass sie keine Distinktheit der Skalen annahm.

4.4.1.2 Itemanalyse

In der Untersuchung der einzelnen Items in unserer Stichprobe der jugendlichen Waisen erwiesen sich erneut die Items 28 und 33 als problematisch. Dies zeigte sich insofern, als dass die Trennschärfe dieser Variablen sehr gering und negativ war ($r_{it} = -0.18$; $r_{it} = -0.15$). Aufgrund der schlechten Werte ist zu überlegen, ob diese Items im TFKJ behalten werden sollen: Sie fragen Informationen ab, die eine normale Trauer betreffen – daher ist eine Inkonsistenz verglichen mit den übrigen Variablen zu erwarten und akzeptabel, möglicherweise aber wenig aussagekräftig. Dennoch wollen wir sie im Fragebogen behalten, um ein möglichst breites Bild der vorliegenden Trauersymptome zu erfassen. Weitere zwei Items wiesen geringe Trennschärfen und niedrige Popularitätsindizes auf: Nummer 52 ($r_{it} = 0.17$; “I feel guilty for things I have or haven’t done at the time the person died.”) sowie 53 ($r_{it} = .19$; “I think that the person’s death is my fault.”). Auch hier gilt es den Grundsatz zu beachten, dass nicht nur die testtheoretischen Zahlen ausschlaggebend sind, sondern auch die sinnvolle inhaltliche Itemauswahl (Bühner, 2011). Nach Cohen et al. (2006) zählen Schuldgefühle zu den möglichen Symptomen einer KT im Kindes- und Jugendalter und sollten daher in einem Fragebogen für dieses Konstrukt abgefragt werden – so auch in unserem. Betrachtet man weitere untersuchte Maße, so zeigt sich, dass beide Items stark linkssteil sind und Nummer 52 zudem sehr schmalgipflig ist – Hinweise darauf, dass die meisten Waisen die Aussagen der Fragen ablehnten. Dies wird durch den gemeinsamen Median untermauert ($Mdn = 0$). Es ist möglich, dass diese Werte

stichprobenspezifisch für unsere Erhebung sind. Wenn man bedenkt, dass die meisten Jugendlichen im Säuglings- oder Kleinkindalter waren, als der Großteil der Eltern verstarb, erscheint die geringe Zustimmung inhaltlich nur logisch. Zu beachten bleibt, dass andere Entwürfe – für das Erwachsenenalter – keine Symptome zu Schuld oder Scham in ihre Kriterien integrieren (Prigerson, Horowitz et al., 2009; Shear et al., 2011). Um mögliche Konsequenzen aus der geringen Trennschärfe dieser Items abzuschätzen, soll in der Interventionsuntersuchung der Vorher-Nachher-Vergleich auch ohne die Fragen mit niedrigen Trennschärfen erhoben werden.

Die weiteren Ergebnisse der Itemanalyse des TFKJ auf Kinyarwanda ergaben angemessen hohe Trennschärfen (Fisseni, 1997), was aufgrund der guten Faktorenstruktur auch zu erwarten war (Bühner, 2011). Sie zeigten außerdem, dass auf allen Items die ganze Breite der Antwortmöglichkeiten genutzt wurde. In Zahlen bedeutet das, dass 60.4% des zur Verfügung stehenden Angebotes angenommen wurde. Die Mittelwerte, die zu einem großen Teil > 2.0 waren, weisen darauf hin, dass tendenziell mehr Zustimmung auf den Items zu finden war. Ausnahmen bilden die Items 26, 39, 47, 50, 52, 53, 54 sowie 55. Zusammenfassend lieferte die Itemanalyse gute Kennwerte für den TFKJ, so dass nach inhaltlichen Überlegungen alle Variablen beibehalten wurden. Aufgrund des Studienaufbaus war keine Möglichkeit geboten, nach einem Entfernen der betroffenen Items den TFKJ erneut zu testen. Für die Zukunft des Instruments wird dies jedoch angeraten.

4.4.1.3 Interne Konsistenz

Laut Fisseni (1997) sind Reliabilitätskoeffizienten > 0.90 als hoch und daher als sehr verlässlich einzuschätzen. Die interne Konsistenz des TFKJ auf Kinyarwanda in einer ruandischen Stichprobe lag insgesamt bei $\alpha = 0.943$. Daher kann der Fragebogen als reliabel interpretiert werden. Zudem weist der hohe Wert bereits auf eine gute interne Validität hin, wonach der TFKJ als geeignetes Instrument zur Erhebung von KTK bezeichnet werden kann (Lienert & Ratz, 1998). Eine Erhöhung des Cronbach's α würde ermöglicht durch den Ausschluss der Items 28 ($\alpha = 0.947$), 33 ($\alpha = 0.946$) oder 52 ($\alpha = 0.944$). Diese fielen bereits durch niedrige Trennschärfen auf. Zudem analysierte ich die beiden Skalen TSCH und SG extra, wobei TSCH eine noch höhere Reliabilität als der Gesamttest aufwies ($\alpha = 0.954$). Die Isolierung eines oder mehrerer Items hätte keine α -Erhöhung zur Folge; der Skala kann eine exzellente Zuverlässigkeit zugeschrieben werden. Der Faktor SG erlangte einen niedrigen

Wert von $\alpha = 0.608$. Nach Entfernung von Nummer 28 und 33 könnte α auf 0.678 bzw. 0.642 erhöht werden, was dennoch weiterhin einen kleinen Reliabilitätskoeffizienten zur Folge hätte. Die guten Werte der Gesamt- und Hauptskala des EGI wurden bereits in anderen Studien bestätigt (Brown & Goodman, 2005; McClatchy et al., 2009; Winkler, 2006). Bei Brown und Goodman (2005) fand sich ebenfalls ein hohes α für ihren Hauptfaktor *Traumatische Trauer* ($\alpha = 0.94$), die beiden anderen Skalen jedoch waren wenig reliabel (*Positive Erinnerungen*: $\alpha = 0.73$; *Andauernde Präsenz*: $\alpha = 0.62$), was konsistent mit den vorliegenden Ergebnissen ist. Die Hypothese, dass mit einer hohen Reliabilität im TFKJ zu rechnen ist, konnte bestätigt werden. Aufgrund des Studienaufbaus und der integrierten Testverfahren, waren keine anderen Reliabilitätsprüfungen, wie etwa Retest- oder Interraterreliabilität, möglich.

Die bereits erwiesene, angemessene Reliabilität des M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998) in englischer Sprache konnte ich auch in der übersetzten Form finden: Die Version auf Kinyarwanda zeigte ein Cronbach's α von 0.880. Der Wert liegt im moderaten Bereich und würde sich auf $\alpha = 0.883$ erhöhen, sollte man Item A3 a ("Were you more or less hungry? Did you loose or gain weight without trying?") aus dem Fragebogen entfernen. Eine mögliche Ursache, für die geringe Reliabilität dieser Variable in unserem Sample wäre, dass die Frage nach einem veränderten Essverhalten sehr ungewöhnlich ist in einem Land wie Ruanda. Da Essen als Luxus angesehen wird, würde eine Veränderung des Appetits vermutlich nicht zugegeben werden bzw. zu inkonsistenten Ergebnissen führen. Die gute Reliabilität des M.I.N.I. wurde z.B. auch von Morina (2006) in albanischer Sprache repliziert. Für PTBS-Instrumente gilt, dass übersetzte Inventare bereits mit einem Koeffizienten der interen Konsistenz von > 0.80 als hoch reliabel angesehen werden (Kleijn, Hovens & Rodenburg, 2001). Die vierte Hypothese konnte ich folglich bestätigen, wobei nicht nur die Reliabilität des ursprünglichen Interviews, sondern auch die für übersetzte Tests als gut bewertete Norm erfüllt wurde.

4.4.2 Validität

Die Validitätsprüfung stellt ein weiteres Teilziel der vorliegenden Untersuchung dar. Das Konzept der KTK, angelehnt an Cohen et al. (2006) bedarf einer Bestätigung. Dazu wollte ich Unterschiede in Depressions-, Suizid- und Funktionsbeeinträchtigungssymptomen bei Waisen mit und ohne Diagnose KTK nachweisen (Brent et al., 2009; Brown & Goodman, 2005; Prigerson, Maciejewski et al., 1995). In einem

zweiten Schritt sollte zudem die Validität des neuen TFKJ untersucht werden, im Sinne von hohen Korrelationen des Trauerscores mit den oben genannten Variablen. Dies lässt Aussagen zur Beeinträchtigung der Jugendlichen zu, welche mithilfe des TFKJ festgestellt werden kann.

4.4.2.1 Validität des Konzeptes der KTK

In mehreren Studien wurde die Konstruktvalidität der KT belegt. Meist konzentrierte man sich dabei auf den Beweis der Distinktheit der KTK von anderen Variablen, wie etwa Depression oder PTBS (Boelen et al., 2010; Bonanno et al., 2007; Latham & Prigerson, 2004). Zusätzlich ist es aber nötig zu überprüfen, ob bei einer Diagnose der KTK auch vermehrt weitere Belastungen vorliegen, die zu einer höheren Morbidität führen. Um dies analysieren zu können, musste zunächst ein Cut-off berechnet werden, damit eine Diagnosestellung anhand des TFKJ ermöglicht wird. Dies stellte sich als prekär dar, da wir weder ein Goldstandardverfahren noch ein klinisches Urteil zur Verfügung hatten, um eine gesicherte Diagnose zu stellen. Somit diente zum einen der angepasste Cut-off des EGI nach Layne (2006) und zum anderen die theoretisch fundierten Diagnosekriterien angelehnt an Cohen et al. (2006) und Prigerson et al. (1999) als Vergleichsmaßstäbe in der Kreuztabelle. Darauf wurde eine ROC-Analyse mit dem Ergebnis von 82.5 als Cut-off durchgeführt. Sowohl Sensitivität (85%) als auch Spezifität (86%) lagen im angemessenen Bereich, die AUC zeigte sich als sehr gut. Die Diagnose und der Cut-off sind insofern eingeschränkt zu betrachten, als dass keine verbindlichen Kriterien für KTK, keine etablierten Testinstrumente und eine nicht ausreichend große Stichprobe (empfohlen: $N = 200$) vorliegen. Der Schwerpunkt soll in der Interpretation der Konstruktvalidität liegen und weniger in der konkreten Aussage zur Prävalenz von KTK in Ruanda. Wir entschieden uns daher für die Aussage der *Verdachtsdiagnose*. Diese erfüllten 49% der Befragten. Dieser Wert ist um ein Vielfaches erhöht, zieht man europäische oder US-amerikanische Daten zum Vergleich heran (Newson et al., 2011; Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2011). Aufgrund der Risikofaktoren, denen die Waisen in Ruanda ausgesetzt sind, stellt sich diese Prävalenz aber als erwartungsgetreu dar.

Jugendliche mit Verdachtsdiagnose KTK zeigten signifikant schwerere Depressionssymptome. Dies ist entscheidend für die Unterscheidung gesunder und kranker Probanden. Das Auftreten von Depression bei Waisen wurde bereits vielfach belegt (Brown et al., 2008; Cluver & Gardner, 2007; Hasanovic et al., 2006; Melhem et al.,

2004, 2007; Sengendo & Nambi, 1997), auch in Untersuchungen in Ruanda (Boris et al., 2008; UNICEF, 2003). Die signifikante Unterscheidung von Waisen mit und ohne KTK deutet darauf hin, dass eine bedeutende Beeinträchtigung in der Diagnosegruppe vorliegt und damit die Validität des Konzeptes KTK untermauert werden kann (Brown & Goodman, 2005). Darunter fällt auch die Frage nach Suizidgedanken. Die suizidale Symptomatik infolge von Trauer und Verlust ist konsistent mit bisherigen Befunden (Atwine et al., 2005; Makame et al., 2002; Nader, 1997) und verdeutlicht die Schwere der psychischen Belastung im Rahmen der KT und den damit einhergehenden psychischen Syndromen. In der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit fand ich signifikant mehr Zustimmung bei KTK-positiven Waisen – noch 15 Jahre nach dem Verlust. Dies stützt das Konzept der KTK, da das Vorliegen eines klinisch relevant verringerten Funktionsniveaus in der Mehrheit der Diagnosevorschläge als unabdingbar genannt wird (Cohen et al., 2006; Prigerson et al., 1999; Prigerson, Horowitz et al., 2009; Shear et al., 2011). Wenn signifikant mehr Beeinträchtigung bei Probanden mit KTK vorlag, so deutet dies auf ein gesichertes Konzept der KT hin, was die Funktionsfähigkeit betrifft, sowie eine Bestätigung der aufgestellten Hypothese. Wir nahmen weiterhin an, dass sich die Jugendlichen mit KTK auch im Hilfesuchverhalten von der zweiten Gruppe unterscheiden würden. Hierbei wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt.

Trotz einiger Einschränkungen gelang es in vorliegender Studie die Validität des KTK-Konzeptes zu belegen. Nach wie vor liegt keine eigene Diagnosekategorie in ICD-10 oder DSM-IV-TR für Komplizierte Trauer vor. Zumindest in unserer Untersuchung konnte bewiesen werden, dass sich Jugendliche, die kompliziert trauern, durch höhere Beeinträchtigungen und affektive Probleme von solchen ohne Verdachtsdiagnose unterscheiden. Dies spricht für eine spezielle Behandlungsindikation der Betroffenen und eine eigenständige Diagnose des Störungsbildes. Befunde wie diese tragen zur genaueren Einschätzung des Risikos bei, das durch bedeutsame Verluste verursacht wird, und ermöglichen eine Vorhersage von damit einhergehenden psychischen Problemen.

4.4.2.2 Validität des neu erstellten TFKJ

Aus den Ergebnissen der weiteren Validitätsprüfung ergaben sich signifikante Korrelationen des Summenscores des TFKJ mit der Schwere der Depression. Neben der Signifikanz befanden sich die Koeffizienten im hohen Bereich, so dass von einem

gesicherten, hohen Zusammenhang ausgegangen werden kann, welcher die Kriteriumsvalidität des Instruments untermauert. Diese Ergebnisse spiegeln die Tendenz bisheriger Forschung zu Komplizierter Trauer bei Kindern wider (Brown & Goodman, 2005; Brown et al., 2008; Jones & Kafetsios, 2005; Melhem et al., 2007). Weiterhin stellte ich einen durchgehend signifikanten und moderaten Zusammenhang zwischen der Schwere der Trauer und der damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigung fest. Probanden mit höheren Ausprägungen auf der Trauer waren weniger in der Lage, ihren täglichen Aufgaben nachzukommen (Elizur & Kaffman, 1983). Dies stärkt die Aussagekraft des TFKJ, da eine klinisch relevante Beeinträchtigung des täglichen Funktionsniveaus auch in den aktuellen Forschungsstudien zu Komplizierter Trauer vertreten wird (Prigerson et al., 1999, 2009; Shear et al., 2011; Silverman et al., 2000; Zisook, Simon, Reynolds, Pies, Lebowitz et al., 2010). Ob mit jemandem über die Problematik des Verlustes gesprochen wurde (Hilfesuchverhalten), stand in keinem Zusammenhang mit der Symptomschwere auf dem TFKJ.

Laut DSM-IV-TR ist aus differenzialdiagnostischen Gründen eine Diagnose der Depression bis zu acht Wochen nach dem Verlust nicht erlaubt (APA, 2003). Die Symptome von Trauer und Depression ähneln sich dann zu sehr. Nach wie vor herrscht ein Diskurs darüber, ob auch längere Zeit nach dem Tod einer nahestehenden Person – in unserem Falle 15 Jahre – das Erscheinungsbild der Trauer von dem einer affektiven Störung abzugrenzen ist (Boelen & Bout, 2005; Bonanno et al., 2007; Enright & Marwit, 2002; Prigerson et al., 1995). Die Überprüfung dieser Frage anhand von Partialkorrelationen – mit Stabilhaltung der Depression – konnte dies stützen: Der Zusammenhang zwischen Trauer und Beeinträchtigung war auch dann signifikant, wenn auch klein. Die Suizidgedanken erfüllten diesen Anspruch nicht. Zwar konnten Bonanno et al. (2007) sowie Latham und Prigerson (2004) die Distinktheit der KT von Depression belegen, dennoch ist dies kein Beleg für eine Unabhängigkeit der beiden Konstrukte. Dillen et al. (2010) weisen zudem darauf hin, dass durchaus hohe Korrelationen zwischen den Variablen möglich sind, auch wenn sie distinkt voneinander sein sollten. Nachforschungen der Gruppe um Sidney Zisook (Zisook & Kendler, 2007; Zisook, Reynolds, Pies, Simon, Lebowitz et al., 2010; Zisook Shear & Kendler, 2007) zweifeln die Richtigkeit des Ausschlusskriteriums nach DSM-IV-TR an und fordern eine Abschaffung oder Anpassung des Ausschlusses infolge aller belastenden Ereignisse, nicht nur Todesfälle. Der Zusammenhang von Trauer und Suizidgedanken konnte bei den Jugendlichen nicht mehr nachgewiesen werden, so-

bald die Depression konstant gehalten wurde. Mithilfe weiterer Variablen bliebe zu untersuchen, inwieweit Trauersymptome unabhängig von Depression erhoben werden können.

Zu beachten ist, dass, – speziell für eine Stichprobe in einem Entwicklungsland wie Ruanda – elterlicher Verlust mit zahlreichen Risiken bezogen auf Sicherheit, Ernährung, Beschulung und Zukunftsperspektiven einhergeht (Ardington & Leibbrandt, 2009; Case et al., 2004; Rivers et al., 2008; UNICEF, 2003). So wurden in Untersuchungen mit afrikanischen Waisenkindern Faktoren ausfindig gemacht, die das Risiko einer Depression erhöhen und in ihrem Waisenstatus begründet sind: Gesellschaftliche Isolation, psychosozialer Stress, Anpassungsprobleme, Ausgrenzung, Diskriminierung und geringer Selbstwert (Boris et al., 2008; Cluver & Gardner, 2007; Musisi et al., 2007; Nyamukapa et al., 2008; Thurman et al., 2008; UNICEF, 2003). Trauer und Depression scheinen vor diesem Hintergrund nur schwer unabhängig voneinander, jedoch möglicherweise als stichprobenspezifisch zu betrachten.

4.4.3 Prädiktoren Komplizierter Trauer

Abschließend sollten im Rahmen dieses ersten Teils der Untersuchung Zusammenhänge zwischen KTK und weiteren Variablen untersucht werden. Dies geschah mithilfe der Ausprägung der Trauer, nicht durch die Unterscheidung Diagnose KTK versus keine Diagnose. Im einfachen Mittelwertsvergleich waren mehrere Prädiktoren anhand signifikanter *t*-Tests ausfindig zu machen: Neben einem gewaltsamen Verlust konnte die Anzahl der Verluste, weibliches Geschlecht, höheres Jugendalter sowie das Vorliegen von Depression und Suizidgedanken eine stärkere Symptomatik der Trauer vorhersagen. Weiterhin diente die Zustimmung auf der Funktionseinschränkung sowie das Aufwachsen bei Verwandten – verglichen mit einem Waisendorf – als Prädiktor für KTK. Ein unerwarteter Tod stellt in vielen Forschungsergebnissen eine zentrale Rolle dar (Cohen & Mannarino, 2011b; Fujisawa, Miyashita, Nakajima, Ito, Kato et al., 2010; Holland & Neimeyer, 2011), konnte aber im parametrischen Test nicht zur Vorhersage von KT bei ruandischen Waisen bestätigt werden; übereinstimmend mit McClatchy et al. (2009). Die weiter unten diskutierte MLR lieferte konträre Resultate.

Schon in der frühen Forschung zu Trauer bei Kindern und Jugendlichen wurde die Bedeutung eines *gewaltsamen Todes* betont (Eth & Pynoos, 1994; Nader, 1997).

Ruandische Jugendliche, die ihre Eltern aufgrund von Mord verloren haben, unterscheiden sich signifikant mit höheren Symptomscores von Jugendlichen ohne gewaltsamen Verlust. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Studien der letzten Jahre überein (Cohen et al., 2011a; Currier et al., 2006; Gupta, 2008; Shaw, 2003). Obwohl andere es als Beweis für die Distinktheit von PTBS ansehen, wenn sich dieser Prädiktor nicht bestätigt (Bachar et al., 1997; Melhem et al., 2007), muss ein Tod unter traumatischen Umständen nach den Ergebnissen dieser Studie durchaus als ein Risikofaktor angesehen werden. Die Annahme, dass *mehrere Verluste* eher mit einer KTK einhergehen, gründet sich auf Studien, die diesen Zusammenhang bestätigen konnten (Mercer & Evans, 2005; Winkler, 2006) und auf dem von Mollica und Kollegen belegten „dose effect“ (Mollica et al., 1998a, 1998b). Dieser besagt, dass bei mehreren traumatischen Ereignissen das Risiko für schwere und stabile Symptome ansteigt; diese Theorie konnte von der Forschergruppe sowohl bezüglich PTBS als auch Depression bewiesen werden. Wir übertrugen den Ansatz zusätzlich auf das Trauerkonstrukt (auch Jacob, 2009). Jugendliche in Ruanda, die Vollwaisen sind, zeigten eine signifikant höhere Symptombelastung als Halbwaisen. In dieser bestätigten Hypothese werden zwei Faktoren miteinbezogen: Zunächst die Anzahl der signifikanten Verluste und weiterhin die Beziehung zur verstorbenen Person, den Eltern. Letzteres nimmt zusätzlich Einfluss auf die erschwerte Verarbeitung der Trauer (Holland & Neimeyer, 2011; Morgos et al., 2007; Rubin et al., 2008). Untersuchungen, die nur der Anzahl des Todesfälle nachgehen, ohne die Beziehung zu betrachten, stellten keinen Zusammenhang mit der Schwere der Trauer fest (Morina et al., 2010; Schaal et al., 2010).

Dem Prädiktor *weibliches Geschlecht* wird eine zentrale Rolle in der KT-Forschung zugeschrieben, sowohl in Erwachsenen- als auch in Kinderstudien (Christensen et al., 2010; Goenjian et al., 2009; Morina et al., 2010; Prigerson, Ahmed, Silverman, Saxena, Maciejewski et al., 2002). Dieses Ergebnis kann die Untersuchung ruandischer Jugendlicher nur unterstreichen. Entsprechend der Tendenz bei internalisierenden Störungen allgemein, welche im Jugend- und Erwachsenenalter meist im Verhältnis 2:1 zu finden sind (Döpfner, 2008), fanden sich signifikant höhere Symptomausprägungen bei weiblichen als bei männlichen Waisen. Gleiches gilt für ältere Jugendliche zwischen 17 und 18 Jahren verglichen mit 14- bis 16-jährigen. Dies ist stimmig mit den Ergebnissen von Morgos et al. (2007), die in Darfur ebenso eine stärkere psychische Beeinträchtigung im *höheren Jugendalter* fanden. Allgemein

stellt das Alter aber einen ungenauen Prädiktor dar, da viele Studien – je nach Stichprobe und Altersrange – auf unterschiedliche Art und Weise niedriges und hohes Alter bestimmen. Weiterhin finden sich bisher widersprüchlich Befunde bezogen auf Alterseffekte (McClatchy et al., 2009; Morina et al., 2010; Prigerson et al., 2009; Schaal et al., 2010). Die psychische Gesundheit von Waisen und ihre schulische und ökonomische Perspektive zeigt sich eingeschränkt, wenn die Kinder bei Verwandten außerhalb der Kernfamilie oder Nicht-Verwandten leben (Ahmad & Mohamad, 1996; Case et al., 2004; Wolf & Fesseha, 2005). In unserer Stichprobe konnte das Merkmal *bei Verwandten zu leben* (außerhalb der Internatszeiten) signifikant schwerere Trauersymptome vorhersagen, verglichen mit dem Merkmal im Waisendorf aufzuwachsen. Während Waisen in außerfamiliären Haushalten oftmals schlecht behandelt werden und höheren emotionalen Stress zeigen (Wolff & Fesseha, 2005), kommen im hier befragten Waisenhaus folgende mögliche Schutzfaktoren zum Zuge, welche eine bessere Anpassung und niedrigere klinische Symptome vorhersagen: Ertragreicher und autoritativer Erziehungsstil, Mitbestimmung in Entscheidungsprozessen, organisierte Aktivitäten zur Integration der Waisen und Weitergabe prosozialer Werte (Levy, 1996; Wolff & Fesseha, 2005). Diese Faktoren üben möglicherweise protektiven Einfluss auf die Entwicklung und Bewältigung der Trauer der befragten Jugendlichen aus dem Waisendorf aus. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass ein solcher Umgang in Institutionen und die präventiven Folgen nicht die Regel und vermutlich eher die Ausnahme darstellen (Ahmad & Mohamad, 1996; Hasanovic et al., 2006; Wolf & Fesseha, 2005). Dieser Prädiktor muss bis auf weitere Überprüfung als stichprobenspezifisch angesehen werden. Des Weiteren konnte ich eine Beeinträchtigung des Funktionsniveaus als Prädiktor im non-parametrischen Test identifizieren. Dies rechtfertigt sich zum einen insofern, als dass eine klinisch signifikante Beeinträchtigung in den angesehenen Diagnosevorschlägen als Kriterium für KT genannt wird (Cohen et al., 2006; Prigerson, Horowitz et al., 2009; Shear et al., 2011). Zum anderen kann diese Variable bedeutsam dazu beitragen, eine normale Trauerreaktion von einer KT zu unterscheiden, denn schließlich handelt es sich um einen klinischen Konsens, der eine Behandlungsindikation – abgesehen von wenigen Ausnahmefällen – erst bei vorliegender Beeinträchtigung der betroffenen Person vorsieht.

Ich habe im Rahmen der Validitätsprüfung auf den starken Zusammenhang der Schwere der Trauer mit Depressionssymptomen hingewiesen und diesen auch belegt.

Ihre Rolle als Prädiktor der KTK bei durch den Genozid verwaisten Jugendlichen wurde auf folgende Merkmale hin untersucht: Zunächst durch das *Vorliegen einer Depression*, das gleichzeitige Auftreten von Depression und der Verdachtsdiagnose KTK (*Komorbidität*) sowie die Selbstauskunft über *Suizidgedanken*. Bei 42% der Jugendlichen konnte eine Depressionsdiagnose nach dem M.I.N.I. vergeben werden; dies entspricht 29 von 69 untersuchten Waisen. Die Zahlen übersteigen die bisherigen Angaben von depressiven Waisen, welche nicht gezielt auf KTK untersucht wurden und zwischen 22% und 34% lagen (Hasanovic et al., 2006; Makaya et al., 2002; UNICEF, 2003). Die World Vision Untersuchung in Ruanda hingegen berichtete ebenfalls von einer sehr hohen Prävalenz mit 55% depressiven Waisen unter allen untersuchten (Boris et al., 2008). Die Auftretenshäufigkeit in internationalen Vergleichsstudien beträgt im Kindesalter zwischen 0.4% und 2.5% (Ihle & Esser, 2002) und im Jugendalter 8% bis 10% (Kessler, Gonagle, Swartz, Blazer & Nelson, 1993; Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rohde, 1990), also deutlich unter den ruandischen Ergebnissen. Zunächst nahmen wir an, dass sich die Symptomschwere der KTK in den Jugendlichen mit und ohne Diagnose nach dem M.I.N.I. signifikant unterscheidet. Das Zutreffen dieser Hypothese bescheinigt der hochsignifikante Gruppenvergleich. Zusätzlich untersuchte ich, ob ein solcher Unterschied auch zwischen Probanden mit komorbidem Auftreten von KTK und Depression ($N = 27$) und Personen ohne Komorbidität zutrifft, da bei mehreren vollständigen Krankheitsbildern nebeneinander von einer höheren Beeinträchtigung ausgegangen werden kann (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Wie vermutet zeigte die Komorbiditätsgruppe hier signifikant höhere Summenscores auf dem TFKJ verglichen mit den Teilnehmern ohne beide Störungsbilder (Goenjian et al., 2009; Melhem et al., 2004; Weller et al., 1991). Ebenso kann die Präsenz von Suizidgedanken bei ruandischen Waisen tendenziell eine höhere Symptomschwere von KTK vorhersagen. Hinzuweisen ist hier erneut auf die Problematik, dass dieses Thema im M.I.N.I. kid A mit nur einem Item abgefragt wird. Die Aussagekraft bleibt daher fraglich. Auch Prigerson et al. (1999) entdeckten vermehrt Suizidgedanken bei kompliziert trauernden Jugendlichen und weisen darauf hin, dass dieses Beschäftigen mit dem eigenen Tod als ein Hauptprädiktor für einen späteren tatsächlichen Suizid gilt (Shaffler, Garland, Gould, Fisher & Trautman, 1988) – also ein ernstzunehmendes Risiko darstellt. Die möglichen Folgen des elterlichen Verlusts durch den Völkermord 1994 lassen sich nicht nur auf psychische Syndrome und Belastungen eingrenzen; 19 Waisen gaben an, kürzlich

über den eigenen Tod nachgedacht oder sich so schlecht gefühlt zu haben, dass sie sich wünschten zu sterben. Die tatsächliche Gefährdung, der Kinder und Jugendliche in einem Nachkriegsland wie Ruanda ausgesetzt sind, erreicht hier ihren Höhepunkt und verdeutlicht, – Klassifikation und Diagnosekriterien hin oder her – dass ein Verleugnen ihrer Beeinträchtigungen und der Behandlungsindikation verheerende Folgen nach sich ziehen kann.

Diese Vielzahl an identifizierten Prädiktoren darf so jedoch nicht uneingeschränkt interpretiert werden. Durch die Berechnung einzelner t -Tests ergibt sich die Schwierigkeit von möglichen Abhängigkeiten der Prädiktoren untereinander (Bühner & Ziegler, 2009). Als statistische Lösung bietet sich eine multiple lineare Regression an. Für diese Berechnung konnten zunächst keine Kollinearitäten der Variablen festgestellt werden, ebenso wenig wie weitere mögliche Ausschlusskriterien einer MLR, so dass ich die Analyse problemlos durchführen konnte. Da die unabhängigen Variablen bereits einzeln untersucht wurden, zog ich die „Enter“-Methode heran und integrierte alle neun vermuteten Prädiktoren in die MLR: Todesursache, Erwartung des Verlustes, Anzahl der Verluste, Geschlecht, Wohnsituation, Alter, Diagnose Depression und Funktionsbeeinträchtigung. Das hochsignifikante, korrigierte R^2 wies darauf hin, dass die erklärte Gesamtvarianz der Prädiktoren mit über 50% dazu beiträgt, die Unterschiede in der Symptomschwere der KTK vorherzusagen. Bestätigen ließen sich der Status *Vollwaise*, die *Wohnsituation bei Verwandten* und die *diagnostizierte Depression* als Risikofaktoren für die Entwicklung einer KTK. Das Aufwachsen im Waisendorf kann als ein Schutzfaktor angesehen werden, ebenso wie die Abwesenheit von Depression und das Überleben eines Elternteils. Keine weiteren signifikanten β -Gewichte konnten ausfindig gemacht werden. Obwohl der β -Koeffizient des Merkmals *unerwarteter Verlust* auch in einem angemessenen Bereich lag, konnte er lediglich annähernd abgesichert werden im Sinne einer marginalen Signifikanz. Somit ist es möglich, die Tendenz festzustellen, dass der Faktor Erwartung des Verlustes als Schutz vor der Ausbildung einer KTK dienen könnte. Überraschenderweise erwies sich die Variable unerwarteter Verlust im parametrischen Verfahren nicht als signifikant, wohingegen alle anderen in der MLR signifikanten Prädiktoren auch im t -Test unter der α -Fehlerwahrscheinlichkeit blieben. Auch Schaal et al. (2010) hatten Schwierigkeiten, aus ihrer Untersuchung bei ruandischen Waisen und Witwen Prädiktoren ausfindig zu machen; lediglich ein gewaltsamer Verlust, ein hoher PTBS-Schweregrad, nur kurze Zeit seit dem Verlust und der fehlende Glaube in Religion

oder Spiritualität konnten zur Vorhersage von KT in ihrer MLR beitragen. Es finden sich keine Übereinstimmungen in den festgestellten Prädiktoren zwischen der aktuell untersuchten und der eben erwähnten MLR (Schaal et al., 2010). Zusammenfassend entsprechen die Ergebnisse der Prädiktorenanalyse vergleichbaren Forschungen zu KT, welche auch inkonsistent und häufig populationsspezifisch sind. Dies zeigt, dass nach wie vor Forschungsbedarf besteht und das Konstrukt der KTK und seine Risiko- und Schutzfaktoren weiterhin gezielt untersucht werden müssen. Möglicherweise belegen die stark heterogenen Ergebnisse aber auch die Spezifität der KT – schließlich wird Trauer als ein sehr individuelles Phänomen beschrieben (Rosner, 2003; Znoj, 2004), welches je nach Person, Art des Verlustes und Beziehung zum Verstorbenen unterschiedlich ausgeprägt ist.

4.4.4 Zusammenfassung und methodische Einschränkungen der Untersuchung

Betrachtet man die beschriebene Studie, so stellt sich die Frage, inwieweit die externe Validität der Ergebnisse gegeben ist. Bereits in der Faktorenanalyse wurde ersichtlich, dass die Stichprobengröße für eine testtheoretisch gesicherte Auswertung einen zu geringen Umfang aufweist. Ich liefere hier also einen ersten Ansatz in der Evaluation des TFKJ, für eine fundierte Bestätigung der Güte des Fragebogens bedarf es aber noch weiteren Analysen mit einer Stichprobe von $N > 200$ (Bühner, 2011). In der Validitätsprüfung zeigte sich die Depression als ein spezifischer Risikofaktor, dem zahlreiche vulnerabilitätserhöhende Merkmale des Waisenstatus in Entwicklungsländern vorausgehen (z.B. Boris et al., 2008). Es kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die Depressionsprävalenz in anderen Stichproben – etwa ohne Waisen – vergleichbar hoch ist resp. einen vergleichbaren Einfluss auf die KTK nimmt. Auch die Auftretenshäufigkeiten von KTK dürfen nur auf Verdacht angenommen werden.

Eine weitere Einschränkung stellen die sehr hohen Standardabweichungen über alle Analysen hinweg dar. Wir können daher eine stark heterogene Stichprobe annehmen, was die Ausprägungen auf dem TFKJ betrifft (Bühner, 2011). Beim Prädiktor der Wohnsituation bei Verwandten bzw. Schutzfaktor Waisendorf ist ebenso eine geringe Übertragbarkeit auf die Grundgesamtheit zu vermuten. Speziell in Ländern der dritten Welt verfügen Familien über zu wenige Ressourcen, um zusätzliche Kinder aufzunehmen. Häufig werden diese dann, wenn sie bei Verwandten oder befreundeten

ten Familien aufwachsen, als kostenlose Arbeitskräfte missbraucht und zahlreichen Perspektiven beraubt (Wolf & Fesseha, 2005). Das *Hameau des Jeunes Saint Kizito* in Musha ist ein Waisendorf, das den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen gerecht wird, was pädagogisches Einfühlungsvermögen, Freizeitgestaltung und die besondere Förderung Bedürftiger angeht. Somit werden speziell dort protektive Faktoren geboten, welche nicht unbedingt in anderen Institutionen für die Betreuung von Waisen anzutreffen sind.

Zuletzt muss noch auf die grundsätzliche Problematik der Probandenauswahl hingewiesen werden. Wir können unterstellen, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobenauswahl handelt, da nur Jugendliche aus den beiden Einrichtungen HJSK und ESKM rekrutiert wurden. Wir haben es mit einem tendenziell homogenen Sample zu tun. Ich schloss aber jeweils alle Waisen aus den Institutionen, die im Altersrahmen lagen, in die Untersuchung ein, was für eine repräsentative Auswahl innerhalb HJSK und ESKM spricht. Dennoch bleibt fraglich, inwiefern diese Stichprobe die Gesamtpopulation der Waisen vertritt, welche meist nicht in finanziell gesicherten Projekten mit ausgebildeten Pädagogen leben. Weiterhin stellt sich die Frage der Übertragbarkeit auf Kinder und ihre Trauer allgemein, da die Erfahrungen und Lebensumstände der ruandischen Jugendlichen kaum mit denen westlicher Länder vergleichbar sind.

Nichtsdestotrotz sind gewisse methodische Probleme in der Erhebung psychischer Syndrome in Nachkriegssettings unvermeidbar. Dennoch haben sich die Fragebögen auch in Ruandas Sprache Kinyarwanda bewährt und die gewonnenen Informationen liefern zahlreiche Hinweise und Ausgangspunkte für weitergehende Forschung. Zusammenfassend konnte die Beeinträchtigung der ruandischen Waisen durch die Komplizierte Trauer belegt und die Notwendigkeit einer psychologischen Unterstützung gerechtfertigt werden. Weiterhin tragen die Ergebnisse dazu bei, das Konstrukt der KTK abzusichern und dessen Eigenständigkeit zu unterstreichen.

5 ZUGÄNGE ZUR BEHANDLUNG KOMPLIZIERTER TRAUER

Während normale Trauer keine klinische Intervention benötigt, macht eine komplizierte Trauerreaktion mit den einhergehenden Stressoren und ihren Auswirkungen auf andere psychische Bereiche ein Eingreifen nötig (Nader, Pynoos, Fairbanks & Frederick, 1990; Pfefferbaum, Nixon, Tucker, Tivis, Moore et al., 1999; Shear et al., 2011). Die Symptome und Einschränkungen im Funktionsniveau können ähnlich wie bei anderen pathologischen Syndromen nicht selbstständig bewältigt werden. Neben grundsätzlichen Faktoren, die in der Therapie von Trauer zu beachten sind, soll hier zunächst der Fokus auf bewährte Behandlungsmethoden von KT an Kindern und Jugendlichen gelegt werden, was auch die Betrachtung der Wirksamkeit von Trauertherapien mit einschließt. Anschließend wird die im zweiten Teil der Arbeit untersuchte Kurzintervention nach Pennebakers Paradigma *Healing through Writing* (Pennebaker, 1997) vorgestellt. Zum Abschluss beschäftige ich mich mit den Besonderheiten und Fragestellungen zu Interventionen in Krisengebieten, begründet durch den Genozid in Ruanda.

5.1 ÜBERBLICK ÜBER BEHANDLUNGSVERFAHREN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Die Therapie von KTK steht, ähnlich wie die Forschung zu den Diagnosekriterien, in den Anfängen. Obwohl in den letzten Jahren viele Veröffentlichungen zu finden waren, zeigen sich Schwierigkeiten hinsichtlich der Kindspezifität, der Methoden oder der Evidenz der Studien. Bezogen auf Erwachsene beschreiben Rosner und Wagner (2009) das *Traumatic Grief Treatment* der Arbeitsgruppe um Katherine Shear als viel versprechend (Shear, Frank, Foa, Cherry, Reynolds et al., 2001). Diese nutzen Elemente aus der interpersonalen Depressionstherapie und der kognitiven Verhaltenstherapie von PTBS. Aufgrund der Merkmale unserer Stichprobe – Jugendliche bis 18 Jahren – soll auf ein Manual für Kinder genauer eingegangen werden. Die *kognitive Verhaltenstherapie für Komplizierte (original: traumatische) Trauer* (Traumatic Grief Cognitive Behavioral Therapy, TG-CBT) nach Cohen et al. (2006) stelle ich folglich als Behandlung für das Kindes- und Jugendalter vor. Anschließend wird anhand der Metaanalyse der Münchner Forscher um Rita Rosner (Rosner, Kruse & Hagl, 2010) die Wirksamkeit bisher untersuchter Interventionen im jüngeren Entwicklungsalter genauer betrachtet.

5.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie für Komplizierte Trauer

Die TG-CBT entstand in Anlehnung an die *traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie* (TF-CBT) für Kinder und Jugendliche, die an PTBS leiden (Cohen et al., 2006). Die Autoren bemühen sich neben der Interventionsforschung auch um die Implementierung von Diagnosekriterien für Kinder und Jugendliche (Brown et al., 2008; vgl. Abschnitt 3.2.2). Das Vorgehen im Manual knüpft an eine Aufarbeitung von traumatischen Stresssymptomen an und soll den Kindern so eine sichere Basis für die Trauerbearbeitung bieten. Die Elemente der Trauerarbeit können der Tabelle 5.1 entnommen und zusammengefasst werden als Psychoedukation, Betrauern des Verlustes und Lösen ambivalenter Gefühle über die verstorbene Person, Bewahren positiver Erinnerungen an den Verstorbenen, Neubestimmung der Beziehung zu dem Verstorbenen und die Bekenntnis zu aktuellen Beziehungen. Alle Punkte werden auch für die Eltern der jungen Patienten beschrieben, welche bei Durchlaufen der Therapie eine Erleichterung in PTBS- und Depressionssymptomen erfahren (Cohen, Mannarino & Knudsen, 2004). Die Methoden basieren auf eigener therapeutischer Erfahrung der Autoren und bezogen auf Trauerwissenschaftler des Kindesalters wie etwa Nader, Pynoos, Wolfelt oder Worden (Cohen et al., 2006).

Tabelle 5.1: Komponenten der TG-CBT nach Cohen et al. (2006).

Element	Inhalte
1	<p>Psychoedukation zur Trauer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bücher/ Spiele zum Thema; Frage was nach dem Tod passiert; Gefühle schreiben/ malen, die jemand nach Verlust einer geliebten Person hat
2	<p>Betrauern des Verlustes und Lösen ambivalenter Gefühle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verlust der Beziehung in der Gegenwart und zukünftiger Dinge - Dinge, die Kind vermissen und wie es damit umgehen wird <p>Lösen ambivalenter Gefühle</p> <ul style="list-style-type: none"> - ungelöste Konflikte, Vorwürfe, Todesumstände - Rollenspiel, Schreiben eines Briefes
3	<p>Bewahren guter Erinnerungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - positive Aspekte der Beziehung - Erinnerungsbox, -gedicht, Gottesdienst
4	<p>Neubestimmung der Beziehung zu dem Verstorbenen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz der Beziehung als eine in Erinnerungen <p>Bekenntnis zu gegenwärtigen Beziehungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copingstrategien, wichtige Personen auflisten - Auswählen anderer nahestehender Personen für Rollen, die Verstorbener übernommen hätte - Erkenntnis ausbilden, dass Schutz vor Schmerz und Verlust auch Freundschaft und Liebe abhält

Die empirische Bestätigung der TF-CBT, also der PTBS-Intervention, liegt mehrfach vor (z.B. Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004; Cohen & Mannarino, 1996a, b; Deblinger, Lippmann & Steer, 1996; Deblinger, Staufer & Steer, 2001), beachtet man die Symptomreduktion in PTBS, Depression und den Rückgang von emotionalem Stress und Depression bei den Erziehungsberechtigten. Auch blieben die positiven Effekte über die Zeit stabil (z.B. Cohen & Mannarino, 1997, 1998; Deblinger, Steer & Lippmann, 1999). Die Trauerbehandlung nach dieser Methode ist weniger häufig untersucht und daher auch nicht vergleichsweise beständig belegt (Mannarino & Cohen, 2011). In Studien ohne Kontrollgruppe konnten signifikante Symptomreduktionen in KTK und PTBS festgestellt werden (Cohen, Mannarino & Knudsen, 2004; Cohen, Mannarino & Staron, 2006). Eine randomisierte Untersuchung mit Kindern, deren Väter im Feuerwehreinsatz während 9/11 umkamen, ergab folgende Ergebnisse: Die TG-CBT verursachte signifikant größere Verbesserungen in PTBS- und Stresssymptomen der Mütter als das klientenzentrierte Verfahren; bei den Kindern fanden die Forscher keine signifikanten Gruppenunterschiede (Brown et al., 2004). In einem neueren Artikel verweisen die Forscher auf die besondere Eignung der Behandlung für hinterbliebene Kinder von Soldaten, jedoch bisher ohne repräsentative Studien (Cohen & Mannarino, 2011a).

5.1.2 Wirksamkeit von Trauerinterventionen für Kinder und Jugendliche

Um die Effektivität von Behandlungen zu untersuchen eignet sich die *Metaanalyse*. Dabei handelt es sich um die quantitative Zusammenfassung publizierter Daten, die durch statistische Analyse zusammengeführt werden (Bortz & Döring, 2002; Glass, 1976). Es reicht nicht aus, nur neue Therapien zu entwickeln, sie müssen auch positive Ergebnisse nach sich ziehen. Als statistisches Maß für die Therapieeffizienz dienen die *Effektstärken* (ES). Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie unabhängig von der Stichprobengröße sind und daher auch zum Vergleich verschiedener Studien herangezogen werden können, wie etwa bei Metaanalysen (Lind, 2010). Weiterhin sind sie zur Überprüfung der statistischen Bedeutsamkeit von Relevanz (Bühner & Ziegler, 2009). Der Parameter d oder δ (delta) für die ES wird häufig nach seinem Begründer als *Cohens d* bezeichnet (Cohen, 1988) und ergibt sich aus folgender Formel:

$$\text{mel: } \delta = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

Dabei ist μ der Mittelwert der Grundgesamtheit und σ die Standardabweichung, wobei σ_1 und σ_2 gleich sind. Zur Schätzung von Effektstärken für die Gesamtpopulation eignet sich *Hedges g*, berechnet anhand dieser Formel mit x für die jeweiligen Mittelwerte der Stichprobe und σ für die geschätzte Standardabweichung:

$$g = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\hat{\sigma}}$$

Zur Beurteilung der Effektstärken ergibt sich nach den Richtwerten von Cohen (1988) ein starker Effekt bei $d = 0.80$ ($r = 0.50$), ein moderater bei $d = 0.50$ ($r = 0.30$) und ein kleiner Effekt bei $d = 0.20$ ($r = 0.10$). Eine Variable, welche die ES in besonderem Maße beeinflusst, ist die Standardabweichung. In dem Fall, dass diese sehr groß ist, führt dies zu geringeren ES (Lind, 2010). Dieses Wissen bildet die Grundlage, um die Wirksamkeit von Behandlungen festzustellen und interpretieren zu können. Dass der resultierende Erfolg von Untersuchungen nicht immer die Regel ist, stellten Currier, Holland und Neimeyer (2007) in ihrer metaanalytischen Übersichtsarbeit fest: 13 kontrollierte Studien zeigten auf, dass Trauerinterventionen bei Kindern in ihrer Wirksamkeit hinter anderen psychotherapeutischen Interventionen zurück blieben. Es ergab sich eine mittlere gewichtete Effektstärke von $d = 0.14$ ($p = 0.08$), die statistisch keinen Effekt größer null erzielen konnte. Die eingeschlossenen Untersuchungen waren alle Gruppeninterventionen oder -beratungen, so dass nie ein direkter Bezug zwischen Therapeut und individuellem Patienten hergestellt werden konnte. Weiterhin gestaltet es der Mangel an Diagnoseinstrumenten (vgl. 3.3.1) schwierig, das Ausmaß von KTK vor und nach einer Behandlung zu erheben. Dies sind nur wenige Punkte, um mögliche Gründe für die sehr kleinen Effektstärken zu nennen.

Wie bereits erwähnt, haben auch Rosner und Kollegen (2010) eine Metaanalyse zu Interventionen mit von Verlust betroffenen Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Diese zeigt sich umfassender bezüglich der Untersuchung von Moderatoren, Bereichen der Wirksamkeit und unterscheidet sich auch in den integrierten Studien ($N = 1073$; $k = 13$ kontrolliert, $k = 12$ unkontrolliert) von der oben angeschnittenen Analyse von Currier et al. (2007). Bevor ich auf die Überprüfung der Wirksamkeit allgemein eingehe, sollen die Interventionsmethoden der erfolgreichsten Studien, die von den Autoren in kontrollierte und unkontrollierte unterteilt wurden, betrachtet werden. Zunächst seien die Studien mit Kontrollgruppe dargestellt: Ein Pilotprojekt, in dem

Jugendliche im Rahmen einer *Musiktherapie* selbst Songtexte verfassten (Dalton & Krout, 2005), erwies sich als sehr effektiv zur Trauerverarbeitung. Das Vorgehen im Gruppensetting erreichte eine ES von $g = 1.63$ (Rosner et al., 2010). Auch ein weiterer Musiktherapieansatz brachte ein hohes Gesamtergebnis hervor ($g = 0.99$) und zeichnete sich ebenfalls durch hohe ES im Trauerbereich aus ($g = 1.12$) (Rosner et al., 2010). Dabei wurde in acht Sitzungen mit betroffenen Schulkindern als Gruppe gearbeitet, mit dem Ziel Verständnis und Copingstrategien für den eigenen Verlust aufzubauen (Hilliard, 2001). Eine ältere Studie konnte mit einer Kurzzeitintervention von sechs Sitzungen *Familientherapie* (Black & Urabanowicz, 1987) zufriedenstellende Effektstärken bei Trauer ($g = 0.78$) in der Metaanalyse (Rosner et al., 2010) liefern. In der unkontrollierten Gruppe überzeugte die Pilotstudie zur oben beschriebenen *kognitiven Verhaltenstherapie für Komplizierte Trauer* (Cohen et al., 2004). Mit einem Gesamteffekt von $g = 1.08$ und $g = 0.98$ in der Trauer führte diese Intervention die größte Wirksamkeit auf (Rosner et al., 2010), gefolgt von der *trauma-/trauerfokussierten schulbasierten Kurzpsychotherapie* von Layne und Kollegen (Layne, Pynoos, Saltzman, Arslanagic, Black et al., 2001), die in Bosnien untersucht wurde ($g = 0.95$). Der Schwerpunkt dieser Gruppenintervention lag auf der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen und der Verknüpfung mit der Trauer, wie etwa der Umgang mit Verlust- und Traumaerinnerungen oder Exposition und kognitive Umstrukturierung. Die Effektstärken der Gesamtintervention und speziell auf Trauer bezogen zeigten identische Werte. Auffallend ist hier, dass vier Studien, welche diesen Behandlungsansatz wählten, in die Sekundäranalyse aufgenommen wurden (Goenjian, Karayan, Pynoos, Minassian, Najarian et al., 1997; Layne, Pynoos et al., 2001; Möhlen, 2005; Saltzman, Pynoos, Layne, Steinberg & Eisenberg, 2001) und gemeinsam eine signifikant höhere Wirksamkeit im Vergleich zu den restlichen unkontrollierten Studien aufwiesen ($Q(1, 11) = 3.76, p = 0.05, \nu = 0.07$) (Rosner et al., 2010). Zusammenfassend können besonders Verfahren der Musiktherapie sowie trauer- und traumaverknüpfende Ansätze als vielversprechend angesehen werden. Rosner und Kollegen (2010) begründen dies für den musikalischen Ansatz unter anderem mit der großen Bedeutung, die der Musik im Leben Jugendlicher beigemessen wird; für letztere Therapie wird das theoretisch fundierte und gut ausgearbeitete Konzept, das anderen Entwürfen häufig fehlt, als Wirkfaktor vermutet.

Aus Tabelle 5.2 ist zu entnehmen, dass über alle kontrollierten Designs hinweg ein moderater Vorher-Nachher-Effekt im Bereich der Trauer aufgetreten ist ($g = 0.59$),

die Gesamtstärke lag mit $g = 0.35$ darunter. Insgesamt konnte eine mittlere Effektstärke unkontrollierter Studien von $g = 0.49$ berechnet werden. Ein starker Effekt ergab sich aus dem Bereich der Trauer ($g = 0.89$). Diese Zahlen lassen vermuten, dass die Behandlung trauernder Kinder nicht ohne Wirkung bleibt. Auch konnte gezeigt werden, dass die Effekte über längere Zeit hinweg erhalten bleiben. Die Forscher versuchten weiterhin, Moderatoren des Therapieerfolges über die Studien hinweg zu identifizieren: Alter, Geschlecht, Symptomschwere, Therapiedauer, Zeit seit dem Verlust, Konfrontation in der Therapie und Veröffentlichung der Studie wurden auf theoretischer Basis vor der Metaanalyse festgelegt. Kein potenzieller Moderator konnte in den kontrollierten Studien ausfindig gemacht werden. In den Arbeiten ohne Kontrollgruppe zeigte sich die Symptomschwere mit signifikant besseren Ergebnissen, ebenso die Langzeitbehandlung, eine größere Zeitspanne seit dem Verlust, Veröffentlichung und Konfrontation in der Therapie. Hinzuzufügen ist, dass die Trends in beiden Designs in die gleiche Richtung gingen (Rosner et al., 2010).

Table 5.2: Effektstärken (g) von Trauerinterventionen bei Kindern und Jugendlichen nach Studien-design, Anzahl der Studien nach Rosner et al. (2010).

Art der Studien	k	Gesamteffekt	Trauerereffekt
kontrolliert	13	.35	.59
unkontrolliert	12	.49	.89

Trauerinterventionen bei Kindern und Jugendlichen sind auf dem richtigen Weg, benötigen jedoch weiterhin viel evidenzbasierte Arbeit, um sich der empirisch belegten, guten Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren (Currier et al., 2007) anschließen zu können. Die im ersten Theorieteil (Abschnitt 3) erläuterten Probleme der KTK münden auch in ihrer Behandlung – fehlende Diagnosekriterien, unausgearbeitete Testinstrumente (Rosner & Wagner, 2009) und wenige Publikationen machen es schwer, die Störung zu identifizieren, angemessen zu intervenieren sowie zu evaluieren. Diesen Schwierigkeiten kann nur mit zunehmender Forschung und fachlichem Austausch begegnet werden, was für die Zukunft dringend anzuraten ist. Für ruandische Waisen, die unter den Folgen des elterlichen Verlustes auf klinisch signifikante Weise leiden, liefern die positiven Tendenzen Hoffnung auf eine effektive Behandlung ihrer Symptome der KTK.

5.2 SCHREIBTHERAPIE NACH PENNEBAKER

Schreiben ist eine Kulturtechnik, dessen Beherrschung bereits das Ziel eines jeden Schulkindes darstellt. Außerdem dient Schreiben der Kommunikation sowohl im täglichen Sinne wie auch in der Überlieferung historischer Daten. Und Schreiben kann auch heilen: Wie bereits in der Metaanalyse von Rosner und Kollegen (2010) ersichtlich wurde, sind es besonders die kreativen Ansätze, die sich in der Trauerarbeit mit Kindern und Jugendlichen bewährt haben. Künstlerisches Schaffen – worunter neben der Musik auch das Schreiben einzuordnen ist – ermöglicht eine Art der Trauerverarbeitung, die relativ selbstständig durchzuführen und eine Entlastung für die trauernde Person ist (Wolton, Al Sanousi, Kuebelbeck, Clinton & Hamberger, 2008). Trauernde berichten von eigenständigen Schreibübungen, in Form von Gedichten, Geschichten oder Tagebüchern. Diese Art der Öffnung hilft Betroffenen, mit dem Verlust und ihrem Schmerz umzugehen. Nachfolgend wird zunächst das Schreibparadigma Pennebakers (1997) erklärt, welches das „Schreiben über emotionale Erfahrungen als therapeutischen Prozess“ (Pennebaker, 1997, S. 162) versteht. Auch Mechanismen, von denen man vermutet, dass eben sie das Schreiben heilsam machen, werden näher erläutert. Als Abschluss gehe ich auf die Wirksamkeit der Schreibtherapie ein, mit Fokus auf die Trauerverarbeitung.

5.2.1 Theorie und Wirkmechanismen des Schreibparadigmas

Die meisten psychologischen Therapieansätze folgen einem ähnlichen Ablauf: Beginnend mit der Problembenennung, folgt anschließend die Diskussion der Gründe und Konsequenzen dafür. Eine besonders zentrale Rolle in der Behandlung der Schwierigkeiten nimmt die Aufdeckung und Offenlegung des Problems ein (Pennebaker, 1997). Der Schreibansatz, wie erstmals von Pennebaker untersucht (Pennebaker & Beall, 1986) und seitdem meist mit seinem Namen in Verbindung gebracht (z.B. Brown & Heimberg, 2001), fokussiert besonders auf diesen Punkt. Er findet seine Ursprünge nicht nur in der psychischen, sondern auch vertieft in der physischen Gesundheit (Pennebaker, 1982). Der Wissenschaftler beschäftigte sich mit der psychologischen Komponente von körperlichen Symptomen sowie deren Wahrnehmung und Folgen für den Patienten. Auch Übergänge im Lebensablauf, wie etwa der Beginn der universitären Zeit, waren Ziel seiner Untersuchungen. Häufig finden sich Studien zur Verbesserung der Gesundheit nach dem Schreiben über aktuell belasten-

de Situationen (Pennebaker, Colder & Sharp, 1990; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1998).

Die grundlegenden Abläufe des Schreibparadigmas sind zunächst folgende: Die teilnehmenden Personen werden in mindestens zwei Gruppen aufgeteilt. Dabei schreibt eine Gruppe über ein bestimmtes, ihr zugewiesenes Thema, das verarbeitet werden soll. Die zweite Gruppe bearbeitet einen eher oberflächlichen Schreibauftrag, wie etwa Hobbys oder die Tagesgestaltung. Die Anweisung in der Untersuchungsgruppe lautet meist – variierend nach dem genauen Schwerpunkt – wie in folgender Abbildung 5.1.

Schreibauftrag

Ich möchte, dass du die nächsten drei Tage über deine tiefsten Gedanken und Gefühle zu einem äußerst wichtigen emotionalen Problem schreibst, das dich und dein Leben belastet. Du sollst dich richtig auf deinen Text einlassen und deine tiefsten Gefühle und Gedanken erkennen. Vielleicht möchtest du dein Thema auf deine Beziehungen zu anderen – wie Eltern, geliebte Personen, Freunde oder Verwandte – beziehen; auf deine Vergangenheit, deine Gegenwart oder deine Zukunft; auf das, was du bist oder das, wer du sein möchtest. Du kannst jeden Tag über die gleichen Probleme oder Erfahrungen schreiben oder über täglich unterschiedliche Inhalte. Alles, was du schreibst, wird absolut vertraulich behandelt. Mach dir keine Gedanken über Rechtschreibung, Satzbau oder Grammatik. Die einzige Regel ist, dass du durchgehend schreibst, wenn du einmal damit begonnen hast; so lange, bis die Zeit um ist.

Abbildung 5.1: Schreibauftrag der Untersuchungsgruppe nach Pennebaker (1997).

Pennebaker (1997) gibt weiterhin Informationen über den Zeitraum der Schreibtherapie – drei bis fünf Tage am Stück – sowie über die tägliche Dauer, welche 15 bis 30 Minuten beträgt. Die Sitzungen finden üblicherweise in einem Untersuchungsraum oder Versuchslabor statt. Nach Vollendung des Schreibauftrages wird keine Rückmeldung über Inhalte gegeben, vielmehr sollen die Texte ohne Namen in eine Box gegeben werden, welche verschlossen ist. Anonymität und Vertraulichkeit werden dadurch gesteigert. Der Wissenschaftler weist auf die Möglichkeit hin, dass Menschen während des Schreibvorganges zu weinen beginnen oder sich während resp. nach der Sitzung niedergeschlagen fühlen. Eine Aufklärung der Probanden, dass diese Reaktionen durchaus normal und häufig sind, kann die Teilnehmer unterstützen, den Versuch über alle Termine hinweg durchzuführen (Pennebaker, 1994).

Die Mechanismen, die Schreiben so bedeutsam und – wie unter Punkt 5.2.2 diskutiert wird – heilsam machen, sind *Inhibition und Öffnung*. Die dahinter liegende

Theorie besagt, dass das Behalten von belastenden Erfahrungen, also die Inhibition, zu psychosomatischen Symptomen oder dauerhaftem Stress führt. Der Grund dafür sind physiologische Prozesse im zentralen Nervensystem, welche aktiviert werden, um die Inhibition aufrecht zu erhalten. Dem gegenüber steht die Offenlegung von Problemen, die durch Gespräche über die Erfahrungen oder Loslassen dieser zur Stressreduktion führt (Pennebaker, 1989; Pennebaker, Hughes & O’Heeron, 1987). Letzteres wird auch als *Emotional Disclosure Paradigm* (EDP) bezeichnet (Ellis & Cromby, 2011) und ist zuletzt mehrfach in Übersichtsarbeiten untersucht worden (Frattaroli, 2006; Frisina, Borod & Lepore, 2004; Smyth, 1998). Dieser Begriff resp. seine Abkürzung soll fortan synonym mit Schreibintervention genutzt werden. Es handelt sich bei dieser Offenlegung um eine Art freiwillige Exposition oder Selbstkonfrontation (Pennebaker, 1997), da der Schreibende sich der Belastung aussetzt, über sie nachdenken und sie strukturieren muss. Es ist davon auszugehen, dass auch dieser Faktor zur Wirksamkeit von Schreibtherapien beiträgt – selbst wenn er nur einen kleinen Teil der bewährten Expositionstherapien darstellt. So findet sich etwa in der TF-CBT (Cohen et al., 2006) als zentraler Bestandteil das Verfassen eines Traumanarrativs, welches als Basis für weitere Expositionsübungen dient.

Ein anderer Ansatz, der den Nutzen des Schreibens zu erklären versucht, bezieht sich auf *kognitive Veränderungen* (Pennebaker, 1997). Dabei konnte herausgefunden werden, dass es nicht nur um das Ausdrücken des Traumas geht – wie es etwa auch durch Tanzen oder Bewegung möglich wäre (Krantz & Pennebaker, 2007) – sondern dass besonders die Niederschrift von Problemen zu signifikanten Verbesserungen führt. Um herauszufinden, welche Faktoren hier besonders bedeutend sind, haben Francis und Pennebaker (1993) das *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC) entwickelt. Das Programm untersucht Texte von Probanden auf vorher codierte Wörter nach positiver und negativer Emotion, Kausalität, Selbstreflexion, Tod oder Vergangenheitsform. Das LIWC greift dabei auf einen über 2000 Wörter umfassenden Wortschatz zurück und berechnet für jede oben genannte Skala einen Prozentwert. Zusammenfassend stellten die Wissenschaftler fest, dass sich die Gesundheit nach dem Schreiben umso mehr verbesserte, je mehr positive Wörter genutzt wurden, ebenso wie eine mittlere Anzahl negativer Wörter Gesundheit vorhersagen konnte. Sehr viele oder sehr wenige negative Wörter aber ließen eher auf einen schlechten nachfolgenden Gesundheitszustand schließen. Weiterhin zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Nutzung kausaler und Einsicht gewährender Wörter und einem

verbesserten Wohlbefinden (Pennebaker, Mayne & Francis, 1997). Auf die Frage, welche Mechanismen sie hinter der positiven Wirkung des Schreibens vermuteten, antworteten die meisten Probanden, dass die Einsicht in das, was in ihnen vorgeht, der Grund sei (Pennebaker et al., 1990). In der gleichen Studie von 1997 mit Trauernden konnten die über das LIWC berichteten Resultate nicht konsistent belegt werden. Neben den oben genannten Erkenntnissen, die sich bezüglich des Grübelns über den Tod bestätigen ließen, fanden sich negative Zusammenhänge zwischen den Variablen kognitiver Veränderung und dem Stresslevel – genauer der positiven Gemütsverfassung – nach einem Jahr. Je mehr kognitive Wörter also verwendet wurden, desto negativer war der Seelenzustand zwölf Monate später (Pennebaker et al., 1997).

In ihrer Sekundäranalyse zur Effektivität des Schreibparadigmas stieß Frattaroli (2006) auf einen weiteren Erklärungsansatz: Die *Theorie der Selbstregulation*. In mehreren neueren Studien wurden die Probanden aufgefordert, über rein positive Dinge zu schreiben – die auch fiktiv sein konnten, gute Seiten eines Traumas beschrieben oder Lösungen für eigene Probleme enthielten – und dennoch verbesserte sich ihr Wohlbefinden (Cameron & Nicholls, 1998; King, 2001, 2002; King & Miner, 2000; Lichtenthal & Cruess, 2010). Zurückzuführen ist dies darauf, dass das offenlegende Schreiben für den Verfasser ein Erlebnis auf einer Metaebene ist; er kann sich selbst beobachten, ausdrücken und seine Emotionen kontrollieren. Dies führt sodann zu erhöhter Selbstwirksamkeit und besserer Emotionsregulation sowie zu weiteren möglichen positiven Folgen (Lepore, Greenberg, Bruno & Smyth, 2002).

5.2.2 Wirksamkeit des Schreibparadigmas in der Trauerarbeit

Der Schreibansatz wurde bis zur Verfassung dieser Arbeit vielseitig eingesetzt, wie auch in Frattarolis (2006) Sekundäranalyse beschrieben: Beginnend bei Experimenten mit Collegestudenten, deren Immunsystem (Pennebaker et al., 1988), Anzahl der Arztbesuche (Pennebaker et al., 1990) oder Notendurchschnitt (Pennebaker & Francis, 1996) sich verbesserte, bis hin zu Schreibtrainings mit Arbeitslosen (Spera, Buhrfeind & Pennebaker, 1994), die schneller wieder in das Berufsleben zurückkehren konnten. Bevor man sich auf die Therapie psychischer Beschwerden oder Störungsbilder einließ, wurde das Schreibparadigma in zahlreichen medizinischen Inanspruchnahmepopulationen weitgehend erfolgreich untersucht, wie etwa bei Rheuma- (Kelley, Lumley & Leisen, 1997), Asthma- (Smyth, Stine, Hurewitz & Kaell, 1999)

oder Migränepatienten (McKenna, 1997). Drei Metaanalysen (Frattaroli, 2006; Frisina et al., 2004; Smyth, 1998) untersuchten die Effektivität des EDP, jedoch zeigten sich dabei die untersuchten Probanden und deren Schreibthemen stark heterogen. Die Ergebnisse zur Effektivität finden sich in Tabelle 5.3. In den Untersuchungen von Frisina et al. (2004) und Smyth (1998) gab es keine Überschneidungen in den Studien und keine Gruppe bearbeitete Trauer. Die Gesamteffektstärke der älteren Publikation beträgt $d = 0.472$ ($p < 0.0001$), der Effekt auf das psychische Wohlbefinden zeigt sich etwas höher ($d = 0.661$; $p < 0.0001$) – insgesamt also moderate Ergebnisse (Smyth, 1998). Frisina und Kollegen (2004) berichten von sehr kleinen ES mit einem Gesamtwert von $d = 0.191$ ($p = 0.0383$) sowie einer gewichteten, nicht signifikanten Null-ES für die psychologischen Auswirkungen von $d = 0.074$ ($p = 0.169$). Die Sekundäranalyse mit den meisten integrierten Studien, die jedoch eine große Vielzahl an heterogenen Zielvariablen aufweisen, liefert ebenso Nulleffekte für beide Ergebnisse ($r_{gesamt} = 0.075$, $p < 0.0001$; $r_{psychisch} = 0.034$, $p < 0.001$) (Frattaroli, 2006).

Tabelle 5.3: Anzahl integrierter Studien, Effektstärke gesamt und psychische Gesundheit für alle Metaanalysen.

Metaanalyse	k	Gesamteffekt	k	Effekt psychisch
Frattaroli (2006)	146	$r = .075^{***}$	112	$r = .034^{**}$
Frisina et al. (2004)	9	$d = .191$	4	$d = .074$
Smyth (1998)	13	$d = .472^{***}$	9	$d = .661^{***}$

Anmerkung: $** p < .001$. $*** p < .0001$.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Schreibparadigma positive Effekte nach sich ziehen kann, die aufgrund der Randomisierung aller untersuchten Studien auch übertragbar sind. Die Höhe der Effekte von zwei Übersichtsarbeiten aber liegt in einem Bereich, der wenig heilsame Wirkung des Schreibens verspricht. So soll nun ein genauerer Blick auf Schreibstudien mit Trauernden geworfen werden. Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist es, die Ergebnisse der Metaanalysen von Rosner et al. (2010) und Smyth et al. (1998) zu verknüpfen: Es soll untersucht werden, ob das EDP auch in der Trauerarbeit effektiv ist. Für Personen mit traumatischen Erfahrungen konnte eine Verbesserung der PTBS-Symptome oder zumindest der damit einhergehenden Belastungen durch das EDP bereits belegt werden (Brown

& Heimberg, 2001; Park & Blumberg, 2002; Schoutrop, Lange, Hanewald, Davidovich & Salomon, 2002; Van Emmerik, Kamphuis & Emmelkamp, 2008; Weine, Kulenovic, Pavkovic & Gibbons, 1998). Die Ergebnisse zu Trauerstudien bleiben inkonsistent: Über vier Studien mit Trauernden, die an dem Schreibparadigma teilnahmen, stellte Frattaroli (2006) eine Nulleffektstärke von $r = 0.020$ ($p = 0.24$) fest. Dieses Ergebnis deutet auf wenig Effizienz in der Behandlung Trauernder mit dem EDP hin. Eine genauere Übersicht zu den Resultaten aus Schreibstudien zur Trauerverarbeitung bietet Tabelle 5.4.

Eine Untersuchung, in der Probanden nicht schreiben, sondern sich verbal anhand des EDP mit ihrem Verlust auseinandersetzen sollten ($N = 30$, $M = 67.0$), stellte zwar Verbesserungen in den erhobenen Symptomen fest, allerdings ohne signifikante Effekte (Segal, Boogaards, Becker & Chatman, 1999). In ihrer Follow-up-Studie nach zwölf Monaten ($N = 20$, $M = 67.6$) konnten die Autoren signifikante Zeiteffekte ($F(1, 18) = 3.33$, $p < 0.001$) für die Ausprägungen auf dem *Negative Thoughts Index* (NTI; Segal & Murray, 1994) finden (Segal, Chatman, Bogaards & Becker, 2001). Negative Kognitionen reduzierten sich also bis zum Follow-up nach einem Jahr, diese Effekte konnten aber nicht auf die Schreibintervention zurückgeführt werden. Weitere zwei Jahre später fügte man zusätzliche männliche Probanden hinzu, um einen Geschlechtereffekt des EDP zu überprüfen ($N = 36$, $M = 69.1$). Weder wurden überzufällige Unterschiede in den Geschlechtergruppen noch signifikante Reduktionen im NTI gefunden (Guinther, Bogaards & Segal, 2003). Zusammenfassend zeigten sich die Ergebnisse des verbalen EDP als sehr unbefriedigend, die Wirksamkeit kann nicht bestätigt werden.

Mithilfe der *Grief Recovery Questions* (GRQ; Lehman, Wortman & Williams, 1987) und dem *Grief Experience Questionnaire* (GEQ; Barrett & Scott, 1989) untersuchte eine Forschergruppe um Stacey Kovac zwei Stichproben von Trauernden (Kovac & Range, 2000; Range, Kovac & Marion, 2000). Als Probanden dienten Studenten jüngerer Alters ($M = 23.98$ resp. $M = 20.31$), die nach dem klassischen Pennebaker-Paradigma (Pennebaker & Beall, 1986) schrieben. In beiden Samples fand man signifikante Zeiteffekte ($F(2, 27) = 8.37$, $p < 0.001$ resp. $F(18, 22) = 4.80$, $p = 0.001$), jedoch nur eine überzufällige Interaktion: In der zweiten Untersuchung wurde die Interaktion Zeit-Bedingung signifikant ($F(2, 27) = 8.36$, $p < 0.046$). Keine ES wurden angegeben. Es fiel auf, dass das EDP besonders bei Personen, die aufgrund eines

Suizids trauerten, seine positiven Resultate entfaltete (Kovac & Range, 2000). Ebenso können zwei Studien von den niederländischen Forschern um Margaret und Wolfgang Stroebe aufgeführt werden (van der Houwen, Schut, van den Bout, Stroebe & Stroebe, 2010; Stroebe, Stroebe, Schut, Zech & van den Bout, 2002). Der Schreibauftrag bei Stroebe et al. (2002) war ausdifferenzierter als bei bisher beschriebenen Publikationen. Sie entwarfen ein Design mit drei Untersuchungsgruppen – eine schrieb über tiefe Emotionen, eine über Sekundärstressoren des Verlustes und eine kombinierte die beiden Aufträge. Zwar waren die Personen von einem Verlust betroffen, Trauer oder ihre komplizierte Form wurden jedoch nicht explizit erhoben. Als Erhebungsinstrument diente die *Impact of Events Scale* (IES; Horowitz et al., 1979), auf welcher sich im Prä-post-Vergleich signifikante Zeiteffekte für Vermeidung ($F(2, 206) = 6.00, p < 0.005$) und Intrusion ($F(2, 206) = 12.46, p < 0.001$) zeigten. Auch hier blieben Interventionseffekte aus. In der aktuelleren Untersuchung – online durchgeführt – waren Verbesserungen der Trauer lediglich unabhängig von der Versuchsbedingung festzustellen (van der Houwen et al., 2010). Erfasst wurden die Folgen des Verlustes anhand selbst formulierter Items, die an Prigersons Diagnosekriterien (Prigerson et al., 1999) angelehnt waren. Ähnliche Resultate ergaben sich bei zwei weiteren Studien, die näher betrachtet wurden und keinen signifikanten Effekt des Schreibparadigmas bzw. lediglich Zeiteffekte bestätigen können (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 2003; O'Connor, Allen & Kaszniak, 2005).

Die Intervention, die kürzlich Lichtenthal und Cruess (2010) mit jungen Erwachsenen ($M = 19.7$) durchführten, unterschied drei Schreibaufträge. Eine Gruppe enthüllte tiefe Emotionen, eine weitere den Sinn des Verlustes und eine dritte die positiven Folgen. Überraschenderweise fand man in der letzten Gruppe die größte Verbesserung in der revidierten, gekürzten Form des ICG (Prigerson et al., 1995) zum Post-Zeitpunkt, allerdings ohne statistische Signifikanz ($p > 0.100$). Hier zeigt sich die Nähe zum oben beschriebenen Wirkmechanismus der Theorie der Selbstregulation (Lepore et al., 2002). Weiterhin ließ sich zum Follow-up ein signifikanter Zeit-Gruppen-Interaktionseffekt ausmachen ($F(6, 94) = 3.03, p < 0.009$). Alle drei Schreibgruppen konnten im Gegensatz zur Kontrollgruppe den Effekt bis zur T₃-Erhebung erhalten. Es wurden keine Effektstärken nach Cohen berechnet, das η^2 erhielt mit 0.15 einen starken Wert. Vielversprechend sind auch die Ergebnisse der Pilotstudie von Wagner und Maercker (2008), die eine computerbasierte Trauerprävention nach dem EDP entwarfen. KT wurde sowohl in der Erhebung mit den Horo-

witz-Kriterien ($t(27) = 11.15$, $p < 0.0001$, $d = 2.01$) als auch auf Basis von Prigersons Entwurf signifikant reduziert (Trennungsschmerz $t(27) = 2.74$, $p < 0.01$, $d = 0.41$, traumatischer Stress $t(27) = 3.18$, $p < 0.01$, $d = 0.49$). Auch die berechneten Effektstärken stehen nach Cohen (1988) für eine vielversprechende Wirkung im moderaten bis sehr hohen Bereich. Die Ergebnisse konnten in einer weiteren Studie der Arbeitsgruppe repliziert werden (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006).

Die präsentierten Ergebnisse erschweren eine Interpretation der Wirksamkeit des EDP. Während wenige Studien konkrete Verbesserungen und Effektstärken lieferten (Lichtenthal & Cruess, 2010; Wagner & Maercker, 2008), zeigten sich in anderen Artikeln lediglich Zeiteffekte (z.B. van der Houwen et al., 2010; O'Connor et al., 2005; Kovac & Range, 2000) oder keine bessere Verarbeitung der Trauer (Bower et al., 2003). Man muss bei der Betrachtung der aufgeführten Zahlen jedoch darauf hinweisen, dass bei einem Großteil der Untersuchungen keine Erhebung von KT stattfand – ausgenommen sind die Publikationen von Bower et al. (2003), van der Houwen et al. (2010), Lichtenthal und Cruess (2010) sowie Wagner und Maercker (2008). Dieser Umstand wirft ein neues Licht auf die diskutierten Ergebnisse, denn es bleibt fraglich, welche Symptome in den übrigen Studien reduziert werden sollten bzw. ob diese repräsentativ sind für die in dieser Arbeit untersuchte Form der Trauer. Wurde keine KT erhoben, ist die Intervention eher im Sinne einer Prävention zu sehen und dementsprechend kleinere Effekte sind zu erwarten (Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky & van Heeringen, 2011).

Bezüglich der KTK erscheint die Schreibintervention insofern vielversprechend, als dass man kürzlich Belege dafür fand, dass sich bei KT Defizite in autobiografischen Funktionen, ähnlich wie in Erklärungsmodellen zu PTBS, ausmachen lassen (Macca-lum & Bryant, 2008, 2010; Golden, Dalglish & Mackintosh, 2007). Ein Ansatz, der durch Schreiben eine Verankerung im autobiografischen Gedächtnis fördert (Pennebaker, 1997; Pennebaker et al., 1997), könnte sich als wirksam und relativ unaufwendig in der Durchführung erweisen. Des Weiteren muss mit Blick auf Nachkriegsländer wie Ruanda beachtet werden, dass ein psychologisches Versorgungsverhältnis wie in europäischen oder nordamerikanischen Ländern kaum zu erreichen ist. Daher wäre eine Intervention wie das EDP eine zeit- und personalsparende Möglichkeit, psychische Belastungen bei Betroffenen zu reduzieren.

Tabelle 5.4: Studie, Erscheinungsjahr, Stichprobengröße und -durchschnittsalter, Studiendesign, Thema und Rhythmus des Schreibauftrages, Ergebnis bzgl. Trauer.

Studie ^a	Jahr	Stichprobe	Erhebung Trauer	Design	Schreibthema	Schreibrhythmus	Ergebnis
van der Houwen et al.	2010	$N = 407$ $M = 43.22$ (inkl. Dropouts)	CG ^c	RCT	t ₁₊₂ : Exposition t ₃₊₄ : Reappraisal t ₅ : Integration und Wiederherstellung	wöchentlich 5 Sitzungen (online)	keine sig. Bedingungeffekte
Lichtenthal & Cruess	2010	$N = 68$ $M = 19.7$	ICG-R-SF ^b	RCT	UG ₁ : tiefe Emotionen (ED) UG ₂ : Sinn des Verlustes (SM) UG ₃ : positive Folgen (BF)	in einer Woche 3 Sitzungen	sig. Gruppen-Zeit-Interaktionseffekt ($p < .001$); $\eta^2 = .15$
Wagner & Maercker	2008	$N = 28$ $M = 41.6$	CGM-SF ^d ICG-SF ^e	RCT	Todesumstände, tägl. Tagebuch, kogn. Umstrukturierung, Kommunikation mit Familie, genderspez. Trauer, Bindung mit Verstorbenem	über 3 Wochen 6 Sitzungen (online)	sig. Reduktion: CGM-Werte ($p < .0001$; $d = 2.01$), Trennungsschmerz ($p < .01$, $d = .41$), traumatischer Stress ($p < .01$, $d = .49$)

Tabelle 5.4: Fortsetzung

Studie ^a	Jahr	Stichprobe	Erhebung Trauer	Design	Schreibthema	Schreibrhythmus	Ergebnis
O'Connor et al.	2005	$N = 35$ $M = 41$	IES ^f	RCT	t ₁ : tiefe Emotionen t ₂ : Brief an Verstorbenen t ₃ : Auswirkungen Verlust auf Leben/ Beziehungen	über 2 Wochen 3 Sitzungen	sig. Zeiteffekte für Vermeidung ($p < .01$), Intrusion ($p < .05$)
Bower et al.	2003	$N = 43$ $M = 42.12$	TRIG ^g	RCT	Verlust geliebter Person und tiefe Emotionen	wöchentlich 4 Sitzungen	keine sig. Veränderungen
Guinther et al.	2003	$N = 36$ $M = 69.1$	NTI ^h	RCT	Verlust geliebter Person und tiefe Emotionen	über 2 Wochen 4 Sitzungen (verbal)	keine sig. Geschlechtseffekte keine Effekte für NTI
Stroebe et al.	2002	$N = 108$ $M = o.A.$	IES	RCT	UG ₁ : tiefe Emotionen UG ₂ : Sekundärstressoren UG ₃ : Emotionen & Sekundär- stressoren	täglich 7 Sitzungen	sig. Zeiteffekte für Vermeidung ($p < .005$), Intrusion ($p < .001$)

Tabelle 5.4: Fortsetzung

Studie ^a	Jahr	Stichprobe	Erhebung Trauer	Design	Schreibthema	Schreibrhythmus	Ergebnis
Segal et al.	2001	N = 20 M = 67.6	NTI	Follow-Up Segal et al. (1999)	Verlust geliebter Person und tiefe Emotionen	12-Monate-Follow-Up	sig. Zeiteffekt für NTI ($p < .001$)
Kovac & Range	2000	N = 42 M = 23.98	GRQ ⁱ GEQ ^j	randomisiert	Verlust geliebter Person und tiefe Emotionen	täglich 4 Sitzungen	sig. Zeiteffekt für GRQ sig. Interaktion Zeit-Bedingung bei Suizid ($p < .008$); keine ES
Range et al.	2000	N = 44 M = 20.31	GRQ GEQ	randomisiert	Verlust geliebter Person und tiefe Emotionen	täglich 4 Sitzungen	sig. Zeiteffekt für Trauer ($p < .001$)
Segal et al.	1999	N = 30 M = 67.0	NTI	randomisiert	Verlust geliebter Person und tiefe Emotionen	zweiwöchig 4 Sitzungen (verbal)	keine sig. Effekte

Anmerkung: a. Nach Erscheinungsjahr geordnet. b. Inventory of Complicated Grief-Revised-Short-Form (unveröffentlicht, angelehnt an Prigerson et al., 1995). c. Neun Items auf Basis der DSM-V-Vorschläge von Prigerson et al., 1999. d. Complicated Grief Module - Short Version (deutsche Version, Langner & Maercker, 2005). e. Inventory of Complicated Grief - Short Version (angelehnt an Prigerson & Jacobs, 2001b). f. Impact of Events Scale (Horowitz et al., 1979). g. Negative Thoughts Index (Segal & Murray, 1994). h. Texas Revised Inventory of Complicated Grief (Faschingbauer et al., 1987). i. Grief Recovery Questions (Lehman, Wortman & Williams, 1987). j. Grief Experience Questionnaire (Barrett & Scott, 1989).

5.3 INTERVENTION IN ENTWICKLUNGS- UND NACHKRIEGSLÄNDERN

Weltweit finden sich hohe Prävalenzen psychischer Erkrankungen, sowohl in Ländern mit durchschnittlich hohem Einkommen wie Deutschland (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004) als auch in Niedrig- bis Mittlereinkommensländern wie Südafrika (Williams, Herman, Stein, Heeringa, Jackson et al., 2008). Man konnte feststellen, dass die Inanspruchnahmerate in Entwicklungsländern generell geringer ist als in entwickelten Ländern (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Angermeyer, Borges et al., 2008). Dabei sind es gerade diese vulnerablen Populationen, in denen psychische Belastungen aufgrund besonderer Ereignisse wie Gewalt, Krieg oder Flucht gehäuft auftreten (Bracken, Giller & Summerfield, 1995; De Jong & Kleber, 2007; Gavranidou, Niemiec, Magg & Rosner, 2008) – so auch in Ruanda nach den Unruhen Mitte der 90er Jahre (Dyregrov, Gupta, Gjestad & Raundalen, 2002). Besonders Nachkriegsregionen weisen stark begrenzte Ressourcen zur psychosozialen Unterstützung auf. Hier interessiert vor allem, welche Behandlungsmöglichkeiten in diesen Gebieten umsetzbar sind. Bevor aber auf konkrete Interventionen eingegangen wird, sollen die Frage nach der Notwendigkeit westlichen Eingreifens in Entwicklungsländern sowie zu beachtende Schlüsselfaktoren bei Therapieansätzen in Krisenländern diskutiert werden. Danach wird als gelungenes Beispiel die *Narrative Expositionstherapie* (NET) der Organisation *victims' voice (vivo)* präsentiert (Schauer, Neuner & Elbert, 2005), genauer die Version für Kinder (KIDNET) (Ruf, Schauer, Neuner, Schauer, Catani et al., 2008). Diese Organisation setzt sich vorwiegend mit der Behandlung von PTBS auseinander, untersuchte aber auch kürzlich eine Intervention hinsichtlich KT in Ruanda (Jacob, 2010).

5.3.1 Faktoren gegen Interventionen in Krisenländern

Infolge von Krieg und Gewalt leiden Menschen unter einer Vielzahl von Belastungen. Die subjektiv unterschiedliche Wertung dieser Stressfaktoren lässt psychosoziale Hilfe nicht immer als oberste Priorität erscheinen, wenn es um den Wiederaufbau von Nachkriegsgesellschaften und der Stärkung ihrer Menschen geht. Es stellt sich die Frage, ob ein Eingreifen von Personen aus einem anderen Kulturkreis, mit anderem Hintergrund und möglicherweise anderen Zielen nötig ist. So unterstellt man westlichen Therapeuten und Forschern, dass sie von einer Übertragbarkeit ihrer Ansätze auf alle Kulturen überzeugt seien und dies ohne Rücksicht auf Diversität praktizierten (Bracken, 1993). Weiterhin würden Menschen mit Labels versehen, in Ka-

tegorien eingeordnet und dabei ihre individuelle Geschichte vernachlässigt. Gegner kritisieren weiterhin, dass Betroffene keine Möglichkeit haben, aktiv in die Entwicklung von psychischen Gesundheitsprogrammen involviert zu werden (Watters, 2001). Auch die gängigen Diagnosemanuale würden ohne Anpassung auf nicht-westliche Populationen übertragen, was der Verschiedenheit der Menschen nicht gerecht werde (Summerfield, 1999). Summerfield (1999) ergänzt, dass die Traumatisierung von Menschen, die schwerster Gewalt ausgesetzt waren oder solche beobachteten, eine Schöpfung westlicher Forschung sei, die so nicht resp. nicht in dem angenommenen Ausmaß stattfindet. Es werden jedoch keine empirischen Belege für diese Annahmen geliefert und die bisher praktizierten und erfolgreichen Interventionen werden nicht widerlegt. Besonders mit Blick auf Ruanda muss sich die Weltöffentlichkeit dessen bewusst sein, dass 1994 aus damals für westliche Länder akzeptablen Gründen nicht interveniert wurde – Dyregrovs Beschreibung, die Leugnung des Traumas beruhe unter anderem auf der Vermeidung kollektiver Schuldgefühle in Politik und Weltgemeinschaft, scheint hier ausgesprochen treffend (Dyregrov et al., 2002). Untersuchungen und Interventionen in Nachkriegsländern wie Bosnien, Ruanda oder Somalia konnten sowohl die Prävalenz von Traumafolgestörungen als auch die Möglichkeit erfolgreicher Behandlung belegen (Ertl, 2005; Hasanovic et al., 2006; Jacob, 2010; Rosner, Powell & Butollo, 2003; Schaal et al., 2010; Schauer & Schauer, 2010).

Als weiterer Punkt wird diskutiert, wieso betroffene Menschen nicht anhand der ihnen zugänglichen Ressourcen unterstützt werden. Summerfield (1999) weist darauf hin, dass in Bosniens Nachkriegszeit genügend einheimische ausgebildete Fachkräfte vor Ort waren. Laut dem Autor mussten diese anderen Erwerbsmöglichkeiten nachgehen, da ihre Arbeit von ausländischen Psychologen und Ärzten übernommen wurde. Andere mögliche Zugänge bevorzugen traditionelle Heiler als Anlaufstelle (Kale, 1995). Man muss beachten, dass besonders gut gebildete Menschen wie etwa medizinische oder psychologische Fachkräfte in Bürgerkriegen häufig gezielte Opfer sind oder aber in vielen Entwicklungsländern nicht ausgebildet werden können (De Jong, 2002; Fernando, 2004). Im Falle einer Ausbildung im betroffenen Land reichen die Ressourcen und Kenntnisse oftmals nicht aus, um mit Großschadenslagen umzugehen (De Jong, 2002). Auch gibt es keine empirischen Ergebnisse zu der Effektivität traditioneller Heiler (Kale, 1995). Die Arbeit des ausländischen psychologischen Fachpersonals, wie etwa in Bosnien, legte seinen Fokus auf die Aus- und Weiterbil-

dung einheimischer Psychologen (Powell & Durakovic-Belko, 2000). Dies gilt auch für Interventionen der Organisation *vivo* in Ruanda (Schaal et al., 2010) oder Sri Lanka (Schauer, 2008), so dass dieses Argument kaum haltbar ist.

Nach wie vor gibt es zahlreiche Populationen und ganze Kulturen, in denen die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung mit Stigmata verbunden ist (Hall, 2001; Yang, Kleinman, Link, Phelan, Lee et al., 2007). Besonders asiatische und afrikanische Länder sind betroffen. Psychisch kranke Menschen werden aus ihren bewährten sozialen Netzwerken ausgeschlossen, als gefährlich eingeschätzt und versuchen daher ihre Beschwerden zu verbergen (Yang et al., 2007). Somit kommt ein Annehmen psychologischer Hilfe oder Beratung dann nicht in Frage; man würde seine Makel zur Schau stellen. In der Forschung gibt es aber mittlerweile einige Untersuchungen zu Therapien mit ethnischen Minderheiten in westlichen Ländern. Deren Ergebnisse zeigen, dass empirisch unterstützte Therapien bei ethnischen Minderheiten ebenso erfolgreich sind wie Therapien, bei denen kultursensitive Überlegungen umgesetzt wurden (Hall, 2001).

Während diese Fragestellungen schon recht spezifisch auf Faktoren in der psychosozialen und psychischen Unterstützung eingehen, fehlen in anderen Ansichten diese Notwendigkeiten von Grund auf. Dabei werden psychosoziale Interventionen hinter sogenannten Grundbedürfnissen zurückgestellt. Unterkunft, sanitäre Einrichtungen, Ernährung und Arbeit spielen dann eine zentralere Rolle. Klinisch psychologische Bemühungen würden nicht fruchten, wenn sozioökonomische Bedürfnisse unerfüllt blieben (Fernando, 2004). Hinzu kommt, dass materielle Unterstützung wesentlich schneller zu gewähren und verteilen ist und daher auch schneller wirksam wird (Foster, 2002). Neben den ökonomischen dürfen aber auch die psychosozialen Dimensionen nicht außer Acht gelassen werden. Ohne psychische Gesundheit und Stabilität als Basis sind Hilfsprogramme materieller Art unwirksam; Bildungs- und Berufsangebote können schlechter angenommen werden, wenn traumatische Erinnerungen unverarbeitet bleiben (Foster, 2002; Scherg, 2003). Entgegen mancher Ansichten kann also die psychosoziale Unterstützung als Grundlage für weitere Hilfsmaßnahmen gesehen werden. Um diese Sichtweise zu entschärfen, kann eine gegenseitige Ergänzung der beiden als sinnvoll geschlussfolgert werden.

5.3.2 Schlüsselfaktoren bei Interventionen in Krisenländern

Trotz oder gerade wegen der Punkte, welche gegen psychotherapeutische Hilfe in Nachkriegsländern sprechen, müssen wir uns fragen, worauf zu achten ist, wenn wir Interventionen in einem afrikanischen Entwicklungsland durchführen. Aroche und Coello (2004) sprechen davon, Brücken zu bauen über sprachliche und kulturelle Klüfte. Sie beziehen sich dabei konkret auf die Tätigkeit von Therapeuten und Berater, die mit Flüchtlingen und Asylbewerbern arbeiten. Dabei reicht es nicht, sich auf eine bestimmte Nationalität und deren Sprache zu konzentrieren, auch die unterschiedlichen ethnischen Gruppen und deren Stellung im Heimatland müssen berücksichtigt werden. Weiterhin unterscheiden sich die Hilfesuchenden in ihrer individuellen Geschichte und möglichen traumatischen Erfahrungen. Die Frage nach dem Ob der Intervention darf nicht gestellt werden, da Traumatisierung so schwere Folgen hinterlässt, dass emotionaler Schmerz reduziert, produktives Leben ermöglicht und Aggressionspotenzial verringert werden muss. Zudem wird einem Gewaltkreislauf und der Unterentwicklung, die sich häufig in betroffenen Ländern finden, entgegen gewirkt (Schauer & Schauer, 2010).

Der Forderung von Experten nach festen und begründeten Standards zur Verbesserung von Interventionsprogrammen (De Jong & Kleber, 2007; De Jong, Kleber & Puratic, 2002) ist die internationale Forschergemeinde nachgekommen und hat verschiedene Leitlinien veröffentlicht. Auf den Schutz und die Verbesserung von psychischer Gesundheit und psychosozialem Wohlbefinden der Menschen zielen die *IASC (Inter-Agency Standing Committee) Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* ab (IASC, 2008). Als Grundprinzipien für die Unterstützung von Menschen in Krisenregionen werden folgende Punkte aufgeführt:

1. Menschenrechte und Gleichberechtigung
2. Partizipation
3. Vermeidung von Schaden
4. Aufbau auf vorhandene Ressourcen und Kapazitäten
5. Integrative Unterstützungsnetzwerke
6. Vielschichtige Unterstützung

Diese Hinweise scheinen essentiell, aber wenig hilfreich für die konkrete, praktische Umsetzung zu sein; sie bilden eher einen groben Rahmen für das Vorgehen. Die Leitlinien der *International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)* hingegen beziehen sich auf das Training für psychische und psychosoziale Interventionen mit

dem Ziel, evidenzbasierte Methoden und Strategien zu verbreiten (Weine, Danieli, Silove, Van Ommeren, Fairbank et al., 2002). Deren grundlegenden Prinzipien fokussieren zu beachtende Werte, kontextuelle Herausforderungen in Krisengebieten, curriculare Elemente des Trainings sowie Überprüfung und Evaluation. Der Schwerpunkt wird auf das Training von einheimischen Fachkräften gelegt, wobei zentrale Inhalte des Lehrplans etwa die folgenden sind: Übung von Zuhör- und Kommunikationsfähigkeiten, der Einschätzung psychischer Probleme, von Problemlösestrategien, der Behandlung somatoformer Krankheiten sowie Training von Supervision und Selbstfürsorge (Weine et al., 2002).

Mollica und Kollegen verlangen evidenzbasierte und kulturell kompetente Praktiken, die sie in ihrem Handlungsplan konkretisieren (Mollica et al., 2004). Aus Tabelle 5.5 sind die vorgeschlagenen Punkte zu entnehmen, die in psychiatrischen Notfällen in Krisenländern zu beachten sind. Es ist zu berücksichtigen, dass sich die Abläufe auf Regionen beziehen, in denen Erste Hilfe sowohl psychologischer als auch sozialer Art von Nöten ist. Die Autoren gehen von einem nicht existierenden Gesundheitssystem aus, wie es kurz nach den Kriegen in Ruanda oder Bosnien der Fall war. Sie ergänzen ihren Handlungsplan mit abschließenden Forschungshinweisen für die Zukunft, welche eine kulturübergreifende Versorgung vereinfachen sollen. So ist es nötig, kulturell valide und reliable Instrumente zu entwickeln oder anzupassen, um psychometrisch gültige Aussagen über Risiko- und Resilienzfaktoren treffen zu können. Weiterhin müssen Längsschnittstudien durchgeführt werden, welche die Auswirkungen von psychischen Notfällen über die Zeit erfassen. Auch Studien zur Effektivität von Interventionen und Trainings werden gebraucht, um evidenzbasiert arbeiten zu können. Wird der Nutzen von öffentlichen Sensibilisierungskampagnen untersucht, so können betroffene Populationen gegen negative Konsequenzen geschützt bzw. benötigte Unterstützung effizient angebracht werden (Mollica et al., 2004).

Der dringende Bedarf an evidenzbasierten, öffentlichen Interventionen zu psychischen Störungen wird auch von Schauer und Schauer betont (2010). Das Ausmaß an zivilen Konflikten, bei welchen eine Involvierung der Bevölkerung eher die Regel als eine Ausnahme darstellt, ist für die Autorinnen einer der Hauptgründe.

Tabelle 5.5: Handlungsplan für mentale Gesundheitsnotfälle nach Mollica et al. (2004) und Leitprinzipien nach Schauer & Schauer (2010).

	Mollica et al.	Schauer & Schauer
1	Koordination der Gesundheitsversorgung, Überwachung aller Aktivitäten zur psychischen Gesundheit	Sammlung epidemiologischer Daten und Screening der Bevölkerung
2	Erfassung von Resilienz und Risikofaktoren der Population, vulnerabler Gruppen und ihren psychischen Befunden; Überwachung von Veränderungen über die Zeit	Bei hoher Anzahl Betroffener: gemeinschaftsbasierte öffentliche Ansätze zur psychosozialen Versorgung (hierarchischer Aufbau von Psychoedukation zu Therapie)
3	Frühe Interventionsphase zur Reduktion von Mortalität und Morbidität, Anbieten von psychologischer Erste Hilfe, Abgrenzung schwer psychisch Erkrankter mit psychiatrischem Interventionsbedürfnis von resilienten, anpassungsfähigen Populationen	Integration eines traumafokussierten Behandlungsmoduls, von geschulten lokalen Assistenten durchführbar
4	Aufbau und Finanzierung eines tatsächlichen mentalen Gesundheitssystems mit kulturell validierten und empirisch belegten Interventionen	Erweiterung der Kapazitäten von lokalen Versorgern durch Schulungen, damit Personen in den Gemeinden die Interventionsprogramme fortführen können
5	Training und Ausbildung aller unmittelbar Beteiligten in grundlegenden Prinzipien psychischer Gesundheit, Unterrichten in effektiven, evidenz-basierten Interventionen	Als Basis für die Durchführung dienen „natürliche Gemeinschaften“, wie Schulen oder Selbsthilfeorganisationen
6	Realisierung, Beaufsichtigung und Überwachung eines kulturell kompetenten Versorgungssystem mit dem Bemühen, die lokalen Gemeinden einzubeziehen	Entwicklung angemessener Ressourcen-, Screening-, und Trainingsangebote zu psychischer Gesundheit und Psychoedukation und Strategien zur Förderung des öffentlichen Bewusstseins
7	Ethische und gemeinschaftliche Teilnahme durch informierten Konsens, gemeinsame Entscheidungsprozesse mit den Patienten	Aufbau von Beratung und Therapie in Annäherungen an Menschen-, Kinder-, Frauenrechte
8	Prävention von negativen psychischen Konsequenzen in psychologischen Fachkräften durch Supervision bzw. Selbstfürsorge	Sicherung einer strengen evidenzbasierten Evaluation, vorzugsweise durch randomisierte, kontrollierte Studien
9	Erfassung der Ergebnisse und Forschung bzgl. dem individuellen und gemeinschaftlichen Nutzen sowie der Kosten; Erfassung aller Trainings, um Zuwachs an Wissen und Kompetenz zu erkennen	Veränderung des Nihilismus globaler Gesundheitsplaner bzgl. psychischer Gesundheit; Ziel: globales Bekenntnis zur Bereitstellung angemessener Finanzierung von Forschung zu psychischer Gesundheit

Durch diese Auseinandersetzungen sehen sich große Teile der Zivilbevölkerung Situationen ausgesetzt, welche Terror und organisierte Gewalt widerspiegeln. Ein eigenständiges Konfrontieren und Verarbeiten ist kaum möglich. Den Fokus der Leitprinzipien bilden die Praxisnähe und das unmittelbare Durchführen einer Trauma- oder Trauerintervention (Schauer & Schauer, 2010). Dabei wird wesentlich konkreter auf Schulung und Therapie eingegangen, die Hauptaussagen sind sich aber in beiden Entwürfen ähnlich: Zunächst fokussiert man auf Hinweise zur Datensammlung psychischer Auffälligkeiten in der zivilen Bevölkerung, gefolgt von Interventionsentwürfen. Hier spielen Schulung von lokalen Assistenten und Einbezug der ganzen Gemeinde eine Rolle. Als weiterführendes Ziel verlangen beide Forschergruppen eine verbreitete Akzeptanz der Notwendigkeit psychischer Gesundheitsprogramme, die sich etwa durch angemessene finanzielle Förderung oder offizielle Anerkennung des Nutzens auszeichnet. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die Bemühungen, individuelle und gemeinschaftliche Interventionen zu vereinen (Mollica et al., 2004; Schauer & Schauer, 2010). Wie auch von *Ärzte ohne Grenzen* empfohlen, gilt es, einzelne Traumata durch individuelle Behandlungen zu mildern und die Gemeinschaft durch Beratung und Hilfen zum Wiederaufbau zu stärken (De Jong & Kleber, 2007; De Jong et al., 2002).

Joop De Jong (2002) stimmt als Vertreter der *Transcultural Psychosocial Organization* (TPO) weitgehend mit den bereits aufgeführten Punkten überein. Er konzentriert sich in seiner ausführlichen Beschreibung zur psychischen Gesundheit besonders auf den öffentlichen Aspekt – er spricht von einer öffentlichen Perspektive auf die Gesundheitsversorgung. Ein Modell, welches sein Konzept psychosozialer und psychologischer Interventionen veranschaulichen soll, ist nachfolgend aufgeführt (Abbildung 5.2). Bei den Ebenen der Intervention orientiert sich De Jong (2002) an Bronfenbrenners ökosystemischem Ansatz (Bronfenbrenner, 1979). Die drei Levels überlappen sich, sind miteinander verbunden und hierarchisch nach Abdeckung der Zielgruppe dargestellt. Auch die Art der Intervention bzw. Prävention – hier angelehnt an Kaplan (Kaplan & Sadock, 1985) – bezieht sich auf die gesellschaftlichen Ebenen, an welchen Unterstützung jeweils ansetzen soll. Beeinflusst werden das Geschehen und seine Wirkung von Kontextfaktoren, wie etwa der politischen Lage oder der Religion. Werden die diskutierten Punkte mit einer effektiven Therapie verbunden, so kann davon ausgegangen werden, dass sinnvolle und wirksame Intervention in Krisenländern möglich und nötig ist.

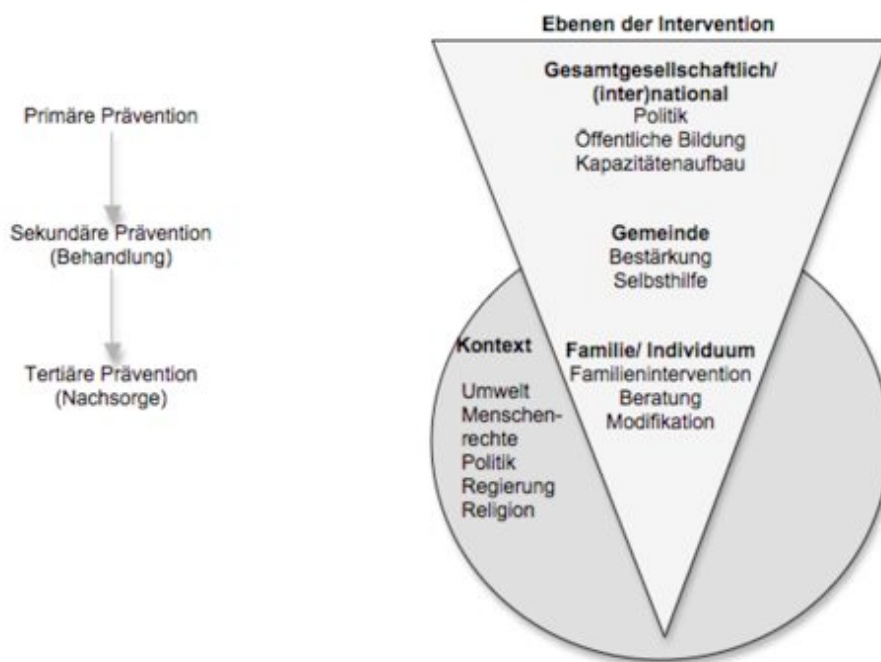


Abbildung 5.2: Begriffsmodell der öffentlichen psychosozialen und mentalen Gesundheitsversorgung (modifiziert nach De Jong, 2002).

Mit Ruanda blicken wir auf ein Land, das über 15 Jahre nach dem Völkermord politische und strukturelle Stabilität gefunden hat. Nichts desto trotz sind Psychologen rar und die Finanzierung psychologischer Gesundheitsmaßnahmen ist nicht für jedermann zugänglich (WHO, 2011). Aus diesen Gründen ist Ruanda nach wie vor auf psychosoziale Unterstützung aus dem Ausland angewiesen, Punkte wie Gemeinschaftsinterventionen oder Ausbildung lokaler Fachkräfte (Schauer & Schauer, 2010) spielen eine große Rolle, für sekundäre und tertiäre Prävention (De Jong, 2002) muss gesorgt werden. Da die zivile Bevölkerung stark von den Gräueltaten betroffen war, ist eine Vielzahl der Einwohner psychopathologischem Stress ausgesetzt (z.B. Neugebauer, Fisher, Turner, Yamabe, Sarsfield & Stehling-Ariza, 2009) und die Nachfrage nach Interventionen, welche viele Menschen erreichen können, bleibt groß.

5.3.3 Narrative Expositionstherapie in Krisenländern

Eine bewährte und besonders geeignete Intervention zum Einsatz in Krisengebieten stellt die *Narrative Expositionstherapie* (NET) dar (Neuner et al., 2004; Schauer et al., 2005), weshalb sie exemplarisch für gelungene Behandlung von PTBS aufgrund von Krieg oder Gewalt erläutert wird. Zudem wurde NET kürzlich im Rahmen einer Studie eingesetzt, die auch KT untersuchte. So lässt sich auch die Nähe zur Verlust-

bearbeitung finden (Jacob, 2010; Schaal, Elbert & Neuner, 2009). Als Adaption für das Entwicklungsalter kann *NET für Kinder* (KIDNET) herangezogen werden (Ruf et al., 2008), worauf ich hier fokussieren möchte. NET gilt als „kultursensitive, feldtaugliche Therapie“ (Ruf et al., 2008, S. 92), die besonders für Überlebende von Krieg und Folter geeignet ist. Die Autoren verschreiben sich dabei neben dem therapeutischen Anliegen auch dem Kampf für Menschen- und besonders Kinderrechte sowie der Wiedereingliederung und sozialen Stabilisierung in betroffenen Gebieten (Schauer, Neuner, Elbert, Ertl, Onyut, et al., 2004). Zudem wird thematisiert, dass das Geschehene unrecht war und darauf hingearbeitet, die Würde des Patienten zu restabilisieren. Die Kontextfaktoren können während einer Intervention in Krisengebieten häufig problematisch und unsicher sein, so dass Ruf und Kollegen (2008) darauf hinweisen, folgende grundlegende Punkte zu beachten: Sicherheit, Kontrolle, Vorhersagbarkeit, physische Integrität, Akzeptanz, Empathie, Kongruenz und Schweigepflicht sollen gegeben sein. Somit ist zumindest Sicherheit im therapeutischen Rahmen für den Patienten gewährleistet. Das Programm zeichnet sich des Weiteren dadurch aus, dass es lokale Fachkräfte oder Laien schult, um eine breite psychosoziale Versorgung zu ermöglichen. Die Organisation *vivo*, in der unter anderem die Begründer von NET aktiv sind, setzt sich weltweit für die psychische Unterstützung traumatisierter Menschen ein und verzeichnet in seinem Bemühen große Erfolge (Wendling, 2009).

Als Basis für NET dient zum einen das kognitive Modell zur Ätiologie von PTBS nach Ehlers und Clark (2000). Dieses geht davon aus, dass Mechanismen des autobiografischen Gedächtnisses zum Großteil für die Symptome der PTBS verantwortlich sind. Traumatische Erlebnisse werden unzureichend mit dem autobiografischen Gedächtnis verknüpft und mangelhaft im Gedächtnis ausgearbeitet, so dass sich Erinnerungen jederzeit aufdrängen können (Intrusionen) und das Gefühl verursachen, die traumatisierende Situation erneut zu durchleben (Flashbacks). Weiterhin können kognitive Vermeidung und negative Bewertung zur Verhinderung der Verarbeitung beitragen. NET fokussiert folglich auf die biografische Einordnung und Verarbeitung des Traumas. Als weitere Bestandteile der Therapie nennen Ruf und Kollegen (2008) empathisches Verbalisieren, verhaltenstherapeutische Exposition (Foa & Rothbaum, 1998) sowie den Anspruch des Testimony-Verfahrens (Cienfuegos & Monelli, 1983).

Der Ablauf der Kurzzeitintervention von acht Sitzungen à 90 Minuten ist Abbildung 5.5 zu entnehmen. Wie bei anderen bewährten Therapien beginnt der Ablauf mit einer Psychoedukation (z.B. Cohen et al., 2006). Dabei werden Bilder herangezogen, um die komplexen Vorgänge im Gedächtnis auch Kindern näher bringen zu können; als Beispiel dient ein unordentlicher, voller Schrank, der zunächst komplett ausgeräumt werden muss, um ihn schließlich mit ordentlich gefalteten Inhalten wieder füllen und schließen zu können. Bereits am Anfang kommt die Lifeline zum Einsatz – eine Schnur, auf der die schönen Lebenserfahrungen mit Blumen, die schlimmen Erlebnisse mit Steinen in chronologischer Reihenfolge gelegt werden. Das zusammen gerollte Ende der Schnur spiegelt die noch ausstehende Zukunft wider. Jedes gelegte Symbol wird vom Kind benannt und anschließend abgezeichnet, so dass die Lifeline und ihre einzelnen Elemente wieder aufgegriffen werden können. Zu Beginn aller Therapiestunden legt das Kind erneut die Schnur, es entsteht ein vertrautes Ritual. Nun findet die Arbeit an der Narration statt, die sich im Laufe der Sitzungen immer tiefgreifender mit dem traumatischen Erlebnis auseinandersetzt. Durch detailliertes Besprechen der Situationen setzt man das Kind erneut den Ereignissen aus und ermöglicht so eine Verarbeitung im Gedächtnis. Zum Abschluss wird die Lifeline ein letztes Mal gelegt, wobei auch Blumen als Wünsche auf dem Zukunftsteil der Schnur platziert werden sollen (Ruf et al., 2008). An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass es sich hierbei um eine stark verkürzte und zusammenfassende Darstellung handelt. Für eine ausführliche Lektüre sei auf Ruf et al. (2008) verwiesen.

Table 5.6: *Inhalte der KIDNET-Sitzungen nach Ruf et al. (2008).*

Sitzung	Inhalte
1	- Psychoedukation und Lifeline
2	- Erneutes Legen der Lifeline - Beginn der Narration mit Geburt, Fortsetzung der Narration und Bearbeiten der ersten „Hot Spots“
3 – 7	- Erneutes Legen der Lifeline - Vorlesen der bisher erarbeiteten Narration - Fortsetzen der Narration, dabei Fokussierung auf die traumatischen Erlebnisse in der Lebensgeschichte
8	- Lifeline und Zukunftsblumen für Hoffnungen und Wünsche - Letztmaliges Vorlesen der Narration und Einfügen der Hoffnungen und Wünsche für die Zukunft in die Narration - Unterschreiben und Übergeben der Narration

Die Wirksamkeit der KIDNET konnte erstmals durch eine Untersuchung in einem Flüchtlingslager in Uganda ($N = 6$) im Rahmen eines Pilotprojektes mit sehr kleiner Probandenzahl erwiesen werden (Onyut, Neuner, Schauer, Ertl, Odenwald et al., 2005). Auch mit Flüchtlingskindern in Deutschland ($N = 25$, $M = 11.4$) bestätigte sich die Effektivität. Dabei fanden die Forscher nach der KIDNET erhebliche Verbesserungen in den PTBS-Symptomen mit signifikanter Reduzierung der Belastung (Ruf, Schauer, Neuner, Catani & Elbert, 2006). Eine dritte Untersuchung ($N = 26$) verglich die Behandlung anhand KIDNET mit *interpersonaler Psychotherapie* (IPT) in ruandischen Waisen. Dabei erhielt die KIDNET-Gruppe zum Abschluss eine individuelle Sitzung zur Trauerbearbeitung. Die narrative Therapie erzielte signifikant bessere Ergebnisse nach der Behandlung sowie in einer Follow-up-Untersuchung. Sechs Monate nach Abschluss zeigten noch 71% der IPT-Gruppe das Vollbild einer PTBS im Gegensatz zu 25% der mit KIDNET behandelten (Schaal et al., 2009). Ein ähnliches Design ($N = 21$) in Sri Lanka fand keine signifikante Überlegenheit der KIDNET im Vergleich zu Meditation/ Relaxation. Beide Gruppen zeigten starke Symptomverbesserungen, die über sechs Monate stabil blieben (Catani, Kohiladevy, Ruf, Schauer, Elbert et al., 2009).

Die besondere Eignung der KIDNET für Nachkriegstraumata und für die Durchführung in anderen Kulturen konnten die Forscher bisher fundiert bestätigen. Untersuchungen zu der Kurzzeitintervention außerhalb des Kriegsrahmens stehen noch aus, so dass KIDNET als ein speziell in Krisenstaaten einsetzbares Verfahren bezeichnet werden kann. Obwohl der Fokus auf der Schulung lokaler Psychologen liegt, ist die Reichweite besonders in von Bürgerkriegen betroffenen Regionen – in denen ein großer Teil der zivilen Bevölkerung potenziell traumatisiert ist – nicht ausreichend. Eine Kombination aus einer kultursensiblen, für Entwicklungsländer geeigneten Intervention mit einer einfachen, viele Menschen erreichenden Schreibintervention wird in nachfolgender Behandlungsstudie dargestellt und auf ihre Wirksamkeit überprüft.

6 UNTERSUCHUNG TEIL 2: EFFEKTIVITÄT DES SCHREIB-PARADIGMAS IN DER BEHANDLUNG KOMPLIZIERTER TRAUER

Wie ich bereits in Abschnitt 4 angeschnitten habe, wurde neben der epidemiologischen Erhebung mit den ruandischen Jugendlichen eine Kurzzeit-Schreibintervention nach dem *Emotional Disclosure Paradigm* (EDP) durchgeführt. Dass pathologische Formen der Trauer zu den psychischen Folgen des Völkermordes in Ruanda zählen, wurde in dieser Arbeit und durch einige Publikationen bereits belegt (z.B. Jacob, 2010; Schaal et al., 2010). Was bleibt, ist die Frage nach der Behandlung der KT. Bisherige Ergebnisse – vgl. Unterpunkt 5 – zeigen keine konsistent positiven Auswirkungen des Schreibauftrags, wie Pennebaker ihn 1986 erstmals formulierte, auf die Verarbeitung von Trauer. Studien mit Kindern zu diesem Thema blieben bisher aus, solche mit Jugendlichen sind rar (Lichtenthal & Cruess, 2010; Kovac & Range, 2000; Range et al., 2000). Die Ziele dieser Untersuchung mit Waisen, die den Genozid 1994 überlebten, sowie die konkreten Hypothesen werden nachfolgend abgehandelt. Anschließend stelle ich die Methode dar, worauf die Ergebnisse folgen. Die Diskussion der Untersuchung bildet den Abschluss dieses Abschnitts.

6.1 ZIELVORSTELLUNG UND HYPOTHESEN

Mit vorliegender Arbeit bemühen wir uns, eine Schreibintervention speziell für Kinder und Jugendliche zu untersuchen, die von einem bedeutsamen Verlust betroffen sind. Aufgrund der besonderen Vulnerabilität von Waisen (z.B. Boris et al., 2008) und den Risiken eines gewaltsamen oder unerwarteten Verlustes (z.B. Nader, 1997) erscheint ein Intervenieren notwendig. Zusätzlich belegt wird dies durch die in Abschnitt 4 festgestellten Beeinträchtigungen. Bedingt durch begrenzte personelle und zeitliche Ressourcen konnte keine Psychotherapie im Sinne von etwa KIDNET (Ruf et al., 2008) durchgeführt werden. Wir griffen daher auf das Schreibparadigma nach Pennebaker und Beall (1986) zurück, dessen Wirksamkeit es hier zu überprüfen gilt. Dieser Abschnitt der Arbeit zielt darauf ab:

- (a) die Symptomreduktion von KTK, Depression und Suizidgedanken sowie Funktionsbeeinträchtigung anhand des EDP zu untersuchen (= Untersuchungsgruppe, UG).

- (b) die Ergebnisse des EDP im Vergleich zu einer trivialen Schreibgruppe (TS) zu betrachten.
- (c) die Ergebnisse des EDP im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (KG) ohne Schreibauftrag zu betrachten.
- (d) Effektstärken für die daraus resultierenden Ergebnisse zu berechnen.
- (e) Moderatoren des Therapieerfolgs ausfindig zu machen.

6.1.1 Hypothesen Therapieeffektivität

Folgende Annahmen lassen sich auf Basis der aufgearbeiteten Theorie (Abschnitt 5) aus den Zielvorstellungen formulieren.

Hypothese 1: Das EDP ermöglicht eine signifikante Reduktion der Symptomschwere von KTK (Frattaroli, 2006; Wagner & Maercker, 2008).

Hypothese 2: Das EDP zeigt sich überlegen verglichen mit der trivialen Schreibgruppe (Lichtenthal & Cruess, 2010; Smyth, 1996), wobei sich deren Symptome auch verringern (van der Houwen et al., 2010; Lichtenthal & Cruess, 2010).

Hypothese 3: Das EDP ist wirksamer als eine nicht schreibende Kontrollgruppe (Lichtenthal & Cruess, 2010), wobei sich ebenso die Schwere der Trauer in der KG reduziert.

Hypothese 4: Außerdem zeigen sich Symptomreduktionen in weiteren klinischen Symptomen durch das EDP: Depression und Suizidgedanken (Frisina, 2004; Lepore, 1997; Range et al., 2000; Wagner & Maercker, 2008).

Hypothese 5: Zudem erwarten wir eine Verbesserung des Funktionsniveaus aufgrund des EDP (Frattaroli, 2007; Pennebaker, 1997).

Hypothese 6: Die Symptome der Trauer und der Depression reduzieren sich durch die Schreibintervention stärker bei Personen mit Verdachtsdiagnose KTK resp. Depression als bei solchen ohne – im Sinne eines Vergleichs Prävention versus Intervention (Wittouck et al., 2011).

6.1.2 Hypothesen Moderatoren des Therapieerfolgs

Anhand einer breiten theoretischen Grundlage, welche ich unter anderem aus den Metaanalysen von Rosner et al. (2010) oder Frattaroli (2006) bilden konnte, ist es

möglich, einige potenzielle Moderatoren des Therapieerfolgs zu formulieren. Ein Moderator beeinflusst den Zusammenhang zwischen zwei Variablen (Bühner & Ziegler, 2009). Er soll dabei helfen, Situationen oder Merkmale zu identifizieren, welche zur Effektivität der Intervention beitragen. Auch können Faktoren ausgemacht werden, die möglicherweise gar eine schädigende Wirkung nach sich ziehen, also den Zusammenhang zweier Variablen schwächen oder negativieren. Auf lange Sicht kann somit zur Verbesserung der Behandlung beigetragen sowie Hilfe effektiv und evidenzbasiert an Betroffene weiter gegeben werden. Die nachfolgenden Hypothesen konnten aus der bisherigen Forschung abgeleitet und auf diese Untersuchung übertragen werden.

Hypothese 7: Die Symptomschwere beeinflusst den Therapieerfolg insofern, als dass schwerwiegendere Symptome zu einer höheren Effektivität führen (Currier et al., 2007; Rosner, Lumbeck & Geissner, 2011; Rosner et al., 2010; Schut et al., 2001).

Hypothese 8: Die Hypothese der Schwere der Symptome wird weiterhin auf den Depressionsindex übertragen. Das heißt, die Höhe des Depressionsscores nimmt Einfluss auf den Ausgang der Trauertherapie (Frattaroli, 2007).

Hypothese 9: Das Alter von Versuchsteilnehmern erwies sich bisher als uneindeutiger Moderator. Es liegen sowohl Studien vor, die ein höheres Alter der Kinder als effektiver beschreiben (Sandler et al., 2003) als auch solche, die junges Kindesalter und hohes Jugendalter (Pfeffer et al., 2002) berichten. Die Annahme verbleibt daher zunächst ungerichtet.

Hypothese 10: In seiner Metaanalyse fand Smyth (1996), dass Schreibstudien mit größtenteils Männern höhere Effektstärken erbrachten als Studien mit überwiegend Frauen (auch Schut et al., 1997). Das Geschlecht übernimmt also ebenfalls eine moderierende Rolle beim Erfolg der Intervention. Aufgrund von Belegen, die auch konträre Ergebnisse lieferten (Guinther et al., 2003; Sandler et al., 2003), soll auch diese Hypothese explorativ formuliert werden.

Hypothese 11: Bei Probanden, die den Verlust erwartet haben, wird angenommen, dass die Therapie weniger starke Effekte erzielt (Pennebaker, 1997), da von einem überraschenden Verlust verstärkte Belastung zu erwarten ist.

Hypothese 12: Wir gehen davon aus, dass sich eine unausgesprochene Belastung – im Sinne von Inhibition – auf den Zusammenhang von Behandlung und Ausgang auswirkt (Frattaroli, 2007). Somit wird das fehlende Hilfesuchverhalten vor der Intervention als Moderator der Wirksamkeit des EDP vermutet.

6.2 METHODE

Die Minimalintervention nach dem EDP fand im Anschluss an die Untersuchung statt, deren Ergebnisse sich unter Punkt 4 finden. Die Probanden der Interventionsstudie sind also die gleichen Jugendlichen, die auch zur Erhebung von KTK befragt wurden. Zunächst wird nun das Vorgehen beschrieben, wobei ich auch näher auf das Gruppendesign eingehe. Anschließend finden sich Bemerkungen zum Schreibauftrag, worauf die Datenauswertung erklärt wird.

6.2.1 Durchführung der Untersuchung

Im Kontext des oben beschriebenen Aufenthalts in Ruanda leitete ich auch die Schreibintervention mit den jugendlichen Waisen. Im Zeitrahmen von insgesamt fünf Wochen im Mai und Juni 2009 fanden die Prä-Erhebung, die Schreibtermine sowie die Post-Erfassung statt – insgesamt also fünf Sitzungen für die Probanden. Die Genehmigung zur Durchführung sowie für die Teilnahme der Jugendlichen wurde wiederum durch die Schul- und Heimleitung von ESKM (Alexia Nkurunziza) und HJSK (Bonna Tumuyahirwe) bestätigt. Für die Sitzungen standen die Aufenthaltsräume der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung, so dass jeder Proband an einem eigenen Tisch seine Aufgabe ausführen konnte, allerdings gleichzeitig mit anderen Schreibenden. Der Zeitpunkt wurde jeweils nach den Unterrichts- und Freizeitverpflichtungen der Teilnehmer gewählt. Immer im Abstand von einer Woche legte ich eine halbe Stunde am späten Nachmittag oder frühen Abend fest. Der genaue Ablauf in den Schreibgruppen war folgender: Die Probanden trafen am vereinbarten Ort ein, holten sich vom Testleiter Papier, Stift und Schreibauftrag und suchten sich einen Platz zu schreiben. Nach Ablauf der Zeit – die komplett genutzt werden sollte, aber nicht erzwungen wurde – warfen sie ihre beschriebenen Blätter in eine Holzbox mit Vorhängeschloss. Dieses Vorgehen wird von Pennebaker (1997) empfohlen, um die Anonymität und Sicherheit zu unterstreichen. Ein Bild dazu findet sich im Anhang C.

6.2.2 Stichprobe und Gruppendesign

Alle 69 Teilnehmer aus der Untersuchung Teil 1 wurden in die Intervention integriert und durch Randomisierung den Gruppen zugeteilt. Auf eine erneute Beschreibung der Stichprobe verzichte ich daher, die Informationen zu den Probanden sind dem Abschnitt 4.2.2 zu entnehmen. Die Untersuchungsgruppen werden aber nachfolgend

auf Unterschiede hin überprüft. Um evidenzbasierte Aussagen zum EDP mit trauernden Jugendlichen zu gewährleisten, teilte ich die Waisen zufällig einer von drei Gruppen zu, unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht. Dabei sollte eine die klassische Schreibaufgabe nach dem Pennebaker-Paradigma bearbeiten (UG bzw. EPD, Behandlungsgruppe), eine weitere über eine triviale Freizeitthematik schreiben (TS, Kontrollgruppe 1) (Pennebaker & Beall, 1986) und die dritte Gruppe erhielt keinen Schreibauftrag (KG, Kontrollgruppe 2).

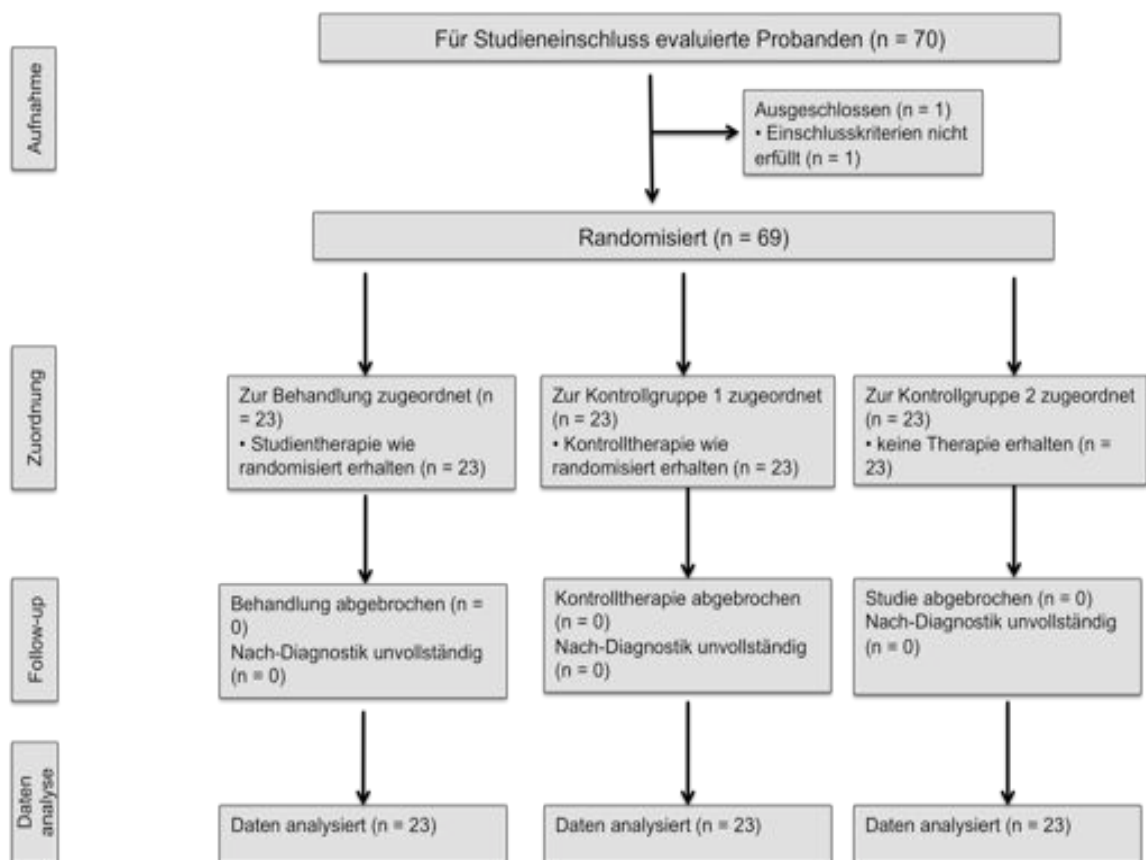


Abbildung 6.1: Flussdiagramm für die eingeschlossenen Probanden im Verlauf der randomisierten Studie (angelehnt an das CONSORT Statement, 2001).

Die KG ohne Auftrag rechtfertigt sich insofern, als dass bisherige Arbeiten nicht eindeutig eine Wirksamkeit von Interventionen bei KTK oder deren Verdacht belegen. Die KG bietet die Möglichkeit zu analysieren, ob kein Eingreifen die bessere Alternative in der Trauerarbeit darstellt. Abbildung 6.1 veranschaulicht das genaue Design. Um es den Jugendlichen zu erleichtern, sich ihre Versuchspersonennummer und ihren nächsten Termin zu merken, erhielten sie bunte Plättchen in unterschiedlichen Formen mit ihrer individuellen Nummer (UG = Schmetterling, TS = Herzen,

KG = Blumen). Zusätzlich war an den Plättchen ein Zettel befestigt, der Zeit und Ort der nächsten Sitzungen enthielt (Bilder dazu siehe Anhang C). Zur Überprüfung der zufälligen Gruppenzusammenstellung wurden die Probanden der drei Untersuchungsbedingungen auf Unterschiede hin analysiert. In Tabelle 6.1 finden sich die Informationen zur Verteilung des Alters, Geschlechts, der Religionszugehörigkeit, des Wohnorts, der Jahre des Schulbesuchs sowie Informationen zu den Verlusten nach Gruppen. Dazu berechnete ich Kreuztabellen mit χ^2 -Statistik für kategoriale Merkmale resp. Varianzanalysen für kontinuierliche Variablen. Bei der Betrachtung der Statistiken wird ersichtlich, dass in keinem der Merkmale die Homogenitätsannahme verworfen werden muss. Die Gruppen unterscheiden sich in keiner der untersuchten Variablen überzufällig.

Tabelle 6.1: Soziodemografische Charakteristika der Untersuchungs-, trivialen Schreib-, Kontrollgruppe, Gruppenvergleich und α -Fehlerwahrscheinlichkeit.

M/ %	UG (N = 23)	TS (N = 23)	KG (N = 23)	Statistik	p
Alter	16.30	16.30	16.30	$F = .000$	1.00
Geschlecht				$\chi^2 = .000$	1.00
weiblich	47.8%	47.8%	47.8%		
männlich	52.2%	52.2%	52.2%		
Religion		100%	78.3%	$\chi^2 = 7.869$	.096
Katholisch	73.9%	0%	8.7%		
Protestantisch	17.4%	0%	13%		
Andere	8.7%				
Wohnort				$\chi^2 = 2.203$	.332
Verwandte	60.9%	47.8%	39.1%		
Waisendorf	39.1%	52.2%	60.9%		
Schuljahre	8.17	8.00	7.87	$F = .603$	.550
Verlust				$\chi^2 = 2.643$	.619
Mutter	8.7%	4.3%	4.3%		
Vater	30.4%	52.2%	47.8%		
Beide	60.9%	43.5%	50.7%		
Grund des Todes				$\chi^2 = 5.261$	.511
Mord	78.3%	73.9%	69.6%		
Unfall	0%	0%	8.7%		
Krankheit	21.7%	21.7%	17.4%		
Andere	0%	4.3%	4.3%		
Erwartung des Todes				$\chi^2 = .000$	1.00
Ja	17.4%	17.4%	17.4%		
Nein	82.6%	82.6%	82.6%		
Verstorbener sprach über Tod				$\chi^2 = .318$	.853
Ja	8.7%	13%	8.7%		
Nein	91.3%	87%	91.3%		

Anmerkung. $\alpha = 0.05$.

Als nächsten Schritt verglich ich die mittleren Summenscores zu Testzeitpunkt 1 des *Trauerfragebogens für Kinder und Jugendliche* (TFKJ) sowie des *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) *kid Teil A* für die drei Schreibgruppen. Die Ergebnisse sind Tabelle 6.2 zu entnehmen. Im TFKJ finden sich signifikante Gruppenunterschiede ($F(1, 69) = 3.317, p = 0.042$), mit einer Effektstärke von $\eta^2 = 0.091$, was einem moderaten Effekt entspricht. Die Varianzen im Depressionstest zwischen den Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant ($F(1, 69) = 1.258, p = 0.291$).

Tabelle 6.2: Mittlere Summenwerte der Untersuchungs-, trivialen Schreib-, Kontrollgruppe auf TFKJ und M.I.N.I. *kid A*.

Mittelwert (M)	UG (N = 23)	TS (N = 23)	KG (N = 23)	Statistik	<i>p</i>
TFKJ	92.09	73.04	69.91	$F = 3.317$	.042
M.I.N.I. <i>kid A</i>	18.83	14.04	15.70	$F = 1.258$	.291

Anmerkung. $\alpha = 0.05$.

6.2.3 Schreibauftrag und angewandte Verfahren

Je nach Gruppenzugehörigkeit wurden verschiedene Schreibaufgaben an die Probanden herangetragen, die sie in drei Durchgängen im Abstand von je einer Woche bearbeiten sollten. Die Einteilung und die Personenmerkmale wurden bereits behandelt, ebenso die Durchführung der Untersuchung als Ganzes. Folgende Abbildung 6.2 beinhaltet die Schreibaufträge auf Englisch für beide Gruppen. Die Inhalte wurden auf Kinyarwanda übersetzt und anschließend blind rückübersetzt. Dazu zog ich die gleichen Übersetzer heran, wie für die Testinstrumente, die unter 4.2 genannt sind – den Studenten des KIST Richard Muhire für den ersten und den Englischlehrer Claudien Gasasira für den zweiten Durchlauf. Die Jugendlichen waren aufgefordert, in ihrer Muttersprache Kinyarwanda zu schreiben. In der UG ist die Anlehnung an Pennebakers Schreibparadigma sehr stark erkennbar, die Anweisungen sind teilweise aus seinem Manual zitiert (Pennebaker, 1997). Das Thema für die Schreibgruppe ohne emotionale Öffnung wurde aufgrund der Alltagsrelevanz der Schüler gewählt. Jeden Nachmittag nach Schulschluss finden Freizeitangebote für die Jugendlichen statt, entweder im Internat oder im Waisendorf. Dabei kann es sich um verschiedene Ballsportarten handeln oder auch um den Kirchenchor oder Bibelstunden. Alle Probanden waren also in der Lage, etwas zu dem Thema zu schreiben.

Schreibauftrag Untersuchungsgruppe

Getting ready to write

Find a place where you won't be disturbed. You can stay here in the classroom or go outside and find some quiet place for you.

Promise yourself that you will write for 30 minutes without interruption.

Once you begin writing, write continuously. Don't worry about spelling or grammar – nobody will check what you wrote. If you run out of things to write about, just repeat what you have already written.

What to write about

In the next 30 minutes, I want you to write about your deepest emotions and thoughts about your deceased beloved person. Really let go and explore your feelings and thoughts about it. In your writing, you might tie this experience (death of that person) to your childhood, your relationship with others, people you have loved or love now, or even to school. How is this experience related to who you would like to become, who you have been in the past, or who you are now?

Whatever you choose to write about, however, it is important that you really let go and explore your very deepest emotions and thoughts.

For example you can write about:

Something that you are thinking or worrying about.

Something that you are dreaming about.

Something that you feel is affecting your life in an unhealthy way.

Something that you have been avoiding for days, weeks, or years.

After writing

After 30 minutes I will ring the gong (bell). Then you come back into the classroom and put your paper into the locked box. Remember: Nobody will read what you wrote!

Schreibauftrag triviale Schreibbedingung

Getting ready to write

Find a place where you won't be disturbed. You can stay here in the classroom or go outside and find some quiet place for you.

Promise yourself that you will write for 30 minutes without interruption.

Once you begin writing, write continuously. Don't worry about spelling or grammar- nobody will check what you wrote. If you run out of things to write about, just repeat what you have already written.

What to write about

In the next 30 minutes, I want you to write about your favorite activity in your free time. Really let go and explore your feelings and thoughts about it. How important is this activity for you and why do you enjoy it so much?

For example you can write about:

Something that you like to play, like a game or a sport.

Something that you like to do on your own, like reading or listening to music.

Something that you would love to learn, like to dance like a music-star.

After writing

After 30 minutes I will ring the gong (bell). Then you come back into the classroom and put your paper into the locked box. Remember: Nobody will read what you wrote!

Abbildung 6.2: Schreibauftrag für die Untersuchungsgruppe nach dem EDP und für die triviale Schreibgruppe, angelehnt an Pennebaker (1997).

Mit meiner Betreuerin Prof. Rita Rosner wurde vereinbart, dass die Inhalte auch wirklich nicht gelesen werden sollten. Dies war auf folgenden Faktoren begründet: Zunächst stehen natürlich die Glaubwürdigkeit und das Vertrauen im Vordergrund. Diese Eigenschaften, die mir glücklicherweise entgegen gebracht wurden, sollten nicht verletzt werden. Weiterhin lernen die Waisen zwar Englisch in der Schule, jedoch als dritte Sprache nach Kinyarwanda und Französisch, weshalb wir uns entschieden, die Probanden in der Muttersprache schreiben zu lassen. Um die Texte auszuwerten, wären aufwendige Übersetzungen und zudem Supervisionen für die Übersetzer notwendig geworden. Letzteres aus dem Grund – und das stellt die dritte Ursache dar – weil in den Schriften zum EDP höchst belastende Inhalte verarbeitet werden sollten, die sowohl die Übersetzer als auch die Testleiterin möglicherweise sekundären Stressoren ausgesetzt hätten. Ressourcen, um diesen Belastungen zu begegnen, waren am Ort der Durchführung nicht vorhanden. Somit wurden die Texte nach Abschluss der Intervention aus Gründen des Datenschutzes vernichtet. Zwei Exemplare aus jeder Schreibbedingung verblieben unübersetzt bei mir (siehe Anhang D).

Zur Erhebung der Symptome nach der Minimalintervention zogen wir wiederum den TFKJ und den M.I.N.I. kid A heran (vgl. 4.2.3). Neben Symptomen der KT und MD werden darin Merkmale der Funktionsfähigkeit und des bisherigen Hilfesuchverhaltens abgefragt. Fragen zur soziodemografischen Information wurden weggelassen. In ihrer oben ausgewerteten Testung erwiesen sich die Instrumente als reliabel und valide in übersetzter Form auf Kinyarwanda (vgl. 4.3).

6.2.4 Datenauswertung

Ich nutzte wiederum das Programm *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; Version 19.0, 2011) für Macintosh zur Analyse meiner Untersuchung. Zur Berechnung der Effektstärke Cohen's d zog ich das Programm *Microsoft Excel* (Version 12.2.3, 2008) für Macintosh heran. Statistische Tests habe ich zweiseitig durchgeführt und Ergebnisse ab einem p -Wert von < 0.05 Ergebnisse als signifikant angenommen.

6.3 ERGEBNISSE DER RANDOMISIERTEN INTERVENTIONSSTUDIE

Bezogen auf die oben aufgestellten Hypothesen, sollen nun die Analysen der Kurzzeituntersuchung dargestellt und ausgewertet werden. Mithilfe von Selbstauskunftsfragebögen zu KTK (TFKJ) und Depression (M.I.N.I. kid A) können die klinischen Syndrome einem Vorher-Nachher-Vergleich unterzogen werden. Wir erhalten dadurch einen Längsschnitt von fünf Wochen. Die Ergebnisse sollen Aufschluss darüber geben, ob die Schreibarbeit nach dem EDP effektiv ist im Sinne einer Reduktion der Symptomschwere. Vor den Ergebnissen eines jeden Punktes werden kurz das analytische Vorgehen und die eingesetzten statistischen Methoden dargestellt.

6.3.1 Symptomreduktion unkontrolliert

Angelehnt an die Idee unkontrollierter Pilotstudien wollen wir zunächst nur die Ergebnisse der EDP-Gruppe betrachten. Alle 23 Probanden der UG füllten die notwendigen Informationen im TFKJ und im M.I.N.I. kid Teil A zu beiden Testzeitpunkten aus. Im Zuge dieser Befragung wurden auch Suizidgedanken (M.I.N.I.) und die Funktionsfähigkeit (TFKJ) erhoben. Für die Veränderung der Ausprägungen auf allen untersuchten klinischen Variablen führte ich eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung durch. Damit sollen die Mittelwerte zu den beiden Zeitpunkten verglichen werden. Zum Vergleich lassen sich anhand der ANOVAs F -Statistiken berechnen, die sodann auf Signifikanz überprüft werden. Weiterhin soll aber auch die Größe des Effektes ersichtlich werden, was anhand der Effektstärke (ES) partielles η^2 (η^2) gelingt. Die Interpretation dieses Maßes geschieht wie folgt (Cohen, 1988): $\eta^2 > .01$ gilt als kleiner, $\eta^2 > .06$ als moderater und $\eta^2 > .14$ als großer Effekt. Die Voraussetzungen zur Durchführung der ANOVA bilden nach Bühner und Ziegler (2009) folgende Punkte:

- Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen (AV)
- Normalverteilung der AV zu jedem Messzeitpunkt
- Homogenität der Varianzen und Kovarianzen
- Unabhängigkeit der Beobachtungen
- Balanciertheit des Designs

Sowohl bezüglich des Intervallskalenniveaus – welches gegeben ist – als auch der Normalverteilung, kann die Varianzanalyse als sehr robust angesehen werden (Bühner & Ziegler, 2009). Die Untersuchung der Sphärizität, üblicherweise anhand eines

Mauchly-W-Tests, bleibt in unserem Design unnötig. Aufgrund der zwei Ebenen der Messwiederholung entsteht nur eine Kovarianz, die sich somit nicht von einer weiteren unterscheiden kann. Die Unabhängigkeit kann durch die randomisierte Zuordnung zu den verschiedenen Gruppen als gegeben betrachtet werden. Unter Balanciertheit des Designs verstehen Bühner und Ziegler (2009), dass für jeden Probanden die Werte für alle Zeitpunkte vorliegen, was in unserem Sample der Fall ist. Die ANOVA kann nach diesen Angaben problemlos durchgeführt werden.

6.3.1.1 Komplizierte Trauer

Inwiefern sich der Schweregrad der KTK in den Probanden der UG verändert hat, lässt sich aus Tabelle 6.3 entnehmen. Auch das Ergebnis der Analyse auf statistisch relevante Unterschiede findet sich dort.

Tabelle 6.3: *Summenscore auf dem TFKJ der UG zu Prä- und Posterhebung.*

	M_{t1} (SD)	M_{t2} (SD)	Statistik	p	η²
TFKJ Summenscore	92.09 (32.55)	87.61 (32.56)	<i>F</i> = 2.306	.143	.095

Es ist zu sehen, dass sich die Symptomschwere in den Jugendlichen zahlenmäßig über die Zeit reduzierte ($M_{t1} = 92.09$, $SD = 32.55$ versus $M_{t2} = 87.61$, $SD = 32.56$). Das statistische Maß konnte jedoch keine Signifikanz aufweisen ($F(1, 23) = 2.306$, $p = 0.143$). Dennoch zeigt sich die Effektstärke der Berechnung mit $\eta^2 = 0.095$ im moderaten Bereich. Die Veränderung der Symptomschwere ist auch in Abbildung 6.3 dargestellt.

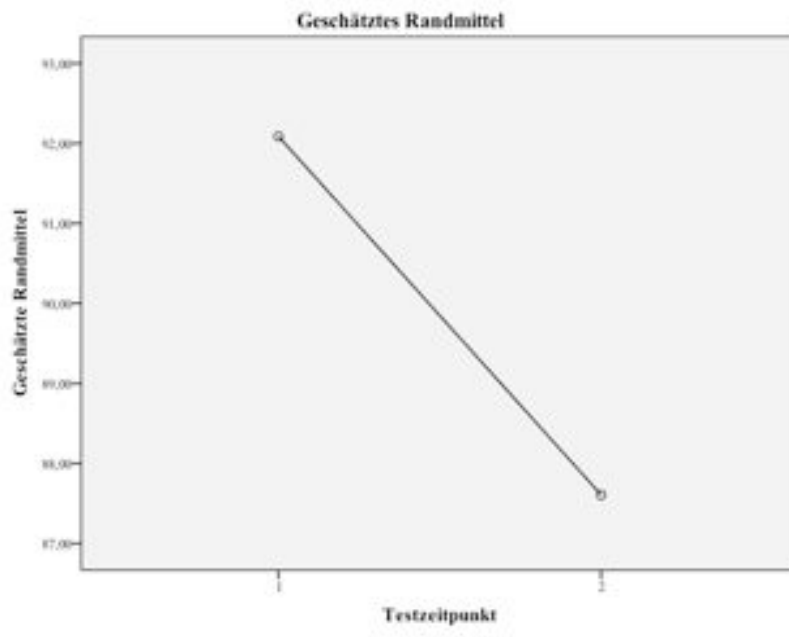


Abbildung 6.3: TFKJ-Summenscore der UG zu Prä- und Posterhebung.

6.3.1.2 Depression

Betrachtet man nur die UG hinsichtlich der Schwere ihrer Depressionssymptome, so erkennt man, dass sich der Summenscore auf dem M.I.N.I. kid A durchschnittlich erhöht hat. Dies ist aus Tabelle 6.4 zu erfahren. In der Summe sind auch die Suizidgedanken enthalten, welche der Teil A des Interviews mit nur einem Item abfragt und daher nicht separat ausgewertet werden dürfen.

Tabelle 6.4: Summenscore auf dem M.I.N.I. der UG zu Prä- und Posterhebung.

	M_{t1} (SD)	M_{t2} (SD)	Statistik	p	η²
M.I.N.I. Summenscore	18.82 (10.64)	20.61 (11.40)	$F = 1.668$	.210	.070

Während der gemittelte Wert über die Probanden hinweg zu Testzeitpunkt 1 bei $M = 18.82$ ($SD = 10.64$) lag, stieg er zur Post-Erfassung auf $M = 20.61$ ($SD = 11.40$) an. Ersichtlich wird dies auch in Abbildung 6.4. Der Unterschied erreicht nicht annähernd Signifikanz ($F(1, 23) = 1.668, p = 0.210$). Die Effektstärke des Symptomanstiegs liegt im moderaten Bereich ($\eta^2 = 0.070$).

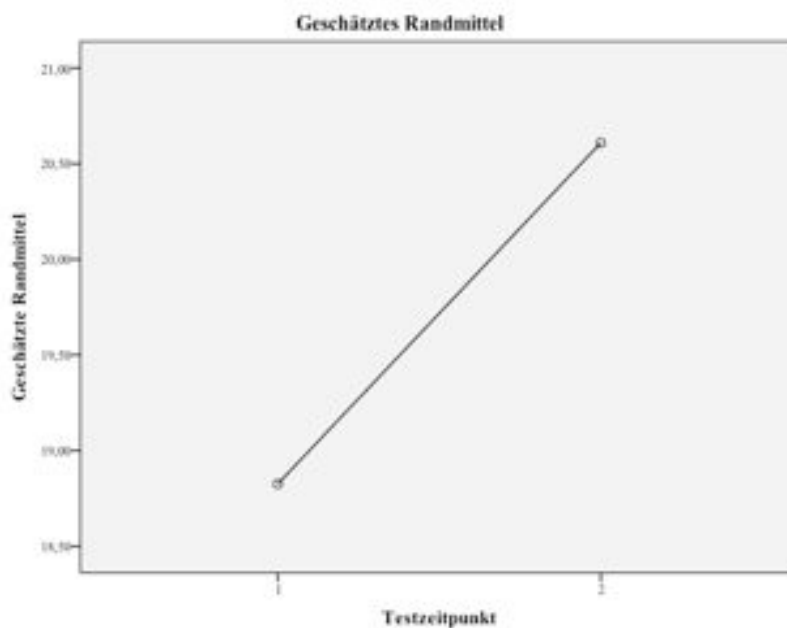


Abbildung 6.4: M.I.N.I.-Summenscore der UG zu Prä- und Posterhebung.

6.3.1.3 Funktionsbeeinträchtigung

Die dichotomen Items zum Niveau der Funktionsfähigkeit wurden aufsummiert und zu den beiden Testzeitpunkten verglichen. Tabelle 6.5 beinhaltet die Ergebnisse dazu. Zwar lässt sich den Zahlen nach ein sehr kleiner Rückgang der Beeinträchtigung feststellen von Messzeitpunkt 1 ($M = 2.78$, $SD = 1.57$) zu Messzeitpunkt 2 ($M = 2.74$, $SD = 1.86$), der F-Test mit sehr kleinem Wert zeigte sich aber nicht signifikant ($F = 0.016$, $p = 0.900$). Die ES liegt bei nahezu Null ($\eta^2 = 0.001$).

Tabelle 6.5: Summenscore zur Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der UG zu Prä- und Posterhebung.

	M_{t1} (SD)	M_{t2} (SD)	Statistik	p	η^2
M.I.N.I. Summenscore	2.78 (1.57)	2.74 (1.86)	$F = 0.016$	.900	.001

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (einseitig).

6.3.2 Symptomreduktion kontrolliert: Drei-Gruppen-Design

Um die Aussagen zur Symptomreduktion fundiert analysieren zu können, wurde mit einem randomisierten Design gearbeitet. Die drei Gruppen lieferten Längsschnittdaten zu der Symptomschwere auf dem TFKJ. Im Zuge einer 2 (prä, post) x 3 (UG, TS, KG) ANOVA mit Messwiederholung können sowohl die Effekte über die Zeit als auch der Interaktion Gruppe x Zeit analysiert werden.

Folgende Voraussetzungen bedürfen der Erfüllung bei der Durchführung des gemischten Designs: Das Intervallskalenniveau der AV, die Normalverteilung der Messwerte in allen Teilstichproben, die Homogenität der Gruppenvarianzen sowie der Varianzen und Kovarianzen der Messwiederholungen (Sphärizität) und die Balanciertheit des Designs (Bühner & Ziegler, 2009). Die AV – in unserem Falle der jeweilige Summenscore zu t_2 – ist intervallskaliert und erfüllt somit die Bedingung. Laut Bühner und Ziegler (2009) ist auch die zweifaktorielle ANOVA sehr robust gegen die Verletzung der ersten beiden Voraussetzungen, solange die Teilstichproben gleich groß sind; dies ist gegeben. Die Homogenitätsannahme der Gruppenvarianzen überprüft der *Levene-Test*, welcher für die einzelnen klinischen Syndrome gesondert betrachtet werden muss und bei einem signifikanten Ergebnis für eine vorliegende Heterogenität spricht. Die weiteren Punkte entsprechen den Voraussetzungen der einfaktoriellen ANOVA, wie unter 6.3.1 aufgeführt. Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Daten für die Durchführung einer zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung geeignet sind.

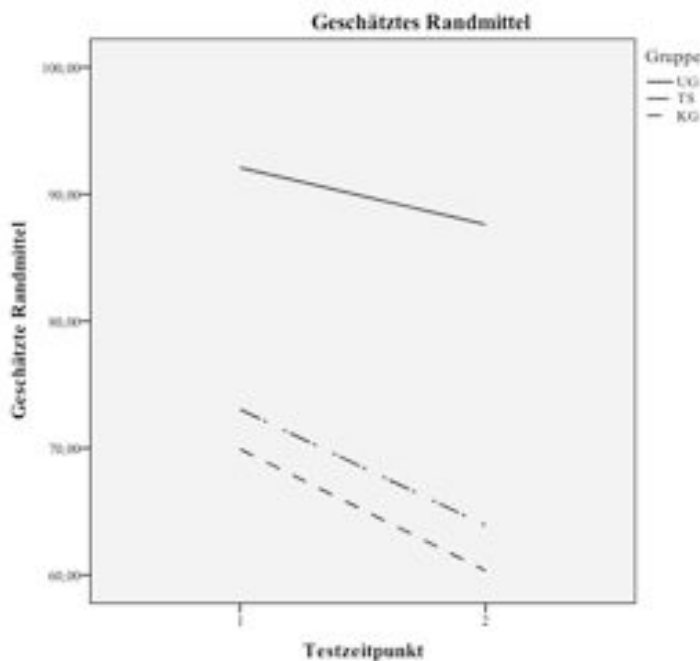
6.3.2.1 Komplizierte Trauer

In Tabelle 6.6 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen nach Gruppen für die beiden Testzeitpunkte aufgeführt. Der Schweregrad der komplizierten Trauersymptome reduzierte sich im Mittel über alle Gruppen hinweg. Die Ergebnisse der UG wurden bereits unter 6.2.1 ausführlich betrachtet ($\eta^2 = 0.095$). Der TS konnten folgende Mittelwerte zugeordnet werden: $M_{t1} = 73.04$ ($SD = 31.81$) vs. $M_{t2} = 63.91$ ($SD = 34.93$). Die gemittelten Summenscores der KG zum ersten Testzeitpunkt lagen bei $M = 69.91$ ($SD = 30.41$) und zur Post-Erhebung bei $M = 60.34$ ($SD = 30.11$). In der einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung zeigten sowohl die TS ($F(1, 23) = 4.792$, $p = 0.039$) als auch die KG ($F(1, 23) = 4.592$, $p = 0.043$) signifikante Reduktionen auf dem Summenscore des TFKJ. Die ES betragen dabei für die TS $\eta^2 = 0.179$ und für die KG $\eta^2 = 0.173$ – damit liegen beide im hohen Bereich.

Tabelle 6.6: *Summenscore auf dem TFKJ der UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.*

	UG (N=23)		TS (N=23)		KG (N=23)	
	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)
Summe TFKJ	92.09 (32.55)	87.61 (32.56)	73.04 (31.81)	63.91 (34.93)	69.91 (30.41)	60.34 (30.11)

Eines unserer Anliegen ist es aber zu analysieren, ob die Varianzen zufällig oder aufgrund der Zeit resp. der Untersuchungsbedingung zustande kommen. Dazu führte ich oben erwähntes gemischtes Design durch, in welchem sich auch die Voraussetzung der Homogenität der Gruppenvarianzen als gegeben zeigte. Folgende Ergebnisse folgten: Der Zeiteffekt erwies sich als hochsignifikant ($F(1, 69) = 11.671, p = 0.001$), wohingegen die Wechselwirkung Gruppe und Zeit keine Signifikanz erreichte ($F(2, 69) = 0.518, p = 0.598$).

**Abbildung 6.5:** *TFKJ-Summenscore der Gruppen zu Prä- und Posterhebung.*

Die Symptomreduktion von KTK je Gruppe von t_1 zu t_2 ist in Abbildung 6.5 veranschaulicht und verdeutlicht auch die fehlende Wechselwirkung zwischen den Gruppen bzw. Zeitpunkten; es handelt sich um annähernd additive Effekte. Die ES des Zeiteffekts war hoch mit $\eta^2 = 0.150$, die der Wechselwirkung lag bei $\eta^2 = 0.015$ – ein sehr kleiner Effekt. Berechnet man die gleiche Analyse ohne die vier Items, die in

Untersuchung 1 als wenig trennscharf aufgefallen sind, so bleiben die Ergebnisse annähernd gleich. Es findet sich ebenso ein signifikanter Haupteffekt für die Zeit ($F = 10.541, p = 0.002$) mit einer großen ES ($\eta^2 = 0.138$). Ich konnte aber wie oben keine statistisch überzufällige Wechselwirkung feststellen ($F = 0.366, p = 0.695$).

6.3.2.2 Depression

Auch zur Depression – eingeschlossen die Suizidgedanken – führte ich die 2 x 3 ANOVA mit Messwiederholung durch. Die noch fehlende Voraussetzung der Homogenität der Gruppenvarianzen war auch hier erfüllt. Die genauen Zahlen enthält Tabelle 6.7. Unter 6.3.1.2 stellte ich bereits den leichten Anstieg der UG im M.I.N.I. Symptomscore dar ($\eta^2 = 0.070$). Ein solcher konnte für die beiden anderen Gruppen nicht festgestellt werden: In der TS ergaben sich Werte von $M_{t1} = 14.04$ ($SD = 10.64$) versus $M_{t2} = 13.00$ ($SD = 10.02$), in der KG $M_{t1} = 15.70$ ($SD = 9.86$) versus $M_{t2} = 12.13$ ($SD = 10.25$). Die TS wies eine nicht signifikante Reduktion der Symptome auf ($F(1, 23) = 0.955, p = 0.339$), wohingegen sich die KG in der einfaktoriellen Varianzanalyse signifikant zeigte ($F(1, 23) = 6.396, p = 0.019$). Dabei konnte ein sehr hoher Effekt festgestellt werden ($\eta^2 = 0.225$).

Tabelle 6.7: Summenscore auf dem M.I.N.I. der UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.

	UG (N=23)		TS (N=23)		KG (N=23)	
	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)
Summe	18.83	20.61	14.04	13.00	15.70	12.13
M.I.N.I.	(10.64)	(11.40)	(10.64)	(10.03)	(9.86)	(10.25)

Im gemischten Design erreichte der Effekt für die Zeit keine Signifikanz ($F(1, 69) = 1.578, p = 0.212$). Die ES war dementsprechend klein ($\eta^2 = 0.023$). Die Interaktion Testzeitpunkt x Gruppe erwies sich als signifikant ($F(2, 69) = 4.267, p = 0.018$), die ES lag im moderaten Bereich mit $\eta^2 = 0.114$. In einem nächsten Schritt (Abschnitt 6.3.3) müssen also die Gruppen mithilfe eines Post-hoc-Tests gegenüber gestellt werden, um herauszufinden, welcher Faktor statistisch für die signifikante Wechselwirkung verantwortlich ist und wie hoch sich die Effektstärke dieser Untersuchungsbedingung darstellt. Die Wechselwirkung ist auch im Diagramm der Abbildung 6.6 zu erkennen. Der Testzeitpunkt übt nur in der KG einen Effekt aus.

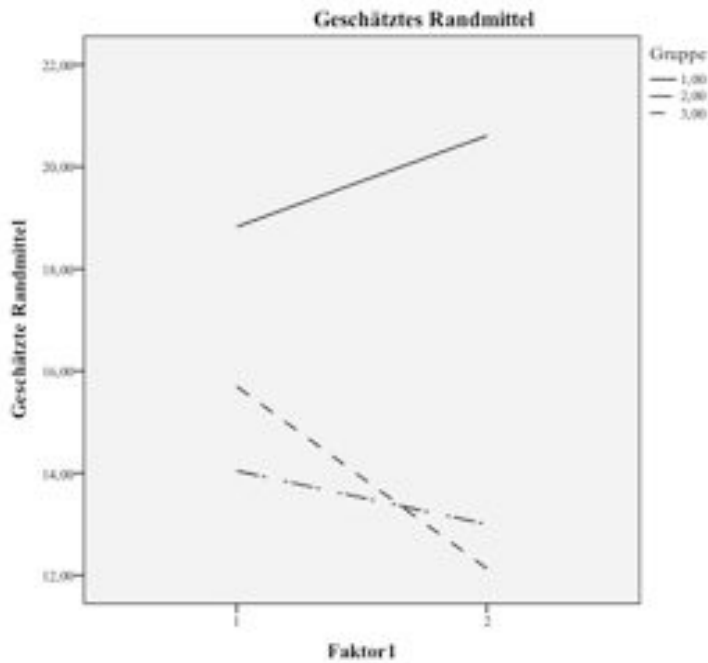


Abbildung 6.6: M.I.N.I.-Summenscore der Gruppen zur Prä- und Posterhebung.

6.3.2.3 Funktionsbeeinträchtigung

Zur Untersuchung der Beeinträchtigung im Funktionsniveau habe ich ebenso das gemischte Design herangezogen und die genauen Zahlen in Tabelle 6.8 aufgeführt. Während sich alle drei Gruppen verbesserten, reduzierte sich die Funktionseinschränkung in keiner der Untersuchungsbedingungen signifikant. Die UG wurde oben bereits behandelt, die TS ($M = 2.43$, $SD = 1.73$ versus $M = 2.35$, $SD = 1.77$) tendiert in die gleiche Richtung ($F(1, 23) = 0.113$, $p = 0.740$). Die Werte der KG sanken im Mittel von 2.43 ($SD = 1.41$) auf 2.04 ($SD = 1.69$) ($F(1, 23) = 1.183$, $p = 0.288$).

Tabelle 6.8: Zustimmung auf der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.

	UG (N=23)		TS (N=23)		KG (N=23)	
	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)
Funktionsniveau	2.78 (1.56)	2.74 (1.86)	2.43 (1.73)	2.35 (1.77)	2.43 (1.41)	2.04 (1.69)

In der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung stellte ich weder für den Testzeitpunkt ($F(1, 69) = 0.870$, $p = 0.354$) noch für die Wechselwirkung einen

signifikanten Effekt fest ($F(2, 69) = 0.345, p = 0.710$). Die ES blieben dementsprechend klein ($\eta^2 = 0.013$ sowie $\eta^2 = 0.010$). Zur Veranschaulichung dient Abbildung 6.7.

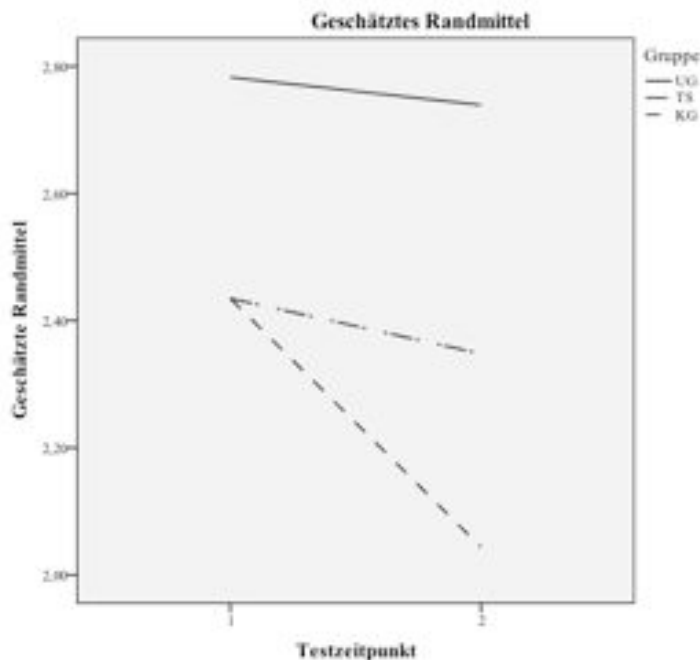


Abbildung 6.7: Beeinträchtigungsscore der Gruppen zur Prä- und Posterhebung.

6.3.3 Symptomreduktion kontrolliert: Post-hoc-Tests und Effektstärken

Um die Untersuchungsbedingungen weiter vergleichen zu können, führte ich zu den signifikanten F -Tests aus Abschnitt 6.3.2 Post-hoc-Tests durch. Diese Mehrfachvergleiche ermöglichen Aussagen darüber, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden, während die ANOVA nur Informationen darüber liefert, ob Gruppenergebnisse variieren. Damit keine α -Fehler-Inflation stattfindet, bieten sich Korrekturverfahren an, wobei in unserem Fall besonders die *Bonferroni-Korrektur* geeignet ist, da wir abhängige Signifikanztests anstreben (Bühner & Ziegler, 2009).

Im Anschluss müssen kontrollierte ES für die jeweilige Untersuchungsbedingung berechnet werden. Dies ist von besonderer Relevanz, da diese die praktische Bedeutsamkeit zu beurteilen vermögen. Es handelt sich dann um Vergleiche von zwei Mittelwerten und nicht – wie bei dem gemischten Design mit η^2 – von mehr als zwei Mittelwerten, weshalb Cohen's d herangezogen werden darf. Cohen's d kann nicht über SPSS berechnet werden, daher nutzte ich das Programm *Microsoft Excel*. Obwohl manche Forscher so weit gehen zu sagen, dass ein klinisch signifikanter Unterschied weder durch statistische Signifikanz noch durch ES berichtet werden kann

(Jacobson & Truax, 1991), gehen die ES immerhin über die rein statistische Bedeutsamkeit hinaus. So können auch nicht signifikante Unterschiede befriedigende ES aufweisen (Jacobson & Traux, 1991; Lind, 2010). Bühner und Ziegler (2009) betonen, dass neben der Signifikanz besonders die Berechnung der ES vonnöten ist, um eine Hypothesenentscheidung treffen zu können.

6.3.3.1 Komplizierte Trauer

Infolge dessen, dass in der Untersuchung der KTK-Symptomreduktion nur der Zeiteffekt signifikant wurde, war kein weiterer Post-hoc-Test nötig. Bei zwei Testzeitpunkten ist klar, welche sich unterscheiden. So habe ich im Zuge der Untersuchung Cohen's d für diesen Unterschied berechnet, mit einem Ergebnis von $d = 0.23$. Dies stellt einen kleinen positiven Effekt dar. Im Vergleich UG versus KG resultierte ein Wert von $d = -0.17$, ein negativer Effekt, der sehr klein ist. Gleiches gilt für den Unterschied zwischen UG und TS: $d = -0.15$. Zwischen TS und KG fand ich einen Nulleffekt von $d = -0.01$. Die Hypothese der signifikanten Symptomreduktion durch das EDP sowie der Überlegenheit der UG kann daher nicht beibehalten werden.

6.3.3.2 Depression

Da sich die Interaktion Zeitpunkt x Gruppe im gemischten Design signifikant zeigte, berechnete ich Post-hoc-Gruppenvergleiche mit Bonferroni-Korrektur. Die genauen Ergebnisse finden sich in Tabelle 6.9. Es wird ersichtlich, dass kein Gruppenvergleich signifikant wurde – weder der Vergleich UG – TS ($p = 0.119$), UG – KG ($p = 0.160$) noch TS – KG ($p = 1.000$). Die Berechnung der ES nach Cohen (1988) ergab einen moderaten negativen Effekt für den Vergleich UG versus KG ($d = -0.53$) und je kleine negative Werte für UG versus TS ($d = -0.27$) sowie TS versus KG ($d = -0.25$). Trotz fehlender Signifikanz spricht die ES nach Cohen für die KG.

Tabelle 6.9: Post-hoc-Test nach Bonferroni korrigiert zum Gruppenvergleich Depression bei abhängigen Messungen. Gruppen, mittlere Differenz, Standardfehler und Signifikanz.

Vergleich	Mittlere Differenz	Standardfehler	Signifikanz
UG – TS	6.196	2.952	.119
UG – KG	5.804	2.952	.160
TS – KG	–.391	2.952	1.000

Anmerkung: basiert auf beobachteten Mittelwerten.

6.3.3.3 Funktionsbeeinträchtigung

An dieser Stelle mussten keine Post-hoc-Berechnungen durchgeführt werden. Die ES nach Cohen (1988) resultierten wie folgt: UG versus TS mit $d = -0.02$, UG versus KG mit $d = -0.24$ sowie TS versus KG mit $d = -0.20$. Die beiden letzten Effektgrößen liegen somit im kleinen negativen Bereich, jeweils zugunsten der KG; der Vergleich UG versus TS liegt im Nullbereich. Die ES für die Zeit erwies sich als erwartungsgemäß klein mit $d = 0.11$.

6.3.4 Symptomreduktion nach Diagnose

Ich habe alle 69 Versuchspersonen in die Interventionsstudie aufgenommen, unabhängig davon, ob sie die Diagnose KTK erfüllten oder nicht. Dies liegt zum einen daran, dass die Diagnose nicht fundiert anhand von festen Diagnosekriterien oder einem Goldstandardverfahren gestellt werden kann und zum anderen an der Tatsache, dass der Fragebogen neu und noch nicht evaluiert war. Wir sprechen nach wie vor von einer Verdachtsdiagnose, die anhand der vorliegenden Daten gestellt werden konnte.

6.3.4.1 Komplizierte Trauer

Diagnose versus keine Diagnose

Zum ersten Testzeitpunkt erhielten 34 Jugendliche (49.3%) die Verdachtsdiagnose KTK, wohingegen 35 Probanden (51.7%) ohne Diagnose blieben. Die Diagnosegruppe wies eine signifikante Symptomreduktion im TFKJ vom t_1 zu t_2 auf ($F(34, 1) = 13.619, p = 0.001$). Die Gruppe ohne Diagnose KTK ($F(35, 1) = 1.225, p = 0.276$) verbesserte sich nicht überzufällig. Dies kann man auch Tabelle 6.10 entnehmen.

Tabelle 6.10: Summenscore auf dem TFKJ der Gruppe mit und ohne Diagnose KTK zu Prä- und Posterhebung.

	M_{t1} (SD)	M_{t2} (SD)	Statistik	p	η^2
ohne Diagnose ($N = 35$)	51.23 (19.99)	48.14 (25.46)	$F = 1.225$	.276	.035
Diagnose KTK ($N = 34$)	106.26 (14.26)	93.76 (25.99)	$F = 13.619$	.001	.292

In der ANOVA mit Messwiederholung zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt ($F(69, 1) = 12.689, p = 0.001$) mit einer hohen ES ($\eta = 0.159$). Die Interaktion von Testzeit-

punkt und Untersuchungsbedingung wies ebenfalls einen überzufälligen Effekt auf ($F(69, 1) = 4.630, p = 0.035$) mit einer kleineren ES von $\eta = 0.065$. Die Symptomreduktion ist nochmals in Abbildung 6.8 nach Diagnosegruppe veranschaulicht. Ein Post-hoc-Test war nicht nötig, da wir lediglich zwei Gruppen untersuchten. Die ES für den Vergleich der Symptomverbesserung von Probanden mit und ohne Diagnose KTK erreichte einen nach Cohens Konventionen (1988) mittleren Effekt von $d = 0.55$.

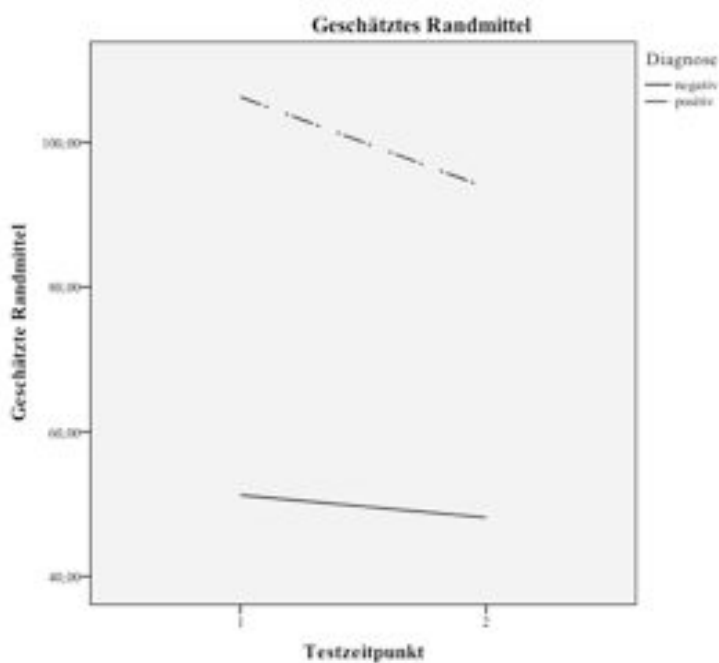


Abbildung 6.8: TFKJ-Summenscore der Diagnosegruppen zur Prä- und Posterhebung.

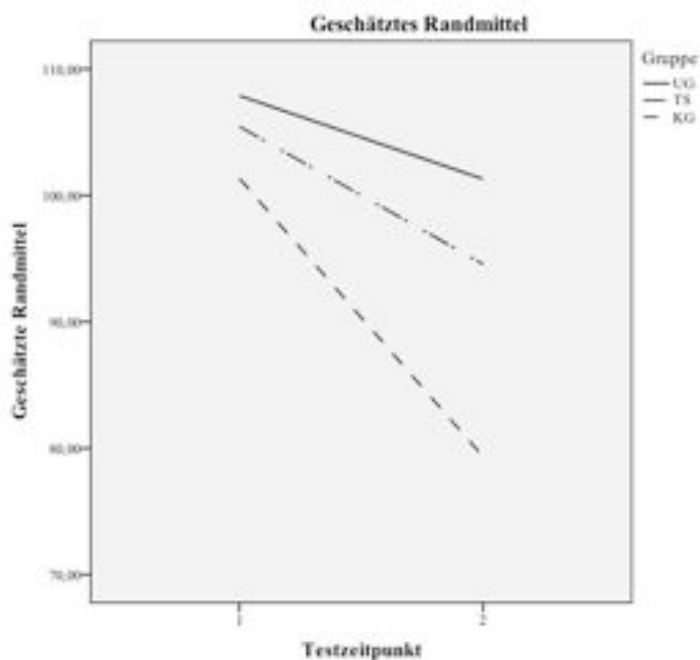
Diagnosegruppe nach Untersuchungsgruppen

Betrachtet man die Diagnosegruppe nach Untersuchungsbedingung geordnet, so erhält man folgende Resultate (siehe Tabelle 6.11): Die Symptome der UG ($N = 16$) verringerten sich signifikant zu Testzeitpunkt zwei ($F(16, 1) = 6.272, p = 0.029$) mit einer sehr hohen ES ($\eta = 0.363$). Obwohl sich die Mittelwerte der TS ($N = 9$) auch verbesserten, erreichte die Reduktion keine Signifikanz ($F(9, 1) = 1.185, p = 0.318$). Die ES lag dennoch im hohen Bereich mit $\eta = 0.165$. Selbiges gilt für die KG ($N = 9$) mit $F(9, 1) = 2.426$ und $p = 0.194$ ($\eta = 0.378$).

Table 6.11: Summenscore auf dem TFKJ der Probanden mit Diagnose KTK nach Untersuchungsgruppen zu Prä- und Posterhebung.

	UG (N=16)		TS (N=9)		KG (N=9)	
	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)
Summe TFKJ	109.50 (16.56)	101.44 (18.59)	105.44 (12.12)	94.56 (27.67)	101.33 (11.32)	79.33 (31.94)

Im gemischten 2 (prä, post) x 3 (UG, TS, KG) Design erzielte der Datensatz einen signifikanten Zeiteffekt ($F(34, 1) = 15.577, p < 0.001$) mit einer sehr hohen ES ($\eta = 0.334$). Die Wechselwirkung Testzeitpunkt x Gruppe wurde nicht signifikant ($F(34, 2) = 1.522, p = 0.234, \eta = 0.089$); die ES zeigte sich dementsprechend klein. Aufgrund der fehlenden Signifikanz der Interaktion wurden keine Post-hoc-Tests abgeschlossen. Die anschließend berechneten ES für den Zeiteffekt zeigten sich moderat mit $d = 0.61$. Für die kontrollierten ES der UG ergaben sich folgende Zahlen: Ein kleiner negativer Effekt für UG versus TS mit $d = -0.19$ sowie ein hoher negativer für UG versus KG mit $d = -0.97$ und für TS versus KG ($d = -1.01$). Die Summenscores zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 6.9 visualisiert.

**Abbildung 6.9:** TFKJ-Summenscores der Probanden mit Diagnose KTK nach UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.

Hohe Symptomschwere versus niedrige Symptomschwere

Aufgrund der Tatsache, dass wir lediglich von einer Verdachtsdiagnose ausgehen können, untersuchte ich, inwiefern sich die Gruppen „hoher Summenscore“ und „niedriger Summenscore“ nach der Schreibarbeit unterschieden. Dazu berechnete ich zunächst den Median ($Mdn = 82.00$) über alle Teilnehmer hinweg, worauf diese in zwei Gruppen gesplittet wurden. Die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVAs für die jeweilige Gruppe sind Tabelle 6.12 zu entnehmen.

Tabelle 6.12: Summenscore der Gruppe mit hohem und niedrigem Summenscore auf dem TFKJ zu Prä- und Posterhebung.

	M_{t1} (SD)	M_{t2} (SD)	Statistik	p	η^2
KTK niedrig ($N = 34$)	50.32 (19.55)	46.65 (24.23)	$F = 1.717$	.199	.049
KTK hoch ($N = 35$)	105.57 (14.63)	93.91 (25.62)	$F = 11.788$	.002	.257

Während sich die gesammelten Probanden mit hohen Trauersymptomen signifikant im Vergleich zur ersten Testung verbesserten ($F(1, 35) = 11.788$, $p = 0.002$), war dies für die Gruppe mit weniger Symptomen nicht der Fall ($F(1, 34) = 1.717$, $p = 0.199$). Im Anschluss an diese Berechnung führte ich eine 2 (prä, post) x 2 (KTK hoch, KTK niedrig) ANOVA durch. Dabei fand ich einen signifikanten Effekt für die Zeit ($F(1, 69) = 7.911$, $p = 0.010$) mit einer sehr hohen ES von $\eta = 0.264$. Die Wechselwirkung erreichte kein signifikantes Ergebnis ($F(1, 69) = 0.599$, $p = 0.447$, $\eta = 0.026$).

Das Maß der ES für den Zeiteffekt im Vergleich der beiden Gruppen lag mit $d = 0.46$ im kleinen bis moderaten Bereich. Zur Visualisierung dieses Gruppenvergleichs dient Abbildung 6.10.

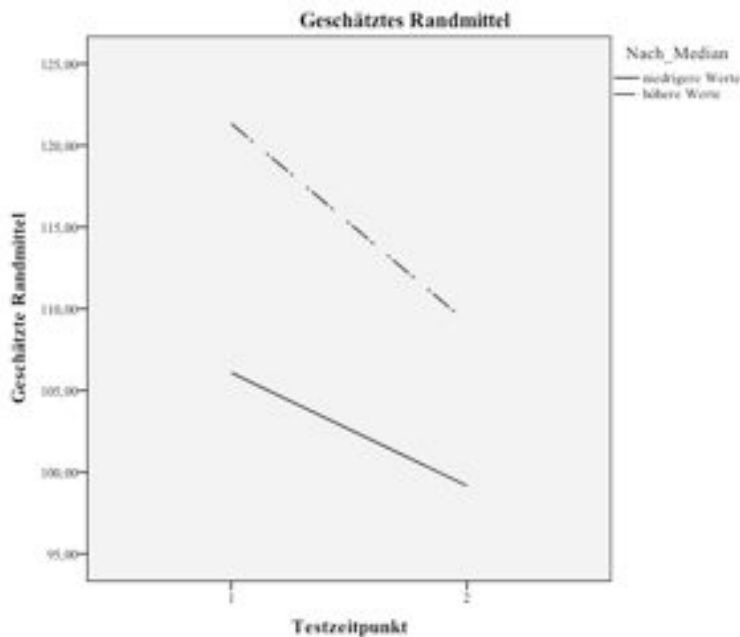


Abbildung 6.10: TFKJ-Summscores der Probanden mit hohen und niedrigen Werten zu Prä- und Posterhebung.

Hohe Symptomschwere nach Untersuchungsgruppen

Als Folge dieser Erkenntnisse analysierte ich die Gruppe mit schweren Trauersymptomen unter der Zuweisung zu den Untersuchungsbedingungen. Dazu zog ich wiederum ein gemischtes Design heran: Eine 2 (prä, post) x 3 (UG, TS, KG) ANOVA mit Messwiederholung. Auch hier konnte der Zeiteffekt Signifikanz aufweisen ($F(1, 35) = 14.411, p = 0.001, \eta = 0.311$). Die Interaktion aus Zeitpunkt und Gruppe wurde nicht signifikant ($F(2, 35) = 1.826, p = 0.178$), dennoch lag die ES im moderaten Bereich ($\eta = 0.102$). Die einzelnen Symptomreduktionen nach Gruppen sind in Tabelle 6.15 aufgeführt. Die UG ($N = 17$) verbesserte sich annähernd signifikant ($F(1, 17) = 4.435, p = 0.051, \eta = 0.217$), in der TS ($N = 9$) konnte ich keine überzufällige Reduktion feststellen ($F(1, 9) = 1.861, p = 0.210, \eta = 0.189$) wohingegen die KG ($N = 9$) Signifikanz im Vergleich der beiden Testzeitpunkte zeigte ($F = 6.882, p = 0.030, \eta = 0.462$). Die ES erwiesen sich in allen drei Gruppen als sehr hoch.

Aufgrund nicht signifikanter Wechselwirkungen in den ANOVAs schloss ich keine Post-hoc-Tests an. Die ES nach Cohen lagen in folgenden Bereichen: Ein kleiner negativer Wert für UG versus TS mit $d = -0.28$, jeweils ein hoher negativer Wert für UG versus KG mit $d = -1.03$ und TS versus KG mit $d = -1.01$.

Table 6.13: *Summenscore auf dem TFKJ der Probanden mit schwerer KTK nach Untersuchungsgruppen zu Prä- und Posterhebung.*

	UG (N=17)		TS (N=9)		KG (N=9)	
	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)
Summe	107.88	101.30	105.44	94.56	101.33	79.33
TFKJ	(17.37)	(18.01)	(12.12)	(27.67)	(11.32)	(31.94)

Diagnose zum zweiten Testzeitpunkt

Nach der Behandlung erhielten noch 31 Jugendliche (48.4%) die Diagnose KTK. Dabei erfüllten 26 (37.7%) Probanden die Diagnose auch zum ersten Zeitpunkt, wohingegen fünf (7.8%) der vormals negativen Personen nun positiv waren. Abbildung 6.11 liefert drei Diagramme für die Summenscores der einzelnen Probanden der beiden Testzeitpunkte nach Gruppen geordnet.

Dabei zeigt sich, dass die fünf neu diagnostizierten Jugendlichen zu t₂ aus allen drei Gruppen stammen. Auch die Personen, die einen Anstieg der Symptomschwere zu verzeichnen haben, verteilen sich gleichmäßig über die Untersuchungsbedingungen hinweg (UG: N = 2, TS: N = 1, KG: N = 2). Ich gruppierte die fett markierten Probanden zu einer Gruppe „Symptome verschlechtert“ (N = 20, 29.0%) und untersuchte sie und die verbesserte Gruppe mithilfe von Kreuztabellen auf Unterschiede in folgenden Variablen: Geschlecht, Alter, Todesursache und -erwartung, Anzahl der Verluste, Hilfesuchverhalten, Diagnose KTK, Diagnose Depression sowie Suizidgedanken. In keinem der untersuchten Merkmale unterschieden sich verschlechterte von verbesserten Jugendlichen statistisch. Die Effekte können weder auf ein Personen- oder Verlustmerkmal noch eine Untersuchungsbedingung zurückgeführt werden.

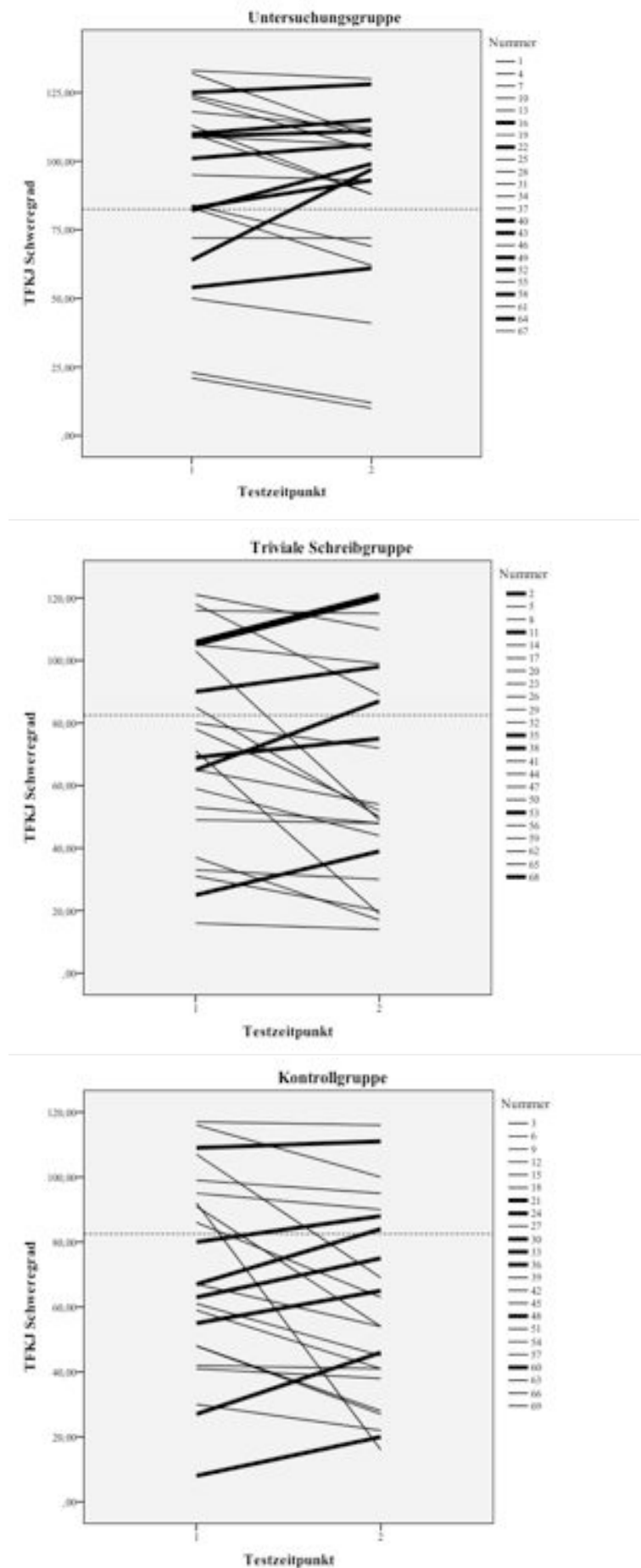


Abbildung 6.11: Individuelle TFKJ-Symptomschwere zu Prä- und Posterhebung der Probanden der UG ($N = 23$), TS ($N = 23$), KG ($N = 23$) mit Markierung des Cut-off-Wertes bei 82.5 und verschlechterten Probanden fett markiert.

6.3.4.2 Depression

Diagnose versus keine Diagnose

29 (40.0%) der 69 untersuchten Waisen erhielten die Diagnose Depression nach dem M.I.N.I. kid Teil A zu Zeitpunkt eins. 40 Probanden (60.0%) zeigten weniger Ausprägungen auf den Depressionsitems als für eine Diagnose nötig sind. Weder die Diagnosegruppe ($F(29, 1) = 3.778, p = 0.062$) noch die Gruppe ohne Diagnose Depression ($F(40, 1) = 0.007, p = 0.934$) wiesen signifikante Verbesserungen auf. Für die Diagnosegruppe mit immerhin marginaler Signifikanz berechnete ich eine moderate ES von $\eta = 0.119$, für die zweite Gruppe einen Nulleffekt ($\eta = 0.000$). Alle Ergebnisse werden auch aus Tabelle 6.14 ersichtlich.

Tabelle 6.14: Summenscore auf dem M.I.N.I. der Gruppen mit und ohne Diagnose Depression zu Prä- und Posterhebung.

	M_{t1} (SD)	M_{t2} (SD)	Statistik	p	η^2
keine Diagnose (N = 40)	7.78 (5.04)	7.70 (6.95)	$F = .007$	.934	.000
Diagnose Depression (N = 29)	23.69 (4.15)	21.48 (7.12)	$F = 3.778$	.062	.119

Weiterhin berechnete ich eine ANOVA mit Messwiederholung, in welcher der Zeiteffekt ebenso wenig Signifikanz aufwies ($F(69, 1) = 2.551, p = 0.115$) wie die Wechselwirkung Testzeitpunkt und Diagnosegruppe ($F(69, 1) = 2.226, p = 0.140$). Ich stellte kleine ES für beide untersuchte Effekte fest: Für die Zeit $\eta = 0.037$ und für die Interaktion $\eta = 0.032$. Der Verlauf der Summenscores ist in Abbildung 6.12 veranschaulicht. Die ES für den Vergleich der Verbesserung von positiven und negativen Probanden auf Depression resultierte in einem kleinen bis moderaten Wert von $d = 0.41$.

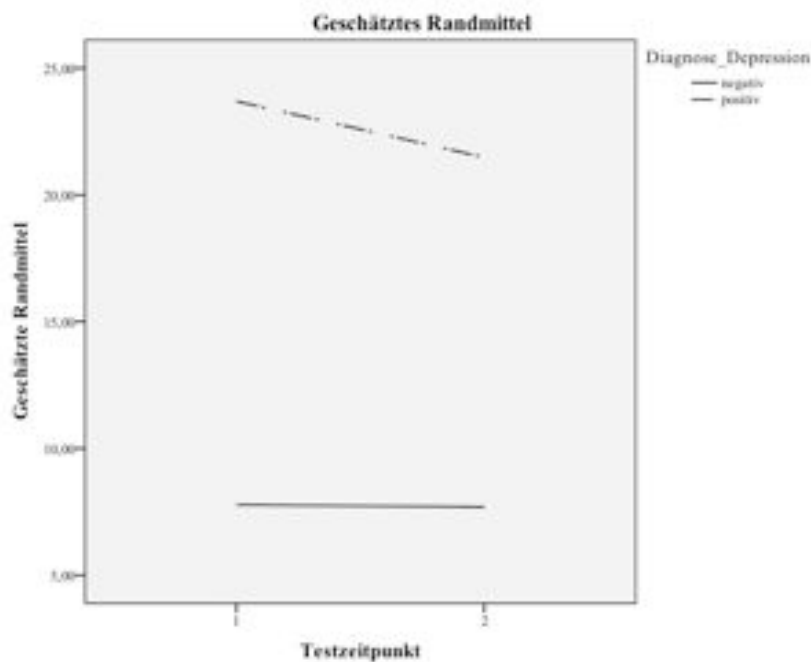


Abbildung 6.12: M.I.N.I.-Summenscore der Diagnosegruppen zur Prä- und Posterhebung.

Diagnosegruppe nach Untersuchungsgruppen

Die Jugendlichen der UG, welche die Diagnose erfüllten, zeigten eine erhöhte Belastung zu Messzeitpunkt zwei ($F(12, 1) = 0.088, p = 0.772, \eta = 0.008$). Für die Probanden der TS verringerten sich die Symptome, jedoch nicht signifikant ($F(9, 1) = 4.040, p = 0.079$); die ES fiel sehr hoch aus ($\eta = 0.336$). Gleiches gilt für die KG ($F(8, 1) = 3.046, p = 0.124, \eta = 0.303$). Tabelle 6.15 liefert die Mittelwerte und Standardabweichungen dazu.

Tabelle 6.15: Summenscore auf dem M.I.N.I. der Probanden mit Diagnose Depression der UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.

	UG (N=12)		TS (N=7)		KG (N=5)	
	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t2} (SD)
Summe	24.75	25.17	22.11	18.78	23.88	19.00
TFKJ	(5.36)	(5.24)	(3.22)	(6.46)	(2.59)	(8.50)

Ich berechnete dann eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung zur Analyse der drei Untersuchungsbedingungen bei positiver Diagnose. Es ließ sich ein signifikanter Effekt für die Zeit feststellen ($F(29, 1) = 5.516, p = 0.027$) jedoch nicht für die Wechselwirkung ($F(29, 2) = 2.191, p = 0.132$). Daraus resultierten sowohl für

den Zeiteffekt ($\eta = 0.175$) als auch für die Interaktion von Testzeitpunkt und Gruppe ($\eta = 0.144$) hohe ES. Zur grafischen Anschauung sei auf Abbildung 6.13 verwiesen. Post-hoc-Tests als Gruppenvergleiche erübrigten sich in diesem Falle. Die nach Cohen berechnete ES d für den Zeiteffekt liegt im kleinen bis mittleren Bereich ($d = 0.39$). Die kontrollierte ES der UG mit der TS ergab einen großen negativen Wert von $d = -0.84$, der UG mit der KG einen noch höheren negativen Wert ($d = -1.24$). Eine negative nahezu Null ES fand ich zwischen TS und KG ($d = -0.056$).

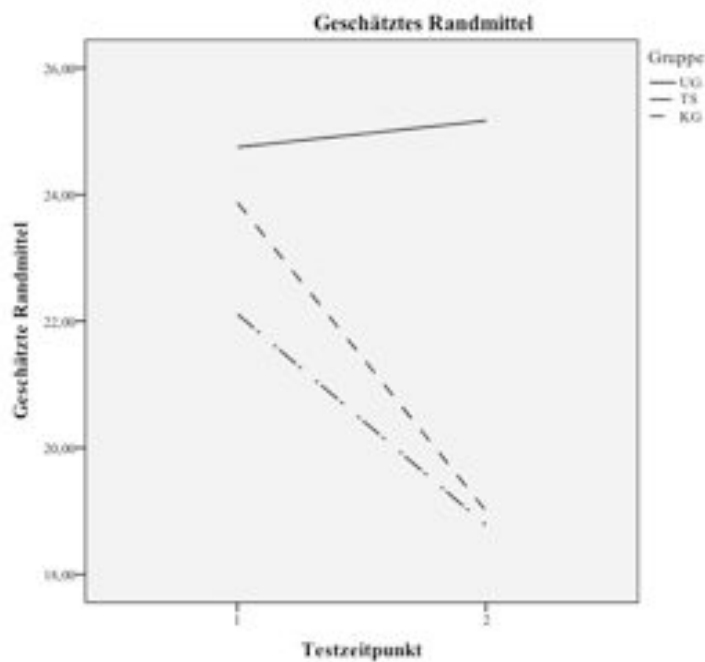


Abbildung 6.13: M.I.N.I.-Summenscores der Probanden mit Diagnose Depression nach UG, TS, KG zu Prä- und Posterhebung.

Diagnose zum zweiten Testzeitpunkt

Nach der Schreibintervention erfüllten noch 20 (29.0%) der vormals 29 Probanden die Diagnosekriterien gemäß dem M.I.N.I. kid A. Drei Jugendliche (4.3%), welche zum ersten Zeitpunkt keine Diagnose erhielten, waren zur Posterhebung positiv. Insgesamt fanden sich also 23 Waisen (33.3%) mit Depression nach der Behandlung. Die Diagramme in Abbildung 6.14 zeigen die individuellen Ausprägungen nach Untersuchungsbedingungen zu den beiden Testzeitpunkten. Allgemein sind die Probanden, die sich in der Symptomschwere verschlechtert haben, in allen Untersuchungsbedingungen etwa gleich vertreten. Es finden sich jedoch alle drei Jugendlichen, die erst zum t_2 die Diagnose erhielten, in der UG. Im Gruppenvergleich „verschlechtert“ ($N = 28, 40.6\%$) versus „verbessert“ ($N = 41, 59.4\%$) konnte ich keine signifikanten

Unterschiede auf einem der folgenden Merkmale ausmachen: Geschlecht, Alter, Todesursache und -erwartung, Anzahl der Verluste, Hilfesuchverhalten, Diagnose KTK, Diagnose Depression sowie Suizidgedanken.

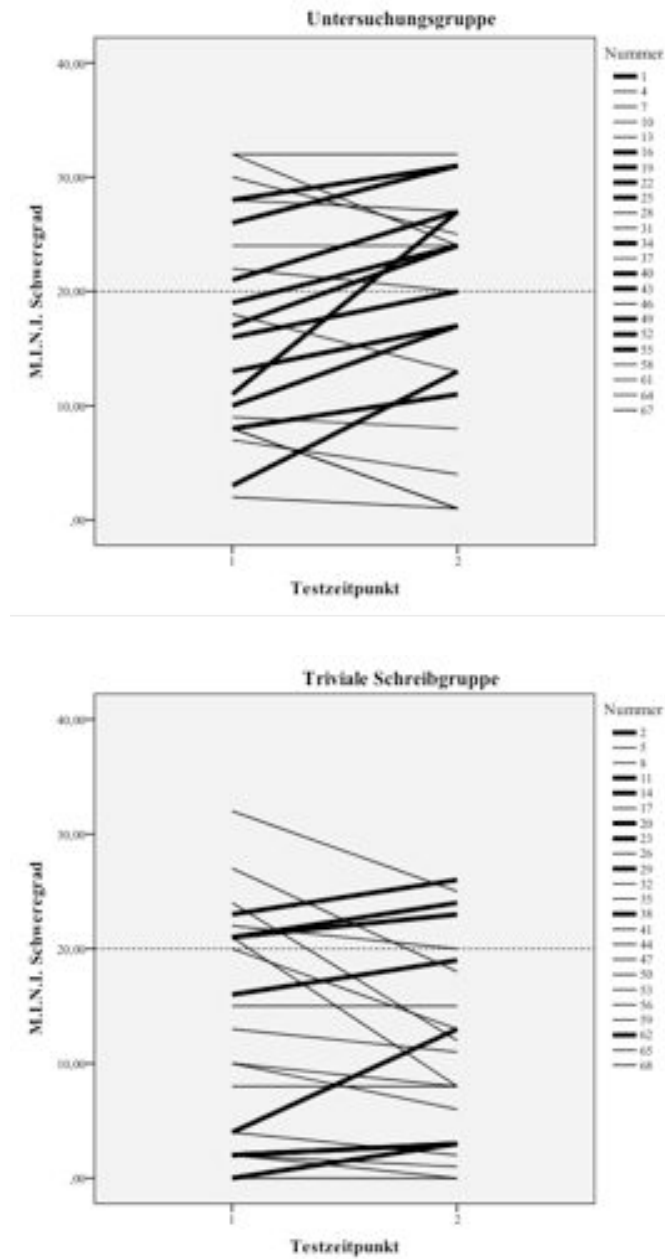


Abbildung 6.14: Individuelle M.I.N.I.-Symptomschwere zu Prä- und Posterhebung der Probanden der UG ($N = 23$), TS ($N = 23$) sowie KG ($N = 23$) mit Markierung des Cut-off-Wertes bei 20.0 und verschlechterten Probanden fett markiert.

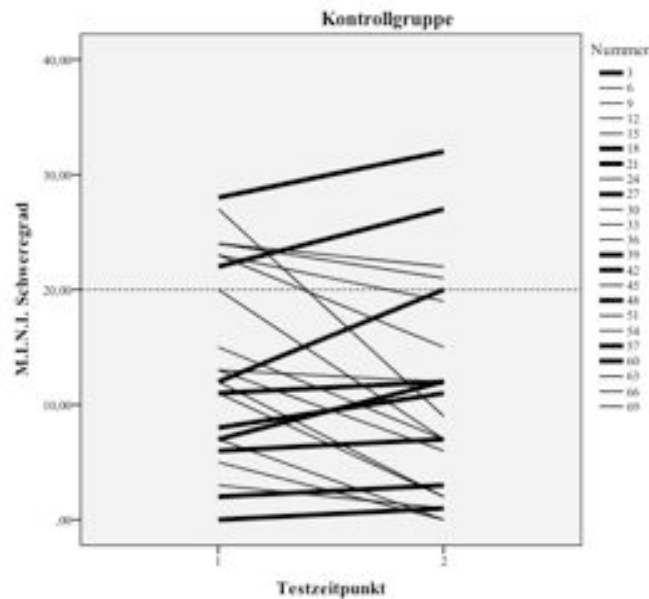


Abbildung 6.14: Fortsetzung.

6.3.5 Moderatoren des Therapieerfolgs

Durch die Berechnung von Moderatoren wollte ich ausfindig machen, ob die Stärke des Zusammenhangs zwischen Prädiktor (Untersuchungsbedingung und Summenscore zum ersten Zeitpunkt) und Kriterium (Summenscore zum zweiten Testzeitpunkt) von bestimmten Variablen abhängt. Zur Analyse dient wiederum das gemischte Modell. Dabei werden als Messwiederholungsfaktor die beiden Testzeitpunkte eingefügt (prä, post) und als Zwischensubjektfaktoren die Gruppenzugehörigkeit sowie der potenzielle Moderator. Somit kann in Abhängigkeit der Symptomreduktion der Einfluss von Gruppenzugehörigkeit bzw. Moderator analysiert werden. Signifikante Ergebnisse sind der Übersicht halber in den Tabellen jeweils fett markiert. Es wurde bewusst keine Regressionsanalyse zur Identifikation von Moderatoren eingesetzt, da es sich um dichotome Moderatorvariablen handelt und in einer Regression zwar der Einfluss überprüft werden könnte, nicht jedoch unter Berücksichtigung der Veränderung über die Zeit.

6.3.5.1 Symptomschwere Trauer

Ausgehend davon, dass der Erfolg der Schreibintervention nach dem EDP unter anderem von der Schwere der Trauersymptome beeinflusst wird, berechnete ich beschreibende zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung. Ein Teilbeleg dafür wurde bereits oben dargeboten: Zur Unterscheidung der Symptomschwere zog ich die Gruppen nach dem Median aus Abschnitt 6.3.4.1 heran. Die Ergebnisse (Tabelle

6.16) weisen darauf hin, dass wir von einem Moderator zwischen der Höhe des Zusammenhangs von UV und AV in Form der Schwere der Ausgangssymptomatik auf dem TFKJ ausgehen können, wenn wir die Gruppenvariable nicht mit einbeziehen ($F(1, 69) = 5.092, p = 0.028$). Dies lässt sich dahingehend interpretieren, als dass eine hohe Symptomschwere zu Beginn zu einer stärkeren Reduktion der Symptomschwere zu t_2 führt. Zu beachten bleibt aber, dass die Interaktion Testzeitpunkt x Gruppe x Symptomschwere nicht signifikant wurde ($F(2, 69) = 1.346, p = 0.268$). Weiterhin konnte ich einen signifikanten Haupteffekt für die Zeit ($F(1, 69) = 11.673, p = 0.001$) sowie für die Symptomschwere ($F(1, 69) = 99.807, p < 0.001$) feststellen.

Tabelle 6.16: Moderatoranalyse (gemischtes Design) zur Symptomschwere; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .

Modell	F	p	η
Testzeitpunkt	11.673	.001	.156
Gruppe	.620	.541	.019
Symptomschwere nach Median	99.807	< .001	.613
Gruppe * Symptomschwere nach Median	.796	.456	.025
Testzeitpunkt * Gruppe	1.346	.268	.041
Testzeitpunkt * Symptomschwere nach Median	5.092	.028	.075
Testzeitpunkt * Gruppe * Symptomschwere nach Median	1.346	.268	.041

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

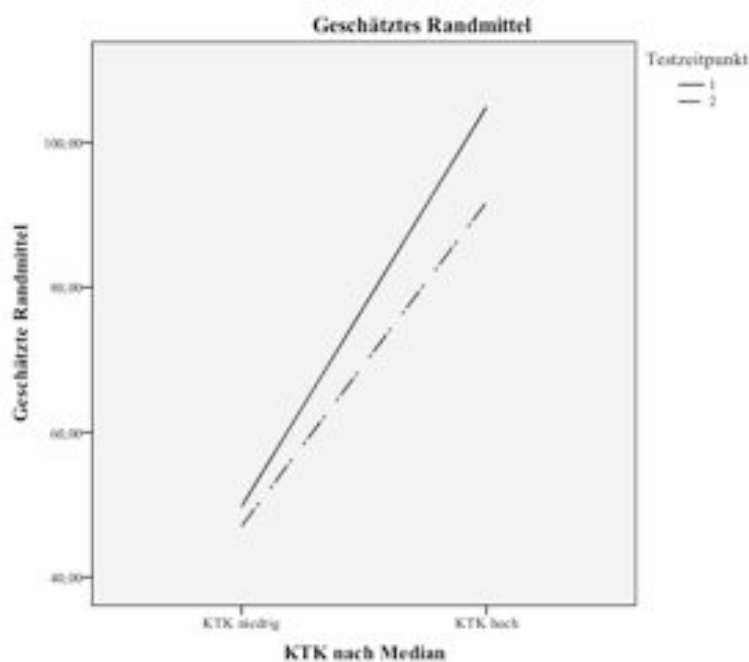


Abbildung 6.15: Symptomreduktion der Gruppen mit hoher und niedriger Symptomschwere zu beiden Testzeitpunkten

Auch die visuelle Inspektion der Abbildung 6.15 belegt die obige Interpretation der Ergebnisse, wobei klar ersichtlich ist, dass der Effekt nur auf dem Faktor der schweren KTK („KTK hoch“) zu finden ist.

6.3.5.2 Symptomschwere Depression

Die ANOVA zur Untersuchung des Depressionsscores als möglicher Moderator wurde wie oben mit Hilfe eines Mediansplits ($Mdn = 13.00$) berechnet. Keine Interaktion konnte ein signifikantes Ergebnis liefern. Die einzelnen Effekte jedoch – die Symptomschwere des M.I.N.I. ($F(1, 69) = 38.896, p < 0.001$), der Testzeitpunkt ($F(1, 69) = 10.205, p = 0.002$) sowie die Gruppenzugehörigkeit ($F(1, 69) = 4.477, p = 0.015$) – lieferten signifikante Unterschiede im Sinne eines Haupteffektes. Das wird auch aus Tabelle 6.17 ersichtlich. Im Rahmen der Interpretationsmöglichkeiten zeigt uns dies auf, dass sich die Untersuchungsgruppen und die Schweregradgruppen signifikant in der Trauer unterscheiden und allgemein eine überzufällige Minderung der Trauer von Erhebung eins zu Erhebung zwei stattgefunden hat. Aussagen zu einer Moderatorvariable lassen die Ergebnisse nicht zu.

Tabelle 6.17: Moderatoranalyse (gemischtes Design) zur Symptomschwere Depression; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .

Modell	F	p	η
Testzeitpunkt	10.205	.002	.139
Gruppe	4.475	.015	.907
Symptomschwere M.I.N.I. nach Median	38.896	< .001	.382
Gruppe * Symptomschwere M.I.N.I. nach Median	2.181	.121	.065
Testzeitpunkt * Gruppe	.677	.512	.021
Testzeitpunkt * Symptomschwere M.I.N.I. nach Median	.563	.456	.009
Testzeitpunkt * Gruppe * Symptomschwere M.I.N.I. nach Median	.378	.687	.012

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

6.3.5.3 Alter

Anhand der erhobenen Daten wollten wir auch feststellen, ob das Alter der Probanden – geteilt in eine Gruppe jüngere (14 bis 16) und ältere Jugendliche (17 bis 18) – einen Einfluss auf den Zusammenhang von Untersuchungsbedingung und Trauerscore nach der Kurzzeittherapie nimmt. Die Ergebnisse sind Tabelle 6.18 zu entnehmen.

Table 6.18: Moderatoranalyse (gemischtes Design) zum Alter; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .

Modell	F	p	η
Testzeitpunkt	11.827	.001	.158
Gruppe	3.693	.030	.105
Alter	4.295	.042	.064
Gruppe * Alter	.539	.586	.017
Testzeitpunkt * Gruppe	.798	.455	.025
Testzeitpunkt * Alter	.000	.983	.000
Testzeitpunkt * Gruppe * Alter	3.694	.030	.105

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

Auch in dieser Analyse zeigten sich die drei Einzelvariablen signifikant: Testzeitpunkt ($F(1, 69) = 11.827$, $p = 0.001$), Gruppe ($F(1, 69) = 3.693$, $p = 0.030$) und Alter ($F(1, 69) = 4.295$, $p = 0.042$). Da nach Inspektion der Wechselwirkungsdiagramme keine Rangplatzvertauschung festzustellen war, dürfen diese Effekte auch interpretiert werden. Es unterscheiden sich sowohl die Trauerscores der beiden Testzeitpunkte und die Gruppen sowie Altersgruppen in ihrer Symptomschwere. Zusätzlich konnte ich in dieser Analyse eine signifikante Interaktion aller drei Variablen feststellen ($F(2, 69) = 3.694$, $p = 0.030$).

Table 6.19: Interaktion von Gruppe, Alter, Testzeitpunkt anhand der Mittelwerte, Standardfehler, 95%-Konfidenzintervall.

Gruppe	Alter	Testzeitpunkt	95%-Konfidenzintervall			
			MW	SE	Untergrenze	Obergrenze
UG	jünger	1	90.57	8.25	74.08	107.06
		2	85.50	8.58	68.35	102.65
	älter	1	94.44	10.29	73.88	115.01
		2	90.89	10.71	69.50	112.28
TS	jünger	1	68.29	8.25	51.80	84.78
		2	53.57	8.58	36.42	70.72
	älter	1	80.44	10.29	59.88	101.01
		2	80.00	10.71	58.61	101.39
KG	jünger	1	58.14	8.25	41.65	74.63
		2	54.64	8.58	37.49	71.80
	älter	1	88.22	10.29	67.66	108.79
		2	69.22	10.71	47.83	90.61

Um die Wechselwirkung interpretieren zu können, ließ ich mir die geschätzten Randmittel der drei Variablen ausgeben (Tabelle 6.19). Diese ergaben, dass sich die Altersgruppen unterschiedlich voneinander verbesserten, jedoch in den Untersuchungsbedingungen mit heterogenen Ergebnissen. In der UG zeigten junge und ältere Probanden eine ähnliche Symptomreduktion, in der TS blieben die älteren Jugendlichen auf dem gleichen mittleren Summenscore zu beiden Zeitpunkten und in der KG verbesserte sich die ältere Gruppe deutlicher als die jüngere. Eine Signifikanzprüfung im Sinne von Mehrfachvergleichen mit Post-hoc-Tests ist für dieses Design mit SPSS nicht möglich. Das Alter fungiert statistisch gesehen als Moderator zwischen Prädiktor und Kriterium im Sinne der Symptomreduktion der KTK.

6.3.5.4 Geschlecht

Das Geschlecht der Probanden als Moderator muss bei Betrachtung der Analyseergebnisse in Tabelle 6.20 verworfen werden. Zwar fanden sich signifikante Haupteffekte für den Testzeitpunkt ($F(1, 69) = 11.465, p = 0.001$) und die Gruppe ($F(1, 69) = 4.340, p = 0.017$), jedoch keine Wechselwirkungen.

Tabelle 6.20: Moderatoranalyse (gemischtes Design) zum Geschlecht; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .

Modell	F	p	η
Testzeitpunkt	11.465	.001	.154
Gruppe	4.340	.017	.121
Geschlecht	3.089	.084	.047
Gruppe * Geschlecht	.827	.442	.026
Testzeitpunkt * Gruppe	.500	.609	.016
Testzeitpunkt * Geschlecht	.416	.521	.007
Testzeitpunkt * Gruppe * Geschlecht	.236	.790	.007

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

6.3.5.5 Unerwarteter Verlust

Auch in dieser Moderatoranalyse, welche aus dem vorhandenen Datenmaterial zur Längsschnittstudie generiert wurde, fand ich keine signifikante Interaktion (Tabelle 6.21). Der Testzeitpunkt erwies sich hier erneut als signifikanter Haupteffekt ($F(1, 69) = 11.539, p = 0.001$). Ein unerwarteter Verlust aber beeinflusst den Zusammen-

hang zwischen Behandlung und Testergebnis zu Zeitpunkt 2 nicht und stellt sich auch nicht als signifikanter Haupteffekt dar.

Tabelle 6.21: Moderatoranalyse (gemischtes Design) zum unerwarteten Verlust; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .

Variable	F	p	η
Testzeitpunkt	11.539	.001	.155
Gruppe	1.881	.161	.056
unerwarteter Verlust	2.586	.113	.039
Gruppe * unerwarteter Verlust	1.562	.218	.047
Testzeitpunkt * Gruppe	.975	.383	.030
Testzeitpunkt * unerwarteter Verlust	1.440	.235	.022
Testzeitpunkt * Gruppe * unerwarteter Verlust	1.408	.252	.043

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

6.3.5.6 Hilfesuchverhalten

Man geht davon aus, dass die Schreibintervention besonders dann wirksam ist, wenn es sich um Probleme handelt, welche noch nicht offenbart wurden, also keiner anderen Person bzw. Fachkraft anvertraut wurden. Dies macht den letzten zu untersuchenden Moderator aus. Aus Tabelle 6.22 ist keine signifikante Wechselwirkung des Hilfesuchverhaltens mit der Gruppenzugehörigkeit und oder dem Testzeitpunkt auffindig zu machen. Der Untersuchungszeitpunkt erwies sich in dieser letzten Analyse als signifikanter Haupteffekt $F(1, 69) = 11.449, p = 0.001$) ebenso wie die Gruppenzugehörigkeit der Untersuchungsbedingungen ($F(1, 69) = 5.127, p = 0.009$).

Tabelle 6.22: Moderatoranalyse (gemischtes Design) zum Hilfesuchverhalten; Variable, exakter Wert nach Fisher, Überschreitungswahrscheinlichkeit p , Effektstärke η .

Variable	F	p	η
Testzeitpunkt	11.449	.001	.154
Gruppe	5.127	.009	.140
Hilfesuchverhalten	.518	.474	.008
Gruppe * Hilfesuchverhalten	1.104	.338	.034
Testzeitpunkt * Gruppe	.804	.452	.025
Testzeitpunkt * Hilfesuchverhalten	.169	.683	.003
Testzeitpunkt * Gruppe * Hilfesuchverhalten	.601	.551	.019

Anmerkung: $\alpha = 0.05$ (zweiseitig).

6.4 DISKUSSION DER RANDOMISIERTEN INTERVENTIONSSTUDIE

Wir untersuchten in diesem zweiten Teil erstmalig, ob eine Schreibintervention nach dem Paradigma der emotionalen Öffnung (Pennebaker, 1997) in ruandischen Genozidüberlebenden Komplizierte Trauer mildern kann; zusätzlich wurden Depressionssymptome erhoben. Die Längsschnitterhebung mit 69 Probanden auf dem TFKJ sowie dem M.I.N.I. kid A bot dafür die Datenbasis. Eine Gruppe von Jugendlichen schrieb nach dem EDP, eine über Hobbys und eine dritte führte keinen Schreibauftrag aus. Die Ergebnisse werden nachfolgend diskutiert: Zunächst betrachten wir nur die UG nach dem EDP und danach alle Gruppen im Vergleich sowie die Probanden mit Verdachtsdiagnose KTK im Speziellen. Anschließend wird die Moderatorenanalyse dargestellt und zuletzt die Einschränkungen der Studie.

6.4.1 Symptomreduktion unkontrolliert

Komplizierte Trauer

Um grundsätzlich etwas darüber zu erfahren, ob die Schreibintervention zur Reduktion von Symptomen der KTK beiträgt, war ein erstes Ziel der zweiten Untersuchung, die Probanden der UG zu beiden Testzeitpunkten zu vergleichen; dies erfolgte anhand des TFKJ und des M.I.N.I. kid Teil A. Bisher lieferten Trauerstudien, die mit Schreibaufträgen arbeiteten, inkonsistente Ergebnisse. Wir gingen davon aus, dass sich die KTK-Symptome in den Waisen zum zweiten Testzeitpunkt signifikant verbessern würden (Range et al., 2000; Segal et al, 2001; Wagner & Maercker, 2008). Die Teilnehmer des EDP verbesserten sich im Mittel in ihren Symptom scores auf dem TFKJ, aber ich konnte keine signifikante Reduktion feststellen. Die Ergebnisse sind stimmig mit Studien, welche auch Ergebnisse entgegen unserer Ausgangsannahme lieferten (Bower et al, 2003; Guinther et al, 2003; Segal et al., 1999). Die ES war moderat. Ein Faktor, der die ES und die Signifikanzprüfung entscheidend beeinflusst, ist die Streuung der Versuchsteilnehmer (Lind, 2010). Sowohl zu Testzeitpunkt eins als auch zu Testzeitpunkt zwei ist die *SD* sehr hoch bei 32.55 bzw. 32.56. Dies entspricht etwa einem Drittel des Mittelwerts. Die hohe Streuung weist auf die Heterogenität der Jugendlichen hin, was ihre Ausprägungen auf dem TFKJ angeht. Wenn die Trauerscores sich stark unterscheiden ist es statistisch kaum möglich, Signifikanz nachzuweisen bzw. starke Effekte zu erreichen. Begründet liegen die hohen *SD* in der Stichprobensammensetzung: Alle Jugendlichen, die zu t_1 den TFKJ bearbeiteten, wurden in die Interventionsstudie aufgenommen, unabhängig von

ihrem Summenscore bzw. Diagnosestatus. Ich habe im Theorieteil bereits ausführlich auf die Problematik der fehlenden Diagnosekriterien sowie Testinstrumente aufmerksam gemacht; dies rechtfertigt einerseits unser Studiendesign, andererseits muss die Stichprobenszusammensetzung dadurch auch als Einschränkung der Untersuchung anerkannt werden. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass die Messungen mit dem TFKJ nicht mit einem Goldstandardverfahren vergleichbar sind, wie sie für andere psychische Störungen existieren. Dies betrifft auch die schwachen Ergebnisse für Schreibarbeiten bei Trauer in Frattarolis (2006) Metaanalyse. In ihrer Studie diskutiert sie die Nulleffekte für diese Interventionen als ein Ergebnis schlechter oder unreliabler Messinstrumente (Frattaroli, 2006; Range et al., 2000).

Depression

Aufgrund der hohen Komorbidität mit Depression (Brown et al., 2008; Brown & Goodman, 2005; Melhem et al., 2007) beabsichtigten wir weiterhin einen Vergleich der M.I.N.I.-Ergebnisse vor und nach der Minimalintervention. So berichten etwa Sloan und Marx (2004) in ihrer Übersicht zum Schreibparadigma von drei Studien, die einen signifikanten Effekt in der Verbesserung der Depression finden, von einer Studie mit einem Nulleffekt und keiner mit entgegen gesetztem Effekt. Konträr zu unseren Erwartungen stellte ich keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung fest: Die Jugendlichen der UG litten im Durchschnitt an schwereren Symptomen der MD zum Zeitpunkt zwei, jedoch ohne Signifikanz und mit sehr hoher Standardabweichung. Auch Forston (1992) berichtet von einem negativen Effekt psychologischer Outcomes im Zuge einer Schreibbehandlung. Frattaroli (2006) stellte in ihrer Metaanalyse fest, dass der Effekt von Schreibinterventionen bei depressiven Symptomen ($k = 27$) im sehr kleinen Bereich – mit Tendenz zu Null – lag. Es lässt sich also festhalten, dass die Wirksamkeit des EDP für die Behandlung von Depressionen bisher nicht belegt und auch in dieser Pilotauswertung nicht bestätigt wurde. Dies ist insofern naheliegend, als dass es sich um eine sehr unspezifische Intervention handelt, welche möglicherweise begünstigt, durch die sogenannte „depressive Brille“ (Beck, 1967) zu sehen. Grundlegende Faktoren, welche in einer Depressionsbehandlung als wirksam gelten, fehlen: Entwickeln positiver Aktivitäten, kognitive Umstrukturierung, Problemlöse-, Selbstinstruktions- und soziales Kompetenztraining (Ihle, Jahnke & Ahle, 2006; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003).

Suizidgedanken werden auf dem M.I.N.I. kid Teil A mit lediglich einem Item angefragt. Zwar kann man dadurch eine gewisse Tendenz erfassen, die Validität einer Aussage, welche nur auf einer manifesten Variablen beruht, bleibt aber fraglich. Dennoch ist es ein alarmierendes Zeichen, dass dieses Symptom konsistent mit dem Resultat der Depression ist. Vorliegende Tendenz zeigte sich auch in einer Schreibstudie speziell für suizidale Studenten, die keine Verbesserung der Symptome und eine Zunahme von Arztbesuchen hervorrief (Kovac & Range, 2002). Bisher gibt es kaum Untersuchungen zu der Kombination von Suizidgedanken sowie dem Paradigma nach Pennebaker und unsere Ergebnisse reichen nicht aus, die fehlende Wirksamkeit zu belegen. Eine Erklärung, weshalb sich die Zustimmung auf dem Suiziditem erhöhte, könnte die zunehmende Einsicht in das eigene innere Erleben sein, die sich aus der Schreiarbeit ergibt. Wie oben als depressive Brille bezüglich der Depression erwähnt, kann auch hier eine emotionale Öffnung die affektiven Symptome vermehrt hervorrufen.

Funktionsbeeinträchtigung

In der Auswertung der Antworten der UG auf den dichotomen Items zum Funktionsniveau ergaben sich folgende Aussagen: Wir nahmen an, dass sich das Funktionsniveau signifikant verbessern würde (Smyth, 1998). Das Ausmaß, in dem die Trauer das Leben und die Probleme zuhause, in der Freizeit oder in der Schule beeinflusste, wurde zum zweiten Zeitpunkt von weniger Probanden als Funktionsbeeinträchtigung angegeben. Die statistische Analyse war aber in diesem Vergleich nicht signifikant. Eine gemischte Beweislage bezogen auf das Funktionsniveau fand sich auch in der jüngsten Metaanalyse (Frattaroli, 2006): Zwar konnte sie für die generelle Lebensbewältigung eine signifikante Verbesserung feststellen, die Effektstärke lag jedoch im sehr kleinen Bereich. Außerdem verringerten sich die Beeinträchtigungen in den sozialen Beziehungen signifikant, aber auch hier mit sehr kleinen ES. Weitere Bereiche, wie etwa Arbeit, Schule oder Kognitionen wiesen keine signifikanten Verbesserungen auf.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei isolierter Betrachtung der Gruppe EDP keine statistisch signifikante Wirksamkeit der Schreibintervention festgestellt werden konnte. Dies trifft auf alle untersuchten Parameter zu, betrachtet man lediglich die Signifikanz des Vorher-Nachher-Vergleichs. Verzichtet man auf die statistische Signifikanz und fokussiert nur auf die Mittelwerte, so kann zumindest in den

Trauersymptomen und in der Funktionsbeeinträchtigung eine durchschnittliche Verbesserung auf dem TFKJ festgestellt werden. Dies stellt unter Einbezug der unten aufgeführten Limitationen (6.4.4) durchaus einen Erfolg dar. Zusätzlich ermöglichen diese Resultate eine Abgrenzung der KT von einer PTBS, vergleicht man die Wirksamkeit von Interventionen: Während Schreibstudien in der Behandlung von PTBS bisher erfolgreich waren (Brown & Heimberg, 2001; Park & Blumberg, 2002; Schoutrop et al., 2002; Van Emmerik et al., 2008), lieferten trauernde Probanden Nulleffekte. Dies spricht gegen eine Behandlung von KT in Form von Exposition und Habituation und unterstreicht die Distinktheit des Konzeptes.

6.4.2 Symptomreduktion kontrolliert

In einem nächsten Schritt verglich ich die drei Schreibgruppen auf Verbesserung der Trauer allgemein und auf Unterschiede zwischen den Untersuchungsbedingungen im Speziellen. Weiterhin wurde betrachtet, ob sich Probanden ohne Verdachtsdiagnose KTK und mit der Verdachtsdiagnose in der Therapieeffektivität voneinander unterscheiden. Anhand des Kontrollgruppendesigns werden fundierte Aussagen zur Wirksamkeit des Schreibparadigmas möglich.

Komplizierte Trauer

Die Teilnehmer aller drei Untersuchungsbedingungen verbesserten sich im Mittel in ihren Trauerscores (Range et al., 2000). Im Gegensatz zur UG zeigten sowohl die TS als auch die KG signifikante Symptomreduktionen auf dem TFKJ. Dies entspricht nicht unseren Ausgangshypothesen und es widerspricht auch der allgemeinen Tendenz in der Erforschung des EDP (Lichtenthal & Cruess, 2010; Pennebaker, 1997; Smyth, 1996); darin zeichnet sich die UG als überlegen aus, verglichen mit Kontrollgruppen (z.B. van der Houwen et al., 2010). Auf Basis dieser Einzelangaben können jedoch keine Aussagen bezüglich des Gruppenvergleiches getroffen werden; die ANOVA mit Messwiederholung ergab folgende Ergebnisse: Der Zeiteffekt war hochsignifikant, wohingegen die Interaktion Zeitpunkt und Untersuchungsbedingung keine Signifikanz aufwies. Entgegen meinen Annahmen vor der Berechnung zeigte sich die Symptomverbesserung nahezu additiv zwischen den Gruppen, anstelle der erwarteten Interaktion. Das heißt, alle drei Gruppen verbesserten sich mit der gleichen Tendenz. Diese blieb auch erhalten, wenn die vier als wenig trennscharf identifizierten Items aus Untersuchung Teil 1 entfernt wurden, was für eine Beibehaltung dieser spricht. Obwohl die anfangs aufgestellte Hypothese durchaus theoretisch fun-

diert war (Lichtenthal & Cruess, 2010; Kovac & Range, 2000; Smyth, 1996), kann man die fehlenden Gruppeneffekte in Schreibstudien zur Trauer bzw. ausschließlich signifikante Zeiteffekte häufiger finden (van der Houwen et al., 2010; Range et al., 2000; Segal et al., 1999, 2001). Überraschend zeigte sich allerdings, dass die KG, welche keinen Schreibauftrag zu erfüllen hatte, vergleichbar gut abschnitt wie etwa die TS oder gar die UG. Auch Lichtenthal und Cruess (2010) identifizierten ein unerwartetes Ergebnis: Ihre dritte Untersuchungsgruppe, welche die positiven Folgen des Verlustes beschreiben und eigentlich die Kontrollbedingung sein sollte, erwies sich als am effektivsten zum Post-Zeitpunkt. In vorliegender Studie scheint ein sehr unspezifischer Wirkmechanismus in allen drei Gruppen vorliegend. Es bleibt ungeklärt, wann und für welche Populationen das klassische Schreibparadigma mit der emotionalen Öffnung wirksam ist. Genauere Aussagen dazu können in der Diskussion der Moderatorenanalyse weiter unten entnommen werden. Die Effektstärkemaße nach Cohen fielen entsprechend der beschriebenen Ergebnisse klein aus. Stellt man die Werte der UG in der ES-Berechnung vorne an, so ergab sich jeweils ein sehr kleiner, negativer Effekt zugunsten der TS bzw. KG. Zwischen TS und KG zeigte sich ein Nulleffekt. Diese schwachen Effekte waren aufgrund der fehlenden Signifikanz in der Wechselwirkung der ANOVA allerdings wahrscheinlich, jedoch nicht ausschließlich zu erwarten (Lind, 2010). Deshalb wurden zur Sicherheit alle *d*-Werte nach Cohen berechnet.

Ich betrachtete weiterhin, ob sich die Jugendlichen, welchen zu t_1 die Verdachtsdiagnose KTK zugeschrieben wurde, stärker verbesserten als Probanden ohne Diagnose. Fast die Hälfte der Waisen erfüllten die Kriterien hierfür. Die Annahme begründet sich darauf, dass man bei Untersuchungen ohne Diagnose von wesentlich kleineren Effekten im Sinne einer Präventionsevaluation ausgehen muss (Wittouck et al., 2011). Es zeigte sich – wie erwartet – eine signifikante Symptomreduktion in der Diagnosegruppe und keine Signifikanz in der Vergleichsgruppe. Im angeschlossenen gemischten Design konnte ich sowohl für die Zeit als auch für die Interaktion Diagnose und Testzeitpunkt überzufällige Effekte ausmachen. Die Intervention war der Prävention also überlegen, was auch die moderate ES nach Cohen belegte ($d = 0.55$). Dies stimmt mit der Bilanz von Evaluationen ähnlicher Fragestellungen überein (Neimeyer & Currier, 2009; Rosner et al., 2010; Wittouck et al., 2011), die auch keine oder nur geringe Wirksamkeit in präventiven Traueransätzen feststellen konnten. Obwohl es eine naheliegende Idee ist, Personen nach einem bedeutsamen Verlust

präventiv vor KT zu schützen, sprechen die hier replizierten Ergebnisse gegen ein solches Vorgehen. Nichts desto trotz bleibt zu beachten, dass die Evaluation von Präventionsstudien und die Interpretation der Ergebnisse immer mit Schwierigkeiten verbunden ist (Heinrichs, Döpfner & Petermann, 2008).

Im Drei-Gruppen-Design innerhalb der Diagnosegruppe fand ich einen signifikanten Effekt für die Zeit mit einer mittleren bis starken ES für diese Veränderung. Obwohl die Wechselwirkung sich nicht durch Signifikanz auszeichnete (O'Connor et al., 2005), stellte ich sehr starke Effekte zugunsten der KG fest und einen kleinen zugunsten der TS. Die Gruppe, die nach dem EDP schrieb, erwies sich nach Cohen als am schwächsten in der Symptomreduktion bei KTK positiven Jugendlichen, obwohl sie sich signifikant verbesserte. Zu beachten bleibt, dass wir in der Diagnosegruppe von nur noch 34 Probanden sprechen, was die Repräsentativität durchaus einschränkt. Dies stimmt mit den Ergebnissen der unkontrollierten Analyse unter 6.4.1 überein. Hieraus ergibt sich eine sehr interessante neue Fragestellung zu Trauerinterventionen bei Jugendlichen: Ist die Intervention umso wirksamer, je weniger sie auf emotionale Öffnung fokussiert? Oder zeigt gar keine Behandlung den größten Nutzen? Die Problematik, die sich aus unseren Ergebnissen für die Beantwortung dieser Fragen ergibt ist folgende: Zwar erhielt die KG keinerlei Intervention, dennoch bearbeiteten die Waisen dieser Bedingung zu beiden Testzeitpunkten den TFKJ. Man kann schwerlich davon ausgehen, dass die Symptome der Gruppe sich innerhalb von fünf Wochen signifikant verbessert hätten, wenn kein Fragebogen ausgefüllt worden wäre; schließlich lag der Großteil der Verluste 15 Jahre zurück. Somit sollte Zeit allein nicht als Faktor angesehen werden, der für die Verbesserung ausschlaggebend ist. Möglicherweise ist jedoch nicht die Kontrollbedingung für ihr eigenes gutes Ergebnis verantwortlich, sondern die anderen beiden Schreibbedingungen: Bower et al. (2003) geben an, dass die Zeitspanne von einer Woche zwischen dem letzten Schreibtermin und der Post-Erhebung zu knapp bemessen sei und die Vorteile der emotionalen Öffnung sich noch nicht abzeichnen könnten.

26 der anfangs 34 Waisen erfüllten nach der Schreibintervention noch die Verdachtsdiagnose KTK. Somit können acht Probanden zum Post-Zeitpunkt als geheilt gelten. Problematisch zeigt sich, dass zu t_2 fünf weitere Jugendliche die Diagnose erhielten, so dass es sich insgesamt um 31 KTK-positive Fälle handelt oder 48.4%. Diese fünf Personen verteilen sich gleichmäßig über alle drei Untersuchungsgruppen,

so dass wir nicht von einem bedingungsspezifischen Effekt ausgehen können. Auch weitere Personenmerkmale ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen verbesserten und verschlechterten Jugendlichen. Als Einschränkungen dieser Aussagen sind folgende wesentliche Punkte zu beachten: Weder feststehende Diagnosekriterien noch bewährte Goldstandardverfahren ermöglichen derzeit gezielte Aussagen über die Diagnose KTK. Unser TFKJ wurde zwar in Untersuchung 1 evaluiert, dennoch haben wir ihn im Rahmen der Interventionsstudie erstmalig auf Kinyarwanda eingesetzt. Aus Informationsgründen sollten die Daten zur Verdachtsdiagnose prä und post nicht vorenthalten werden, die Aussagekraft konkreter Prävalenzen ist jedoch fraglich.

Bisher konnte die Wirksamkeit des Pennebaker-Paradigmas in der Trauerbehandlung nicht konsistent belegt werden (Bower et al., 2003; Guinther et al., 2003; van der Houwen et al., 2010; Stroebe et al., 2002; Segal et al., 1999), wohingegen es bei anderen psychischen Syndromen wie PTBS als bewährt und wirksam gilt (z.B. van Emmerick et al., 2008). Die tendenzielle Symptomverbesserung wurde in der Studie mit ruandischen Waisen bestätigt. Was bleibt, ist die Untersuchung der Ergebnisse auf Moderatoren des Therapieerfolgs (Abschnitt 6.4.3) und gegebenenfalls Faktoren ausfindig zu machen, welche zur Wirksamkeit des EDP beitragen. Zudem kommen Trauerinterventionen allgemein bisher nicht an Therapien anderer Störungen heran. Kleine (Currier et al., 2007) bis moderate ES (Allumbaugh & Hoyt, 1999; Rosner et al., 2010) in Übersichtsarbeiten belegen die schwache Wirksamkeit, wobei unter dem letzten Diskussionspunkt (6.4.4) noch genauer auf mögliche Ursachen eingegangen wird.

Depression

Die Ergebnisse zu den Depressionssymptomen führen den oben angesprochenen Trend zugunsten der KG fort. Während sich die Jugendlichen der UG leicht verschlechterten, reduzierten sich die Symptome der TS und die Symptomreduktion der KG erreichte als einzige Signifikanz. Wir stellten die Hypothese auf, dass sich die Depressionssymptome besonders durch das EDP verbessern würden (Frisina, 2004; Lepore, 1997; Range et al., 2000; Wagner & Maercker, 2008). In der ANOVA fand ich keinen überzufälligen Zeiteffekt, jedoch eine signifikante Interaktion. Die darauf durchgeführten Einzelvergleiche der Mittelwerte ergaben keine signifikanten Unterschiede; dabei ist die als sehr konservativ geltende Bonferroni-Korrektur durchge-

führt worden, welche die Wahrscheinlichkeit für signifikante Effekte verringert. Die visuelle Inspektion der Abbildung 6.6 aber veranschaulicht die Wechselwirkung zugunsten der KG. Auch kleine negative ES begünstigen die KG. Was sich hier, verglichen mit den Ergebnissen zur KT besonders hervorhebt, ist die Verschlechterung der Depressionssymptome in der UG. Auf dem TFKJ handelte es sich lediglich um fehlende Signifikanz der EDP-Gruppe. In der Forschung zum Pennebaker-Paradigma fanden Gidron und Kollegen, dass sich PTBS-Symptome nach dem emotionalen Schreibauftrag verschlechterten (Gidron, Peri, Connolly & Shalev, 1996). Dies stellten auch Lichtenthal und Cruess (2010) für komorbide Depression zu KT fest, jedoch nur vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt in der EDP-Gruppe; zur Katamnese nahmen die depressiven Symptomen wieder erheblich ab. Eine solche fehlt in vorliegender Arbeit, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich einschränkt. Andere Studien berichten, dass das Schreiben keinen Einfluss auf depressive Symptome nahm (van der Houwen et al., 2010; Kovac & Range, 2002; Segal et al., 2001; Stroebe et al., 2002). In ihrer umfassenden Metaanalyse gibt Frattaroli (2006) für Depression eine Null-ES von $r = 0.044$ an; Frisinas Überblicksartikel kommt zu dem Ergebnis, dass auf zwei Erhebungsinstrumenten zu Depression und negativem Affekt kleine negative ES auftraten (Frisina et al., 2004).

Die eben diskutierten Zahlen finden sich in ähnlicher Neigung, betrachtet man nur die Diagnosegruppe nach dem M.I.N.I. Zunächst sei darauf hingewiesen, dass weder die Gruppe MD positiv noch MD negativ signifikante Symptomreduktionen aufwiesen. Nach Untersuchungsbedingungen geordnet schnitt die UG auch hier als einzige negativ ab, wohingegen sich die TS und die KG verbesserten; jedoch ohne Signifikanz. Ich konnte keinen statistischen Haupteffekt für die Zeit oder eine signifikante Wechselwirkung feststellen. Die Bedingung der KG zeigte erneut starke Effekte nach Cohen, im Vergleich mit den anderen Bedingungen. Obwohl neun von ursprünglich 29 Jugendlichen nach der Minimalintervention nicht mehr die Depressionsdiagnose gemäß M.I.N.I. erhielten, waren zu t_2 23 Probanden positiv (33.3%). Drei der zur UG zugewiesenen Waisen verschlechterten sich insofern, als dass sie erst nach der Behandlung die Diagnosekriterien erfüllten. Dies stellt eine große Schwäche des EDP in der Depressionsbehandlung dar. Allerdings konnte in etwa der gleichen Anzahl von Teilnehmern aller drei Gruppen ein Anstieg des M.I.N.I.-Scores verzeichnet werden. Auch diese Jugendlichen unterschieden sich in keinem der un-

tersuchten Merkmale überzufällig, so dass keine Prädiktoren für eine Verschlechterung ausfindig gemacht werden konnten.

Nicht zu vergessen ist, dass es sich in vorliegender Untersuchung um eine Trauerstudie handelt, so dass die fehlende Wirksamkeit bezüglich der Depressionssymptome auch für die Distinktheit der Trauerintervention sprechen kann (z.B. Rosner et al., 2011). Die Aufgabenstellung des Paradigmas verstärkt nach Stroebe et al. (1991, 2002) möglicherweise das Grübeln über den Tod, falls der Schreibauftrag nicht sehr spezifisch auf das psychische Syndrom bezogen wird. Dies könnte hier der Fall sein, da sich die Anweisung lediglich auf die tiefen Emotionen bezüglich des Verlustes bezieht. Potenzielle Ursachen oder Bewältigungsmöglichkeiten der depressiven Verstimmung bleiben unangesprochen. Weiterhin gilt der oben diskutierte fehlende Bezug zu bewährten Therapiebausteinen in der Depressionsbehandlung (z.B. Ihle et al., 2006).

Im Zuge dieser Arbeit wurde mehrmals auf das gemeinsame Auftreten von KT und Suizidgedanken hingewiesen (Latham & Prigerson, 2004). Neben der Milderung der Trauersymptome zielte die Schreibintervention darauf ab, auch weitere mit KT einhergehende Syndrome zu verbessern. Wider Erwarten gelang dies weder bezüglich der Depression noch der Suizidgedanken. Zwar fanden Kovac und Range (2002) keine Verschlechterung ihrer UG; dennoch kamen sie zu dem Ergebnis, dass Pennebakers Paradigma nicht wirksam ist für depressive oder suizidale Symptome. Drei unterschiedliche Schreibaufträge, darunter eine Kontrollgruppe ähnlich unserer TS, schnitten alle etwa gleich ab: Es zeigten sich keine Veränderungen auf Depressions- oder Suizidparametern. Laut den Forschern scheinen besonders Suizidgedanken resistenter gegen die Schreibintervention zu sein als die oftmals belegte physische Gesundheit. Frisina et al. (2004) berichten von moderaten negativen ES nach Cohen, betrachtet man Outcomes auf Messinstrumenten zu Suizidgedanken und Gründen zu leben.

Trotz der Tatsache, dass es bisher nicht gelang, positive Effekte des Schreibparadigmas auf Suizidgedanken nachzuweisen, bedarf es Überlegungen, wieso sich in vorliegender Studie derart negative Auswirkungen zeigten. Bereits oben habe ich darauf hingewiesen, dass nur ein Item des M.I.N.I. kid A Suizidgedanken abfragt. Repräsentative Aussagen dürfen auf Basis nur einer Frage nicht getätigt werden. Des Weiteren ist es wahrscheinlich, dass das Schreiben als emotionale Öffnung nicht für alle

Arten psychischer Belastung sinnvoll ist (Frattaroli, 2006; Gidron et al., 1999; Kovac & Range, 2002; Sloan & Marx, 2004). Muss kein Stress, Belastung oder Angst bewältigt werden, ist der Nutzen des Einsatzes des EDP fraglich. Es scheint, als wäre ein Eingreifen in Form von dem zweimaligen Ausfüllen eines Fragebogens, zusammen mit der Wertschätzung des Bearbeitens und der Anerkennung durch den Untersuchungsleiter die ideale Dosis in dieser Stichprobe zur Verarbeitung depressiver und suizidaler Symptome.

Funktionsbeeinträchtigung

Ein weiteres Teilziel dieser Arbeit ist es, die klinisch relevante Beeinträchtigung täglicher Funktionen im Vorher-Nachher-Vergleich zu betrachten. Im TFKJ fragen fünf Items das Funktionsniveau der Jugendlichen ab. Je nach Gruppe stellte ich ein inkonsistentes Antwortverhalten fest, allerdings ohne statistische Unterschiede in allen Gruppen. In veröffentlichten Studien zum EDP finden sich nur wenige Angaben zur Funktionsbeeinträchtigung der Probanden. In einer Untersuchung wurde ein Nulleffekt des generellen psychologischen Funktionsfähigkeit festgestellt (Batten, Follette, Hall & Palm, 2002). Auch Frattaroli (2006) konnte – wie oben in den unkontrollierten Ergebnissen bereits diskutiert – über 43 Studien hinweg nur eine nah an Null liegende ES für die generelle Funktionsfähigkeit berechnen.

Was die Informationen zum Funktionsniveau in dieser Arbeit einschränkt, ist die Frage inwiefern die Jugendlichen in der Lage sind, selbst Entscheidungen über ihren Tagesablauf zu fällen. Besonders die Itemantworten, welche die Beeinträchtigung des Spielverhaltens, der sozialen Kontakte sowie der Freizeitgestaltung abfragen, werden durch den strengen Stundenplan der Waisen in Internat und Jugenddorf geprägt. So ist täglich nach den Schulstunden ein ausgewählter Gruppensport zu spielen, anschließend Waschzeit, dann Hausaufgaben- und Lernzeit, worauf das Abendessen folgt; an Wochenenden findet sich meist ein Tanzabend oder ein Gottesdienst. Alle Veranstaltungen sollen aus Gründen der Aufsichtspflicht natürlich von allen Waisen besucht werden. Weder bleibt den Schülern viel Raum für die eigene Freizeitgestaltung, noch haben sie große Wahlmöglichkeiten, was das Fernbleiben der außercurricularen Veranstaltungen betrifft. Das Funktionsniveau wurde durch Items abgefragt, die folgendermaßen formuliert waren: „Haben dich diese Probleme davon abgehalten, deine Freunde zu treffen oder zu einer Feier zu gehen/ mit Freunden zu spielen?“ Lediglich bei der Frage, ob die Probleme in der letzten Zeit eine starke

Belastung darstellten, kann mit einer verlässlichen Antwort gerechnet werden, ebenso bezüglich der Probleme zuhause oder in der Schule, welche sich möglicherweise in schlechteren Noten oder mangelnder Aufmerksamkeit niederschlagen. Reliablere Aussagen hätte man durch eine andere Formulierung dieser Items erlangen können, welche nicht auf organisatorische Faktoren bezogen werden können („abhalten“), sondern auf internalisierende Aussagen fokussieren.

6.4.3 Moderatoren des Therapieerfolgs

Folgende Variablen wurden auf ihre Rolle als Moderator untersucht: Die Symptomschwere der KT, die Symptomschwere der MD, Alter, Geschlecht, Erwartung des Verlustes und Hilfesuchverhalten vor der Intervention. Über alle Analysen hinweg fand ich einen signifikanten Haupteffekt für die Zeit. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den bereits besprochenen Varianzanalysen zum TFKJ, in denen ebenfalls signifikante Zeiteffekte auftauchten. Somit können wir von einer überzufälligen Symptomverbesserung vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt ausgehen; dies betrifft alle Untersuchungsbedingungen und stellt einen Erfolg für die Gesamtstichprobe dar. Ein dreifacher Effekt, welcher sowohl die Zeit, die Gruppe als auch den Moderator mit einschließt, ergab sich lediglich für das *Alter*. Leider zeigte sich diese statistische Interaktion wenig aussagekräftig, da in der UG jüngere und ältere Jugendliche vergleichbar abschnitten, in der TS besonders die jüngere profitierte und in der KG die ältere Gruppe. Für das EDP scheint das Alter von jugendlichen Probanden nicht entscheidend, jedoch wissen wir bereits, dass die nicht schreibende KG im kontrollierten Design die höchste Symptomreduktion zu verzeichnen hatte; diese Bedingung war besonders für Jugendliche zwischen 17 und 18 Jahren von Vorteil, wohingegen die Gruppe von 14 bis 16 die größte Verbesserung aus dem trivialen Schreibauftrag zog. Zu beachten ist, dass sich diese Aussagen lediglich auf die beobachtbaren Mittelwerte beziehen und keiner statistischen Signifikanzprüfung unterzogen werden konnten. Die gemischten Ergebnisse entsprechen der Tendenz der Forschung, welche sowohl jüngeres (Pfeffer et al., 2002) als auch höheres Alter (Sandler et al., 2003) als Moderator ausfindig machte. Weder in der Kinder-Trauer-Metaanalyse von Rosner et al. (2010) noch in der Metaanalyse zum Schreibparadigma (Frattaroli, 2006) wurde das Alter als moderierende Variable identifiziert. Dem können wir schließlich zustimmen, da das Alter auf das EDP keinen Einfluss nahm.

Die Behandlungsergebnisse zwischen den Untersuchungsbedingungen unterschieden sich nicht resultierend aus der Symptomschwere der Trauer oder Depression. Weiterhin konnten keine Unterschiede auf das Geschlecht, die Erwartung des Verlustes oder das Hilfesuchverhalten zurückgeführt werden. Allgemein scheint es schwierig, sowohl in Trauer- (Currier et al., 2007; Rosner et al., 2010) als auch in Schreibstudien (Frattaroli, 2006) Moderatorvariablen nachzuweisen. Nichts desto trotz zeigten sich einige sehr interessante Resultate in vorliegender Studie: So bestätigte sich etwa die Symptomschwere der KT als Moderator, wenn die Untersuchungsbedingungen außen vor gelassen werden; sowohl der Testzeitpunkt als auch die Symptomschwere nach Median erwiesen sich als hochsignifikante Haupteffekte und auch die Interaktion der beiden Variablen zeigte Signifikanz. Je höher der Summenscore auf dem TFKJ zum ersten Zeitpunkt, desto mehr verbesserten sich die Probanden zu t_2 . Dies galt allerdings für alle drei Gruppen und kann daher nicht als Moderator des EDP interpretiert werden. In der Metaanalyse zu unkontrollierten Studien wurde dies auch von Rosner et al. (2010) belegt. Ob die Symptomschwere den Zusammenhang zwischen Behandlung und Ergebnis moderiert, wird kontrovers belegt und diskutiert: Rosner et al. (2011) fanden einen signifikanten Beweis dafür in einer zusätzlichen Trauer-Gruppentherapie und auch in der Überblicksarbeit von Schut et al. (2001) wurde dieser Zusammenhang gefunden; weiterhin wird berichtet, dass höhere Behandlungseffekte erzielt werden können, wenn ernsthafte Beeinträchtigungen und Stress vorliegen (Currier et al., 2007; Frattaroli, 2006). Dagegen wurden bei Boelen et al. (2011) in einer kognitiv-behavioralen Trauerintervention höhere Symptome zu Beginn auch mit höheren Symptomen danach verknüpft.

Zudem konnte ich durch die Berechnung des Medians des M.I.N.I.-Summenscores einen hochsignifikanten Haupteffekt für die Symptomschwere der Depression erhalten; keine Wechselwirkung erfüllte dies. Jugendliche, die ein schweres depressives Krankheitsbild zeigten, unterschieden sich signifikant von jenen, die weniger Symptome aufwiesen, insofern, als dass sich stärkere Verbesserungen in der Trauer bei der Gruppe mit hohem Median fanden (Guinther et al., 2003). Dies steht im Dissens zu Frattarolis (2006) Ergebnissen, die keine Unterschiede aufgrund von negativer Stimmung ausfindig machte. Allerdings haben wir hier – wie bereits erwähnt – lediglich einen Haupteffekt ohne signifikante Interaktionen, sodass die Datenlage keine Interpretation für die Moderatoranalyse zulässt. Obwohl das Geschlecht in Trauer- und Schreibstudien fast immer auf seine Rolle als Moderator untersucht wird, konnte

es mehrmals nicht belegt werden (Currier et al., 2007; Frattaroli, 2007; Guinther et al., 2003; Rosner et al., 2011); so auch in dieser Arbeit. Findet sich ein Effekt in der Literatur, so ist dieser verteilt zugunsten weiblicher (Guinther et al., 2003; Sandler et al., 2003) sowie zugunsten männlicher Probanden (Symth, 1996; Schut et al., 1997). Pennebaker (1997) geht davon aus, dass das EDP effektiver ist, wenn das belastende Ereignis, über das man schreibt, nicht erwartet wurde; das konnte nicht bestätigt werden. Auch die erhöhte Inhibition vor der Behandlung (Frattaroli, 2006) in Form von fehlenden Gesprächen über den Verlust war bei den Waisen nicht zu belegen.

6.4.4 Zusammenfassung und methodische Einschränkungen der Untersuchung

Obwohl Schreiben durchaus ermöglicht, positive Effekte auf psychisch belastete Personen auszuüben, entsprechen die Ergebnisse der Studie in Ruanda nicht ganz unseren Erwartungen. Zwar verbesserten sich die Jugendlichen im Durchschnitt, jedoch konnte ich die Wirksamkeit nicht speziell auf das Schreibparadigma zurückführen. Welche Faktoren trugen dazu bei, dass sich das EDP in dieser Untersuchung mit ruandischen Genozidwaisen nicht als effektive Behandlungsmaßnahme für KTK bewährt hat? Zunächst ist zu bedenken, dass Trauer eine einzigartige Reaktion darstellt, die bei nahezu jedem Menschen unterschiedlich ausfällt; zwar trauern wir alle nach einem Verlust, Art und Dauer variieren aber erheblich. Somit bietet eine Intervention, die für alle Betroffenen den gleichen Schreibauftrag bereithält, möglicherweise nicht genügend Raum für die Individualität der Trauer und ist daher auch nicht bei allen Trauernden gleich wirksam. An diesen Erklärungsansatz knüpft auch Stroebe's Argumentation an: Fehlende, konkret trauerbezogene Anweisungen im Schreibauftrag ermöglichen keine Verarbeitung der Trauer, sondern fördern das Grübeln über den Verlust (Stroebe & Stroebe, 1991; Stroebe et al., 2002). Möglicherweise würden konkrete Strategien, z.B. wie die Beziehung zu dem Verstorbenen in die Erinnerung transferiert werden kann oder Rückmeldung nach dem Schreiben, mit größerem Erfolg einhergehen (Lichtenthal & Cruess, 2010; Wagner & Maercker, 2008). Bedenkt man, dass über 80% der verstorbenen Väter im Genozid 1994 umkamen, so darf auch der Faktor Zeit nicht außer Acht gelassen werden. 15 Jahre nach dem Verlust eine Trauerbehandlung anzusetzen, verfehlt womöglich das Bedürfnis der Waisen nach spezifischer psychologischer Betreuung und zeigt daher kaum Effekte (Currier et al., 2007). Zwar stellten Rosner et al. (2010) eine längere Zeitspanne als Mo-

erator des Therapieerfolgs in unkontrollierten Studien fest, derart viele Jahre übersteigen aber wohl diesen möglichen positiven Effekt. Einen anderen zeitlichen Kritikpunkt äußern Bower et al. (2003); nur eine Woche zwischen der letzten Sitzung und der Posterhebung könnte zu wenig Zeit sein, dass sich Effekte der emotionalen Öffnung abzeichnen. Dies hängt auch mit der problematischen Formulierung der Items und der Likert-Skala zusammen: „In the past four weeks: 31) I feel shocked or benumbed when I think about the person’s death.“ – never, little, some, much, or most (vgl. Anhang A). Obwohl die Minimalintervention nur über drei Wochen ging und sich zusammen mit den Fragebogenterminen ein Längsschnitt von fünf Wochen ergibt, fragen die Items dennoch auch das Befinden ganz am Anfang der Untersuchung ab. Eine Veränderung zeichnet sich vermutlich aber erst nach dem Abschluss der Schreibsitzungen bzw. eine gewisse Zeit später ab. Somit wäre eine Katamnese einige Wochen sowie einige Monate nach der Post-Erhebung eine wichtige Informationsquelle gewesen. Hinzu kommt, dass es aufgrund von organisatorischen Aspekten nicht möglich war, die Jugendlichen einzeln in die Sitzungen einzuladen und daher viele Personen gleichzeitig in einem Raum arbeiteten; die Privatsphäre während des Schreibens war also nur eingeschränkt vorhanden und beeinträchtigte eventuell das Ausmaß der emotionalen Öffnung in der UG.

Allgemein gilt für Trauerstudien, dass Interventionen in diesem Rahmen eher präventiver Arbeit zuzuordnen sind. Dies liegt zum einen an dem Mangel an verlässlicher Diagnosestellung von KTK – Diagnosekriterien und -instrumente fehlen. Auch Currier et al. (2007) weisen in ihrer Metaanalyse darauf hin, dass Studien ohne Vorauswahl und Diagnose klinisch relevant und subklinisch belastete Kinder und Jugendliche mischen. Dies führe zu kaum ersichtlichen Effekten und trifft auch auf vorliegende Untersuchung zu. Des Weiteren liefern Präventionsstudien immer niedrigere ES (Schut et al., 2001; Wittouck et al., 2011) und sind auch schwer zu evaluieren (Heinrichs et al., 2008). Insgesamt entsprechen die Ergebnisse aber den niedrigen und höchstens mittleren ES der Trauerstudien in Kindern (Rosner et al., 2011). Wittouck et al. (2011) verweisen in ihrem Artikel auf einen weiteren wichtigen Punkt, der häufig übersehen wird und zur Erklärung beiträgt, weshalb das EDP in der Reduktion von KTK nicht wirksam war: Sie bezeichnen das Ziel von KT-Interventionen als normale Trauer. Somit sind Personen nach einer Behandlung immer noch belastet, weil sie erst dann in der Lage sind, die normale Trauer zu erleben und diese anschließend bewältigt werden muss. Ein Follow-up nach einigen Mo-

naten wäre geeignet, diese Hypothese zu überprüfen. Da das Schreibparadigma für physische Outcomevariablen wesentlich besser belegt ist und auch wirksamer zu sein scheint (Kelley et al., 1997; Pennebaker et al., 1988, 1990; Smyth et al., 1999), wäre es für künftige Untersuchungen sinnvoll, neben den psychologischen Syndromen auch somatische Beschwerden zu erheben. Zu den fehlenden Gruppeneffekten bleibt zu sagen, dass möglicherweise die Teilnahme an der Studie allgemein effektiver war, als einer bestimmten Schreibbedingung anzugehören und daher Verbesserungen auf allen Gruppen zu finden waren. So beschreiben auch Currier et al. (2007) in ihrem Überblicksartikel, dass im Mittel behandelte und unbehandelte Kinder gleich abschnitten. Während im Teil 1 der Untersuchung (Abschnitt 4) die Validität des Konzeptes der KTK überprüft und bestätigt werden konnte, liefern die Ergebnisse des zweiten Teils einen Beitrag zur Distinktheit der KT: Wie oben bereits angeschnitten zeigten sich PTBS-Behandlungen durch das EDP als wirksam, bedingt durch die emotionale Öffnung, die bessere Einordnung des traumatischen Ereignisses sowie die Selbstkonfrontation. Diese Mechanismen kamen bei der KTK nicht zum tragen, weshalb eine unterschiedliche Behandlungsindikation auch die Verschiedenheit der beiden Konstrukte belegen kann.

Neben den Einschränkungen, die oben bereits berichtet wurden, sind weitere limitierende Faktoren zu nennen: Die randomisierte Gruppenzusammensetzung ist insofern fraglich, als dass zum ersten Testzeitpunkt signifikante Gruppenunterschiede auf dem Summenscore der Trauer zu finden waren; die KG ging mit der geringsten Beeinträchtigung in die Behandlungsphase. Da aber höhere Symptomschwere mit signifikant stärkerer Verbesserung einher ging, kann die geringere Trauerbelastung der KG als Prädiktor für die besseren Resultate ausgeschlossen werden. Starke interindividuelle Unterschiede in Form von hohen Standardabweichungen verursachen auch im zweiten Teil der Untersuchung Probleme, wie etwa in der Signifikanzprüfung oder in der Berechnung von ES nach Cohen (1988) (Lind, 2010).

7 RESÜMEE DER STUDIE

Der Genozid 1994 hinterließ in Ruanda zahlreiche Waisen, welche generell einer Vielzahl unspezifischer Risikofaktoren ausgesetzt sind. Ihr Hauptmerkmal ist aber der Verlust einer engen Bezugsperson und die damit einhergehende Trauer. Ziel dieser Arbeit war es zum einen, die psychische Gesundheit von 69 Jugendlichen im Osten Ruandas zu untersuchen. Dazu überprüfte ich zunächst den Trauerfragebogen für Kinder und Jugendliche (TFKJ) auf seine Eignung in der vorliegenden Stichprobe und ließ ihn auf Kinyarwanda übersetzen. Den ersten Teil der empirischen Untersuchung machte die testtheoretische Evaluation des neuen Instruments aus: Die konfirmatorische Faktorenanalyse identifizierte zwei Faktoren (Trennungsschmerz, Sekundäre Gefühle), die Reliabilität in Form von Cronbach's α lag im hohen Bereich und die Validität konnte weitgehend belegt werden. Auch die befriedigende Reliabilität des Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) kid Teil A wurde in der neuen Sprache repliziert. Des Weiteren gelang es, die Validität des Konzeptes der Komplizierten Trauer in der Kindheit (KTK) anhand von Korrelationen mit depressiven und suizidalen Symptomen sowie mit Funktionsbeeinträchtigungsparametern zu belegen. In einem nächsten Schritt der umfassenden Untersuchung in Ruanda stellten wir folgende Prädiktoren für KTK fest: Das Wohnen bei Verwandten (verglichen mit dem Jugenddorf), die Diagnose Depression, ein unerwarteter Verlust und Vollwaise zu sein. Soweit Aussagen zur Diagnose mit dem erstmals evaluierten TFKJ möglich sind, erfüllten 49% der Waisen die Verdachtsdiagnose KTK. Diesen sehr hohen Wert – in einer derart vulnerablen Population aber durchaus zu erwarten – wollten wir mithilfe des Pennebaker-Paradigmas (EDP), das Schreiben als heilend darstellt, verkleinern. Dies stellt das zweite Ziel der Studie dar.

Mithilfe der Minimal-Schreibintervention gelang es, Trauersymptome in allen Probanden zu reduzieren, unabhängig davon, ob sie der Untersuchungsgruppe (UG) mit dem emotionalen Schreibauftrag, der trivialen Schreibgruppe (TS) oder der nicht schreibenden Kontrollgruppe (KG) angehörten. Durchgehend wurde ein signifikanter Zeiteffekt für die Symptomreduktion festgestellt, der Effekt konnte allerdings nicht der UG zugeschrieben werden. Waisen mit Verdachtsdiagnose KTK zeigten eine signifikant stärkere Verbesserung auf dem TFKJ mit moderaten ES verglichen mit jenen ohne KTK. Überraschende Ergebnisse fand ich für die Depressionssymptome: Emotionale Schreiber (UG) verschlechterten sich im Mittel im Gegensatz zu den

anderen beiden Schreibbedingungen. Es konnte aber kein Gruppeneffekt und keine Signifikanz im Symptomzuwachs gefunden werden. Selbiges gilt für die erhobenen Suizidgedanken. Das Funktionsniveau präsentierte sich mit einem positiven Befund, da Verbesserungen in allen Gruppen festzustellen waren. Es konnten keine Moderatoren des EDP ausfindig gemacht werden. Probanden über und unter dem Median zeigten jedoch signifikante Unterschiede zum Testzeitpunkt 2 auf dem TFKJ-Summscore, zugunsten der Gruppe mit hohem Wert. Das Ergebnis war unabhängig von der Untersuchungsbedingung. Statistisch gesehen erwies sich das Alter als Moderator – in Form einer signifikanten dreifachen Wechselwirkung der Varianzanalyse. Im Vergleich der Mittelwerte ließ sich aber kein Effekt für das EDP interpretieren.

Ansätze in der Erforschung von KTK sind in dieser Arbeit gelungen. Einige Einschränkungen, wie etwa die Spezifität der Stichprobe, lassen aber keine generalisierbaren Aussagen über das Konstrukt zu. Fehlende Follow-up-Untersuchungen ermöglichen keine Aussagen über die Langzeiteffekte der Studie. Es bedarf weiterer Forschung auf diesem Gebiet, jedoch dann mit verbindlichen Diagnosekriterien und evaluierten Erhebungsverfahren. Die jugendlichen Waisen zeigten sich als stark psychisch belastet und die Notwendigkeit von Interventionen konnte belegt werden. Die ausgewählte Kurzzeit-Behandlung erzielte jedoch nicht die erwünschten Effekte, so dass die Frage nach einer effektiven, ökonomischen und kulturell vereinbarten Therapie für KTK ungeklärt und weiterhin zu erforschen bleibt.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Ahmad, A. & Mohamad, K. (1996). The socio-emotional development of orphans in orphanages and traditional foster care in Iraqi Kurdistan. *Child Abuse & Neglect*, 20 (12), 1161-1173.
- Allumbaugh, D. I. & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 370-380.
- American Psychological Association (APA) (1991). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-III-R (3. Aufl.)*. Dt. Bearbeitung von H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig & K. Koehler. Weinheim und Basel: Beltz.
- American Psychological Association (APA) (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision. DSM-IV-TR (4. Aufl.)*. Dt. Bearbeitung von H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.
- Ardington, C. & Leibbrandt, M. (2010). Orphanhood and Schooling in South Africa: Trends in the vulnerability of orphans between 1993 and 2005. *Economic Development and Cultural Change*, 58 (3), 507-536.
- Aroche, J. & Coello, M. J. (2004). Ethno-cultural Considerations in the Treatment of Refugees and Asylum Seekers. In J. P. Wilson, B. Drozdek (Eds.), *Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims* (pp. 53-80). New York: Brunner-Routledge.
- Atwine, B., Cantor-Graae, E. & Bajunirwe, F. (2005). Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda. *Social Science and Medicine* 61 (3), 555-564.
- Auswärtiges Amt (2011). *Ruanda: Aktuelle wirtschaftliche Lage*. Abgerufen am 13.01.2012 unter: http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Ruanda/Wirtschaft_node.html.
- Bachar, E., Canetti, L., Bonne, O., Denour, A. T. & Shalev, A. (1997). Psychological Well-Being and Ratings of Psychiatric Symptoms in Bereaved Israeli Adolescents: Differential Effect of War- versus Accident-Related Bereavement. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185 (6), 402-406.
- Barrett, T. W. & Scott, T. B. (1989). Development of the grief experience questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 201-215.
- Batten, S. V., Follette, V. M., Hall, M. L. & Palm, K. M. (2002). Physical and psychological effects of written disclosure among sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 33, 107-122.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.

- Beegle, K., Filmer, D., Stolkes, A. & Tiererova, L. (2010). Orphanhood and the Living Arrangements of Children in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 38 (12), 1727-46.
- Bhargava, A. (2005). The AIDS epidemic and the psychological well-being and school participation of Ethiopian orphans. *Psychology, Health, and Medicine* 10 (3), 263-275.
- Bicego, G., Rutstein, S. & Johnson, K. (2003). Dimensions of the emerging orphans crisis in sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*, 56, 1235-47.
- Boelen, P. A. & Bout, J. van den (2005). Complicated Grief, Depression, and Anxiety as Distinct Postloss Syndromes: A Confirmatory Factor Analysis Study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2175.
- Boelen, P. A., Hout, M. A. van den & Bout, J. van den (2008). The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among bereaved individuals: A confirmatory factor analysis study. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1377-83.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A. & van den Bout, J. (2011). Factors Associated with Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Preliminary Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 284-291.
- Boelen, P. A. & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. A prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (8), 444-452.
- Bonnano, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B. & Insel, B. (2007). Is there more to grief than depression and PTSD? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342-351.
- Boris, N. W., Brown, L. A., Thurman, T. P., Rice, J. C., Snider, L. M., Ntanganira, J. & Nyirazinyoye, L. N. (2008). Depressive Symptoms in Youth Heads of Households in Rwanda. *Archives of Pediatrics & Adolescents Medicine*, 162 (9), 836-843.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). Metaanalyse. In J. Bortz & N. Döring (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (S. 627-642). Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1983). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E. & Fahey, J. L. (2003). Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 146-155.

- Bracken, P. J. (1993). Post-empiricism and psychiatry: meaning and methodology in cross-cultural research. *Social Science & Medicine*, 36 (3), 265-272.
- Bracken, P. J., Giller, J. E. & Summerfield, D. (1995). Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts. *Social Science & Medicine*, 40 (8), 1073-82.
- Brent, S. B., Speece, M. W., Lin, C., Dong, Q. & Yang, C. (1996). The development of the concept of death among Chinese and U.S. children 3-17 years of age: From binary to "fuzzy" concepts? *Omega: Journal of Death and Dying*, 33, 67-83.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, E. J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., Thiel De Bocanegra, H., Zatta, E., Goodman, R. F. & Mannarino, A. (2008). Childhood Traumatic Grief: A Multi-Site Empirical Examination of the Construct and its Correlates. *Death Studies*, 32, 899-923.
- Brown, E. J., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., Handel, S. & Layne, C. (2003). *Characteristics and Responses upon Exposure to Death* (CARED-Youth Report, CARED-Parent Report). National Child Traumatic Stress Network. Washington, DC: SAMHSA.
- Brown, E. J. & Goodman, R. F. (2005). Childhood Traumatic Grief: An Exploration of the Construct in Children Bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (2), 248-259.
- Brown, E. J. & Heimberg, R. G. (2001). Effects of Writing about Rape: Evaluating Pennebaker's Paradigm With Severe Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (4), 781-790.
- Brown, L., Thurman, T. & Snider, L. (2005). *Strengthening the psychosocial well-being of youth-headed households in Rwanda: baseline findings from an intervention trial*. Horizons Research Update. Washington DC: Population Council.
- Bryant, F. B. (2000). Assessing the Validity of Measurement. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding MORE multivariate statistics* (pp. 99-146). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Cameron, L. D. & Nicholls, G. (1998). Expression of stressful experiences through writing: Effects of a self-regulation manipulation for pessimists and optimists. *Health Psychology*, 17, 84-92.

- Carmassi, C., Socci, C., Pergentini, I., Corsi, M., Massimetti, E., Perugi, G. & Dell'Osso, L. (2011). Mood spectrum symptoms and adult separation anxiety in patients with post-traumatic stress disorder and/ or complicated grief. *European Psychiatry*, 26 (1), 1064.
- Case, A., Paxson, C. & Ableidinger, J. (2002). Orphans in Africa. *National Bureau of Economic Research Working Paper No. 9213*. Abgerufen am 19.05.2011 unter: <http://www.nber.org/papers/w9213>.
- Case, A., Paxson, C. & Ableidinger, J. (2004). Orphans in Africa: Parental Death, Poverty and School Enrolment. *Demography*, 41 (3), 483-508.
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 22 (9). doi:10.1186/1471-244X-9-22.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral Research*, 1, 245-276.
- Cheifetz, P. N., Stavrakakis, G. & Lester, E. P. (1989). Studies of the affective state in bereaved children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 688-692.
- Cienfuegos, J. & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43-51.
- Cluver, L. & Gardner, F. (2006). The psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town, South Africa. *Annals of General Psychiatry*, 5 (8). doi:10.1186/1744-859X-5-8.
- Cluver, L. & Gardner, F. (2007). The mental health of children orphaned by AIDS: a review of international and southern African research. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 19 (1), 1-17.
- Cluver, L., Gardner, F. & Operario, D. (2007). Psychological distress amongst AIDS-orphaned children in urban South Africa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (8), 755-763.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*, 2nd edition. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cohen J. A., Deblinger E., Mannarino A. P. & Steer, R. (2004). A multi-site randomized controlled trial for multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (4), 393-402.
- Cohen, J. A., Goodman, R. F., Brown, E. J. & Mannarino, A. (2004). Treatment of childhood traumatic grief: Contributing to an newly emerging condition in the wake of community trauma. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (4), 213- 216.

- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1996a). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 42-50.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1996b). Factors that mediate treatment outcome of sexually abuse of preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (10), 1402-10.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2004). Treatment of childhood traumatic grief. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33 (4), 819- 831.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2011a). Trauma-Focused CBT for Traumatic Grief in Military Children. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 4 (4), 219-227.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2011b). Supporting children with traumatic grief: What educators need to know. *School Psychology International*, 32 (2), 117-131.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Childhood and Adolescence*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S. & Shipley, C. (2002). Childhood Traumatic Grief – Concepts and Controversies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3 (4), 307- 327.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1225-1233.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Steron, V. (2006). Modified cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG): A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1465-73.
- Cooper, P. & Osborn, M. (1982). Evaluation of a Modified Self-Report Measure of Social Adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 14, 68-75.
- Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10 (7), 1-9.
- Currier, J. M., Holland, J. M., Coleman, R. A. & Neimeyer, R. A. (2008). Bereavement Following Violent Death: An Assault on Life and Meaning. In R. G. Stevenson & G. R. Cox (Eds.), *Perspectives on Violence and Violent Death* (pp. 177-202). Amityville, NY: Baywood.

- Currier, J. M., Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30, 403-428.
- Currier, J. M., Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2007). The Effectiveness of Bereavement Interventions With Children: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36 (2), 253-259.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Dalton, T. A. & Krout, R. E. (2005). Development of the Grief Process Scale through music therapy songwriting with bereaved adolescents. *Arts in Psychotherapy*, 32, 131-143.
- Deblinger E., Lippmann, J. & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat*, 1, 310-321.
- Deblinger E., Stauffer, L. B. & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their non-offending mothers. *Child Maltreat*, 6 (4), 332-343.
- Deblinger E., Steer, R. & Lippman, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23 (12), 1371-1378.
- De Clercq, M. (1999). Emergency psychiatry and the challenges of the year 2000. In M. De Clercq, A. Andreoli, S. Lamarre & P. Forster (Eds.), *Emergency Psychiatry in a Changing World* (S. 3-9). Amsterdam: Elsevier.
- Des Forges, A. (2002). *Kein Zeuge darf überleben. Der Genozid in Ruanda*. Hamburg: Hamburger Edition.
- De Jong, J. T. (2002). Public Mental Health in Low-Income Countries. In J. De Jong (Ed.) *Trauma, War, and Violence. Public Mental Health in Socio-Cultural Context* (pp. 1-91). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- De Jong, K. & Kleber, R. J. (2007). Emergency Conflict-related Psychosocial Interventions in Sierra Leone and Uganda. Lessons from Médecins Sans Frontières. *Journal of Health Psychology*, 12 (3), 485-497.
- De Jong, K., Kleber, R.J. & Puratic, V. (2002). Mental health programs in areas of armed conflict: the Médecins sans Frontières counselling centres in Bosnia-Herzegovina. *Intervention*, 1 (1), 14-32.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Corsi, M., Pergentini, I., Succi, C., Maremmanni, A. & Perugi, G. (2011). Adult separation anxiety in patients with complicated grief versus healthy control subjects: relationships with lifetime depressive and hy-

- pomanic symptoms. *Annals of General Psychiatry*, 10 (29). doi:10.1186/1744-859X-10-29.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (2. Auflage). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Dillen, L., Fontaine, R. J. & Verhofstadt-Denève, L. (2009). Confirming the distinctiveness of Complicated Grief from Depression and Anxiety among Adolescents. *Death Studies*, 33, 437-461.
- Döpfner, M. (2008). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (S. 29-48). Göttingen: Hogrefe.
- Dowdney, L. (2000). Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41(7), 819-30.
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children. A Handbook for Adults* (2. Aufl.). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. & Mukanoheli, E. (2000). Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (1), 3-21.
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. & Raundalen, M. (2002). Is the culture always right? *Traumatology*, 8 (3), 135-145.
- Dyregrov, A., Yule, W., Smith, P., Perrin, S., Gjestad, R. & Prigerson, H. (2001). *Traumatic Grief Inventory for Children (TGIC)*. Bergen, Norway: Children and War Foundation.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Research and Theory*, 38, 319-345.
- Elizur, E. & Kaffman, M. (1983). Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 668-676.
- Ellis, D. & Cromby, J. (2011). Emotional Inhibition: A discourse analysis of disclosure. *Psychology & Health*. doi:10.1080/08870446.2011.584623
- Emmerik, A. van, Kamphuis, J. H. & Emmelkamp, P. (2008). Treating Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77 (2), 93-100.
- Eerdewegh, M. van, Bieri, M., Parilla, R. & Clayton, P. (1982). The bereaved child. *British Journal of Psychiatry*, 140, 23-29.
- Eerdewegh, M. van, Clayton, P. J. & Eerdewegh, P. van (1985). The bereaved child:

- Variables influencing early psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 147, 188-94.
- Ertl, V. (2005). *Reliabilität und Validität der Erfassung Posttraumatischer Belastungsstörung in einer ostafrikanischen Flüchtlingsiedlung*. Diplomarbeit: Universität Konstanz.
- Essau, C. A., Conradt J. & Petermann F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37-45.
- Esser, G. & Lange, S. (2006). Verhaltensdiagnostik in der Verhaltenstherapie. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. (S. 151-158). München: CIP-Medien.
- Eth, S. & Pynoos, R. S. (1994). Children who witness the homicide of a parent. *Psychiatry*, 57 (4), 287-306.
- Evans, D. & Miguel, E. A. (2005). *Orphans and Schooling in Africa: A Longitudinal Analysis. Working Paper No. C05-143*. Berkeley: Center for International and Development Economics Research.
- Faschingbauer, T. R., Zisook, S. & DeVaul, R. (1987). The Texas revised inventory of grief. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial Aspects of Bereavement* (pp. 111-124). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fernando, G. A. (2004). Working with survivors of war in non-western cultures: the role of the clinical psychologist. *Intervention*, 2 (2), 108-117.
- Fisseni, H. J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C. & Treadwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3, 376-384.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *Journal of Affective Disorders*, 99, 203-211.
- Forston, M. T. (1992). Disclosure of traumatic events utilizing a writing task: Immunological, physiological, and psychological consequences in a psychiatric population (Doctoral dissertation, Auburn University). *Dissertation Abstracts International*, 52, 3904.
- Foster, G. (2002). Beyond education and food: psychosocial well-being of orphans in Africa. *Acta Paediatrica*, 91, 502-504.

- Francis, M. E. & Pennebaker, J. W. (1993). *LIWC: Linguistic Inquiry and Word Count* (Tech. Rep.). Dallas, Texas: Southern Methodist University.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental Disclosure and Its Moderators: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 823-865.
- Frisina, P. G., Borod, J. C. & Lepore, S. J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes in clinical populations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 629-634.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M. & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127, 352-258.
- Garmezy (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 159-174.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 224-231.
- Giacona, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. & Cohen, E. (1995). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a community population of older adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-80.
- Gidron, Y., Peri, T., Connolly, J. F. & Shalev, A. Y. (1996). Written disclosure in posttraumatic stress disorder: Is it beneficial for the patient? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 505-507.
- Glass, G. V. (1976). Primary, Secondary and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- Goenjian, A. K., Walling, D., Steinberg, A. M., Roussos, A., Goenjian, H. A. & Pynoos, R. S. (2009). Depression and PTSD symptoms among bereaved adolescents 6.5 years after the 1988 Spitak earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 112, 81-84.
- Golden, A. M., Dalgleish, T. & Mackintosh, B. (2007). Levels of specificity of autobiographical memories and of biographical memories of the deceased in bereaved individuals with and without complicated grief. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 786-795.
- Golden, A.-M. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336-341.
- Gupta, L. (2008). *Addressing Traumatic Losses Among War-Affected Children in the Developing World: Lessons Learned for Future Post-Conflict Interventions*.

Speech presented at the Association for Death Education and Counselling, 2008 Annual Conference.

- Guinther, P. M., Segal, D. L. & Boogards, J. A. (2003). Gender Differences in Emotional Processing among Bereaved Older Adults. *Journal of Loss and Trauma*, 8, 15-33.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6. Aufl.). New Jersey: Pearson Education.
- Hall, G. C. (2001). Psychotherapy Research With Ethnic Minorities: Empirical, Ethical, and Conceptual Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (3), 502-510.
- Hanley, J. A. & McNeill, B. J. (1982). The Meaning and Use of the Area under a Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve. *Diagnostic Radiology*, 143 (1), 29-36.
- Hansanovic, M., Sianonvic, O., Selimbasic, Z., Pajevic, I. & Avdibegovic, E. (2006). Psychological Disturbances of War-traumatized Children from Different Foster and Family Settings in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, 47, 85-94.
- Heinrichs, N., Döpfner, M. & Petermann, F. (2008). Prävention psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (S. 643-659). Göttingen: Hogrefe.
- Heinze, G. (2006). *Erfassung, Beschreibung und Visualisierung medizinischer Daten*. Wien: Institut für Klinische Biometrie. Abgerufen am 22.08.2011 unter: <http://www.meduniwien.ac.at/msi/biometrie/Lehre/Medizin/Skripten/biometrische%20software%20I/B1Gesamt.pdf>
- Hilliard, R. E. (2001). The Effects of Music Therapy-Based Bereavement Groups on Mood and Behavior of Grieving Children: A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 30, 291-306.
- Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2011). Separation and Traumatic Distress in Prolonged Grief: The Role of Cause of Death in the Relationship to the Deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 254-263.
- Horowitz, M. J., Bonnano, G. A. & Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Horowitz M. J., Wilner N. & Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Houwen, K. van der, Schut, H., Bout, J. van den, Stroebe, M. & Stroebe, W. (2010).

- The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behavior Research and Therapy*, 48, 359-367.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Ihle, W., Jahnke, D. & Ahle, M. E. (2006). Depressive Störungen. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 649-664). München: CIP-Medien.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008). *Mental Health and Psychosocial Support: Checklist for Field Use*. Geneva: IASC.
- Jacob, N. (2007). *Traumatisierung durch häusliche Gewalt, Krieg und Tsunami: Eine Untersuchung zur mentalen Gesundheit von Kindern in Sri Lankas Norden*. Diplomarbeit im Fach Psychologie an der Universität Konstanz. Abgerufen am 22.11.2009 unter: <http://www.ub.uni-konstanz.de/kops/volltexte/2007/3260/>.
- Jacob, N. (2010). *Consequences of traumatic stress in Rwandan genocide survivors: Epidemiology, psychotherapy, and dissemination*. Dissertation im Fach Psychologie an der Universität Konstanz. Abgerufen am 27.06.2011 unter: <http://kops.ub.uni-konstanz.de/handle/urn:nbn:de:bsz:352-opus-106870>.
- Jacobi, N., Klose, M. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt*, 47, 736-744.
- Jacobs, S. C. (1999). *Traumatic Grief – Diagnosis, Treatment, and Prevention*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Jacobs, S. C., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L. & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 269-274.
- Jacobs, S. C., Mason, J., Kosten, T. R., Kasl, S. V., Ostfeld, A. M. & Wahby, V. (1987). Urinary Free Cortisol and Separation Anxiety Early in the Course of Bereavement and Threatened Loss. *Biological Psychiatry*, 22, 148-152.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.
- Jones, L. & Kafetsios, K. (2005). Exposure to Political Violence and Psychological Well-being in Bosnian Adolescents: a Mixed Method Approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10 (2), 157-176.
- Kaffman, M. & Elizur, E. (1979). Children's Bereavement Reactions Following Death of the Father. *International Journal of Family Therapy*, 1 (3), 203-229.

- Kale, R. (1995). Traditional healers in South Africa: a parallel health care system. *British Medical Journal*, *130* (6), 1182-1185.
- Kast, V. (1982). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart, Berlin: Kreuz Verlag.
- Kelley, J. E., Lumley, M. A. & Leisen, J. C. C. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, *16*, 331-340.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of Complicated Grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, *131*, 339-343.
- Kersting, A., Fisch, S., Suslow, T., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2003). Messinstrumente zur Erfassung von Trauer – Ein kritischer Überblick. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *53* (12), 475-484.
- Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P., Schütt, K., Wesselmann, U., Rothermundt, M., Suslow, T. & Arolt, V. (2001). Traumatische Trauer – ein eigenständiges Krankheitsbild? *Psychotherapeut*, *46*, 301-308.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, *62* (6), 617-627.
- Kessler, R. C., Gonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the national comorbidity survey. I. Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, *29*, 85-96.
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*, 798-807.
- King, L. A. (2002). Gain without pain? Expressive writing and self-regulation. In S. J. Lepore & J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 119-134). Washington, DC: American Psychological Association.
- King, L. A. & Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 220-230.
- Kleijn, W. C., Hovens, J. E. & Rodenburg, J. J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: Assessments with the harvard trauma questionnaire and the hopkins symptom checklist-25 in different languages. *Psychology Report*, *88* (2), 527-532.
- Kovac, S. H. & Range, L. M. (2000). Writing Projects: Lessening Undergraduates' Unique Suicidal Bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *30* (1), 50-60.

- Kovac, S. H. & Range, L. M. (2002). Does Writing About Suicidal Thoughts and Feelings Reduce Them? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (4), 428-440.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Kristensen, P., Weisaeth, L. & Heir, T. (2010). Predictors of Complicated Grief after a natural disaster: a population study two years after the 2004 south-east Asian tsunami. *Death Studies*, 34, 137-150.
- Krantz, A. & Pennebaker, J. W. (2007). Expressive dance, writing, trauma, and health: When words have a body. In I. A. Serlin, J. Sonke-Henderson, R. Brandman, and J. Graham-Pole (Eds), *Whole person healthcare Vol. 3: The Arts and Health* (pp. 201-229). Westport, CT: Praeger.
- Kübler-Ross, E. (1983). *Interviews mit Sterbenden* (15. Auflage). Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- Langer, R. & Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: Evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235-242.
- Latham, A. E. & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350-362.
- Layne, C. M. (2006). Extended grief inventory cut score discussion. Zitiert als persönliches Gespräch in I. S. McClatchy, M. E. Vonk & G. Palardy (2009), The prevalence of childhood traumatic grief – a comparison of violent/ sudden and expected loss. *Omega*, 59 (4), 305-323.
- Layne, C. M. (2011). *About the EGI*. Persönliche Konversation per E-Mail im Juli 2011.
- Layne, C. M., Pynoos, R. S., Saltzman, W. R., Arslanagic, B., Black, M., Saviak, N., et al. (2001). Trauma-/ Grief-focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics*, 5, 277-290.
- Layne, C. M., Savjak, N., Saltzman, W. & Pynoos, R. (2001). *Extended Grief Inventory*. Unpublished psychological test.
- Layne, C. M., Steinberg, A. M., Savjak, N. & Pynoos, R. S. (1998). *The Grief Screening Scale*. Unpublished psychological test.
- Lehman, D., Wortman, C. & Williams, A. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 218-231.

- Lepore, S. J. (1997). Expressive Writing Moderates the Relation Between Intrusive Thoughts and Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (5), 1030-37.
- Levy, Z, (1996). Conceptual foundations of development oriented residential education: A holistic framework for group care that works. In J. Beker & D. Magnusson (Eds.), *Residential education as an option for at-risk youth* (pp. 69-97). New York: Haworth Press.
- Lewandowski, L. A., McFarlane, J., Campbell, J. C., Gary, F. & Barenski, C. (2004). „He Killed My Mommy!“ Murder or Attempted Murder of a Child’s Mother. *Journal of Family Violence*, 19 (4), 211-220.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R. & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818.
- Lichtenthal, W. G. & Cruess, D. G. (2010). Effects of directed written disclosure on grief and distress symptoms among bereaved individuals. *Death Studies*, 31, 475-499.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G. & Prigerson, H.G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Lieberman, A. F., Compton, N. C., Van Horn, P. & Ippen, C. G. (2003). *Losing a Parent to Death in the Early Years. Guidelines for the Treatment of Traumatic Bereavement in Infancy and Early Childhood*. Washington, DC: Zero to Three Press.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Lind, G. (2010). *Effektstärken: Statistische, praktische und theoretische Bedeutsamkeit*. Vortrag Universität Konstanz. Abgerufen am 27.09.2011 unter: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2010_Effektstaerke-Vortrag.pdf
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, M., Halkett, G. K. & Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies*, 34, 673-698.
- Lübbert, C. (2008). *Uganda, Ruanda* (3. Aufl.). Bielefeld: Reise Know-How Verlag Peter Rump GmbH.
- Maccallum, F., Bryant, R.A. (2008). Self-defining memories in complicated grief. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1311-15.
- Maccallum F. & Bryant, R. A. (2010). Impaired autobiographical memory in complicated grief. *Behavior Research and Therapy*, 48, 328-334.

- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D. & Prigerson, H. G. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA*, 297 (7), 716-723.
- Maier, S. F. & Seligman, M. E. (1976). Learned Helplessness: Theory and Evidence. *Journal of Experimental Psychology*, 105 (1), 3-46.
- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation*, 39, 189-199.
- Makame, V., Ani, C., & McGregor, S. (2002). Psychological well-being of orphans in Dar El-Salaam, Tanzania. *Acta Paediatrica*, 91, 459-465.
- Makaya, J., Mboussou, F., Bansimba, T., Ndinga, H., Latifou, S., Ambendet, A. & Puruehnce, M. (2002). *Assessment of psychological repercussions of AIDS, next to 354 AIDS orphans in Brazzaville*. Paper presented at XIV International AIDS Conference, July 7-12, 2002, Barcelona.
- Malkinson, R., Rubin, S. & Witztum, E. (2000). Loss, Bereavement and Trauma: An Overview. In R. Malkinson, S. S. Rubin & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and Nontraumatic Loss and Bereavement: Clinical Theory and Practice*. Madison: Psychosocial Press.
- Mannarino, A. P. & Cohen, J. A. (2011). Traumatic Loss in Children and Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 22-33.
- Manuel, P. (2002) *Assessment of Orphans and their Caregivers' Psychological Well-being in a Rural Community in Central Mozambique*. Unpublished Master Thesis from the Institute of Child Health London.
- Marwit, S. J. (1991). DSM-III-R, grief reactions and a call for revision. *Professional Psychology, Research and Practice*, 22, 75-79.
- McClatchy, I. S., Vonk, M. E. & Palardy, G. (2009). The prevalence of childhood traumatic grief – a comparison of violent/ sudden and expected loss. *Omega*, 59 (4), 305-323.
- McKenna, M. H. (1997). Symptom as storyteller: Migraine headache and journal writing (Doctoral dissertation, Pacifica Graduate Institute, 1997). *Dissertation Abstracts International*, 59, 3112.
- Meads, C. & Nouwen, A. (2005). Does emotional disclosure have any effects? A systematic review of the literature with meta-analyses. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21 (2), 153-164.
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds III, C. F. & Brent, D. (2004). Traumatic Grief Among Adolescents Exposed to a Peer's Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1411-1416.
- Melhem, N. M., Rosales, C., Karageorge, J., Reynolds III, C. F., Frank, E. & Shear, M. K. (2001). Comorbidity of axis 1 disorders in patients with traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (11), 884-887.

- Mercer, D. L. & Evans, J. M. (2005). The impact of multiple losses on the grieving process: An exploratory study. *Journal of Loss and Trauma, 11*, 219-227.
- Moher, D., Schulz, K. F. & Altman, D. G. (2004). Das CONSORT Statement: Überarbeitete Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Reports randomisierter Studien im Parallel-Design. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129*, 1016-20.
- Mollica, R. F., Cardozo, B. L., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A. & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *The Lancet, 364*, 2058-67.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Pham, T., Smith, F., Mary, C., Murphy, E. & Lin, L. (1998a). The Dose-Effect Relationships between Torture and Psychiatric Symptoms in Vietnamese Ex-Political Detainees and a Comparison Group. *Journal of Nervous & Mental Disease, 186* (9), 543-553.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C. & Syang, T. (1998b). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry, 173*, 482-488.
- Monasch, R. & Boerner, J.T. (2004). Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: An analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS 2004, 18* (2), 55-65.
- Morgos, D., Worden, W. J. & Gupta, L. (2007). Psychological effects of war experiences among displaced children in southern Dafur. *Omega, 56* (3), 225-253.
- Morina, N. (2006). *Versioni shqip i Mini International Neuropsychiatric Interview* [Albanian version]. Prishtina: Zana.
- Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G. & Prigerson, H. G. (2010). Prolonged Grief Disorder, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry, 56*, 288-297.
- Musisi, S., Kinyanda, E., Nakasujja, N. & Nakigudde, J. (2007). A comparison of the behavioral and emotional disorders of primary school-going orphans and non-orphans in Uganda. *African Health Sciences, 7* (4), 202-213.
- Nader, K. O. (1997). Childhood Traumatic Loss: The Interaction of Trauma and Grief. In C. R. Figley, B. E. Bride & N. Mazza (Eds.), *Death and Trauma. The Traumatology of Grieving* (pp. 17-41). Washington: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A. & Currier, J. M. (2009). Grief therapy: Evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science, 18*, 352-356.
- Neugebauer, R., Fisher, P. W., Turner, J. B., Yamabe, S., Sarsfield, J. A. & Stehling-Ariza, T. (2009). Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and

- adolescents in the early aftermath of genocide. *International Journal of Epidemiology*, 38, 1033-45.
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A. & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132 (1), 231-238.
- Nyamukapa, C. A., Gregson, S., Lopman, B., Saito, S., Watts, H. J., Monasch, R. & Jukes, M. (2008). HIV-Associated Orphanhood and Children's Psychological Distress: Theoretical Framework Tested with Data From Zimbabwe. *American Journal of Public Health*, 98 (1), 133-141.
- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32 (3), 396-402.
- O'Connor, M. F., Allen, J. J. & Kaszniak, A. W. (2005). Emotional Disclosure for whom? A study of vagal tone in bereavement. *Biological Psychology*, 68, 135-146.
- Onyut, P. L., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5 (7), 1-9.
- Park, C. L. & Blumberg, C. J. (2002). Disclosing Trauma Through Writing: Testing the Meaning-Making Hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (5), 597-616.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer Verlag.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, Inhibition, and Disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 21-244). New York: Academic Press.
- Pennebaker, J. W. (1994). Hints on running a writing experiment. Unpublished manual. Abgerufen am 29.09.2011 unter: <http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/Faculty/Pennebaker/Reprints/index.htm>.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8 (3), 162-166.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J. W., Colder, M. & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the Coping Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 528-537.

- Pennebaker, J. W. & Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10, 601-626.
- Pennebaker, J. W., Hughes, C. F. & O'Heeron, R. C. (1987). The Psychophysiology of Confession: Linking Inhibitory and Psychosomatic Processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (4), 781-793.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1988). Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (2), 239-245.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J. & Francis, M. E. (1997). Linguistic Predictors of Adaptive Bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (4), 863-871.
- Petermann, U. & Essau, C. A. (2008). Spezifische Phobien. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 327-342). Göttingen: Hogrefe.
- Pfeffer, C. R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J. & Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 505-513.
- Pfefferbaum, B., Gurwitsch, R. H., McDonald, N. B., Leftwich, M. J. T., Sconzo, G. M., Messenbaugh, A. K. & Schultz, R. A. (2000). Posttraumatic Stress Among Young Children After the Death of a Friend or Acquaintance in a Terrorist Bombing. *Psychiatric Services*, 51 (3), 386-388.
- Pfefferbaum, B., Nixon, S. J., Tucker, P. M., Tivis, R. D., Moore, V. L. & Gurwitsch R. H. (1999). Posttraumatic Stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1372-1379.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Doughty, D. E., Pfefferbaum, R. L., Dumont, C. E., Pynoos, R. S., Gurwitsch, R. H. & Ndeti, D. (2006). Trauma, grief, and depression in Nairobi children after the 1998 bombing of the American embassy. *Death Studies*, 30, 561-577.
- Pham, P. N., Weinstein, H. M. & Longman, T. (2004). Trauma and PTSD symptoms in Rwanda. Implications for attitudes toward justice and reconciliation. *JAMA*, 292 (5), 602-612.
- Poulter, C. (1996). *Vulnerable Children: a Psychological Perspective. AIDS Orphans of Africa Project*. Uppsala, Sweden: The Nordic Africa Institute.
- Powell, S. & Durakovic-Belko, E. (2000). *Sarajevo 2000: the psychological consequences of war. Results of empirical research from the territory of former Yugoslavia*. Presentations from a Symposium held at the Faculty of Philosophy in Sarajevo, July 7 and 8, 2000.
- Prigerson, H. G. (2004). Complicated grief: When the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*, 23, 38-40.

- Prigerson, H. G., Ahmed, I., Silverman, G. K., Saxena, A. K., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Aqeel, N. & Hamirani, M. (2002). Rates and risk of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Studies*, 26, 781-792.
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., Bierhals, A. J., Kupfer, D. J. & Brent, D. A. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156 (12), 1994-1995.
- Prigerson, H. C., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds III, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S. et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- Prigerson, H. C., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit S. J., Wortman C., Neimeyer R. A., Bonanno G., Block S. D., Kissane D., Boelen P., Maercker A., Litz B. T., Johnson J. G., First M. B. & Maciejewski P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6 (8), 1-12.
- Prigerson, H. G. & Jacobs, S. C. (2001a). Caring for bereaved patients: All the doctors just suddenly go. *Journal of the American Medical Association*, 286 (11), 1369-76.
- Prigerson, H. G. & Jacobs, S. C. (2001b). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequence, Coping, and Care* (pp. 613-645). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59 (1-2), 65-79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of Prolonged Grief Disorder in DSM-V. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention* (pp. 165-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F. & Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry* 44 (12), 1057-63.

- Pynoos, R. S. & Nader, K. (1990). Children's exposure to violence and traumatic death. *Psychiatric Annals*, 20 (6), 334-344.
- Pynoos, R. S. & Spencer, E. (1986). Witness to violence, the child interview. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 25 (3), 306-319.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385- 401.
- Range, L. M., Kovac, S. H. & Marion, M. S. (2000). Does writing about the bereavement lessen grief following sudden, unintentional death? *Death Studies*, 24, 115-143.
- Reynolds, C. R. & Kamphaus, R. W. (1992). *The Behavioral Assessment Scale for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Rivers, J., Mason, J., Silvestre, E., Gillespie, S., Mahy, M., & Monasch, R. (2008). Impact of orphanhood on underweight prevalence in sub-Saharan Africa. *Food and Nutrition Bulletin*, 29 (1), 32-42.
- Rosner, R. (2003). Traumatische Trauer: Von einem unklaren Konzept zu einer spezifischen Behandlung. In W. Butollo & M. Hagl (Hrsg.). *Trauma, Selbst und Therapie* (S. 75-90). Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosner, R. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 395-412). Göttingen: Hogrefe.
- Rosner, R. (in Vorb.). *Musiktherapie für trauernde Kinder und Jugendliche*. Informationen abrufbar unter: <http://www.paed.uni-muenchen.de/~klin/beratung.html>.
- Rosner, R., Kruse, J. & Hagl, M. (2010). A Meta-Analysis of Interventions for Bereaved Children and Adolescents. *Death Studies*, 34 (2), 99-136.
- Rosner, R., Lumbeck, G. & Geissner, E. (2011). Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. *Psychotherapy Research*, 21 (2), 210-218.
- Rosner, R., Powell, S., & Butollo, W. (2003). Posttraumatic Stress Disorder after the siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1), 41-56.
- Rosner, R. & Steil, R. (2009). *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie: Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rosner, R. & Wagner, B. (2009). Komplizierte Trauer. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 442-456). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rubin, S., Malkinson, R. & Witztum, E. (2008). Clinical Aspects of a Complicated Grief Diagnosis: Challenges, Dilemmas and Opportunities. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Re-*

- search and Practice: Advances in Theory and Intervention* (pp. 187-206). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C. & Elbert, T. (2006). *Traumatized refugee children in Germany – prevalence and treatment*. Paper presented at the World Psychiatric Association International Congress, Istanbul, Turkey.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Schauer E., Catani, C. & Elbert, T. (2008). KID-NET – Narrative Expositionstherapie (NET) für Kinder. In M. A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 84-110). Göttingen: Hogrefe.
- Rutter, M. (1967). A Children's Behavior Questionnaire for Completion by Teachers. Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Saltzman, W. R., Pynoos, R. S., Layne, C. M., Steinberg, A. M. & Aisenberg, E. (2001). Trauma- and grief-focused intervention for adolescents exposed to community violence: Results of a school-based screening and group treatment protocol. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5, 291-303.
- Sanchez, L., Fristad, M., Weller, R. A., Weller, E. B. & Moye, J. (1994). Anxiety in acutely bereaved children. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6 (1), 39-43.
- Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J. Y., Kwok, O. M., Haine, R. A., Twohey-Jacobs, J., Suter, J., Lin, K., Padgett-Jones, S., Weyer, J. L., Cole, E., Kriege, G. & Griffin, W. A. (2003). The family bereavement program: Efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 587-600.
- Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy. A Pilot Randomized Controlled Trial with Rwandan Genocide Orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78 (5), 298-306.
- Schaal, S., Jacob, N., Dusingizemungu, J.-P. & Elbert, T. (2010). Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry*, 10 (55), 1-9.
- Schauer, E. (2008). *Trauma treatment for children in war. Build-up of an evidence-based large-scale mental health intervention in North-Eastern Sri Lanka*. Universität Konstanz.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy – a short term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schauer, E., Neuner, F., Elbert, T., Ertl, V., Onyut, L. P., Odenwald, M. & Schauer, M. (2004). Narrative Exposure Therapy in Children: A Case Study. *Intervention*, 2, 18-32.

- Schauer, M. & Schauer, E. (2010). Trauma-Focused Public Mental-Health Interventions: A Paradigm Shift in Humanitarian Assistance and Aid Work. In E. Martz (Ed.), *Trauma Rehabilitation after War and Conflict* (pp. 389-428). New York: Springer Science and Business Media.
- Scheeringa, W. & Zeanah, C. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 259-270.
- Scheeringa, W., Zeanah, C. M., Myers, L. & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (5), 561-570.
- Scherg, N. (2003). *Development-oriented Trauma Healing in Post-war situations*. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- Schoutrop, M., Lange, A., Hanewald, G., Davidovich, U. & Salomon, H. (2002). Structured Writing and Processing Major Stressful Events: A Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71 (3), 151-157.
- Schut, H. A., Stroebe, M. S. & van den Bout, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counselling programmes. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 63-72.
- Schut, H. A., Stroebe, M. S., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficiency of bereavement interventions: Determining two benefits. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. A. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 705-738). Washington, DC: American Psychological Association.
- Segal, D. L., Bogaards, J. A., Becker, L. A. & Chatman, C. (1999). Effects of emotional expression on adjustment to spousal loss among older adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 297-310.
- Segal, D. L., Chatman, C., Bogaards, J. A. & Becker, L. A. (2001). One-Year Follow-Up of an Emotional Expression Intervention for Bereaved Older Adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 7 (4), 465-472.
- Segal, D. L. & Murray, E. J. (1994). Emotional processing in cognitive therapy and vocal expression of feelings. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 189-206.
- Sengendo, J. & Nambi, J. (1997). The Psychological Effect of Orphanhood: A study of orphans in Rakai district, Uganda. *Health Transition Review*, 7, 105-124.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P. & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 27, 675-687.
- Shaw, J. A. (2003). Children Exposed to War/ Terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (4), 237-246.

- Shear, K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds III, C. F., Vander Bilt, J. & Masters, S. (2001). Traumatic Grief Treatment: A Pilot Study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506-1508.
- Shear, K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., et al. (2011). Complicated Grief and Related Bereavement Issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103-117.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (20), 22-33.
- Shuchter, S. R. & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Hrsg.). *Handbook of bereavement. Theory, Research and Intervention* (S. 23-43). Cambridge: Cambridge University Press.
- Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., Maciejewski, P. K., Nogauiul, F. S. & Prigerson, H. G. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30, 857-862.
- Silverman, P. R. & Worden, J. W. (1993). Children's reactions to the death of a parent. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Hrsg.). *Handbook of bereavement. Theory, Research and Intervention* (S. 300-316). Cambridge: Cambridge University Press.
- Simon, N. M., Wall, M. M., Keshaviah, A., Dryman, M. T., LeBlanc, N. J. & Shear, M. K. (2011). Informing the Symptom Profile of Complicated Grief. *Depression and Anxiety*, 28, 118-126.
- Sloan, D. M. & Marx, B. P. (2004). Taking Pen to Hand: Evaluating Theories Underlying the Written Disclosure Paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 121-137.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.
- Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A. & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences and symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1304-1309.
- Spera, S. P., Buhrfeind, E. D. & Pennebaker, J. W. (1994). Expressive Writing and Coping with Job Loss. *Academy of Management Journal*, 37 (3), 722-733.

- Spiecker-Verscharen, I. (1982). *Kindheit und Tod. Die Konfrontation mit dem Tod in der modernen Kinderliteratur*. Frankfurt am Main: Haag und Herchen.
- Spitzer R. L., Williams J. B. W., Gibbon M. & First M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R – Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1.0)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Statistisches Bundesamt (2009). *Informationen aus internationalen Datenquellen, Ruanda*. Abgerufen am 11.05.2011 unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Land/Afrika/Ruanda.templateId=renderPrint.psml>.
- Steil, R. & Rosner, R. (2009). *Leitfaden Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Stockhammer, R. (2005). *Ruanda. Über einen anderen Genozid schreiben*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Stoppelbein, L. & Greening, L. (2000). Posttraumatic Stress Symptoms in Parentally Bereaved Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (9), 1112-19.
- Stover, J., Bollinger, L., Walker, N., & Monasch, R. (2007). Resource needs to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 22, 21-27.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. & Stroebe, W. (2008). Bereavement Research: Contemporary Perspectives. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention* (pp. 3-25). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S., Schut, H. & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185-201.
- Stroebe, M. S., Stroebe, W., Schut, H., van den Bout, J. & Zech, E. (2002). Does disclosure of Emotions Facilitate Recovery From Bereavement? Evidence From Two Prospective Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (1), 169-178.
- Stroebe, M. S. & Stroebe, W. (1991). Does grief work work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 479-482.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programs in war-affected areas. *Social Science & Medicine*, 48, 1449-62.
- Thabet, A. A., Salloum, A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E. & Panos, V. (2009). Trauma, grief and PTSD in Palestinian children victims of War on Gaza. Gaza Community Mental Health Programme. Abgerufen am 20.06.2011: http://www.gcmhp.net/File_files/ResearchJan2k9.htm.

- Thurman, T. R., Snider, L. A., Boris, N. W., Kalisa, E., Nyirazinyoye, L. & Brown, L. (2008). Barriers to the community support of orphans and vulnerable youth in Rwanda. *Social Science & Medicine*, 66, 1557-67.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2003). *Africa's orphaned generations*. New York: UNICEF.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009). *Orphans*. Abgerufen am 19.05.2011 unter http://www.unicef.org/media/media_45290.html.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C, Parkes, C. M. & Prigerson, H. G. (2006). An Exploration of Associations Between Separation Anxiety in Childhood and Complicated Grief in Later Life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (2), 121-123.
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41, 321-327.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30 (5), 429-453.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2008). An internet-based intervention for Complicated Grief: a pilot study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30, 47-53.
- Walker, A. C. (2009). Adolescent Bereavement and Traumatic Deaths. In D. E. Balk & C. A. Corr (Eds.), *Adolescent Encounters With Death, Bereavement, and Coping* (253-270). New York: Springer Publishing Company.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370, 841-850.
- Weine, S. M., Kulenovic, A. D., Pavkovic, I. & Gibbons, R. (1998). Testimony Psychotherapy in Bosnian Refugees: A Pilot Study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1720-26.
- Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science and Medicine*, 52, 1709-18.
- Weine, S., Danieli, Y., Silove, D., Van Ommeren, M., Fairbank, J. A. & Saul, J. (2002). Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings. *Psychiatry*, 65 (2), 156-164.

- Weller, R. A., Weller, E. B., Fristad, M. A. & Bowes, J. M. (1991). Depression in recently bereaved prepubertal children. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1536-40.
- Wendling, P. (2009). Narrative Exposure Improves PTSD Symptoms. *Clinical Psychiatry News*, 37 (2), 18.
- Williams, D. R., Herman, A., Stein, D. J., Heeringa, S. G., Jackson, P. B., Moomal, H. & Kessler, R. C. (2008). Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychological Medicine*, 38 (2), 211-220.
- Winkler, N. (2006). *Pathological Grief in HIV/ AIDS Orphans in Ethiopia. An Assessment of the Construct of Childhood Traumatic Grief*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69-78.
- Wolfelt, A. (1991). Children. *Bereavement Magazine*, 5 (1), 38-39.
- Wolff, P. H. & Fesseha, G. (2005). The Orphans of Eritrea: What are the Choices? *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (4), 475-484.
- Wolton, R., Al Sanousi, H., Kuebelbeck, A., Clinton, J. & Hamberger, R. (2008). Writing through Bereavement. In G. Bolton (Ed.), *Dying, Bereavement and the Healing Arts* (pp. 126-138). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Worden, W. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- Worden, W. (1996). *Children and Grief: When a parent dies*. New York: Guilford.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1997). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien* (hrsg. von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt, & E. Schulte-Markwort). Bern: Huber.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2011). *Mental health of refugees, internally displaced persons and other populations affected by conflict*. Technical guidelines. Abgerufen am 14.10.2011 unter: http://www.who.int/hac/techguidance/pht/mental_health_refugees/en/.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S. & Good, B. (2007). Culture and Stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64, 1524-1535.
- Zisook, S. & Kendler, K. S. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychological Medicine*, 37 (6), 779-794.

- Zisook, S., Reynolds III, C. F., Pies, R., Simon, N. M., Lebowitz, B., Madowitz, J., Tal Young, I. & Shear, M. K. (2010). Bereavement, Complicated Grief, and DSM, Part 1: Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (7), 955-956.
- Zisook, S., Shear, M. K. & Kendler, K. S. (2007). Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry*, 6 (2), 102-107.
- Zisook, S., Simon, N. M., Reynolds III, C. F., Pies, R., Lebowitz, B., Tal Young, I., Madowitz, J. & Shear, M. K. (2010). Bereavement, Complicated Grief, and DSM, Part 2: Complicated Grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (8), 1097-98.
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe.
- Znoj, H. (2005). *Ratgeber Trauer. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.

9 ANHANG

A. Fragebogen und Einverständniserklärungen

I. Sociodemographic Information

Date

Adolescent

Number

0) Age (years) years

1) Gender female () male ()

2) Religious background
 Christian ()
 Protestant ()
 Muslim ()
 Other ()

Family situation

3) Father alive? Yes () No ()

4) If he died, when?

5) What was the reason? Disease () Accident ()
 Murder () Other ()

6) Mother alive? Yes () No ()

7) If she died, when?

8) What was the reason? Disease () Accident ()
 Murder () Other ()

9) Brothers, how many

10) Sisters, how many

11) Number of siblings who died

12) Died when?

13) What was the reason? Disease () Accident ()
 Murder () Other ()

Education

14) Current Grade

15) How many years attending school

16) Disruption Yes () No ()
 If yes, how long?

The following statements are about how you handle the named person's death. While answering the questions please think about that person. Circle the number that shows how often each reaction appeared during the last month. It is important that you answer all questions! Please answer each question as honest as possible- there are no right or wrong answers!

In the past four weeks:	Never	Little	Some	Much	Most
23) If something reminds me of the situation when the person died it makes me very upset – I get frightened or sad.	0	1	2	3	4
24) In my mind appear disturbing thoughts, images or noises from the situation when the person died – even though I don't want it.	0	1	2	3	4
25) I have dreams about the situation when the person died.	0	1	2	3	4
26) I feel put back into the time when the person died – as if I had to go through it again.	0	1	2	3	4
27) When something reminds me of the situation when the person died, my heart is throbbing, I get a head- or stomachache.	0	1	2	3	4
28) I have nice reminders of the person.	0	1	2	3	4
29) I don't do things, which I want or need, because they remind me of the person.	0	1	2	3	4
30) It's hard to keep on living without this person.	0	1	2	3	4
31) I feel shocked or benumbed when I think about the person's death.	0	1	2	3	4
32) I can't stop thinking about the person, even though I would like to think about something else.	0	1	2	3	4
33) I have consoling or nice dreams about the person.	0	1	2	3	4
34) It is hard for me to accept that the person is really dead.	0	1	2	3	4

In the past four weeks:	Never	Little	Some	Much	Most
35) I feel more lonely since the person has died.	0	1	2	3	4
36) Even though the person is not here anymore, I feel that he/ she is an important part of my life.	0	1	2	3	4
37) It is very disturbing for me to think about the person's death.	0	1	2	3	4
38) Since the person's death my life doesn't make much sense anymore.	0	1	2	3	4
39) Since the person's death it is harder for me to trust other people.	0	1	2	3	4
40) My life is empty without this person.	0	1	2	3	4
41) I don't speak about the person, because it hurts too much to think about her/ him.	0	1	2	3	4
42) I cannot imagine having a good life without this person.	0	1	2	3	4
43) I feel as if a big part of me died with the person.	0	1	2	3	4
44) I am more irritable since the person's death.	0	1	2	3	4
45) I try not to think about the person, because that causes disturbing memories and feelings.	0	1	2	3	4
46) I wish that the person would come back so we could be together again.	0	1	2	3	4
47) I have disturbing or frightening dreams about the person.	0	1	2	3	4
48) Since the person's death I feel a bigger distance to people who mean something to me.	0	1	2	3	4
49) I would like to keep on looking for the person – even though I know that she/ he is no longer here.	0	1	2	3	4
50) I think about taking revenge on the people responsible for the person's death.	0	1	2	3	4

In the past four weeks:	Never	Little	Some	Much	Most
51) I am furious that the person died and left me alone.	0	1	2	3	4
52) I feel guilty for things I have or haven't done at the time the person died.	0	1	2	3	4
53) I think that the person's death is my fault.	0	1	2	3	4
54) Because of the person's death I feel embarrassed, dirty or ashamed.	0	1	2	3	4
55) I feel a inner numbness since the person's death.	0	1	2	3	4
56) The loss of the person causes me lots of sorrow, pain or grief.	0	1	2	3	4
57) I avoid people/ places that remind me of the person.	0	1	2	3	4
58) I feel that, since the person's death, I do things that the person would typically have done.	0	1	2	3	4

Functioning (in the last 4 weeks):

59) Did you talk to a doctor about your problems?	Yes []	No []
60) Did you talk to a teacher, therapist, priest or another specialist about it?	Yes []	No []
61) Did these problems have a great influence on your life and your recreational activities?	Yes []	No []
62) Did these problems bother you a lot during the last weeks?	Yes []	No []
63) Did these problems keep you from meeting your friends or having a party during the last weeks?	Yes []	No []
64) Did these problems keep you from playing with your friends?	Yes []	No []
65) Did these problems cause trouble at home or in school?	Yes []	No []

III. M.I.N.I. kid A: Major depressive period

In the past four weeks:	Never	Little	Some	Much	Most
A1 Have you felt sad or depressed? Felt down or empty? Felt grouchy or annoyed?	0	1	2	3	4
A2 Have you been bored a lot or less interested in things (like playing your favorite games)? Have you felt that you couldn't enjoy things?	0	1	2	3	4
A3 a) Were you less hungry or more hungry? Did you lose or gain weight without trying?	0	1	2	3	4
b) Did you have trouble sleeping (trouble sleeping means trouble falling asleep, waking up in the middle of the night, waking up too early or sleeping too much)?	0	1	2	3	4
c) Did you talk or move slower than usual? Were you fidgety, restless or couldn't sit still?	0	1	2	3	4
d) Did you feel tired?	0	1	2	3	4
e) Did you feel bad about yourself? Did you feel guilty?	0	1	2	3	4
f) Did you have trouble paying attention? Did you have trouble making up your mind?	0	1	2	3	4
g) Did you feel so bad that you wished that you were dead? Did you think about hurting yourself? Did you think about killing yourself?	0	1	2	3	4



ECOLE SECONDAIRE SAINT KIZITO MUSHA

B.P. : 113 RWAMAGANA

District : RWAMAGANA

Province : EST

Tél. : 503349 / 55105437

E-mail : eskmusha@yahoo.fr

Letter of Confirmation

With this letter I confirm that Johanna Unterhitzberger is allowed to do her psychological project in our school.

I have read the Grief Questionnaire and accepted it. Furthermore did I get detailed information about the whole intervention project and agreed with its accomplishment.

With my position as Headmistress of *Ecole Secondaire St. Kizito* I affirm that my agreement is sufficient for all adolescents taking part and visiting *Ecole Secondaire St. Kizito*.

Alexia NKURUNZIZA

Headmistress

B. Tabellen der Faktoren- und Itemanalyse

MAP-Test

```

Run MATRIX procedure:
MGET created matrix CR.
The matrix has 36 rows and 36 columns.
The matrix was read from the record(s) of row type
CORR.

Eigenvalues
13,67530337
 2,74935700
 1,82534299
 1,76094766
 1,51016902
 1,36985156
 1,11369981
 1,08618747
 ,99540786
 ,92821532
 ,89441730
 ,82232111
 ,71119446
 ,67029335
 ,65206069
 ,53318799
 ,51183972
 ,49794147
 ,42666626
 ,39530048
 ,37414479
 ,33275777
 ,28862120
 ,25602704
 ,24897043
 ,22970037
 ,20901376
 ,18441061
 ,14946450
 ,12745227
 ,12589806
 ,11188125
 ,08511840
 ,06786893
 ,04182417
 ,03714154

Velicer's Average Squared Correlations
,00000000 ,14134784
1,00000000 ,02422019
2,00000000 ,02180906
3,00000000 ,02284937
4,00000000 ,02245794
5,00000000 ,02273284
6,00000000 ,02333071
7,00000000 ,02511648
8,00000000 ,02662428
9,00000000 ,02740125
10,00000000 ,02928401
11,00000000 ,03072008
12,00000000 ,03162990
13,00000000 ,03435393
14,00000000 ,03677640
15,00000000 ,03840986
16,00000000 ,04159828
17,00000000 ,04358384
18,00000000 ,04739297
19,00000000 ,05058154
20,00000000 ,05628502
21,00000000 ,05805709
22,00000000 ,06517698
23,00000000 ,07016738
24,00000000 ,07994337
25,00000000 ,09016757
26,00000000 ,10079355
27,00000000 ,10944522
28,00000000 ,12519852
29,00000000 ,14920660
30,00000000 ,17251538
31,00000000 ,20147617
32,00000000 ,25596281
33,00000000 ,33109632
34,00000000 ,49178971
35,00000000 1,00000000

The smallest average squared correlation is
10 ** -2 X
2,180906437

The number of components is
2

----- END MATRIX -----

```

Itemanalyse

Deskriptive Statistik

	N	Min	Max	MW	SD	Schiefe		Kurtosis	
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik k	Statistik	Statistik	SE	Statistik	SE
23)	69	0	4	2,83	1,455	-,809	,289	-,880	,570
24)	69	0	4	2,10	1,554	-,101	,289	-1,461	,570
25)	69	0	4	2,43	1,356	-,150	,289	-1,307	,570
26)	69	0	4	1,59	1,603	,431	,289	-1,418	,570
27)	69	0	4	1,96	1,658	,051	,289	-1,692	,570
28)	69	0	4	2,65	1,643	-,749	,289	-1,172	,570
29)	69	0	4	2,22	1,542	-,253	,289	-1,456	,570
30)	69	0	4	2,61	1,682	-,633	,289	-1,378	,570
31)	69	0	4	2,14	1,620	-,113	,289	-1,609	,570
32)	69	0	4	2,54	1,596	-,605	,289	-1,273	,570
33)	69	0	4	2,29	1,426	-,470	,289	-1,045	,570
34)	69	0	4	2,94	1,454	-1,020	,289	-,474	,570
35)	69	0	4	2,51	1,568	-,473	,289	-1,356	,570
36)	69	0	4	2,67	1,531	-,604	,289	-1,238	,570
37)	69	0	4	2,61	1,574	-,533	,289	-1,378	,570
38)	69	0	4	2,03	1,645	,014	,289	-1,709	,570
39)	69	0	4	1,77	1,699	,208	,289	-1,712	,570
40)	69	0	4	3,04	1,490	-1,176	,289	-,233	,570
41)	69	0	4	2,45	1,558	-,431	,289	-1,398	,570
42)	69	0	4	2,42	1,718	-,362	,289	-1,660	,570
43)	69	0	4	2,12	1,711	-,113	,289	-1,725	,570
44)	69	0	4	2,52	1,668	-,489	,289	-1,513	,570
45)	69	0	4	2,07	1,603	-,011	,289	-1,582	,570
46)	69	0	4	3,25	1,449	-1,610	,289	,860	,570
47)	69	0	4	1,91	1,730	,103	,289	-1,732	,570
48)	69	0	4	2,71	1,486	-,783	,289	-,796	,570
49)	69	0	4	2,14	1,793	-,161	,289	-1,812	,570
50)	69	0	4	1,09	1,560	1,024	,289	-,638	,570
51)	69	0	4	2,01	1,667	,074	,289	-1,674	,570
52)	69	0	4	,75	1,469	1,588	,289	,726	,570
53)	69	0	4	,23	,770	3,557	,289	12,395	,570
54)	69	0	4	,71	1,307	1,781	,289	1,789	,570
55)	69	0	4	1,94	1,723	,074	,289	-1,736	,570

Reliabilitätsanalyse aller Items

	Korrigierte Item- Skala- Korrelatio n	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
23) If something reminds me of the situation when the person died it makes me very upset- I get frightened or sad.	,686	,838	,940
24) In my mind appear disturbing thoughts, images or noises from the situation when the person died- even though I don't want it.	,562	,714	,941
25) I have dreams about the situation when the person died.	,569	,795	,941
27) When something reminds me about the situation when the person died, my heart is throbbing, I get a head- or stomachache.	,545	,577	,941
29) I don't do things, which I want or need, because they remind me about the person.	,711	,847	,940
30) It's hard to keep on living without this person.	,636	,884	,940
31) I feel shocked or benumbed when I think about the person's death.	,749	,880	,939
32) I can't stop thinking about the person, even though I would like to think about something else	,703	,793	,940
34) It is hard for me to accept that the person is really dead.	,660	,788	,940
35) I feel more lonely since the person has died.	,757	,845	,939
36) Even though the person is not here anymore, I feel that he/ she is an important part of my life.	,571	,739	,941
37) It is very disturbing for me to think about the person's death.	,737	,865	,939
38) Since the person's death my life doesn't make much sense anymore.	,783	,806	,939
39) Since the person's death it is harder for me to trust other people	,693	,882	,940
40) My life is empty without this person.	,535	,725	,941
41) I don't speak about the person, because it hurts too much to think about her/ him.	,633	,808	,940
42) I cannot imagine having a good life without this person.	,658	,823	,940
43) I feel as if a big part of me died with the person.	,608	,706	,941
44) I am more irritable since the person's death.	,754	,824	,939

45) I try not to think about the person, because that causes disturbing memories and feelings.	,711	,792	,940
46) I wish that the person would come back so we could be together again.	,520	,752	,941
47) I have disturbing or frightening dreams about the person.	,592	,692	,941
48) Since the person's death I feel a bigger distance to people who mean something to me.	,454	,652	,942
49) I would like to keep on looking for the person- even though I know that she/ he is no longer here.	,547	,670	,941
55) I feel a inner numbness since the person's death.	,735	,772	,939
56) The loss of the person causes me lots of sorrow, pain or grief.	,648	,705	,940
26) I feel put back into the time when the person died- as if I had to go through it again.	,408	,669	,942
28) I have nice reminders about the person.	-,182	,734	,947
33) I have consoling or nice dreams about the person	-,151	,649	,946
50) I think about taking revenge on the people responsible for the person's death.	,315	,805	,943
51) I am furious that the person died and left me alone.	,633	,787	,940
52) I feel guilty for things I have or haven't done at the time the person died.	,167	,701	,944
53) I think that the person's death is my fault.	,189	,532	,943
54) Because of the person's death I feel embarrassed, dirty or ashamed.	,398	,605	,942
57) I avoid people/ places that remind me of the person.	,487	,725	,942
58) I feel that, since the person's death, I do things that the person would typically have done.	,444	,662	,942

C. Bilder zur Interventionsstudie



Bild 1: Abgeschlossene Holzkiste für die Schreibarbeiten.



Bild 2: Geöffnete Holzkiste mit Schreibarbeiten.



Bild 3: Geöffnete Holzkiste und Beispielsays.



Bild 4: Schaumgummi-Figuren mit VP-Nummern und Gruppenform.



Bild 5: Schmetterlinge: Untersuchungsgruppe und Nummern.



Bild 6: Blumen: Kontrollgruppe und Nummern.



Bild 7: Herzen: Triviale Schreibgruppe und Nummern.

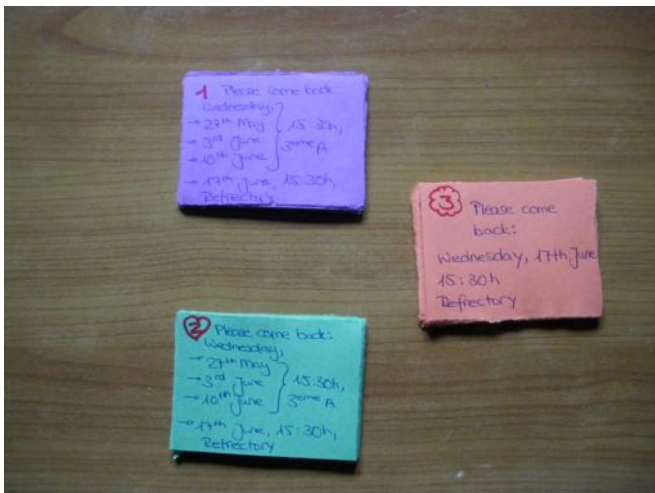


Bild 8: Individuelle Terminzettel mit Nummer und Figur für die folgenden Sitzungen.

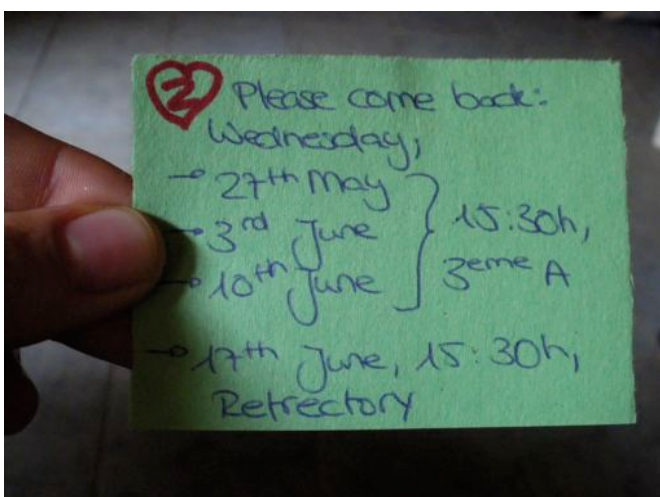


Bild 9: Terminzettel für Nr. 2 (TS): drei Schreibsitzungen, eine Nacherhebung.

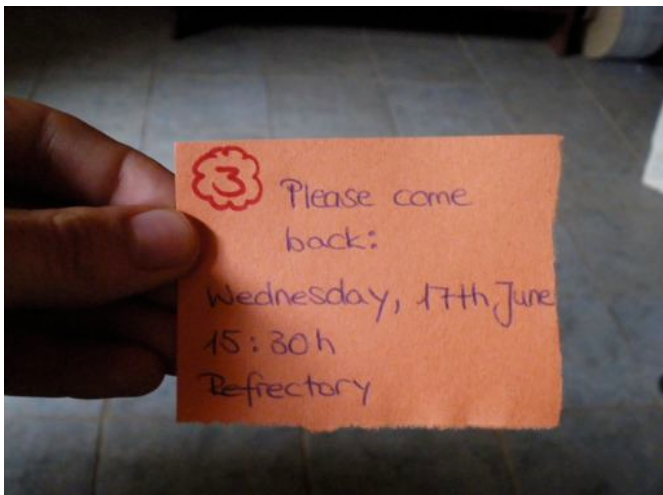


Bild 10: Terminzettel für Nr. 3 (KG): kein Schreibtermin, eine Nacherhebung.



Bild 11: Schüler der Ecole Secondaire St. Kizito Musha beim Unterricht.



Bild 12: Kinder des Hameau des Jeunes St. Kizito bei der Freizeitbeschäftigung.

D. Beispiessays

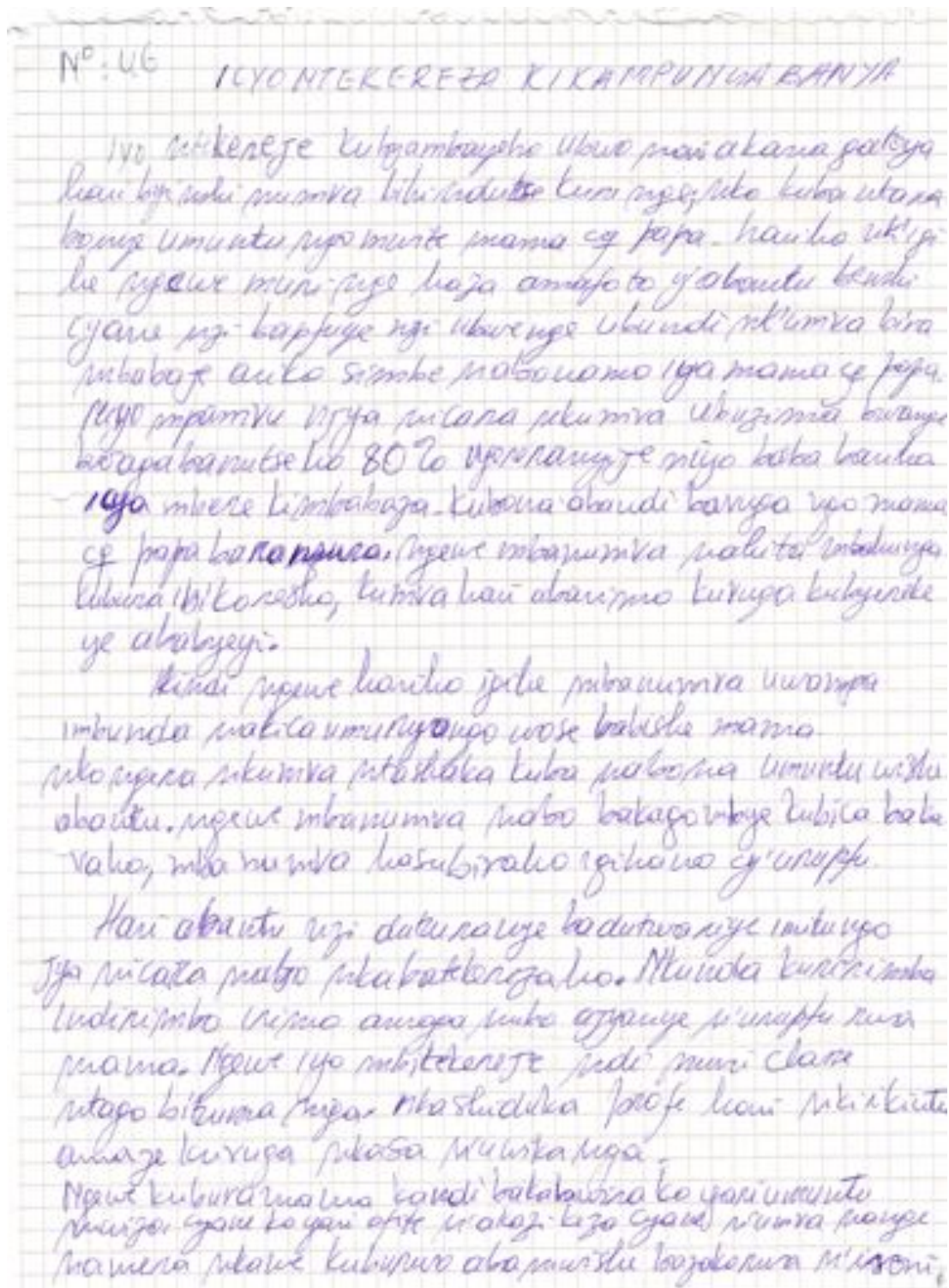


Bild 12: Beispiessay der UG

