

**"Erfassung von Traumafolgestörungen in indigenen
Gemeinschaften Ayacuchos, Peru:
Validierung der Posttraumatic Diagnostic Scale"**

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades einer
Masterpsychologin im Fachbereich
Psychologie der Universität Konstanz

vorgelegt von:
Claudia Patricia Bueno Castellanos
Petershauserstraße 18
78467 Konstanz

Erstgutachter: Prof. Dr. Frank Neuner
Zweitgutachter: Prof. Dr. Brigitte Rockstroh
Konstanz, im Januar 2009

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	4
PERU	5
Allgemeine Information über Peru	5
Geschichte Perus.....	6
Soziopolitische Gewalt in Peru.....	6
Region Ayacucho und der sozio-politischen Gewalt.....	7
THEORIE	8
Psychische Folgen von politischer Gewalt	8
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	9
Posttraumatische Belastungsstörung in Ländern mit soziopolitischer Gewalt	12
Posttraumatische Belastungsstörung in lateinamerikanischen Ländern.....	14
Posttraumatische Belastungsstörung in Peru.....	17
Validität von Screening-Instrumenten.....	20
FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN.....	24
Hypothesen im Überblick.....	26
METHODE.....	27
Ort der Untersuchung	27
Kooperationspartner.....	27
Qualitative Methode.....	28
Stichprobe	28
Instrumente.....	29
Function Free Listing	29
Durchführung	30
Schulung.....	30
Interviewsituation	30
Quantitative Methode	31
Stichprobe	31
Instrumente.....	32
Demographische Daten.....	33
Die Ereignisliste	33
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	33
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)	33
Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)	34
Funktionsbeeinträchtigung	35
Traumaassoziierte Symptome	37
Major Depression.....	37
Alkoholmissbrauch.....	38
Häusliche Gewalt.....	38
Durchführung	39
Schulung und Adaption der Instrumente.....	39
Interviewsituation	39
Datenauswertung.....	40

ERGEBNISSE.....	41
Prävalenz der verschiedenen potentiell traumatischen Ereignisse und der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Gesamtstichprobe	41
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	41
PTBS: A Kriterium	41
Potentiell traumatische Ereignisse	41
Belastendste Ereignisse.....	42
Traumatische Ereignisse	42
PTBS: Symptomatik, Dauer & Beeinträchtigung	44
Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung mit anderen psychologischen Störungen.	46
Validierung der Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS)	47
Analyse der Ereignisliste	47
Itemanalyse	47
Innere Konsistenz	49
Reliabilität Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS)	49
Innere Konsistenz	49
Korrelation zwischen Symptomen, Subskalen & Schweregrad der PDS.....	49
Validität Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS)	51
Konvergente Validität durch Clinician Administered PTSD Scale (CAPS).....	51
In Bezug auf die Diagnose einer PTBS.....	51
In Bezug auf die diagnostischen Kriterien einer PTBS	54
In Bezug auf die Einzelsymptome einer PTBS	56
Vergleich von Personen mit PTBS versus ohne PTBS in Bezug auf Symptomausprägung	58
Konkurrente Validität der PDS durch externe Kriterien	61
Erfassung des Funktionsniveaus durch Adaption der Funktionssubskala der Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS).....	62
Function Free Listing nach Bolton und Tang.....	62
Reliabilität der neu entwickelten Funktionsskala für die PDS	64
Innere Konsistenz	64
Faktorenanalyse	66
Ergebnisse der neu entwickelten Funktionsskala	68
Zusammenhang zwischen Funktionsbeeinträchtigung und PTBS nach PDS	70
DISKUSSION.....	73
ZUSAMMENFASSUNG	84
LITERATURVERZEICHNIS.....	85
VERZEICHNIS DER TABELLEN UND SCHAUBILDER	91

EINLEITUNG

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer großen epidemiologischen Studie zur Erfassung der Prävalenz von Traumafolgestörungen in den andinen Quechua sprechenden Gemeinden Perus. Das Projekt folgt dem Ziel, die bestehenden psychologischen Folgen der soziopolitischen Gewalt in der Region von Ayacucho zu erfassen und den Betroffenen therapeutische Intervention anzubieten. Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit dem Evangelischen Entwicklungsdienst (EED) und der peruanischen Nichtregierungsorganisation „Paz y Esperanza“ (Friede und Hoffnung) durchgeführt.

In der ersten Phase des Projektes wurde qualitativ nach Problemen und alltäglichen Funktionen in den andinen Gemeinden Chuschi und Quispillaccta gefragt, mit dem Ziel die weitere Untersuchung speziell auf diese Kultur ausrichten zu können. Aus den erhobenen Daten wurde eine Skala entwickelt, die kulturspezifische Manifestationen traumatischer Symptomatik erfasst; und die zu anwendenden Screeningsverfahren adaptiert.

Bei der zweiten Phase handelt es sich um eine epidemiologische Einschätzung, mittels dieser quantitativen Screeningsverfahren, von den psychischen Störungen von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), kulturspezifische Traumafolgestörung, Major Depression und Alkoholmissbrauch. Eine Voraussetzung dafür war die Validierung der Posttraumatic stress Diagnostik Scale (PDS) anhand des Experteninterviews Clinician Administered PTSD Scale (CAPS). Die vorliegende Arbeit widmete sich dieser Validierung.

PERU

Allgemeine Information über Peru

Peru ist mit 1.285.220 km² das drittgrößte südamerikanische Land und ist in 24 Regionen aufgeteilt. Diese Regionen bestehen aus Provinzen („Departamentos“), welche wiederum in verschiedene Landkreise („Distritos“) aufgeteilt sind. Einem



Landkreis gehören einzelne Dorfgemeinden oder Gemeinschaften („Comunidades“) an. Die Amtssprache in Peru ist Spanisch (88%) und die zwei indigenen Sprachen sind Quechua (40%) und Aymara (5%). Peru ist ein bikulturelles Land, dessen Bevölkerung (circa 29 Millionen) in zwei etwa gleichgroße Teile unterteilt werden kann: Die indigenen Ureinwohner (Indígenas), machen knapp die Hälfte (47%) der gesamten Bevölkerung aus. Sie bilden als meist arme Kleinbauern oder ungelernete Arbeiter die Unterschicht und

bevölkern hauptsächlich die armen Teile des Landes wie das Hochland Perus, das Gebiet des Titicacasees oder das Amazonasgebiet. Ihr Leben ist eher agrarisch ausgerichtet und teils stark von der modernen Welt abgewandt.

Die wohlhabenden, überwiegend hellhäutigen „Mestizos“ und „Criollos“ (37%) oder Personen europäischer Herkunft (13%) leben im stark modernisierten Peru der Küstengegend mit der Hauptstadt Lima, mit vielen Industriebetrieben, kosmopolischen Verhaltensweisen und zahlreichen höheren Bildungsanstalten und stellen den anderen Teil der peruanischen Gesellschaft dar. Sie bilden überwiegend die Oberschicht und die Mittelschicht. 3% der Bevölkerung sind asiatischer und afrikanischer Herkunft. (Mansilla H., 1993; Benson et al., 2007; Auswärtiges Amt, 2008; a.i.1978; Wikipedia, 2009).

Etwa 90 bis 95 % der Peruaner sind als Folge der Missionierung römisch-katholisch. Doch erlebt Peru seit einigen Jahrzehnten evangelikale und charismatische Kirchen und Glaubensgemeinschaften einen großen Zulauf (Wikipedia, 2009).

Geschichte Perus

Nach dem Kommen und Gehen verschiedener Kulturen (Paracaskultur, Nazcaskultur, Mochicakultur) errichteten die Inka im 15. Jh. ein riesiges Reich, das durch die Eroberung und spätere 300-jährige Kolonialisierung durch die Spanier ein Ende fand. Die Kolonialherrschaft war geprägt durch unmenschliche Lebensbedingungen für die indigene Bevölkerung, deren Zahl sich durch Kriege, Sklavenarbeit und Krankheiten drastisch um ein Vielfaches dezimierte. 1824 begann die Unabhängigkeit Perus von Spanien, begleitet durch eine lange politische und ökonomische Krise. Nach dem zweiten Weltkrieg wechselten sich immer wieder rechts- und linksgerichtete Militärregierungen ab, deren Politik von Problemen in der Wirtschaft und von massiven Menschenrechtsverletzungen vor allem gegen die der Unterschicht angehörenden Indígenas begleitet war. Der Großteil des Grundbesitzes und des Produktionskapitals Perus befand und befindet sich heute noch in den Händen von einigen wenigen reichen Familien und bewirkt bis heute eine ständige politische Unzufriedenheit in einem Großteil der Bevölkerung. (Kirst et al., 1998; a.i., 1978).

Soziopolitische Gewalt in Peru

In den 60er Jahren entstanden mehrere linksgerichtete Gruppierungen, welche sich mit den Jahren gerade in den ärmeren Regionen Perus ausbreiteten. Die verarmte Region Ayacucho wurde zum Zentrum und Ausgangspunkt des 1980 beginnenden „Volkskrieges“ den die vom Philosophieprofessor Abimael Guzmán gegründete „Partido Comunista Popular - Sendero Luminoso“ (PCP-SL) („Kommunistische Volkspartei- Leuchtender Pfad“) mit dem Ziel des Umsturzes der herrschenden Klasse ausrief. Mit ihrer maoistischen Revolutionsideologie als Grundlage und gestärkt durch die Tradition gewaltsamer Konfliktbewältigung verbreitete der SL ein Klima des Terrors in den ländlichen Andengebieten. Die Guerilleros zündeten Autobomben und sprengten Brücken, Strommasten und Fabriken in die Luft. Außerdem ermordeten sie Dorfbewohner und Amtspersonen und verübten Massaker an der meist indigenen Zivilbevölkerung, welche durch Gewalt und Terror zum Gehorsam und zur Kooperation gezwungen werden sollte. Die Regierung sah nicht tatenlos zu und kämpfte zurück. Vor allem die indigenen Bauern hatten unter unverhältnismäßig gewaltvollen Rachemaßnahmen der Regierung zu leiden, weil diese in der ländlichen Bevölkerung den Terrorismus vermutete. So stand die indigene ländliche Bevölkerung im

Kreuzfeuer der beiden sich bekriegenden Seiten. Sie wurden verdächtigt, auf der jeweils anderen Seite zu partiiieren und wurden deshalb Opfer schwerster Menschenrechtsverletzungen sowohl von Seiten der Regierung als auch von Seiten der terroristischen Gruppierungen. Die Menschen litten unter willkürlichen Beschuldigungen und Strafkaktionen, unfairen Prozessen und Sanktionen, Raub, Vergewaltigungen, Entführungen und Zwangsrekrutierungen, Folter, kollektiven und selektiven Morden und Hinrichtungen. Die Anzahl der Todesopfer und der Verschwundenen durch die Gewalt während der Zeit des Terrorismus in Peru wird auf mindestens 69.000 geschätzt, die Zahl der Flüchtlinge auf 600.000. Von allen bekannten Opfern des Krieges kamen 79% aus ruralen Gegenden, 56% lebten von Agrikultur und 75% hatten Quechua als Muttersprache. (Mansilla H., 1993; CVR, 2003).

Region Ayacucho und der soziopolitischen Gewalt

Die im Südwesten Perus gelegene Region Ayacucho liegt auf einer Höhe von 1.800-3.645 Metern. Die Fläche entspricht 3.4% der Gesamtfläche Perus und die Einwohnerzahl stellt mit knapp über 581.500 Menschen 2.1% der Gesamtbevölkerung dar. Ayacucho ist eine der ärmsten Regionen Perus in der 64.9% der Bevölkerung in Armut leben, davon leben über 75% in ländlichen Gegenden. In Ayacucho, vor allem in den ländlichen Gegenden wird neben Spanisch die indigene Sprache



Quechua gesprochen. Die Region Ayacucho hatte die meisten Todesopfer und Verschwundenen (mehr als 40% aller Opfer) zu beklagen. Sieben der elf Provinzen der Region Ayacucho waren stark bis sehr stark von der politischen Gewalt betroffen, darunter auch die Provinz Cangallo. (Asociación Paz y Esperanza, 2008; CVR, 2003). Offiziell ist der Bürgerkrieg seit 2000 beendet. Im Jahre 2001 wurde vom damaligen Übergangspräsident Valentín Paniagua „die Peruanische nationale Wahrheits- und Versöhnungskommission“ (CVR) ins Leben gerufen, deren Ziel war, Gründe, Konsequenzen und Verantwortung des 20 Jahre andauernden internen bewaffneten Konfliktes zu untersuchen und zu dokumentieren, mit dem speziellen Augenmerk auf die verheerenden psychosozialen Folgen dieser Gewalt auf die Bevölkerung. (Laplante & Holguin, 2006)

THEORIE

Psychische Folgen von politischer Gewalt

Menschen reagieren auf die massiven Traumatisierungen eines Krieges mit psychologischen Symptomen wie Angst, Unsicherheit, Hypervigilanz, Trauer, Vertrauensverlust und Ärger, sowie Verlust der Selbstwirksamkeit und mit einem Gefühl der kulturellen Desintegration und Inkohärenz (Silove, 2007). Obwohl diese psychologischen Reaktionen mit der Zeit und der Stabilisierung des äußeren Kontextes remittieren, verbleiben viele Menschen mit psychologischen Problemen, die in einigen Fällen schwere seelische Störungen verursachen (Mollica, 2000).

Am häufigsten auftretende Störungen während und nach Kriegszeit sind Depression, posttraumatische Belastungsstörung und Angststörungen (De Jong, Komproe, & van Ommeren, 2003; Thapa & Hauff, 2005). Beispiele dafür fand De Jong et al. (2001) in den Postkriegsländer von Algerien, Kambodscha, Äthiopien und Palästina, wo die Raten für PTBS 15,8% bis 37,4% bei Menschen mit niedrigen Einkommen betragen. Thapa und Hauff (2005) entdeckten ebenso 80% depressive Symptomatik und Ängstlichkeit, sowie 53% von PTBS in einer Stichprobe von 290 Binnenvertriebenen in Nepal. Weiterhin fanden Vinck, Pham, Stover und Weinstein (2007) 44,5% von Major Depression und 74% von PTBS bei intern Vertriebenen in Nord-Uganda.

Doch auch andere Störungen, wie Substanzmissbrauch und somatoforme Störungen, können nach einem mit Gewalt verbundenen traumatischen Erlebnis vorkommen (De Jong et al., 2003; Marshall, Schell, Elliott, Berthold & Chun, 2005; Steel, Silove, Phan, & Bauman, 2002). Bolton (2007) zum Beispiel fand in Nord-Uganda, dass lokale Traumareaktionen, die in Verbindung mit depressiver Symptomatik und PTBS stehen, öfter mit Alkoholmissbrauch korrelieren.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Wie zuvor erwähnt wurde, gilt die PTBS als das am häufigsten auftretende Störungsbild nach gewaltbezogenen Erfahrungen. Im „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“ (DSM-IV-R) ist die PTBS unter den Angststörungen kategorisiert. Zur Erhaltung einer PTBS- Diagnose muss eine Person erst einmal das A-Kriterium erfüllen: Konfrontation mit, oder Erleben (persönlich oder als Zeuge) eines Ereignisses, das eine Bedrohung des Todes, eine schwere Verletzung oder eine andere Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit, beinhaltet (Kriterium A1). Außerdem muss die Person mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen auf dieses Erlebnis reagieren (Kriterium A2).

Neben dem A-Kriterium, welches das traumatische Ereignis definiert, müssen drei Symptomkategorien auftreten, die als direkte Folge dieses Ereignisses zu verstehen sind. Diese Kategorien sind das B-Kriterium-Wiedererleben (persistierende Intrusionen und wiederkehrende Erinnerungen des traumatischen Ereignisses), C-Kriterium-Vermeidung und emotionale Taubheit (andauernde Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma assoziiert sind, und eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität) und D-Kriterium-Übererregung (Symptome erhöhten Arousal).

Um das Störungsbild einer PTBS vollständig zu erfüllen, müssen zudem das E-Kriterium (die Symptome dauern länger an als 6 Monate) und das F-Kriterium-Funktionsbeeinträchtigung (die Störung muss in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen), gegeben sein (DSM-IV, APA 1994).

Das DSM-IV beschreibt eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 1% bis 4% je nach Erfassungsmethode und Art der Stichproben (American Psychiatric Association, 1994). Obwohl die Forschung von PTBS seit den 80er Jahren vorangetrieben wird, existierten gegenwärtig wenig Studien zur Prävalenz von PTBS in der Allgemeinbevölkerung. Die meisten Studien wurden in den USA und in Kanada durchgeführt (Hepp et al., 2006). Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995) fanden in der in den USA durchgeführten epidemiologischen Studie eine PTBS Prävalenz von 7,8%. Weiterhin fassten Steil und Ehlers (1996) vier in den USA durchgeführte Studien zusammen, bei denen die berichteten Lebenszeitprävalenzen

Erfassung von Traumafolgestörungen in indigenen Gemeinschaften Ayacuchos - Peru
zwischen 1% und 9,2% lagen. In Kanada fanden Stein, Walker, Hanzer und Forde (1997) eine Prävalenz von PTBS von 2,7% für Frauen und 1,2% für Männer.

Zwei verschiedene unabhängige epidemiologische Studien in Mexiko berichten im Jahr 2000 eine PTBS Rate von 11,2% (Norris et al., 2002) und im Jahr 2004 eine Prävalenz von PTBS von 2,3% für die Frauen und 0,49% für die Männer (Medina-Mora et al., 2004).

Obwohl in Deutschland einige Studie durchgeführt worden sind, bestehen zurzeit keine großen epidemiologischen Studien für PTBS. Perkonigg et al. (2000) fanden in einer in München durchgeführte Studie eine Lebenszeitprävalenz von PTBS von 1,3%. Maercker, Michael, Fehm, Becker und Margraf (2004) wiederum fanden eine Prävalenz von 3,2% in einer repräsentativen weiblichen Stichprobe in Dresden.

Die Dauer einer PTBS kann sehr persistent sein. So konnten Kessler et al. (1995) zeigen, dass nach Beginn der PTBS-Symptomatik ein Drittel der Betroffenen keine Gesundung zeigten. Studien in Populationen, die Opfer von politischer Gewalt sind, berichten oftmals einen chronischen Verlauf (Goenjian et al., 2000).

Die Erfahrung einer objektiv oder subjektiv traumatischen Ereignisses stellt den äthiologischen Aspekt einer PTBS dar, dennoch entwickeln nicht alle Menschen eine posttraumatische Symptomatik nach einer traumatischen Erfahrung. In der Literatur wird über Risikofaktoren, die das Erkranken an einer PTBS begünstigen können, berichtet. Brewin, Andrews und Valentine (2000) klassifizieren die Risikofaktoren zur Entwicklung einer PTBS in drei Kategorien. Zur ersten Gruppe gehören das Geschlecht, das Alter zur Zeit des Traumas und die Ethnie; diese Faktoren spielen nur in einigen Populationen eine signifikante Rolle. Bildung, vorangegangenes Trauma und generelle Schwierigkeiten in der Kindheit bilden die zweite Gruppe von Prädiktoren und diese lassen sich in fast allen Populationen finden, doch variieren sie nach Art der Bevölkerung. Die dritte Gruppe besteht aus prädiktiven Faktoren wie psychiatrischer Kindesmissbrauch und der eigenen beziehungsweise der Krankheitsgeschichte der Familie (Brewin et al., 2000).

Bezüglich des Geschlechts berichteten Breslau et al. (2002), dass weibliches Geschlecht ein hoher Risikofaktor für PTBS darstellt. Die Autoren diskutieren, dass Frauen vulnerabler für PTBS sind, weil sie mehr sexuelle Misshandlungen als Männer erleiden. In einer vorherigen Studie von Kessler et al. (1995) ergab sich die

Vergewaltigung als das Ereignis, welches am häufigsten zu einer PTBS führt. Gleichwohl ergab die Regressionsanalyse von Neuner, Schauer, Catani, Ruf und Elbert (2006) bei Kindern nach Bürgerkrieg und Tsunami in Sri Lanka, dass das Geschlecht keine signifikante Rolle für die Schwere der Symptomatik der PTBS spielt. Signifikante Prädiktoren für die Schwere der PTBS waren dagegen das Alter, die zuvor erlebte Anzahl von traumatischen Erlebnissen, die Anzahl der im Tsunami verstorbenen Familienmitglieder sowie die objektive und subjektive Belastung während des Traumas (Neuner et al., 2006).

Die zuvor beschriebenen Prädiktoren bestehen vor dem Trauma, jedoch können andere nach dem Trauma auftretende Faktoren auch die Entwicklung einer PTBS beeinflussen (Brewin et al., 2000). Zu dieser Gruppierung gehören die Schwere des traumatischen Erlebnisses, starke Gefühle von Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen während des Traumas, Gefühle von Scham oder Wut gegenüber anderen sowie dissoziative Erfahrungen während und nach dem Erlebnis (Andrews, Brewin, Rose & Kirk, 2000). Vor allem peritraumatische Dissoziation als auch traumabezogene anhaltende Dissoziationen sagen die Entwicklung von PTBS voraus, sowie viel Stress nach dem traumatischen Ereignis, die Entwicklung von einer akuten Belastungsreaktion und Mangel an sozialer Unterstützung (Brewin, 2000; Briere, Scott & Weathers, 2005).

Gemäß klinischen Stichproben von Kriegsveteranen von Vietnam weisen Personen mit PTBS auch höhere Raten von Major Depression, Angststörungen (außer PTBS), Alkohol- und Drogenkonsum auf (Breslau, 2002). Die Erklärung dafür lässt sich auf zwei Gründe zurückführen: erstens können die vorher bestehenden psychischen Störungen das Risiko für die Entwicklung einer PTBS erhöhen. Zweitens kann die PTBS eine Ursache für andere Störungen darstellen, denn der Missbrauch von Drogen oder Alkohol, um die traumatische Symptomatik zu bewältigen, kann zur Abhängigkeit führen. Cardozo et al. (2004) zum Beispiel fanden in ihrer Studie in Afghanistan eine höhere Prävalenz von Depression und Angststörungen bei traumatisierten Frauen als bei nicht-traumatisierten, jedoch unterschieden sie sich nicht in ihrer Funktionsbeeinträchtigung.

Posttraumatische Belastungsstörung in Ländern mit soziopolitischer Gewalt

Weltweit werden die meisten Studien über die psychologischen Folgen nach dem Erleben organisierter Gewalt mit Flüchtigen durchgeführt, die ihr Heimatland aufgrund der bestehenden Gefahr verlassen hatten. Die vorhandenen Prävalenzraten von PTBS beziehen sich auf industrialisierte Gastländer mit migrierten Stichproben, wobei öfter unklar bleibt, ob die bestehende traumatische Symptomatik auf die damals erlebten Gewalterfahrungen oder auf die Flucht, die Entwurzelung oder den aktuellen Flüchtlingsstatus zurückzuführen ist (Holtz, 1998). Im Gegensatz zu den zahlreichen Untersuchungen im Exil gibt es nur wenige Studien über die PTBS-Prävalenz, die mit repräsentativen Stichproben am Ort des Krieges oder der Gewalt durchgeführt wurden. Da es sich in der vorliegenden Studie um eine Stichprobe handelt, die am gleichen Ort der Gewalterfahrung geblieben und nicht geflüchtet ist, wird im folgenden Abschnitt nur auf die Studien über psychische Gewaltfolgen eingegangen, die in Heimatländern der Befragten durchgeführt wurden.

Eine Studie zum Beispiel stellt die von De Jong et al. (2001) dar. Die Autoren untersuchten Überlebende von organisierter Gewalt in Algerien, Kambodscha, Äthiopien und Palästina, die potenziell traumatische Erlebnisse aus bewaffneten Konflikten erlebten. Unter Anwendung des CID-I ergab sich für die Algerier eine Rate von PTBS von 39,5%, für die Kambodschaner von 33,4%, für die Äthiopier von 19% und für die Palästinenser von 28%. De Jong et al. (2001; 2003) fanden heraus, dass es für alle Stichproben ein unabhängiger Risikofaktor ist, ein konfliktbezogenes Trauma ab dem zwölften Lebensjahr zu erleben und, mit der Ausnahme für die kambodschanische Stichprobe, gefoltert zu werden. Der Autor fand auch eine Prävalenz von Angststörungen von 9,6 bis 40% und von somatoformen Störungen von 1,6 bis 8,3%.

In Afghanistan fanden Cardozo et al. (2004) eine PTBS-Prävalenz von 25% in einer Studie, die an verschiedenen Orten des Landes repräsentative Stichproben ab dem fünfzehnten Lebensjahr untersuchten. Als unabhängige Prädiktoren für die Entwicklung einer PTBS zeigten sich das weibliche Geschlecht und mentale Störungen in der Vergangenheit. Mehr als 80% der Bevölkerung empfanden starke Hassgefühle und Wunsch nach Vergeltung.

Erfassung von Traumafolgestörungen in indigenen Gemeinschaften Ayacuchos - Peru

In einer Untersuchung von psychischer Kriegsfolgen in der Allgemeinbevölkerung im ehemaligen Jugoslawien stellten Basoglu et al. (2005) fest, dass alle Befragten mindestens ein kriegsbezogenes traumatisches Ereignis erlebt hatten, wie Kampferlebnisse, Folter oder Vertreibung, und von ihnen zurzeit der Befragung 22% unter einer PTBS litten.

Bichescu, Schauer, Saleptsi, Neculau, Elbert und Neuner (2005) berichteten in einer Untersuchung mit im Schnitt über 70-jährigen ehemaligen politischen Häftlingen in Rumänien, dass 54% der Befragten immer noch unter eine PTBS litten, trotz der vielen vergangenen Zeit. Somatisierungen, Drogenmissbrauch, dissoziative Störungen und Depression standen unter anderem im Zusammenhang mit einer PTBS.

In einer bosnischen Validierungsstichprobe fanden Powell und Rosner (2005) mit der Anwendung von PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale) eine PTBS-Prävalenz von 25%. Die Stichprobe bestand aus Überlebenden des Krieges in Sarjewe, Prijedor und Banja Luka.

Schaal et al. (2006) fanden in einer Untersuchung mit 118 verwaisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Ruanda, die 1994 den Genozid erlebt hatten und zu dieser Zeit Kinder waren, eine Punktprävalenz der PTBS von 34% und eine Lebenszeitprävalenz von 74%. Alle Interviewten hatten potenziell traumatische Ereignisse durchleben müssen, die nicht nur auf den Genozid zurückzuführen waren, sondern auch auf Erlebnisse ihrer Jugend. Als unabhängige Prädiktoren für die Entwicklung von PTBS zeigten sich das weibliche Geschlecht, die Anzahl verschiedener erlebten Traumata und das Leben in einem von Kindern geführten Haushalt. Der Schweregrad der traumatischen Symptomatik hing stark damit zusammen, den Mord eines Elternteils gesehen zu haben und das Gefühl, mit ihr oder ihm zusammen zu sterben.

Posttraumatische Belastungsstörung in lateinamerikanischen Ländern

Obwohl in Lateinamerika eine Vielzahl von Menschen unter politischer und organisierter Gewalt sowie Menschenrechtsverletzungen leiden, gibt es nur eine ungenügende Anzahl von Studien zu Folgen politischer Gewalt auf die psychologische Gesundheit der betroffenen Menschen. Ein Gesamtbild von Epidemiologie und Behandlung von PTBS als Folge politischer Gewalt kann kaum in befriedigender Weise erfasst werden. Außerdem erweist sich auch in den lateinamerikanischen Ländern die Schwierigkeit, epidemiologische Studien mit größeren und repräsentativen Stichproben durchzuführen, welche mit verschiedenen Kriegserfahrungen konfrontiert worden waren aber keine Flüchtlinge sind, wie intern Vertriebene, Widerstandsgruppen, indigene Gemeinden und unterschiedliche soziale, kulturelle und politische Gruppierungen. Demzufolge untersuchen die meisten wissenschaftlichen Studien in Lateinamerika, die sich mit der posttraumatischen Belastungsstörung als Folge politischer Gewalt beschäftigen, Flüchtlingsgruppen, welche sich nicht mehr am Ort der gewaltvollen traumatischen Ereignisse befinden (Pedersen, Gamarra, Planas & Errazuriz, 2001).

Sabin, Cardozo, Nackerud, Kaiser und Varese (2002) untersuchen 183 Maya-Indianer mit HTQ und HSC-25, die nach 20 Jahre als Flüchtlingen in Mexiko lebten und fanden eine Prävalenzrate der PTBS von 11,8%, der Ängstlichkeit von 54,4% und der Depression von 38,8%. Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS waren dem weiblichen Geschlecht anzugehören und Zeuge vom Verschwinden anderer Menschen gewesen zu sein.

Rothe, Lewis, Castillo-Matos, Martinez, Busquets und Martinez (2002) befragten 87 kubanische Erwachsene, die im Sommer 1994 in die Vereinigten Staaten zu flüchten versuchten, als die kubanische Regierung die Grenzen öffnete, um einen Bürgerkrieg zu vermeiden. Über 8 Monate wurden die Betroffenen von der amerikanischen Regierung im Flüchtlingslager von Guantanamo festgehalten. Mit Anwendung von der PTSDRI wiesen 28% der Jugendlichen eine moderate und 25% eine schwere PTBS-Symptomatik auf. 86% der Befragten gaben an, dass die traumatischste Erfahrung die Gefangennahme in Guantanamo gewesen sei. Es zeigte sich auch ein

Dosiseffekt zwischen dem Schweregrad traumatischer Symptomatik und der Anzahl von Stressoren. Das hohe Alter und Zeuge von Gewalt im Flüchtlingslager geworden zu sein standen im Zusammenhang mit der Entwicklung von PTBS.

In einer Studie über die Folter und deren psychologischer Folge erforschten Moisaner und Edston (2003) die PTBS-Raten von Folteropfern aus sechs verschiedenen Kriegsländern mittels CTD (siehe Söndergaard, Ekblad & Theorell, 2003). Unter der Stichprobe befand sich eine Gruppe aus 16 peruanischen Hochschulstudenten, die aus politischen und subversiven Gründen durch das Militär festgenommen und gefoltert worden waren. Nach den Iranern (91,7%) hatten die Peruaner die zweithöchste Rate der PTBS von 86,7%, gefolgt von den Bangladeschern (68,6%), Türken (78,91%), Ugandern (70,%) und Syrern (68,8%).

Herrera, De Jesús Mari und Ferraz (2005) trugen in ihrer Metaanalyse Studien über Folgen politischer Gewalt in Guatemala zusammen. Die Einschlusskriterien für die Metaanalyse waren zuerst die Nutzung standardisierter Instrumente und zweitens die Befragung von Guatemalteken in ihrem Heimatland oder im Exil, die kriegsbezogenen Erfahrungen während des internen bewaffneten Konflikts von 1962 bis 1996 in Guatemala erlebt hatten. Aus acht Studien ergaben sich für die posttraumatische Belastungsstörung sowohl niedrige Prävalenzen zwischen 2% bis 11,8% als auch hohe Prävalenzen zwischen 32% bis 58%. Depression war mit einer relativ konstanten Prävalenz zwischen 38,8% bis 41,8% vorhanden. Die Prävalenz von Angststörungen bewegte sich hierbei zwischen 27,7% und 54,4%. Die Autoren signalisierten, dass die traumatischen Ereignisse sich zwischen den Stichproben unterschieden, so dass Stadtbevölkerung und Landbevölkerung von verschiedenen Formen von Gewalt betroffen waren. Außerdem wurden sechs von den acht Studien mit Stichproben durchgeführt, die nach Mexiko, Kanada oder in die Vereinigten Staaten geflohen waren, wobei unklar bleibt, ob die Rate von PTBS und anderen Störungen auf die kriegsbezogenen Erfahrungen oder auf das Exil zurückzuführen sind.

Perez-Olmos, Fernández-Pineros und Rodano-Fuentes (2005) untersuchten die Prävalenz von PTBS bei Kindern aus drei verschiedenen Regionen Kolumbiens mit unterschiedlichen Ausmaßen an Gewaltexposition. Die Stichprobe bestand aus 493

Kindern zwischen 4 und 11 Jahren, die erste Gruppe wohnte in einer Region mit chronischer sozio-politischer Gewaltexposition, die zweite erlebte 6 Monaten vor der Untersuchung einen bewaffneten Angriff, der sowohl Tötung und Zerstörung von staatlichen und privaten Eigentum beinhaltete, und die dritte Gruppe kam aus einer Region ohne Gewaltexposition. Die Autorin und Kollegen fanden mit CAPS Prävalenzraten von 16,8% für die Kinder mit andauernder Gewaltexposition, 23,3% für die Gruppe mit einem Angriff vor einem halben Jahr und 1,2% für die Gruppe ohne Kriegserfahrungen. Der Tod eines Familienangehörigen, Vertreibung, geringes Familieneinkommen und eine alleinerziehende Mutter waren Faktoren, die im Zusammenhang standen mit einer Entwicklung einer PTBS. Psychologische und physische Misshandlung, Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen traten häufiger in der Gruppe mit der höchsten PTBS-Prävalenz auf.

In einer zweiten kolumbianischen Studie fanden Alejo, Rueda, Ortega und Orozco (2007) in einer epidemiologischen Studie eine PTBS-Rate von 21% mit DTS (Davidson Trauma Scale) bei einer Stichprobe von 851 intern Vertriebenen aufgrund von sozialer und politischer Gewalt. Durch logistische Regressionen stellten die Autoren fest, dass das Alter (älter als 50 Jahre), peritraumatische Dissoziationsreaktionen und verheiratet zu sein oder einen Partner zu haben, unabhängige Faktoren waren, die mit der Entwicklung von PTBS zusammenhingen. Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen gefunden. Zwar weisen die Autoren hohe Zusammenhänge zwischen PTBS und Alkoholkonsum beziehungsweise Depression auf, jedoch sind keine Prävalenzraten für die beiden Störungen angegeben. Das Erleben von Entführung, Folter und die Angst, umgebracht zu werden, wiesen sich als Kausalzusammenhängen für die Entwicklung der PTBS auf.

Santa-María und Cornille (2007) befragten mit der PDS 82 Flüchtlinge aus 13 lateinamerikanischen Ländern, die in Mexiko-Stadt und Washington lebten. Die Autoren verglichen die PTBS-Rate zweier Gruppen von Flüchtlingen; die erste Gruppe bestand aus Menschen, die sich während der Flucht von der Familie trennen mussten und die zweite aus Menschen, die mit der ganzen Familie geflüchtet waren. Die Autoren fanden eine höhere PTBS-Rate (33%) bei den Flüchtlingen, die von den Familienangehörigen getrennt wurden, als bei jenen, die gemeinsam mit ihren

Familien emigriert waren. Letztere Gruppierung zeigte eine PTBS-Rate von 15%. Die belastendsten Ereignisse unter den PTBS-Diagnostizierten entsprachen Gewaltexposition, physischen oder sexuellen Angriffen, Folter, Geiselnahme und politischem Exil.

Posttraumatische Belastungsstörung in Peru

Studien in Peru sind nicht zahlreich vorhanden und variieren stark in Qualität, Durchführung und so auch in ihren Ergebnissen. So ergeben sich aus den peruanischen Studien PTBS-Prävalenzzahlen von 0,7% (Noguchi et al., 2003) bis zu 95% (Snider et al., 2004). Jedoch muss angemerkt werden, dass sowohl Methodik, Durchführung und vor allem die Stichprobenpopulationen dieser Studien stark variieren und so eine Generalisierbarkeit und ein Vergleich der Daten unmöglich ist.

In ihrem Finalbericht schlug die Wahrheitsfindungskommission ein integrales Entschädigungsprogramm für die Opfer und deren Familienmitglieder vor. Aus Befolgung dieses Vorschlags berief das peruanische Gesundheitsministerium (MINSA) die beiden auf Gesundheit spezialisierten Institutionen des Landes - das Institut für mentale Gesundheit „Honoris Delgado Hideyo Noguchi“ und das Krankenhaus „Hermilio Valdizán“ - einen Bericht vom physischen und psychologischen Zustand der Opfer zu erstellen. Das Institut für mentale Gesundheit „Honorio Delgado Hideyo Noguchi“ führte die erste groß angelegte epidemiologische Studie in den Bergen Perus im Jahre 2003 durch. Befragt wurden 4,212 Haushalte in drei hochandiner Städten Perus (Ayacucho, Huaráz, Cajamarca) mit dem Ziel, quantitative Daten über Prävalenzraten psychologischer Störungen sowie soziodemographischen Daten zu erheben. Die Studie fand unter Anwendung des MINI eine akute PTBS-Prävalenzrate von 0,3% für Männer und 1,1% für Frauen. Des Weiteren gaben die Autoren eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 9,7% für Männer und von 15,8% für Frauen an. Außerdem wies ein Fünftel der Bevölkerung eine Funktionsbeeinträchtigung auf. 34,2% der Befragten gaben an, dass sie mindestens einmal im Leben den Wunsch hatten zu sterben und 2,9% hatten versucht, sich umzubringen. 23,5% der Bevölkerung verloren mindestens einen Familienangehörigen, ein Faktor, der mit der Präsenz von

Erfassung von Traumafolgestörungen in indigenen Gemeinschaften Ayacuchos - Peru
psychiatrischen Störungen verbunden im Zusammenhang steht. 10% der Befragten berichteten von Alkoholproblemen.

Vergara und das Team von Hemilio Valdizán Krankenhaus untersuchten mittels MINI (Depression, Alkoholkonsum und PTBS-Teil) die Prävalenz von psychischen Störungen in vier Regionen in Peru, die durch die politische Gewalt am meisten betroffenen waren. Die Rate von PTBS in Ayacucho entsprach 8%, Depression 42%, Alkoholmissbrauch 10% und psychotische Störungen 5%. Aus dem Bericht der Autorin konnten weder die Anzahl noch die Merkmale der Stichprobe entnommen werden (Vergara, 2005).

Um die Folgen der politischen Gewalt in Ayacucho zu erheben, führten Pedersen und Kollegen im Jahr 1999 bis 2003 eine Studie durch, in der qualitative und quantitative Methodik angewandt wurde. In einer ersten Phase erkundeten die Autoren mit Hilfe von sechs Quechua sprechenden Studenten der lokalen Universität Ayacuchos die Erfahrungen des Leidens und der Exposition traumatischer Erlebnisse. Ziel dieser Untersuchung war, die lokalen Manifestationen des Leidens und die Wirkungen der politischen Gewalterfahrungen auf die peruanische indigene Bevölkerung zu erfassen. Aus den qualitativen Daten entstanden eine Ereignisliste und ein Fragebogen mit kulturspezifischen traumabezogenen Beschwerden, die in der zweiten quantitativen Phasen in Verbindung mit dem General Health Questionnaire (GHQ-12), der Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) und einer adaptierten Version von Cambodian Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) eingesetzt wurden. Interviewt wurden 200 Haushalte mit insgesamt 373 Personen. 270 der Befragten wurden positiv diagnostiziert mit dem GHQ-12 und von denen wiederum wiesen 144 depressive Symptomatik und Ängstlichkeit laut der HSCL-25 auf. Mit dem HTQ wurden nur die mit HSCL-25 positiv diagnostizierten Menschen untersucht, wobei 24,7% mit einer PTBS diagnostiziert wurden. Die diagnostizierte PTBS-Rate bezieht sich also auf keine zufällige Stichprobe (Pedersen, Gamarra, Planas & Errazuriz, 2001; Pedersen, Tremblay, Errázuriz & Gamarra, 2008).

In einer sowohl qualitativen als auch quantitativem Studie explorierten Snider et al. (2004) die psychologischen Folge der politischen Gewalt in der indigenen

Bevölkerung Ayacuchos. Mit Hilfe von zwei Fokusgruppen, eine mit Quechua sprechenden Frauen (n=7) und eine andere mit Spanisch sprechenden Männern (n=18), sammelten die Autoren allgemeine qualitative Informationen über die lokalen Gemeinden, deren Strukturen und soziale Beziehungen sowie deren Bedürfnisse und Strategien zur Problemlösung. Zuletzt wurde nach Traumareaktionen gefragt, die die Teilnehmer während der Konfliktzeiten erlebt hatten. Die Befragten berichteten von Funktionsbeeinträchtigungen und einer Zunahme des Alkoholkonsums, vor allem unter Männern. Einige Teilnehmer beschrieben PTBS-Symptome wie Flashbacks, Reizbarkeit und Alpträume.

In einem zweiten Schritt wurde die spanische Version des HTQ durch die Eingeborenen adaptiert und mit diesem modifizierten Screening 228 Personen befragt. Die Stichprobe berichtete von einer dramatischen Exposition von traumatischen Ereignissen: Alle hatten Kampfsituationen erfahren, 80% Folter, 30% wurden Zeuge von Mord, 40% gaben sexuelle Gewalt an und 20% Lebensbedrohung. Die PTBS-Rate entsprach 95%. Unter Widererlebenssymptomatik und Vermeidungsverhalten litten 95% der Befragten, 98% hatten Erinnerungsprobleme und 92% wiederkehrende Erinnerungen. Von diesen Personen berichteten 90% von einer starken Symptomatik (fast jeden Tag PTBS-Symptome).

In seiner qualitativen kulturvergleichenden Studie stellte Elsass (2001) die Traumareaktionen auf politische Gewalt in Peru und Kolumbien gegenüber. Die Stichprobe bestand aus 8 peruanischen Indigenen Menschen und 7 kolumbianischen Provinzbewohnern, die alle einen hohen Expositionsgrad von Gewalt erlebt hatten. Mit semistrukturierten Interviews wurden folgende Aspekte untersucht: 1) Symptombild, PTBS-Symptomatik und nicht-assoziierte Symptome; 2) Gewalt und Geschichte über konkrete Ereignisse; 3) Kosmologie, Logik und Kontext der Gewalt; 4) Behandlung, Selbst-Behandlung und professionelle Hilfe; 5) Prävention und Strategien zur Vermeidung von Gewalt in der Zukunft. Der Autor fand heraus, dass die peruanische Stichprobe nicht nur mit PTBS-Symptomatik reagierte, sondern auch mit zusätzlichen Beschwerden wie „ein brennender Kopf“ und „verzweifelt Heimweh“. Im Gegensatz dazu erlebte die kolumbianische Stichprobe die Traumatisierung individualisierter mit mehr Schuld- und Schamgefühlen. Während in Kolumbien die

individuellen Interventionen akzeptierter sind, wird in Peru eher eine kommunale Intervention gefordert, welche die Förderung der Kohäsion der Gemeinde unterstützt.

Validität von Screening-Instrumenten

Sinnvolle vertrauenswürdige Aussagen über die psychische Verfassung einer bestimmten Population können nur getroffen werden, wenn die Validität des eingesetzten Instrumentes für die untersuchte Population nachgewiesen wurde. Aus diesem Grund sind Studien zur Validierung eines Instrumentes von großer Wichtigkeit für die Forschung und Entwicklung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in den Sozialwissenschaften. Da zunehmende Bedürfnisse an psychologischer Einschätzung in großen und nicht leicht erreichbaren Populationen bestehen, gewinnen Screening-Instrumente eine wichtige Bedeutung im Gesundheitswesen, denn sie sind kurz und leicht anwendbar und sie können unter angemessenen Bedingungen von Laien eingesetzt werden. Screening-Instrumente sollten die Mindestanzahl an Items zur Identifikation von Störungen in akuten Situationen enthalten und unter einfacher Anwendbarkeit effektiv zwischen Probanden mit und ohne eine bestimmte Störung unterscheiden können. Diese Eigenschaften sind Bestandteil der Performanz eines Instrumentes; dazu gehören die Sensitivität und die Spezifität eines Screenings. Die Sensitivität bezieht sich auf den Anteil der positiven Fälle, die auch mit Hilfe des Screenings richtigerweise als positiv eingestuft wurden. Die Spezifität beschreibt die Wahrscheinlichkeit, dass jemand, der nicht unter einer PTBS leidet, auch im Test ein negatives Ergebnis erhalten wird. Weitere Performanzmaße sind die positive Vorhersagekraft und die negative Vorhersagekraft eines Tests. Das erste Maß entspricht der Wahrscheinlichkeit, dass jemand mit einem positiven Testergebnis auch mit einer PTBS diagnostiziert werden wird und das zweite Maß stellt die Wahrscheinlichkeit dar, dass jemand mit einem negativen Testergebnis auch keine PTBS-Diagnose erhält.

In seiner Metaanalyse beschäftigte sich Brewin (2005) mit der Frage nach der Anwendbarkeit verschiedener Screening-Instrumente für die PTBS. Der Autor fand eine durchschnittliche Sensitivität von 0,83 und eine Spezifität von 0,85 bei 22 verschiedenen Instrumenten. Derzeit zählt die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

als eins der validesten Screeningverfahren für die PTBS-Diagnose. Die Performanz der PDS wurde in zahlreiche Studien sowohl anhand der DSM-IV-Kriterien als auch mittels der Übereinstimmung durch strukturierte Experteninterviews untersucht.

Beispielsweise wurde die Gültigkeit der PDS in Nebeneinanderstellung der DSM-IV-Kriterien durch Foa, Cashman und Perry (1997) bewiesen. Ehring, Kleim, Clark, Foa und Ehlers (2007) wandten eine Auswertung der PDS, unter der Verwendung von DSM-IV-Kriterien, mit den Schwellenwerten von 18 bis 20 an.

Überprüft man die Übereinstimmung der PDS mit der Clinician Administered PTSD Scale (CAPS), zeigt sich die PDS als ein sensitives und spezifisches Screeningverfahren, doch mit einer Tendenz zur leichten Überschätzung der PTBS-Diagnose. Dies wurde durch Griffin, Uhlmansiek und Resick (2004) in einer Studie mit 198 weiblichen Opfern von häuslicher Gewalt herausgefunden. Die Autoren fanden zwar die beste Performanz für die PDS unter der Anwendung von einem Schwellenwert von 17 und den DSM-IV-Kriterien, jedoch überschätzte die PDS die PTBS-Rate (78%-89%) nach verwendetem Schwellenwert im Vergleich zur CAPS (75%). Die höchste Übereinstimmung erreichte das Screening gegenüber der CAPS mit einer Sensitivität von 0,90 und einer Spezifität von 0,59 (Kappa: 0,51) (Griffin et al., 2004).

Ähnliche Ergebnisse beobachtete Saile (2008) in einer Validierungsstichprobe mit 68 Menschen aus einem IDP Camp in Norduganda bezüglich der Übereinstimmung der PDS mit CAPS. Die Autorin fand außerdem eine moderate Übereinstimmung beider Instrumente bei der Anwendung eines Schwellenwerts von 16 unter der Einbeziehung der DSM-IV-Kriterien. Hierbei ergaben sich eine Sensitivität von 0,82 und Spezifität von 0,76 (Kappa: 0,54).

In einer anderen Studie mit 774 psychiatrischen Patienten wurde die Übereinstimmung der PDS mit der SCIDI überprüft. Sheeran und Zimmerman (2002) fanden hierbei die beste Stimmigkeit beider Instrumente unter der Verwendung eines Schwellenwerts von 27, wobei ein kleiner Kappawert von 0,37 erreicht wurde. In ihrer Studie entsprach die Sensitivität 0,66 und die Spezifität 0,91. Die Autoren schlagen die Einsetzung höherer Schwellenwerte vor, wenn das Ziel der Untersuchung ist, die

Personen mit einer PTBS besser zu identifizieren. Des Weiteren weisen sie darauf hin, dass die Verwendung von DSM-IV-Kriterien nicht unbedingt eine Maßnahme zur Verbesserung der Performanz der PDS sei.

In zwei Studien mit afrikanischen Populationen wurde die Validität der PDS anhand des CIDIs (Composite International Diagnostic Interview) nachgeprüft. Ein Kappawert von $k=0,74$ wurde erzielt zwischen der PDS und der Diagnose durch Experten in einer Stichprobe von 98 ruandischen und somalischen Flüchtlingen. Die Sensitivität entsprach 0,86 und die Spezifität 0,88 (Ertl, 2005). In einer aus 65 ehemaligen somalischen Kämpfern bestehende Validierungsstichprobe fanden Odenwald et al. (2007) eine gute Übereinstimmung zwischen PDS und CIDI ($k=0,69$) mit der Anwendung eines Schwellenwerts von 25. Die Sensitivität und Spezifität betragen jeweils 0,90. In ihrer Studie wies die PDS ebenfalls eine gute konvergente Validität auf, so dass die unter PTBS leidenden Kämpfer mehr depressive und psychotische Symptome sowie Ängstlichkeit zeigten. Ebenso ergab sich eine gute konvergente Validität der PDS in einer Studie von Norris und Aroian (2007) mit 453 in Detroit lebenden arabischen Flüchtlingsfrauen. Mit der arabischen Version der PDS zeigten die Frauen, die sich im Flüchtlingslager im Irak befanden und verschiedene Gewalterfahrungen durchlebt hatten, mehr traumatische und depressive Symptomatik sowie mehr Funktionsbeeinträchtigung, als die nicht geflüchteten Frauen (Norris & Aroian, 2007).

Ein wichtiger Faktor der Validität des PTBS-Konzepts ist die Erhebung der Funktionsbeeinträchtigung, die eine Person aufgrund der posttraumatischen Symptomatik erfährt. Die Funktionalität eines Menschen variiert sehr stark nach Kultur und Art der Populationen, sogar innerhalb eines einzigen Landes, wo die Unterschiede zwischen sozialen Gruppen größer sein können als zwischen Ländern. Zur Erhebung von psychischen Störungen im Allgemeinen wird ein kulturspezifischer Umgang für die Einschätzung von Funktionsbeeinträchtigungen notwendig; deshalb müssen für jeden Kontext valide Instrumente entwickelt werden. Um die kulturspezifischen Funktionen eines Kontextes zu erheben, schlägt Bolton und Tang (2002) das Function Free Listing vor. Dies ist eine kurze und einfache ethnographische Methode mit dem Ziel, schnell und effektiv kultursensible Informationen zu erhalten

Erfassung von Traumafolgestörungen in indigenen Gemeinschaften Ayacuchos - Peru und die Inhaltsvalidität der Instrumente zu erhöhen. In dieser Methode werden geschlossene Fragen, bezeichnende Kommentare oder beeinflussende Reaktionen vermieden, und stattdessen werden Interviewtechniken verwendet wie offene Fragen, „non-leading probes“, sowie detaillierte und verbatim Antwortaufzeichnungen (Bolton & Tang, 2004). Aus diesen durch die Free Listing erzielten Informationen wurden neue Funktionsfragebögen entwickelt. Durch diesen Vorgang entwickelte Instrumente zeigten in Uganda und Ruanda eine hohe interne Reliabilität mit einem Cronbach's Alpha von höher als 0,8 (Bolton & Tang, 2002).

FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Validierung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) zur Erfassung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in den andinen, Quechua sprechenden Gemeinden Ayacuchos, Peru. Die Validierung der PDS wurde mit Hilfe des Experteninterviews CAPS (Clinician Administered PTSD Scale) durchgeführt. Zusätzlich wurden die adaptierte Ereignisliste und Funktionsliste der PDS überprüft.

Für die Validierung wurden drei Teile der PDS analysiert. Dem ersten Teil entspricht die Ereignisliste, die zur Erhebung des A-Kriteriums angewendet wurde. Der zweite Teil bezieht sich auf den Hauptteil der PDS, der die traumatische Symptomatik durch die B, C und D Kriterien erfasst. Der dritte Teil besteht aus dem F-Kriterium, das die Funktionsbeeinträchtigung erhebt.

Wichtig für eine Ereignisliste ist, dass ihr Inhalt an die entsprechende Population angepasst ist. Aus diesem Grund wurde eine Itemanalyse und Reliabilitätsüberprüfung der Ereignisliste durchgeführt: Es wird erwartet, dass die neu zusammengestellte Ereignisliste eine hohe interne Konsistenz aufweist und ihre Items in der Lage sind, alle traumatischen Erfahrungen der Befragten zu erfassen, die zu der Entwicklung einer PTBS führen.

In Bezug auf die Validierung des Hauptteils der PDS wurden Analysen zur Reliabilität und Validität durchgeführt. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Reliabilität der PDS anhand der inneren Konsistenz und Interkorrelationsanalysen überprüft. Da in früheren Studien die PDS sehr gute Werte in der inneren Konsistenz und Interkorrelation erreichen konnte (Foa et al., 1997), wird hier erwartet, dass sich die PDS als ein reliables Messinstrument erweist.

Analisiert wird einmal die konvergente und weiterhin die konkurrente Validität der PDS. Als Außenkriterium wurde die CAPS, die das Goldstandard-Instrument in der Diagnostik von Traumafolgestörung und PTBS darstellt, für die Feststellung der konvergenten Validität der PDS verwendet. Bisher konnte eine gute konvergente Validität zwischen PDS und CAPS festgelegt werden (Griffin et al., 2005; Saile, 2008). In der vorliegenden Studie wird erwartet, dass die PDS in einer Gegenüberstellung mit der CAPS hohe Werte für Sensitivität und Spezifität erreicht. Weiterhin wird erwartet,

dass hohe Übereinstimmungen bezüglich der Diagnose einer PTBS, sowie der Werte von Subskalen und Einzelsymptomen erreicht werden.

Andere Studien mit Opfern von politischer Gewalt zeigen, dass die PDS ein konkurrent valides Messinstrument ist (Odenwald, 2007; Norris, 2007). Es wird davon ausgegangen, dass sich die PDS in dieser Studie als konkurrent valide erweist und somit unter PTBS leidende Befragte stärkere depressive Symptomatik und Alkoholprobleme aufweisen als Personen die nicht unter PTBS leiden.

Betreffend den dritten Teil der PDS, der Erhebung der Funktionsbeeinträchtigung, ist es wichtig, dass die Funktionen an die entsprechende Population angepasst werden. Bolton und Tang (2002) fanden hohe Reliabilitätswerte für ihre adaptierten Funktionslisten. Deshalb wird hier erwartet, dass die neu entwickelte Funktionssubskala für die PDS sich als konsistent erweist und deren Funktionsitems hohe Korrelationen miteinander und mit dem Gesamtwert der Funktionssubskala, sowohl für Frauen als auch für Männer erreichen. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass Personen mit einer PTBS- Diagnose stärker unter Funktionsbeeinträchtigungen leiden als Personen ohne PTBS.

Hypothesen im Überblick

Zur Validierung der Ereignisliste.

Hypothese 1: Die neu erstellte Ereignisliste ist intern konsistent und ihre Ereignisitems erfassen die potentiell traumatischen Ereignisse, die in der gesamten Stichprobe zu einer PTBS führen können.

Zur Validierung des Hauptteils von PDS.

Hypothese 2: Die PDS ist intern konsistent und weist positive signifikante Korrelationen zwischen dem Gesamtwert, den Subskalen und den einzelnen Symptomen auf.

Hypothese 3: Die PDS ist hoch sensitiv und hoch spezifisch. Es besteht eine hohe Übereinstimmung zwischen dem Screeningverfahren PDS und dem Experteninterview CAPS bezüglich der Diagnose einer PTBS, sowie der Werte von Subskalen und Einzelsymptomen.

Hypothese 4: Die unter PTBS leidenden Personen weisen mehr depressive Symptomatik und mehr Alkoholprobleme auf als die Menschen ohne PTBS.

Zur Validierung der Funktionsliste.

Hypothese 5: Die neu entwickelte Funktionssubskala für die PDS ist konsistent und deren Funktionsitems erreichen hohe Korrelationen miteinander und mit dem Gesamtwert der Funktionssubskala, sowohl für Frauen als auch für Männer.

Hypothese 6: Personen mit einer PTBS-Diagnose zeigen eine signifikant höhere Funktionsbeeinträchtigung als Personen ohne PTBS-Diagnose.

METHODE

Die Datenerhebung erfolgte in zwei Phasen. Die erste Phase bestand aus einer qualitativen und ethnographischen Methodik, in der mit einer selektiven Stichprobe strukturierte Interviews und mit einer aus Schlüsselpersonen bestehende Stichprobe semi-strukturierte Interviews durchgeführt wurden. Die zweite Phase beinhaltete eine epidemiologische Studie mit quantitativen Screeninginstrumenten zur Erfassung von spezifischen psychologischen Krankheiten.

Ort der Untersuchung

Im Februar und März 2008 fand die Datenerhebung in den beiden auf 3800 Meter liegenden Gemeinden Chuschi und Quispillaccta in der Region Ayacucho in den peruanischen Anden statt. Die Dörfer liegen direkt nebeneinander und sind nur getrennt durch einen Bach. Das Dorf Chuschi mit seinen 8917 Einwohnern (Wikipedia, 2009) ist das Hauptdorf des gleichnamigen Distriktes Chuschi, eines der sechs Distrikte der Provinz Cangallo. Im Gegensatz zu Quispillaccta findet man in Chuschi eine Polizeistation, ein Hotel, einen Busbahnhof (Bushaltestelle), Internetcafés und kleine Restaurants. Auch das Dorf Quispillaccta mit über 1250 Einwohnern trägt den Namen seines Distriktes Quispillaccta und gehört zu den wenigen Dörfern in der Region, die wieder das traditionelle Rechtssystem der moralischen Autoritäten, den sogenannten Varajoccs, zusätzlich zum staatlichen System eingeführt haben. Die Varajoccs werden für eine Amtsperiode von einem Jahr gewählt und treffen sich täglich, um Verpflichtungen und Probleme in der Gemeinde zu diskutieren.

Kooperationspartner

Dank der Hilfe der nationalen christlichen Nicht-Regierungsorganisation „Paz y Esperanza“ (Friede und Hoffnung) wurde der Kontakt zur Population aufgebaut und diese Studie realisiert. Paz y Esperanza in Ayacucho unterstützt und begleitet seit vielen Jahren die Trauernden, vom Konflikt betroffenen Familien und gibt ihnen eine Stimme in der Öffentlichkeit in Peru. Auch setzte sich die Organisation sehr für die Realisierung der Arbeit der Wahrheitsfindungskommission ein (2001 bis 2003). Auf nationaler Ebene propagiert Paz y Esperanza Demokratie, Integration der indigenen Bevölkerung, soziale Gerechtigkeit, die Verfechtung der Menschenrechte und Umweltschutz (Asociación Paz y Esperanza).

In den Gemeinden Chuschi und Quispillaccta arbeitet Paz y Esperanza seit fünf Jahren mit betroffenen Frauen und verhalf ihnen, eine Selbsthilfegruppe für Witwen zu gründen, die häufig Opfer von Diskriminierung, Marginalisierung und sexuellen Missbrauch sind. Die Arbeit der Organisation wird von den Einwohnern sehr anerkannt und sie vertrauen ihren Mitarbeitern.

Qualitative Methode

Stichprobe

Die selektive Stichprobe bestand aus 31 Indigenen Menschen der Dörfer Chuschi und Quispillaccta, die entweder ihr ganzes Leben dort gelebt hatten (87%) oder von umliegenden Dörfern (13%) kamen. Ein Interview wurde ausgeschlossen, da die Person aus Lima stammte. Der Präsident von ANFADAVP¹, Bonifazio Nuñez, wählte die Teilnehmer in Bezug auf die Kenntnis und Vertrauen der Mitarbeiter von Paz y Esperanza. Die 16 Frauen und 15 Männer waren zwischen 18 und 76 Jahre alt, mit einem Durchschnittsalter von 42,2 Jahren. Die Mehrheit der Interviewten waren verheiratet (74%), vier Teilnehmer verwitwet, drei Singles (10%) und eine geschieden (3%).

Tabelle 1. *Demographische Daten der Stichprobe (qualitative Untersuchung)*

Demographische Daten	Gesamt		Männer		Frauen	
	F	%	f	%	f	%
Geschlecht						
Männer	15	48,39		48,38	-	
Frauen	16	51,61	-		51,61	
Alter						
18 – 28 Jahre	7	22,58	2	13	5	31
29 – 39 Jahre	7	22,58	3	20	4	25
40 – 50 Jahre	8	25,81	6	40	2	13
Über 51	9	29,03	4	27	5	31
Zivilstand						
verheiratet/zusammenlebend	22	70,97	11	73	11	69
allein stehend	3	9,68	2	13	1	6
geschieden/getrennt	1	3,23	1	7	-	-
verwitwet	5	16,13	1	7	4	25
Interviewsprache						
Quechua	15	48,39	2	13	13	82
Spanish	12	38,71	10	67	2	12
Missing data	4	12,90	3	20	1	6

¹ (Asociación de Familiares Desaparecidos y Asesinados, Víctimas de la Violencia Política). Assoziation für Familien mit verschwundenen und ermordeten Familienmitgliedern, Opfern von politischer Gewalt, in Chuschi und Quispillaccta.

Instrumente

Die ethnographischen Interviewsets beinhalteten zwei strukturierte Free Listings; die erste beschäftigte sich mit den Problemen in der Gemeinde (Problem Free Listing nach Bolton und Tang, 2002) und die zweite mit der täglichen Funktionalität einer Person (Function Free Listing nach Bolton und Tang, 2002). Die Erhebungsmethode und Analyse der Problem Free Listing sind in der Masterarbeit von Gatz (2008) zu lesen.

Function Free Listing

Die Teilnehmer wurden getrennt nach Geschlecht gebeten, die wichtigen Aufgaben aufzulisten, die ein Mann beziehungsweise eine Frau alltäglich erfüllen muss, um a) für sich selbst, b) für ihre Familie und c) für ihre Gemeinde zu sorgen. Die Befragten sollten nach der Nennung von den verschiedenen Aufgaben jede genannte Funktion kurz detailliert beschreiben und nach der kurzen Beschreibung kehrte der Interviewer zu der ersten genannten Aufgabe zurück, um die Frage zu stellen, ob der Befragte im Vergleich zu den anderen Personen der Gemeinden Schwierigkeiten hätte, diese Aufgabe zu erfüllen. Bei einer Bejahung der Frage sollte der Befragte mit Hilfe eines Bildes, das den Schweregrad bildhaft darstellte, angeben, wie schwer es für die Person momentan wäre, diese Aufgabe zu erfüllen. Als letztes wurde gefragt, woher diese Schwierigkeit komme und bei Beantwortung von einem externen Grund, wie beispielsweise "Mangel an finanziellen Ressourcen", sollten der Interviewer zur Abklärung fragen, ob das Problem auch ohne diesen Grund immer noch bestünde und wenn ja, welcher andere Grund für das Problem verantwortlich wäre. Nach der Nennung aller Funktionen sollten die Befragten eine Person angeben, an welche sie sich bei Präsenz/Vorhandensein eines Problems wenden. Jedes genannte Problem wurde den Kategorien Kognition, Emotion und Physiologie zugeordnet. Zur Analyse der Information wurden zwei Techniken angewendet. Bei der ersten wurden verschiedene Problemnennungen innerhalb einer Antwort gespalten und getrennt aufgenommen, um mehrere Aufgaben identifizieren zu können. Bei der zweiten wurden mehrfach genannte Aufgaben mit gleicher Bedeutung zu einer einzigen Funktion zusammengefügt. Daraufhin wurden jeder Aufgabe einer allgemeinen Kategorie zugeordnet und nach Häufigkeit aufgelistet. Die erste Kategorie auf der jeweiligen Liste stellt die am häufigsten genannte Aufgabe dar.

Durchführung

Schulung

Als Interviewer wurden neun Quechua sprechende Studenten der Fächer Anthropologie, Geschichte und Sozialarbeit der Universität von Ayacucho (Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga (UNSC)) an einem Wochendende (zwei Tage) in folgenden Bereichen trainiert: Ziel und Inhalt der Studie, qualitative Interviewtechniken, Training der gelernten Techniken mit praktischen Teamübungen und Durchführung der Interviews.

Interviewsituation

Um die Interviews durchzuführen wurden Pärchen gebildet mit einer Person, die das Interview führte und einer anderen, welche die Situation kontrollieren sollte. Jedes Team erhielt Informationsmaterial, das sich aus folgenden fünf Bestandteilen zusammensetzte: Einleitung der Studie, Kurzanweisung über angebrachtes Verhalten den Interviewten gegenüber, mögliche Fragen des Interviewten und entsprechende Antworten, Beschreibung der Datenkodierung, und Erklärungen zum Fragebogen und Aufzeichnungsformat (teilweise übernommen von Pedersen, 2001). Die Interviews fanden entweder bei dem Teilnehmer zu Hause oder an einem ruhigen und abgelegenen Ort statt. Der Interviewer stellte sich im Namen von Paz y Esperanza vor, erfragte soziodemographische Daten und holte eine mündliche Einverständniserklärung ein. Vor einer Unterschriftnahme wurde abgeraten, weil die Bewohner der Ansicht sein könnten, eine Unterschrift auf einem Dokument könne das eigene Leben in Gefahr bringen.

Quantitative Methode

Stichprobe

Tabelle 2. Demographische Daten der Stichprobe (quantitative Untersuchung)

Demografische Daten	Gesamt		Männer		Frauen	
	f	%	f	%	f	%
Geschlecht	95	100				
männlich			46	48,40%	-	-
weiblich			-	-	49	51,60%
Alter	95	100	46	100	49	100
0 - 30 Jahre	20	21,10%	10	21,70%	10	20,40%
31 - 38 Jahre	24	25,30%	13	28,30%	11	22,40%
39 - 45 Jahre	15	15,80%	8	17,40%	7	14,30%
46 - 62 Jahre	20	21,10%	6	13,00%	14	28,60%
63 Jahre und älter	16	16,80%	9	19,60%	7	14,30%
Gemeinschaft/Dorf	95	100	46	100	49	100
Chuschi	54	56,80%	26	56,50%	28	57,10%
Quispillaccta	37	38,90%	18	39,10%	19	38,80%
Andere	4	4,20%	2	4,30%	2	4,10%
Zivilstand	95	100	46	100	49	100
verheiratet/zusammenlebend	79	83,20%	42	91,30%	37	75,50%
allein stehend	6	6,30%	2	4,30%	4	8,20%
verwitwet	7	7,40%	1	2,20%	6	12,20%
geschieden/getrennt	3	3,20%	1	2,20%	2	4,10%
Interviewsprache	94	100	45	100	49	100
Spanisch	16	17,00%	10	22,20%	6	12,20%
Quechua	56	59,60%	18	40,00%	38	77,60%
Beides	22	23,40%	17	37,70%	5	10,20%
Bildungsstand	95	100	46	100	49	100
keine	24	25,30%	5	10,90%	19	38,80%
Grundschule abgebrochen	21	22,10%	7	15,20%	14	28,60%
Grundschule	21	22,10%	15	32,60%	6	12,20%
Segundaria abgebrochen	10	10,50%	5	10,90%	5	10,20%
Segundaria	15	15,80%	11	23,90%	4	8,20%
Höher	4	4,20%	3	6,50%	1	2,00%
Alphabetisierung						
Kann Lesen	61	64,20%	38	82,60%	23	46,90%
Kann nicht Lesen	34	35,80%	8	17,40%	26	53,10%
Kann Schreiben	59	62,10%	38	82,60%	21	42,90%
Kann nicht Schreiben	36	37,90%	8	17,40%	28	57,10%
Religion	95	100	46	100	49	100
katholisch	54	56,80%	28	60,90%	26	53,10%
evangelisch (versch. Gruppen)	35	36,80%	16	34,80%	19	38,80%
Zeugen Jehovas	4	4,20%	1	2,20%	3	6,10%
Andere	1	1,10%	1	2,20%	-	-
Atheist	1	1,10%	-	-	1	2,00%
Beruf	78	100	39	100	39	100
Bauer/ Bäuerinnen (Hausfrauen)	55	70,50%	27	69,20%	28	71,80%
Arbeitslose / Rentner	7	12,70%	4	10,30%	3	7,70%
Lehrer	5	7,10%	3	7,70%	2	5,10%
Handwerker/ Handarbeiterinnen	5	6,40%	3	7,70%	2	5,10%
Händlerinnen	4	5,10%	-	-	4	10,30%
Landwirtschaftsberater	2	2,60%	2	5,10%	-	-

101 Personen nahmen an der quantitativen Untersuchung teil; von denen 6 aus Validitätsgründen ausgeschlossen wurden. Die Daten von 49 Frauen und 46 Männern, insgesamt 95 Personen, zwischen 18 und 79 Jahren ($M=44,3$; $SD=16,4$) wurden analysiert. Mehr als die Hälfte lebte dauerhaft in Chuschi (56,8%), über ein Drittel in Quispillaccta (39,9%) und 4,20% lebten außerhalb der Dörfer in den Bergen oder kamen aus anderen nahe gelegenen Dörfern. 83,2% waren verheiratet, 7% waren jeweils verwitwet oder ledig, und 3,2% waren geschieden.

Von allen Befragten konnten 35,8% nicht lesen und 37,9% nicht schreiben. Nur 23 Frauen (46%) konnten lesen und 21 (57,1%) schreiben, während jeweils 38 der Männer (jeweils 82,6%) lesen und schreiben konnten. Die meisten der Befragten (59,6%) wurden auf Quechua interviewt. 17% antworteten auf Spanisch und 23,4% auf beiden Sprache. Die Frauen sprachen doppelt so häufig in Quechua (77,6%) als die Männer (40%). Fast zwei Drittel der Befragten (70,5%) lebten von ihrer Arbeit auf Haus und Feld und 12,7% waren arbeitslos. Tabelle 2 stellt die demographischen Daten der Stichprobe dar.

Instrumente

In der vorliegenden Untersuchung wurden alle Fragebögen als Interview durchgeführt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die eingesetzten Fragebögen.

Tabelle 3. Eingesetzte Instrumente.

Störung	Fragebögen
Demographische Daten	Adaptiert: Cuestionario General de Salud (CGS-12)
Traumatische Erfahrung	Adaptiert: Grado de Exposición a la Violencia (GEV) ²
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	- Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) - Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)
Kulturspezifische Traumaassoziierte Symptome	TASSAP
Funktionsbeeinträchtigung	Adaptiert: Funktionsliste
Depression	Hopkins Symptoms Check List – 25 (Depression)
Alkoholkonsum	Adaptiert: Lübecker Alkoholismus Screening Test (LAST)
Häusliche Gewalt	Eigenes Screening

² Der CGS-12 wurde im Jahr 2001 für die Befragung der Bevölkerung der ländlichen Region in Ayacucho in zwei Sprachen (Spanisch und Quechua) erstellt und bis 2003 in einer Studie angewandt.

Demographische Daten

Der Cuestionario General de Salud (CGS-12) von Pedersen et al. (2001, 2008) wurde genutzt um die demographischen Daten in der Bevölkerung beider Dörfer zu erfragen. Dieser Fragebogen fragt nach Name, Alter, Geschlecht, Wohnort und vergangenen Ortswechsel, Familienstand, Bildungsgrad, Alphabetisierungsgrad, beruflicher Tätigkeit und Religion. Vier Fragen zu Erfassung des ökonomischen Status wurden hinzugefügt (siehe Anhang).

Die Ereignisliste

Von der ursprünglich nach 12 potentiell traumatischen Ereignissen abfragenden Checklist der PDS wurden 4 originale Fragen genutzt und durch 13 Ereignisse aus der Grado de Exposición a la Violencia (GEV) von Pedersen et al. (2008)³ ergänzt. Zusätzlich wurde die Ereignisliste mit drei Ereignissen zu häuslicher Gewalt (Frage 5, 6 und 7) ergänzt. Insgesamt enthielt die Ereignisliste 21 Fragen einschließlich einer „anderen“ Kategorie. Bei der Befragung wurde differenziert, ob die Erlebnisse persönlich oder als Zeuge erlebt wurden, beides wurde aber in der Auswertung als „vorhanden“ gewertet. Zudem wurde nach der Beschreibung (Art, Ort, Zeit) des als am belastendsten erlebten Ereignisses gefragt. Danach folgten 6 Fragen zur Belastung durch den Stressor, 4 davon nach objektiver Traumatisierung (Art des Stressors) und 2 nach subjektiver Traumatisierung (emotionale Reaktion auf den Stressor), um zu bestimmen, ob das Ereignis tatsächlich dem Kriterium einer Traumatisierung entspricht.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Zur Erfassung einer PTBS bei der erwachsenen Bevölkerung wurde die PDS von Foa (1995) eingesetzt. Die PDS ist ein 49 Fragen umfassendes Screeningverfahren, das durch schnelle Anwendung eine unkomplizierte Feststellung des Vorliegens und der Schwere einer PTBS ermöglicht. Der Grad einer Traumatisierung und eine PTBS Störung kann durch die PDS quantitativ erfasst werden. Die PDS ist eng an die DSMIV Kriterien für eine PTBS angelehnt. Im ersten Teilt fragt die PDS nach traumatischen

³ GEV ist eine Ereignisliste von stark belastenden Ereignissen, die speziell für die ayacuchanische Bevölkerung erstellt wurde. In Fokusgruppen wurde nach den Ereignissen gesucht, welche die Bevölkerung am stärksten belasten. Die Fragen beziehen sich alle auf typische Geschehnisse des Bürgerkrieges.

Lebensereignissen in allen Zeiten (A-Kriterium) und folgend nach dem subjektiven Erleben von externer Angst und Hilflosigkeit. Im Hauptteil enthält die PDS Items, die nach PTBS-Symptomatik fragen. Die ersten fünf erfragen Symptome des Wiedererlebens (B-Kriterium), die folgenden sieben Items Symptome der aktiven und passiven Vermeidung (C-Kriterium) die letzten fünf Items Symptome der Übererregung (Symptomcluster D) und zusätzlich Items zu Dauern der Symptomatik (E-Kriterium). In Bezug auf eine gegenwärtige PTBS werden nur Symptome gewertet, die innerhalb des letzten Monats aufgetreten sind. Dem folgt die Erfassung der Zeitspanne zwischen dem traumatischen Ereignis und dem ersten Auftreten der Symptome sowie der Symptombdauer (Kriterium E). Dies ermöglicht eine Klassifikation in akute oder chronische PTBS sowie die Unterteilung in PTBS mit bzw. ohne verzögerten Beginn. Der letzte Teil der PDS enthält die Funktionsskala, die die Beeinträchtigung des allgemeinen Funktionsniveaus anhand von acht Items erfasst, die sich auf Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen und in der allgemeinen Lebenszufriedenheit beziehen. In der vorliegenden Untersuchung wurde die ursprüngliche Funktionsskala modifiziert (siehe näher unter dem Abschnitt von Funktionsbeeinträchtigung). Der Schweregrad wird mit einer Skala aus vier Punkten (von 0=„nie“ bis 3=öfter pro Woche/fast immer) eingeschätzt. Die PDS Validität und Reliabilität der PDS sind im theoretischen Abschnitt zu entnehmen.

Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)

Die Clinical Administered PTSD Scale (CAPS) ist ein strukturiertes Interview für eine valide und reliable Erfassung der posttraumatischen Belastungsstörung durch erfahrene Kliniker oder adäquat trainierte Paraprofessionelle. Die CAPS enthält alle diagnostischen Kriterien für eine PTBS gemäß DSM-IV. Wie die PDS fragt die CAPS nach potentiell traumatischen Ereignissen (17 Ereignisse), welche anschließend auf ihre Beschaffenheit überprüft werden. War das Ereignis für die Person oder eine andere Person lebensbedrohend oder war die körperliche Unversehrtheit gefährdet, hatte die Person subjektiv extreme Angst oder Hilflosigkeitsgefühle, so ist eine Traumatisierung gegeben (Kriterium A). Der zweite Teil der CAPS erfasst anhand von 17 Items die im DSM-IV formulierten Kern- und assoziierten Symptome der PTBS (Kriterium B bis D), wobei die Skala sowohl die Frequenz als auch die Intensität jedes Symptoms durch

standardisierte prompte Fragen und explizite verhaltensverankerte Bewertungsskalen erfasst. Die CAPS beinhaltet sowohl kontinuierliche als auch dichotome Punktsysteme zur Erfassung momentaner aber auch lebenszeitlich auftretender PTSD- Symptome. Die Frequenz und Intensität jedes Symptoms werden auf separaten Fünf-Punkt-Skalen (0-4) kodiert, wobei die Präsenz des Symptoms für die letzte Woche, den letzten Monat oder die Lebenszeit bewertet wird.

Im Anschluss wird nach der Dauern der Symptomatik (Kriterium E) gefragt und mit dem darauf folgenden drei Items wird das Funktionsniveau in Bezug auf subjektives Leiden und Beeinträchtigung des Funktionsbereichs und der Arbeit(Kriterium F) abgeschätzt. Zusätzlich zu den DSM-IV-Kriterien enthält die CAPS eine globale Einschätzung der Validität der Antworten, der Symptomschwere insgesamt und der Besserung nach der letzten Einschätzung. Im letzten Teil der CAPS werden anhand von sechs Items assoziierte Symptome wie Schuld, Scham und dissoziative Symptome (Reduktion des Bewusstseins, Derealisation und Depersonalisation) erfasst. In der vorliegenden Untersuchung wurden mindestens eine Frequenz von eins und eine Intensität von zwei vorausgesetzt, um ein Symptom als erfüllt auszurechnen. Eine PTBS-Diagnose wird gemäß der DSM-IV Kriterien erstellt: mindestens ein Symptom des Wiedererlebens, drei Symptome der aktiven oder passiven Vermeidung, zwei Symptome der Übererregung, sowie subjektives Leiden und oder eine Beeinträchtigung im allgemeinen Funktionsniveau und eine Mindestdauer der Symptome von einem Monat. Die interne Reliabilität der CAPS wurde in vielen Studien überprüft und sie lag beständig über 0,90; sowie auch ihre Test-Retest-Reliabilität (0,90). Mit Alphawerten im Bereich von 0,80 bis 0,90 erreicht die CAPS eine gute interne Konsistenz. Mit Sensitivitätswerten von mehr als 90% und Spezifitätswerten von mehr als 80% bei Kappawerten von größer 0,70 erwies sich die CAPS als ein valides Instrument für die PTBS-Diagnose (Weathers et al., 2001).

Funktionsbeeinträchtigung

Um kulturspezifisch die bestehende Funktionsbeeinträchtigung der Teilnehmer zu untersuchen, wurde eine neue adaptierte Funktionssubskala für die PDS generiert. Aus den durch die Function Free Listing kulturspezifischen erhobenen Aufgaben wurden je nach Geschlecht jeweils 8 neue Fragen formuliert. Des Weiteren wurden von den Originalfragen der PDS-Funktionsskala sowohl die Frage nach allgemeiner

Lebenszufriedenheit für Frauen und Männer als auch die Frage nach sozialen Beziehungen übernommen, da diese nicht in der Function Free Listing genannt wurden. Die elfte Frage nach „einer anderen Aufgabe“ vervollständigte die adaptierte PDS-Funktionssubskala. Alle Fragen beziehen sich auf Probleme bei Bewältigung typischer täglicher Aufgaben in verschiedenen Lebensbereichen infolge der PTBS-Symptomatik. Da beim Function Free Listing die Frauen mehr Funktionen als die Männer nannten und demzufolge die weiblichen Funktionen höher frequentiert waren, wurden in der weiblichen Funktionsskala alle die genannten Aufgaben beigefügt, die eine Frequenz von größer als 3 erzielten. Im Fall der männlichen Funktionsskala wurden die Aufgaben mit einer Frequenz von größer als 2 berücksichtigt, da die Männer weniger Aufgaben nannten. Die Erfassung der Ausprägung von jeder Funktionsbeeinträchtigung folgte der typischen Ausprägung der PDS für die Subskalen B, C und D, nämlich von 0 bis 3, wobei 0 keine Ausprägung und 3 einer höheren Ausprägung entspricht. Mehr über die Erstellung von der neuen Funktionsskala für die PDS ist im Ergebnissteil unter dem Abschnitt von Erfassung des Funktionsniveaus zu lesen.

Nachfolgend werden die Fragen von den kulturspezifisch adaptierten Fragen für die Gesamtstichprobe dargestellt:

Tabelle 4. Gestellte Fragen nach Funktionsbeeinträchtigung in der Funktionssubskala der PDS

Aufgaben Frauen
<i>„Während der letzten Wochen (im letzten Monat), hatten Sie Schwierigkeiten...</i>
...das Haus zu putzen, Wäsche zu waschen und zu kochen?“
...Handarbeit zu machen wie stricken oder spinnen?“
...Tiere zu züchten?“
...auf dem Feld (chacra) zu arbeiten?“
...zu arbeiten, um Geld zu verdienen?“
...sich um Kinder und Enkel zu kümmern?“
...sich adäquat mit der Familie zu unterhalten und zu kommunizieren?“
... gute Beziehungen mit anderen zu haben (Familie und Nachbarn)?“
... sich im Allgemeinen mit dem Leben zufrieden zu fühlen?“
... an kommunale Arbeiten teilnehmen?“
...mit einer anderen Aufgabe, die Sie täglich vollziehen?“

Aufgaben Männer

„Während der letzten Wochen (im letzten Monat), hatten Sie Schwierigkeiten...“

...für die Ernährung, Bildung und Gesundheit von sich selbst und der Familie zu arbeiten?“

...auf dem Feld (chacra) zu arbeiten?“

...Tiere zu züchten?“

...sich adäquat mit der Familie zu unterhalten und zu kommunizieren?“

...an kommunalen Arbeiten teilzunehmen?“

...an Versammlungen teilzunehmen?“

...die Autoritäten zu unterstützen?“

...gute Beziehungen mit anderen zu haben (Familie und Nachbarn)?“

...die Kinder zu erziehen?“

... sich im Allgemeinen mit dem Leben zufrieden zu fühlen?“

...mit einer anderen Aufgabe, die Sie täglich vollziehen?“

Traumaassoziierte Symptome

Um spezifische Manifestationen von Traumareaktionen in der Stichprobe zu untersuchen, wurde aus dem „Lokal Idiom of Distress“ Fragebogen (LID) von Pedersen & Gamarra (2001; 2008), aus den durch die vorherige in der qualitative Phase erhobenen Daten und aus der relevanten Literatur, ein Fragebogen mit 16 Fragen generiert. Diese „Trauma assoziierte Symptom Skala für Ayacucho, Peru“ (TASSAP), beschäftigt sich mit den für die Bevölkerung spezifischen Manifestationen bezüglich posttraumatischer Belastung. Die 16 Fragen der TASSAP wurden in dem Symptomteil der PDS nachfolgend eingefügt. Die Struktur der TASSAP war identisch mit der PDS (4 Punkt Skala von 0 bis 3). Eine detaillierte Darstellung von TASSAP kann in der Masterarbeit von Gatz (2008) gefunden werden.

Major Depression

Mit Hilfe der Kurzform von Hopkins Symptom Checklist zur Erfassung einer majoren Depression (DHSC) (Derogatis et al., 1974) sollte das akute Vorhandensein einer Episode der Majoren Depression unter den Erwachsenen erfasst werden. Die DHSC wurde von Pedersen et al zum ersten Mal in Spanisch und Quechua 2001 in Ayacucho durchgeführt. Die Fragen wurden vom Englischen ins Spanische und Quechua übersetzt und rückübersetzt, sowie deren semantische und inhaltliche Validität überprüft (Pedersen et al. 2008).

Die DHSCCL erfasst die Auftretenshäufigkeit depressiver Symptomatiken innerhalb der letzten Woche auf einer 4-Punkt-Skala (1=„überhaupt nicht“ bis 4=„extrem“). Die Auswertung erfolgt über das Bilden eines Summenscores (Anzahl beantworteter Items), wobei der Wertebereich zwischen eins und vier liegt. Bei Werten über 1.75 kann man von einem klinisch bedeutsamen Leiden der Person ausgehen. Die Sensitivität und Spezifität der DHSCCL ist im Vergleich mit Klinischen Diagnosen sehr hoch mit einer Sensitivität von 93% und einer Spezifität von 76% (Parloff, Kelman, & Frank, 1954 described in Mollica, Wyshak, de Marneffe, Khuon, & Lavelle, 1987).

Alkoholmissbrauch

Zur Einschätzung eines möglichen Alkoholmissbrauches wurde der Lübecker Alkoholismus Screening Test (LAST) von Rumpf, H.-J., Hapke, U., und John, U. (1997) verwendet. Dieser Test ist ein kurzes, sensitives und einfach auszuwertendes Screeningverfahren, für dessen Anwendung kein Fachwissen benötigt wird. Die 7 (ja/nein) Fragen zum allgemeinen Konsumverhalten und manifester Folgeprobleme sind international anerkannten Instrumente (CAGE und MAST) entliehen und an die Kriterien des ICD10 angelehnt (Mörsen & Grüsser, 2007). Der LAST wurde für die Anwendung in der medizinischen Versorgung entwickelt. Bei einem Schwellenwert von 2 Punkten, fanden Rumpf et al., (2001) in einer selektiven Stichprobe (Arztpraxen- und Krankenhauspatienten) eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) zwischen 0.69 und 0.81. Die Sensitivität lag zwischen 0.63 und 0.87 und die Spezifität zwischen 0.88 und 0.93. Zur Steigerung der Sensitivität empfehlen die Autoren bei Untersuchungen in der Allgemeinpopulation, das Herabsetzens des Schwellenwertes auf einen Punkt (Rumpf et al., 2002). Um den Test an die Bevölkerung anzupassen, wurden zwei der Fragen mit der langen Version des LAST-25 ersetzt (siehe Anhang). In der Auswertung ergibt jede positiv beantwortete Frage einen Punkt. Den Autoren Rumpf et al. (2002) folgend, wurde in dieser Untersuchung ein Schwellenwert von einem Punkt verwendet.

Häusliche Gewalt

Der selbst generierte Fragebogen zur Erhebung von häuslicher Gewalt sollte in der Lage sein, einen groben Einblick in drei Arten von häuslicher Gewalt zu geben. Die Fragen bezogen sich auf drei Bereiche der häuslichen Gewalt: sexuelle Gewalt, psychische Gewalt und physische Gewalt. Die Fragen wurden auf die Familie der Person

bezogen und somit allgemein gehalten. Damit sollte erreicht werden, dass möglichst jede Person ohne Täter- oder Opferprofil antwortet. Beantwortete eine Person auf das Vorkommen einer der drei Gewaltformen in der Familie bejahend, wurde genauer nachgefragt, wer in der Familie gegen wen Gewalt anwendet (Eltern gegen Kinder, Eltern untereinander, Kinder gegen Eltern) und ob dies häufig vorkomme.

Durchführung

Schulung und Adaption der Instrumente

Die in der qualitativen Phase teilnehmenden Studenten wurden erneut drei Tage lang mit allgemeinen Informationen über psychische Störungen trainiert. Der Schwerpunkt lag besonders auf den Krankheitsbildern von: Posttraumatische Belastungsstörung, Angststörungen, Depression und Alkoholmissbrauch. Es wurde eine schriftliche Einführung an die Studenten verteilt und eine generelle Instruktion ausgehändigt und durchgesprochen. Dazu wurden auch die Instrumente vorgestellt und Interviewsituationen geübt. Alle Instrumente wurden ins Quechua übersetzt und rückübersetzt ins Spanische. Um zu versichern, dass die PDS verstanden werden würde, wurde sie mit einer Fokusgruppe von Einheimischen durchgesprochen und adaptiert.

Interviewsituation

Im Allgemeinen dauerte das Interview eine dreiviertel Stunde. Der Teilnehmer konnte die Sprache auswählen, in der das Interview stattfand. Der Interviewer begann mit der ausführlichen Abfrage der demographischen Daten und führte dann die Ereignisliste durch. Wenn die Person kein potentiell traumatisches Ereignis angab, oder aber das angegebene Ereignis weder objektiv noch subjektiv traumatisch war, brach der Untersucher die PDS ab und fuhr mit dem nächsten, dem Fragebogen für Depression fort. Gab die teilnehmende Person ein traumatisches Ereignis an, wurde der Fragebogen zur Erfassung von PTBS zu Ende durchgeführt. Sollten aus den Angaben der Befragte nicht deutlich hervorgehen, ob sie ein Ereignis traumatisch war, wurde der Untersucher instruiert, mindestens die ersten 5 Symptome (B-Kriterium: Wiedererleben) auf das erlebte Ereignis abzufragen. Sollte hier eine Frage positiv beantwortet werden, wurde der Fragebogen zu Ende durchgeführt.

Der nächste Fragebogen war der DHSCL zur Erfassung einer Major Depression. Danach wurde ein Fragebogen zu Alkoholmissbrauch und am Ende ein Fragebogen zu häuslicher Gewalt abgefragt. Nach der Datenerhebung bekam jeder Teilnehmer eine Visitenkarte mit Adresse und Telefonnummer von „Paz y Esperanza“ und ihnen wurde erklärt, dass sie sich vertrauensvoll an die Psychologen der Organisation wenden könnten, falls es ihnen nach der Untersuchung, aber auch sonst nicht gut gehen sollte. Außerdem wurde ihnen mitgeteilt, dass bald schon eine Psychologin in das Dorf kommen würde, an die sie sich richten könnten. Besonders schwer betroffene Teilnehmer, die schon während oder nach der Untersuchung den Anschein erweckten, dass sie Hilfe benötigen, wurden innerhalb der folgenden 4 Tage noch einmal zu Hause aufgesucht und wieder daran erinnert, dass eine Psychologin kommen und mit ihnen ein Gespräch und Therapie führen würde. 16 Teilnehmer baten im Laufe der Untersuchung um psychologische Hilfe, die ihnen innerhalb der nächsten 3 Monate auch zuteil wurde. Jeder dieser Personen erhielt mindestens ein Beratungsgespräch und eventuell auch eine Therapie durch eine erfahrene Psychologin.

Datenauswertung

Die erhobenen Daten wurden mithilfe des Statistikprogramms SPSS 15.0 und Excel für Windows (2003) ausgewertet. Die angewendeten statistischen Verfahren sind im Ergebnisteil näher beschrieben.

ERGEBNISSE

Prävalenz der verschiedenen potentiell traumatischen Ereignisse und der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Gesamtstichprobe

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Gemäß der PDS erhielten 17 (17,9%) der 95 Befragten eine PTBS-Diagnose unter der Verwendung der DSM-IV Kriterien und einem Schwellenwert von 25.

PTBS: A Kriterium

Das A-Kriterium bezieht sich auf die Ereignisliste, die nach potentiell traumatischen Ereignissen fragt. Zuerst muss die Person das für sie am belastendste Ereignis definieren, was dann durch das A-Kriterium auf seinen traumatischen Wert hin untersucht wird. Hierfür müssen zwei Subkriterien erfüllt sein: Die „objektive Traumatisierung“ (A1) erfasst die Qualität des Stressors, während das Subkriterium der „subjektive Traumatisierung“ (A2), die emotionale Reaktion der Person auf das Ereignis erfasst.

In diesem Abschnitt werden zuerst die potenziell traumatischen Ereignisse der gesamten Population beschrieben. Dann werden die für die Befragten das am meist belastendste Ereignisse und abschließend alle Ereignisse, die sowohl die objektive als auch subjektive Kriterien für eine PTBS erfüllen, aufgelistet.

Potentiell traumatische Ereignisse

Von 95 befragten Personen waren 93 (97,9%) im Laufe ihres Lebens mit mindestens einem potentiell traumatischen Ereignis konfrontiert worden. 61 der Befragten (64,2%) gaben an, dass sie eine schwere, fast tödliche Krankheit erlitten hatten und 56 (58,9%) flüchteten in die Berge, um sich selbst vor möglichen Angriffen zu schützen. Die Hälfte der Interviewten (53,7%) erlebte den unerwarteten Tod eines Familienmitglieds und 46 (48,4%) berichteten vom Verschwinden einer nahe stehenden Person. 42 (44,7%) der Befragten wurden physisch misshandelt und die gleiche Anzahl von Personen erlebte einen Brand, Raub und Zerstörung des Hauses, Viehs oder der Ernte (44,2%). Die umfassende Liste der von den Befragten erlebten Ereignisse stellt die Tabelle 5 dar.

Das letzte aufgelistete Item fragte die noch nicht genannten Ereignisse ab, die eine Person während ihres Lebens schwer getroffen hatten. Unter dieser Kategorie wurden einzelne verschiedene Ereignisse genannt; für die Analyse wurden dennoch nur die Ereignisse genommen, die zumindest zwei Mal von der Gesamtstichprobe angegeben wurden. In diesem Fall berichteten 5 (5,3%) Personen, Leichen und Blut gesehen und 2 (2,1%) einen Unfall miterlebt zu haben.

Belastendste Ereignisse

Nach der Befragung nach dem am belastendsten Ereignis antworteten 12 (12,6%) der Interviewten, dass der unerwartete Tod von Mitgliedern der Familie oder nahe stehenden Personen das Ereignis war, das sie am meisten belastete. Das Verschwinden von nahe stehenden Personen wurde in der Liste der belastendsten Ereignisse mit 8 Mal (8,4%) am zweithäufigsten genannt, gefolgt von dem Ereignis, schwer krank gewesen zu sein mit 7 (7,4%). 6 (6,3%) der befragten Personen gaben an, dass das Erleben von Brand, Mord und Raub des eigenen Hauses, Viehs oder Eigentum am stärksten belastend für sie gewesen sei. Jeweils 5 Befragte (jeweils 5,3%) fanden entweder Folter oder den gewaltsamen Tod eines Familienmitgliedes am belastendsten. Bezüglich der Items der Kategorie „andere Ereignisse“ gaben 5 Personen an, dass Leichen und Blut sehen für sie am belastendsten war.

Traumatische Ereignisse

Um ein Ereignis als traumatisch zu klassifizieren, muss dieses nach DSM-IV sowohl objektiv als auch subjektiv als traumatisch empfunden werden, was 61 (88,4%) der befragten Personen für mindestens ein erlebtes Event empfanden.

8 (10,14%) der Befragten erfüllten entweder nur das objektive (A1) oder nur das subjektive (A2) Kriterium; um falsche Negative zu vermeiden, wurden mit ihnen die PDS weiter durchgeführt. Von ihnen erlebten vier den unerwarteten Tod einer wichtigen Person; eine wurde psychologisch misshandelt, eine andere durch Fremde sexuell missbraucht und eine letzte war in Gefangenschaft.

Die Tabelle 5 enthält die Auflistung von allen Erlebnissen, mit denen die Gesamtstichprobe konfrontiert wurde. Die ersten beiden Spalten stellen die für die Befragten potentiell traumatischen und die am belastendsten Ereignisse dar. Der dritten und vierten Spalte ist zu entnehmen, ob das Erleben eines Ereignisses die

objektiven und/oder subjektiven Kriterien erfüllt und letztendlich, ob es traumatisch ist. Die letzte Spalte stellt die Anzahl von PTBS-Fällen mit den jeweiligen auslösenden Ereignissen dar.

Tabelle 5. Übersicht der potenziell-, am belastendsten-, und traumatische Ereignisse in der Gesamtstichprobe.

Ereignis	potenziell n=93		am belastendsten n=93		objektiv-subjektiv n=68		traumatisch n=61		PTBS-Fälle
	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Lebensbedrohende Krankheit	61	64,2	7	7,4	5	7,2	5	7,2	1
Flucht in die Berge	56	58,9	3	3,2	3	4,3	3	4,9	1
Unerwarteter Tod	51	53,7	12	12,6	8	11,6	4	6,6	-
Verschwinden von Personen	46	48,4	8	8,4	7	10,1	7	11,5	2
Physische Misshandlung	42	44,7	3	3,2	3	4,3	3	4,9	1
Feuer/Raub	42	44,2	6	6,3	6	8,7	6	9,8	1
Kampfsituation	39	41,1	2	2,1	2	2,9	2	3,3	-
Tödliche Bedrohung	31	33,3	3	3,2	3	4,3	3	4,9	1
Psychologische Misshandlung	27	28,7	3	3,2	3	4,3	2	3,3	1
Gewaltsamer Tod	27	28,7	5	5,3	5	7,2	5	8,2	-
Lebensgefährliche Verletzung	26	28,0	2	2,1	2	2,9	2	3,3	1
Migration	22	23,2	-	-	-	-	-	-	-
Folter	21	22,1	5	5,3	5	7,2	5	8,2	2
Bewaffneten Gruppen dienen	17	17,9	1	1,1	1	1,4	1	1,6	1
Suizid	14	14,9	1	1,1	1	1,4	0	-	-
Gefangen/Gefängnis	12	12,8	1	1,1	-	-	-	-	-
Sexuel. Missbrauch durch Fremde	9	9,7	3	3,2	3	4,3	2	3,3	1
Sexuel. Missbrauch in der Familie	8	8,7	1	1,1	1	1,4	1	1,6	-
Gemeinde Schaden zufügen	4	4,2	-	-	-	-	-	-	-
Verursachen von Leid und Tod	3	3,2	-	-	-	-	-	-	-
andere Ereignisse	29	30,5	14	14,7	10	14,5	10	16,4	4
Leichen und Blut sehen			5	5,3	5	4,3	5	-	4
Unfall			2	2,1	2	2,1	2	2,1	-
anderes			7	7,5	-	-	-	-	-

PTBS: Symptomatik, Dauer & Beeinträchtigung

Aufgrund der Erfahrung der zuvor genannten Ereignisse weisen 68 (98,6%) der 69 mit der PDS Befragten intrusive Symptomatik (B Kriterium) auf. Diese Symptomatik zeigt sich mit wiederkehrenden Gedanken über das traumatische Ereignis bei 64 (92,8%) Probanden. Weiterhin leiden 48 (69,6%) der Interviewten an Alpträumen und 47 (68,1%) Personen haben mindestens ein Mal im Monat das Gefühl, das belastendste Ereignis wieder zu erleben. In Folge des Erlebens von diesen Beschwerden sind 66 (95,7%) der Befragten psychologisch stark belastet (mit Angst, Wut, Trauer oder Schuldgefühle) und 44 (64%) leiden unter körperlichen Reaktionen bei dem Erfahren von dieser intrusiven Symptomatik.

Um die aufgrund der intrusiven Symptome psychologische und körperliche Belastung zu vermeiden (C Kriterium), versuchen 56 (82,4%) der Probanden Gedanken über das traumatische Ereignis zu vermeiden. 43 (62,3%) der Befragten besuchen nicht mehr bestimmte Orte bzw. stehen nicht mehr im Kontakt mit Personen oder vermeiden Dinge, die Erinnerungen an das Ereignis verursachen. Darüber hinaus weisen 33 (47,8%) sehr starke Schwierigkeiten auf, sich an einen bestimmten Teil des Ereignisses zu erinnern und 45 (65,2%) der Teilnehmer verloren das Interesse an Aktivitäten, die vor dem traumatischen Ereignis für sie angenehm und wichtig waren. Als Folge dieser Vermeidungsreaktionen fühlen 50 (72,5%) Teilnehmer, dass ihr Leben nicht länger dauern wird und empfinden ihre Zukunft als begrenzt⁴. 32 (46,4%) fühlen sich ebenso von ihrer Umgebung isoliert und 32 (46,4%) gaben an, Schwierigkeiten zu haben, positive Gefühle sich selbst oder anderen Personen gegenüber zu empfinden. Im Allgemeinen vermeiden 52 (75,4%) der Befragten entweder passiv oder aktiv die intrusive Symptomatik und die dadurch entstehende psychologische Belastung (C Kriterium).

Die Übererregung setzt sich aus Bestandteilen der traumatischen Symptomatik in 63 (91,3%) der Befragten zusammen. Hierbei fällt es 52 (75,4%) Personen schwer, sich im Alltag zu konzentrieren. 51 (75,0%) haben Schlafschwierigkeiten und 51 (73,9%)

⁴ In diesem Kontext lässt sich dieses Konzept schwierig erfassen, da viele Personen angeben, ihre Zukunft als begrenzt wahrzunehmen, nicht, weil sie glauben, dass sie früher sterben werden, sondern weil sie unter ihren Begebenheiten mit wenig Hoffnung auf die Zukunft blicken.

erschrecken sich leicht vor externalen Reizen. 48 (69,6%) berichten von Reizbarkeit und 42 (60,9%) leiden an übermäßiger Wachsamkeit und Sorge (D Kriterium).

Tabelle 6. *Prävalenz der diagnostischen Kriterien einer PTBS in der Gesamtstichprobe.*

PTBS Kriterium	Symptom	f	%
B. Intrusionen		68	98,6
	Gedanken	64	92,8
	Alpträume	48	69,6
	Wiedererleben	47	68,1
	Psychologische Belastung	66	95,7
C. Vermeidung	Körperliche Reaktionen	44	64,7
		52	75,4
	Vermeidung von Gedanken	56	82,4
	Vermeidung von Orten, Dingen, Personen	43	62,3
	Teilamnesie	33	47,8
D. Übererregung	Interessenverlust	45	65,2
	Gefühl der Entfremdung	26	37,7
	Taubheit	32	46,4
	Zukunft	50	72,5
		63	91,3
E. Dauer der Symptome	Schlaf	51	75
	Reizbarkeit	48	69,6
	Konzentration	52	75,4
	Wachsamkeit/Sorgen	42	60,9
	Schreckhaftigkeit	51	73,9
F. Funktionsbeeinträchtigung		-	-
		59	90,8

Die Teilnehmer gaben bezüglich Beginn und Dauer der PTBS Symptomatik oftmals sich widersprechende Angaben, so dass die Daten nicht valide waren und das E-Kriterium nicht hinreichend erfasst werden konnte. Auf das Erleben der oben genannten Symptome ist die Funktionsbeeinträchtigung von 59 (90,8%) der Befragten zurückzuführen. Diese Beeinträchtigung besteht in Schwierigkeiten in den wichtigen Bereichen des Lebens wie Arbeit, Familie und soziale Beziehungen. Der Analyse von Funktionsbeeinträchtigungen widmet sich detailliert der Abschnitt von der Erfassung des Funktionsniveaus.

Die Tabelle 6 präsentiert die Anzahl und Prozentwerte der Personen, die intrusive Symptomatik (B Kriterium), Vermeidungsreaktionen (C Kriterium), Übererregung (D Kriterium) und Funktionsbeeinträchtigung aufweisen.

Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung mit anderen psychologischen Störungen.

Eine PTBS wird in der Regel von komorbiden Störungen begleitet. Deswegen wurden in der Gesamtstichprobe neben der PTBS noch mögliche Begleitstörungen erhoben. Neben der Majoren Depression, erfasst durch die Hopkin's Symptom Check List-25 (Depression), wurden auch Alkoholmissbrauch durch den Lübecker Alkoholismus Screening Test (LAST) und familiäre Gewalt durch einen eigenen Fragebogen erfasst.

In der untersuchten Stichprobe weisen alle unter einer PTBS leidenden Personen eine depressive Symptomatik auf. Von 17 mit PTBS diagnostizierten Befragten bestehen bei sechs (35%) Alkoholprobleme und 11 (64%) berichten über das Erleben von psychologischer Gewalt in der Familie. In der Tabelle 7 ist die Prävalenz von Depression, Alkoholmissbrauch und häuslicher Gewalt in der Gesamtstichprobe sowie in der Stichprobe mit PTBS-Diagnose und die Pearson's Korrelation zwischen dem Schweregrad von PTBS und der entsprechenden Störung zu beobachten. In Klammern befinden sich den Namen der Instrumente, mit denen jede Störung erhoben wurde.

Tabelle 7. Prävalenz von komorbiden Störungen in der Gesamtstichprobe und in der Gruppe mit PTBS-Diagnose.

Störung	n	PTBS Dx n=17			n =95	
		f	%	r	f	%
Depression (DHSCL)	95	17	100	0,334**	56	58,9
Alkoholmissbrauch (LAST)	86	6	35,3	0,194	17	19,8
Physische Gewalt (VF)	94	9	52,9	0,233*	26	27,7
Sexuelle Gewalt (VF)	91	2	11,8	0,059	4	4,4
Psychologische Gewalt (VF)	93	11	64,7	0,276**	32	34,4

Validierung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

Analyse der Ereignisliste

Itemanalyse

Die Ereignisliste wurde durch eine Itemanalyse geprüft, um zu untersuchen, ob die 21 aufgelisteten traumatischen Ereignisse tatsächlich mit der Entwicklung von posttraumatischer Symptomatik zusammenhängen und zu einer Entwicklung von PTBS führen.

Die Itemanalyse besteht aus der Einschätzung von Trennschärfen, um ein bestimmtes Event zwischen Personen mit niedrigen oder höheren Ausprägungen bei traumatischer Symptomatik zu trennen. Auf diese Weise definiert die konvergente Trennschärfenanalyse den Zusammenhang von einem Ereignis mit der gesamten Ereignisliste, während die diskriminante Trennschärfenanalyse über den Zusammenhang von einem Event und der Ausprägung von traumatischer Symptomatik informiert.

Aus der Tabelle 8 ist zu entnehmen, dass alle in der Ereignisliste angegebenen Events moderat signifikant mit dem gesamten Ergebnis der Ereignisliste korrelieren (im höheren Bereich von Trennschärfe $r=0,236$ bis Trennschärfe $r=0,684$). Unter den frei angegebenen Ereignissen erzielt das Event „Leichen und Blut sehen“ auch eine hohe konvergente Trennschärfe von $r=0,379$. Von der gesamten Ereignisliste erreicht das Event „sexueller Missbrauch durch Fremde“ den niedrigsten Trennschärfenwert von $r=0,18$.

Im Bezug auf die diskriminative Trennschärfe erwiesen sich sieben Korrelationen mit PDS-Schweregrad als nicht signifikant: Krankheit ($r=0,177$), Flucht in die Berge ($r=0,166$), Verschwinden von Personen ($r=0,042$), psychologische Missbrauch ($r=0,19$), Migration ($r=0,134$), Folter ($r=0,148$) und sexueller Missbrauch durch Fremde ($r=-0,045$). Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass der PDS-Schweregrad nicht in direkter Verbindung mit dem Eventscore steht. Das Vorhandensein von diesen Events beeinflusst nicht den Schweregrad von traumatischer Symptomatik.

Im Gegensatz dazu weisen die anderen Events signifikante Zusammenhänge mit den PDS-Schwergrad auf ($r=0,213$ bis $r=0,382$). Das frei angegebene Event „Leichen und Blut sehen“ zeigt sich als das Event mit dem stärksten Zusammenhang mit der PTBS-Symptomatik (Pearson’s Korrelation von $r=0,382$), gefolgt von dem Event „unerwarteter Tod“ mit einer Pearson’s Korrelation von ($r=0,338$) und dem Event „der eigenen Gemeinde Schaden zufügen“ mit einer Pearson’s Korrelation von $r= 0.312$.

Tabelle 8. *Itemkennwerte der traumatisierenden Ereignisse von der Gesamtstichprobe.*

Ereignis	Odds Ratio	P von Odds Ratio	Konvergente Trennschärfe	Diskriminative Trennschärfe
Lebensbedrohende Krankheit	3,078	0,755	,434**	0,177
Flucht in die Berge	2,645	0,726	,561**	0,166
Unerwarteter Tod	-	-	,291**	,213*
Verschwinden von Personen	1,247	0,555	,454**	0,042
Physische Misshandlung	3,76	0,790	,460**	0,245*
Feuer/Raub	5,491	0,846	,631**	,303**
Kampfsituation	-	-	,684**	,280**
Bedrohung	4,444	0,816	,613**	,282**
Psychologische Misshandlung	2,713	0,731	,511**	0,19
Gewaltsamer Tod	-	-	,518**	,338**
Verletzung/fast tod	3,904	0,796	,401**	,263*
Migration	-	-	,399**	0,134
Folter	2,291	0,696	,518**	0,148
Gruppen dienen	4,76	0,826	,567**	,284**
Suizid	-	-	,478**	,269**
Gefangen/Gefängnis	4,167	0,806	,344**	,234*
Sexueller Missbrauch durch Fremde	0,625	0,385	0,18	-0,045
Sexueller Missbrauch in der Familie	-	-	,236**	-0,04
Eigener Gemeinde Schaden zufügen	-	-	,369**	,312**
Verursachen von Leid und Tod	-	-	,287**	,230*
Andere Ereignisse				
Leichen und Blut sehen	23,692	0,960	,379**	,382**
Unfall	-	-	0,012	-0,068
anderes	-	-	-	-

Die Tabelle 8 stellt zudem die Odds Ratio und derer Wahrscheinlichkeit für die einzelnen Events dar. Diese beiden Werte informieren über die Möglichkeit, eine PTBS zu entwickeln, wenn das Ereignis präsent ist. Die Erfahrung, Leichen und Blut gesehen

zu haben, erklärt in dieser Population 96,0% der Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln (odds ratio=23,692). Zerstörung des Heims, des Viehs oder der Ernte durch Brand, Mord oder Raub (odds ratio=5,491), sagt das Leiden an einer PTBS zu 84,0% Wahrscheinlichkeit voraus. Gezwungen zu sein, bewaffneten Gruppen zu dienen (odds ratio=4,76), verursacht eine Wahrscheinlichkeit von 86,0% eine PTBS zu entwickeln.

Innere Konsistenz

Die Ereignisliste weist mit Cronbach's Alpha von $\alpha=0,767$ eine gute innere Konsistenz auf. Wird das frei angegebene Ereignis „Leichen und Blut sehen“ hinzugefügt, erhöhte sich Cronbach's Alpha auf einen Wert von $\alpha=0,781$.

Reliabilität Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS)

Innere Konsistenz

Der Teil der PDS, der nach der PTBS Symptomatik fragt (Items von B, C, D) weist mit Cronbach's Alpha von $\alpha=0,88$ eine hohe innere Konsistenz auf. Die einzelnen Symptomsubskalen erreichen gute Werte für die innere Konsistenz. In Bezug auf die Subskala des Wiedererlebens hat Cronbach's Alpha einen Wert von $\alpha=0,78$; bei der Vermeidung erreichte Cronbach's Alpha einen Wert von $\alpha=0,77$ und die Symptomen der Übererregung entsprechen einem Cronbach's Alpha $\alpha=0,71$. Die innere Konsistenz der Funktionsskala beträgt $\alpha=0,83$. Wird diese Skala hinzugefügt, erhöhte sich Cronbach's Alpha auf einen Wert von $\alpha=0,92$.

Korrelation zwischen Symptomen, Subskalen & Schweregrad der PDS

Alle Symptomitems der PDS korrelierten signifikant ($p<0,001$) mit dem PDS-Schweregrad. Die Korrelationskoeffizienten nach Spearman für den Zusammenhang der einzelnen Symptomitems und dem PDS-Schweregrad liegen im moderaten Bereich (Spearman's Rho zwischen $r=0,546$ und $r=0,663$), mit Ausnahme der Items „Können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?“ und „Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?“ (Spearman's Rho von $r=0,475$ bzw. $r=0,396$).

Um den Zusammenhang zwischen den Summenwerten von jeder Subskala und dem PDS-Schweregrad herauszufinden, wurde Spearman's Roh angewandt. Es wurde ein hoher Zusammenhang ($r=0,843$ bis $r=0,862$) zwischen dem PDS-Schweregrad und den Subskalen von Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung gefunden (siehe Tabelle 9). Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Symptomclustern bewegen sich in einem Bereich von $r=0,574$ bis $r=0,862$. Alle Korrelationen erreichen ein Signifikanzniveau von $p<0,01(**)$. Die Korrelation wurde auch zwischen der allgemeinen Funktionsbeeinträchtigung und dem PDS-Schweregrad analysiert. Die Beeinträchtigung des allgemeinen Funktionsniveaus korreliert ebenfalls moderat mit dem PDS-Schweregrad mit einem Spearman's Roh von $r=0,608$ ($p<0,001$) und mit den anderen Subskalen mit Roh-Werten von $r=0,512$ bis $r=0,534$.

Tabelle 9. *Interkorrelationen dem PDS-Schweregrad und den Summenwerten der diagnostischen Subskalen.*

Skalen	PDS Schweregrad	Wiedererleben	Vermeidung	Übererregung	Funktions- beeinträchtigung
PDS Schweregrad	1,000	,862(**)	,853(**)	,843(**)	,608(**)
Wiedererleben		1,000	,592(**)	,657(**)	,511(**)
Vermeidung			1,000	,574(**)	,534(**)
Übererregung				1,000	,512(**)
Funktionsbeeinträchtigung					1,000

Bemerkung: ** $p<0,01$

Validität Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS)

Konvergente Validität durch Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)

Um die konvergente Validität der PDS zu untersuchen, wurde von der gesamten Stichprobe eine selektive Validierungsstichprobe von N=24 entnommen. Die Prävalenz der PTBS nach CAPS in der Validierungsstichprobe beläuft sich auf 16,7%, was 4 Personen entspricht. Gemäß der PDS erhielten 8 (33,3%) der Probanden eine PTBS-Diagnose, mit einem Schwellenwert von 25 und unter Verwendung der DSM-IV Kriterien.

In Bezug auf die Diagnose einer PTBS

Receiver Operator Characteristic (ROC) Kurve

Die Performanz der PDS bezüglich der Diagnose einer PTBS liegt mit einer Fläche unter der Kurve von $AUC=0,894$ signifikant ($p<0,001$) über dem Zufallsniveau. Das optimale Verhältnis von Fällen falscher Alarme (Falsch-Positiv) zu wahren Diagnosen stellt sich bei einem PDS-Summenwert von 25 ein. Hier liegen die Sensitivität bei 1,00 und die Spezifität (Richtig-Negativ-Rate) bei 0,80.

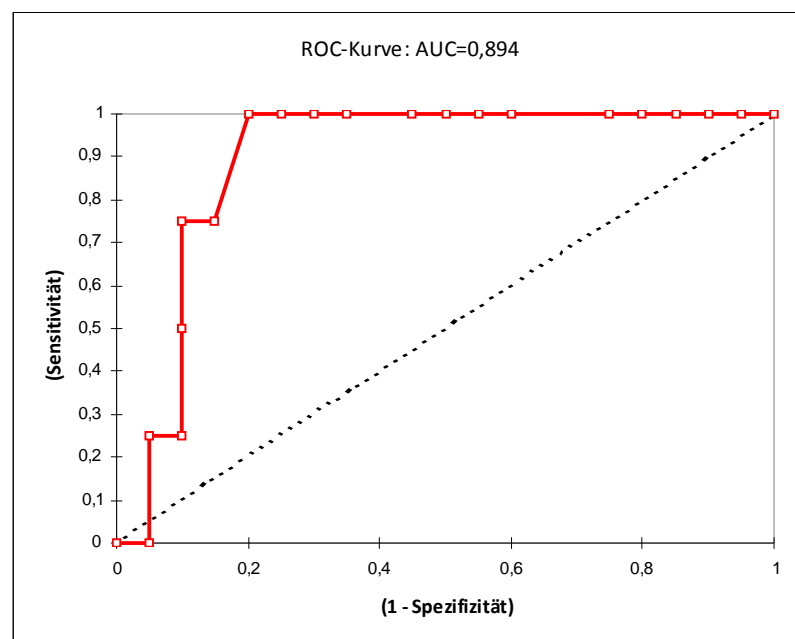


Schaubild 1. Receiver Operator Characteristic – Kurve für die verschiedenen Cutoff-Werte der PDS.

Schwellenwertanalyse

Die höchste diagnostische Übereinstimmung der PDS mit der CAPS liegt bei einem Cutoff-Wert von 25 unter der Erfüllung der DSM-IV Kriterien. Dabei erzielt Cohen's Kappa einen Wert von $k=0,571$ ($p=0,002$) mit einer Sensitivität von 1,00 und einer Spezifität von 0,80. Der positive Vorhersagewert ist hierbei 0,50 und der negative Vorhersagewert 1,00 mit einem Konfidenzintervall von 95%.

Wird eine konservative Auswertung der PDS angewandt, indem ein Symptom erst vorhanden ist, wenn die Frequenz des Items gleich oder größer als 2 ist, wird ein Kappawert von $k=0,423$ ($p=0,027$) erzielt, bei Verwendung von einem Cutoff-Wert von 25. Hierbei sinkt die Sensitivität jedoch auf 0,75, während die Spezifität stabil bleibt mit einem Wert von 0,80. Der positive Vorhersagewert und der negative Vorhersagewert reduzieren sich auf 0,429 bzw. auf 0,94.

Darüber hinaus wird eine Diagnostik ohne die diagnostischen Kriterien von DSM-IV gestellt, indem nur die Summe der Ausprägung von jedem Symptom berücksichtigt wird, um einen Schwellenwert von 15 bis 29 zu erzielen; steigt der Cutoff-Wert auf 27, hält sich aber Cohen's Kappa $k=0,571$ ($p=0,002$) konstant. Die Werte von Sensitivität und Spezifität belaufen sich mit dieser Auswertung auf 1,00 bzw. 0,8 genauso wie mit der liberalen Auswertung (siehe oben). Der positive Vorhersagewert entspricht 0,50 und der negative Vorhersagewert erreicht 1,00.

Aus der Tabelle 10 sind die verschiedenen Auswertungen von PDS bezüglich der Übereinstimmung mit CAPS dargestellt. Zuerst werden die verschiedenen Schwellenwerte von 15 bis 29 für den Fall dargestellt, dass ein Symptom eine Ausprägung von ≥ 1 erreicht und die die DSM-IV Kriterien erfüllt (liberale Auswertung). Daraufgehend werden die Schwellenwerte für die Schweregrade mit einer Ausprägung von ≥ 2 für jedes Item (konservative Auswertung) aufgezeigt. Zuletzt werden die Schwellenwerte ohne DSM-IV-Kriterien aufgelistet. Jeder Algorithmus enthält die entsprechenden Werte von Kappa, Korrelationskoeffizienten von Spearman, Sensitivität, Spezifität, positiver und negativer Vorhersagewert und die Prävalenz des Ereignisses.

Tabelle 10. Performanzmaße der PDS unter der Verwendung verschiedener Auswertungsalgorithmen in Bezug auf die Übereinstimmung einer PTBS-Diagnose mittels CAPS.

Schwellen werten	Prävalenz von PTBS nach PDS		Kappa	p- Werte	Roh` Spear man	Se	Sp	PV	NV	Präv
	F	%								
<i>liberale Auswertung der PDS mit DSM-IV Kriterien</i>										
15 & DSM-IV	15	62,5%	0,21	0,09	0,346	1,00	0,45	0,267	1,00	0,167
16 & DSM-IV	15	62,5%	0,214	0,09	0,346	1,00	0,411	0,267	1,00	0,167
17 & DSM-IV	13	54,2%	0,289	0,44	0,411	1,00	0,55	0,308	1,00	0,167
18 & DSM-IV	13	54,2%	0,289	0,44	0,411	1,00	0,55	0,308	1,00	0,167
19 & DSM-IV	12	50,0%	0,333	0,028	0,447	1,00	0,6	0,333	1,00	0,167
21 & DSM-IV	11	45,8%	0,382	0,017	0,486	1,00	0,65	0,364	1,00	0,167
23 & DSM-IV	9	37,5%	0,5	0,005	0,577	1,00	0,75	0,444	1,00	0,167
25 & DSM-IV	8	33,3%	0,571	0,002	0,632	1,00	0,8	0,500	1,00	0,167
27 & DSM-IV	8	33,3%	0,571	0,002	0,632	1,00	0,8	0,500	1,00	0,167
29 & DSM-IV	6	25,0%	0,5	0,011	0,516	0,75	0,85	0,500	1,00	0,167
<i>konservative Auswertung der PDS mit DSM-IV Kriterien</i>										
15 & DSM-IV	8	33,3%	0,357	0,053	0,395	0,75	0,75	0,375	0,94	0,167
16 & DSM-IV	8	33,3%	0,357	0,053	0,395	0,75	0,75	0,375	0,94	0,167
17 & DSM-IV	8	33,3%	0,357	0,053	0,395	0,75	0,75	0,375	0,94	0,167
18 & DSM-IV	8	33,3%	0,357	0,053	0,395	0,75	0,75	0,375	0,94	0,167
19 & DSM-IV	8	33,3%	0,357	0,053	0,395	0,75	0,75	0,375	0,94	0,167
21 & DSM-IV	8	33,3%	0,357	0,053	0,395	0,75	0,75	0,375	0,94	0,167
23 & DSM-IV	8	33,3%	0,357	0,053	0,395	0,75	0,75	0,375	0,94	0,167
25 & DSM-IV	7	29,2%	0,423	0,027	0,451	0,75	0,8	0,429	0,94	0,167
27 & DSM-IV	7	29,2%	0,423	0,027	0,451	0,75	0,8	0,429	0,94	0,167
29 & DSM-IV	5	20,8%	0,318	0,116	0,321	0,50	0,85	0,400	0,89	0,167
<i>konservative Auswertung der PDS <u>ohne</u> DSM-IV Kriterien</i>										
Cutoff 15	19	79,2%	0,1	0,261	0,229	1,00	0,25	0,211	1,00	0,167
Cutoff 16	19	79,2%	0,1	0,261	0,229	1,00	0,25	0,211	1,00	0,167
Cutoff 17	16	66,7%	0,182	0,121	0,316	1,00	0,4	0,250	1,00	0,167
Cutoff 18	16	66,7%	0,182	0,121	0,316	1,00	0,4	0,250	1,00	0,167
Cutoff 19	15	62,5%	0,214	0,09	0,346	1,00	0,45	0,267	1,00	0,167
Cutoff 21	13	54,2%	0,289	0,044	0,411	1,00	0,45	0,267	1,00	0,167
Cutoff 23	11	45,8%	0,382	0,017	0,486	1,00	0,65	0,364	1,00	0,167
Cutoff 25	9	37,5%	0,5	0,005	0,577	1,00	0,75	0,444	1,00	0,167
Cutoff 27	8	33,3%	0,571	0,002	0,632	1,00	0,8	0,500	1,00	0,167
Cutoff 29	6	25,0%	0,5	0,011	0,516	0,75	0,85	0,500	0,94	0,167

In Bezug auf die diagnostischen Kriterien einer PTBS

Für die Übereinstimmung von PDS und CAPS bezüglich der diagnostischen Kriterien einer PTBS wurden erneut Cohen's Kappa und der Spearman's Rho-Koeffizient berechnet. Diese beiden statistischen Werte konnten für das Kriterium der Vermeidung mit einem Kappawert von $k=0,11$ und einen Spearman's Roh von $r=0,243$ und für das Kriterium der Übererregung mit einem Kappawert von $k=0,194$ und einen Spearman's Roh von $r=0,328$ ausgerechnet werden. Die sehr niedrigen Koeffizienten deuten auf keine Übereinstimmung von PDS und CAPS bezüglich der diagnostischen Kriterien von DSM-IV zur Erstellung einer PTBS-Diagnose hin. Das Kriterium von Funktionsbeeinträchtigung erzielt ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen beiden Messinstrumenten ($k=-0,14$; $r=-0,17$) und somit ergibt sich keine Übereinstimmung hinsichtlich des Funktionsniveaus zwischen PDS und CAPS.

Da die gesamte Validierungsstichprobe unter der Symptomatik des Wiedererlebens nach Einschätzung der PDS leidet, konnten hierbei die Korrelationen und Kappa-Werte nicht bewertet werden.

Der Tabelle 11 ist zu entnehmen, dass die Werte von allen PTBS-Kriterien mit PDS allgemein sehr hoch sind. Mit CAPS hingegen halbieren sich die Prozentraten des Wiedererlebens und der Übererregung. Ebenfalls verringert sich der Wert von der Subscala der Vermeidung fast um ein Drittel. Die Funktionsbeeinträchtigungen ähneln sich am meisten, aber deren Zusammenhang erweist sich als negativ.

Tabelle 11. Häufigkeit der diagnostischen Kriterien einer PTBS gemäß PDS und CAPS sowie deren Übereinstimmung in Bezug auf die diagnostischen Subskalen.

Subskalen	Gemäß PDS		Gemäß CAPS		Kappa	p-Werte	Roh` Spearman
	F	%	F	%			
Wiedererleben	24	100,0%	14	58,3%	-	-	-
Vermeidung	21	87,5%	7	29,2%	0,11	0,235	0,243
Übererregung	22	91,7%	13	54,2%	0,194	0,108	0,328
Funktionsbeeinträchtigung	22	91,7%	18	75,6%	-0,14	0,394	-0,17

Um die Zusammenhänge der einzelnen Symptomcluster genauer zu untersuchen, wurden die Interkorrelationen der Subskalenwerte und die Gesamtwert der PDS und der CAPS berechnet. Von CAPS wurden getrennt die Häufigkeitswerte und die Gesamtwert, also die Summe von Häufigkeit und Intensität, von jedem Item mit dem Gesamtwert und Subskalenwert der PDS korreliert.

Der Gesamtwert von PDS erreichte hohe signifikante Zusammenhänge mit den eigenen PDS-Subskalen: Wiedererleben $r=0,856$; Vermeidung $r=0,862$; Übererregung $r=0,902$ sowie signifikante Korrelationen mit dem CAPS-Häufigkeit ($r=0,520$) und deren Subskalen von der Vermeidung ($r=0,536$) und der Übererregung ($r=0,428$). Signifikante Zusammenhänge lassen sich auch zwischen PDS-Gesamtwert und CAPS-Gesamtwert ($r=0,533$) beobachten, sowie zwischen PDS-Gesamtwert und die gesamten Werten von den CAPS-Subskalen der Vermeidung ($r=0,536$) und der Übererregung ($r=0,450$). Es zeigt sich dennoch, dass der Funktionsteil von PDS weder mit allen Subskalen noch mit dem Gesamtwert von CAPS korreliert (Werten im Bereich von $r = -0,017$ bis $r=0,067$).

Die Tabelle 12 enthält den Mittelwert, die Standardabweichung und die verschiedenen Korrelationen für die einzelnen Subskalen und die Skalengesamtwerte. Für die Korrelation wurde der Pearson's Koeffizient benutzt.

Tabelle 12. Interkorrelationen der Subskalenwerte von PDS und CAPS.

Skalen	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. PDS-Gesamtwert	21,58	9,771	1,00	,856(**)	,862(**)	,902(**)	,631(**)	,520(**)	0,38	,536(**)	,428(*)	,533(**)	0,38	,536(**)	,450(*)	0,33
2. PDS-Wiedererleben	6,75	3,480	,856(**)	1,00	,544(**)	,744(**)	,501(*)	,530(**)	0,33	,546(**)	,483(*)	,556(**)	0,37	,563(**)	,481(*)	0,29
3. PDS-Vermeidung	8,13	4,287	,862(**)	,544(**)	1,00	,653(**)	,508(*)	0,34	0,22	0,40	0,25	0,34	0,20	0,39	0,29	0,35
4. PDS-Übererregung	6,71	3,432	,902(**)	,744(**)	,653(**)	1,00	,666(**)	,517(**)	,464(*)	,468(*)	,410(*)	,526(**)	,445(*)	,465(*)	,437(*)	0,21
5. PDS-F-Beeinträchtigung	7,30	7,163	,631(**)	,501(*)	,508(*)	,666(**)	1,00	0,05	0,05	0,07	0,02	0,02	-0,02	0,07	0,01	0,02
6. CAPS-Häufig-Gesamtwert	16,50	9,274	,520(**)	,530(**)	0,34	,517(**)	0,05	1,00	,827(**)	,850(**)	,908(**)	,990(**)	,826(**)	,787(**)	,890(**)	,596(**)
7. CAPS-Häufig-Wiedererleben	4,75	3,339	0,38	0,33	0,22	,464(*)	0,05	,827(**)	1,00	,511(*)	,655(**)	,804(**)	,984(**)	,430(*)	,625(**)	,542(**)
8. CAPS-Häufig-Vermeidung	5,79	3,611	,536(**)	,546(**)	0,40	,468(*)	0,07	,850(**)	,511(*)	1,00	,675(**)	,851(**)	,491(*)	,973(**)	,681(**)	0,36
9. CAPS-Häufig-Übererregung	5,96	3,793	,428(*)	,483(*)	0,25	,410(*)	0,02	,908(**)	,655(**)	,675(**)	1,00	,903(**)	,685(**)	,618(**)	,977(**)	,642(**)
10. CAPS-Gesamtwert	32,33	18,045	,533(**)	,556(**)	0,34	,526(**)	0,02	,990(**)	,804(**)	,851(**)	,903(**)	1,00	,816(**)	,811(**)	,904(**)	,604(**)
11. CAPS-Wiedererleben	9,38	6,566	0,38	0,37	0,20	,445(*)	-0,02	,826(**)	,984(**)	,491(*)	,685(**)	,816(**)	1,00	,411(*)	,664(**)	,567(**)
12. CAPS-Vermeidung	11,42	6,978	,536(**)	,563(**)	0,39	,465(*)	0,07	,787(**)	,430(*)	,973(**)	,618(**)	,811(**)	,411(*)	1,00	,634(**)	0,33
13. CAPS-Übererregung	10,08	6,534	,450(*)	,481(*)	0,29	,437(*)	0,01	,890(**)	,625(**)	,681(**)	,977(**)	,904(**)	,664(**)	,634(**)	1,00	,678(**)
14. CAPS-FBeeinträchtigung	2,71	2,458	0,33	0,29	0,35	0,21	0,02	,596(**)	,542(**)	0,36	,642(**)	,604(**)	,567(**)	0,33	,678(**)	1,00

In Bezug auf die Einzelsymptome einer PTBS

Die Übereinstimmung zwischen den einzelnen Symptomen von PDS und CAPS wurde erneut mit Prozentraten, Korrelationen und Kappawerten gerechnet. Für die Korrelationen wurde Roh's Spearman angewendet. Die Korrelationen zwischen den einzelnen Symptomen von PDS und CAPS-Häufigkeit bewegten sich bei der Skala von Wiedererleben im Bereich von $r=-0,241$ bis $r=0,333$. Ebenso oszillieren die Kappawerten hierbei von $k=-0,2$ bis $k=0,333$. Die Vermeidungsskala erreicht Korrelationswerte, die sich zwischen $r=-0,075$ bei „Vermeidung von Gedanken“ bis $r=0,410$ bei „Gefühl der Entfernung“ bewegen. Die Kappawerten reichen von $k=-0,075$ bis $k=-0,408$. Zuletzt ergeben sich auch geringe Korrelationen in der Übererregungsskala zwischen $r=-0,017$ bis $r=0,258$ sowie Kappawerte von $k=0,069$ bis $k=0,167$. Das Verhältnis zwischen der PDS und dem CAPS-Gesamtwert assimiliert sich mit CAPS-Häufigkeit.

Tabelle 13. Zusammenhang zwischen den Itemwerten von PDS und CAPS sowie deren Übereinstimmung in Bezug auf einzelne Symptome.

Posttraumatic Diagnostic Scale	Symptom gemäß PDS		Symptom (Häufigkeit) gemäß CAPS		Symptom gemäß CAPS		Statistik mit CAPS-Häufigkeit			Statistik mit CAPS		
	f	%	f	%	Frequenz N=19	%	Roh's Spearman	Kappa	p-Wert	Roh's Spearman	Kappa	p-Wert
Intrusion												
Gedanken	21	87,5%	20	83,3%	9	62,5%	0,17	0,17	0,41	0,29	0,16	0,15
Alpträume	18	75,0%	15	62,5%	6	25,0%	0,35	0,33	0,09	0,33	0,20	0,10
Wiedererleben	13	54,2%	6	25,0%	2	8,3%	-0,24	-0,20	0,24	-0,27	-0,16	-0,24
Belastung durch Erinnern	24	100,0%	16	66,7%	7	29,2%	-	-	-	-	-	-
körperliche Reaktionen	20	83,3%	12	50,0%	7	29,2%	0,22	0,17	0,27	0,04	0,02	0,84
Vermeidung												
Vermeidung von Gedanken	23	95,8%	19	79,2%	10	41,7%	-0,11	-0,08	0,60	0,18	0,06	0,39
Vermeidung von Orten, Personen, Dingen	20	83,3%	15	62,5%	7	29,2%	0,12	0,10	0,57	0,04	0,02	0,84
Teilamnesie	12	50,0%	11	45,8%	7	29,2%	0,25	0,25	0,22	0,09	0,08	0,65
Interessenverlust	18	75,0%	12	50,0%	4	16,7%	0,00	0,00	1,00	0,26	0,13	0,21
Gefühl der Entfremdung	10	41,7%	11	45,8%	3	12,5%	0,41	0,41	0,05	0,19	0,14	0,35
Taubheit	14	58,3%	5	26,3%	1	4,2%	0,17	0,14	0,40	-0,25	-0,08	0,23
Zukunftsperspektivverlust	19	79,2%	7	29,2%	6	25,0%	0,27	0,21	0,19	0,06	0,03	0,77
Überregung												
Schlaf	19	79,2%	16	66,7%	10	41,7%	0,07	0,07	0,72	0,23	0,17	0,27
Reizbarkeit	18	75,0%	20	83,3%	13	54,2%	0,26	0,25	0,21	0,21	0,22	0,24
Konzentration	20	83,3%	14	58,3%	4	16,7%	0,03	0,25	0,14	0,20	0,08	0,33
Wachsamkeit	19	79,2%	10	41,7%	8	33,3%	0,02	0,13	0,93	-0,07	-0,05	0,72
Schreckhaftigkeit	20	83,3%	15	50,0%	9	37,5%	0,22	0,17	0,27	0,12	0,07	0,57

Die Items „Alpträumen“ ($r=0,348$; $k=0,333$), „Gefühl der Entfremdung“ ($r=0,410$; $k=0,408$) und „Reizbarkeit“ ($r=0,258$; $k=0,25$) zeigen moderate Zusammenhänge zwischen PDS und CAPS. Es ergibt sich keine interne Übereinstimmung bezugnehmend auf einzelne Symptome zwischen beiden Instrumenten. In der Tabelle 13 wird das Vorhandensein jedes Symptomitems mit Frequenzen und Prozentsätzen für die PDS, CAPS-Häufigkeit und gesamte CAPS sowie die Korrelationen nach Pearson und Kappawerte zwischen PDS, Frequenzteil und Gesamtteil von CAPS dargestellt.

Vergleich von Personen mit PTBS versus ohne PTBS in Bezug auf Symptomausprägung

Ziel der folgenden Analyse ist der Vergleich der Personen mit einer PTBS-Diagnose mit denen ohne PTBS-Diagnose hinsichtlich der Ausprägung ihrer Symptomatik. Personen mit einer PTBS-Diagnose sollten signifikant stärkere Ausprägungen in der Symptomatik aller Subkriterien aufweisen als Personen ohne PTBS-Diagnose.

Für diese Analyse wurden in der Validierungsstichprobe zwei Gruppen nach CAPS gebildet und verglichen. Beide Gruppen wurden auf signifikante Unterschiede in der Symptomausprägung der Gesamt- und Subskalenwerte (Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung und Funktionsniveau) der PDS und der CAPS mit einem F-Test getestet. Aufgrund der unterschiedlichen Kodierungssysteme beider Instrumente mussten die entsprechenden Gesamt- und Subskalenwerten in Z-Werte transformiert werden, um sie vergleichen zu können.

Mit Ausnahme der Subskalen Vermeidung und Funktionsbeeinträchtigung in der PDS, weisen die Personen mit einer PTBS-Diagnose, sowohl nach CAPS als auch nach PDS, höhere Symptomausprägung auf. Das bedeutet, dass Personen mit PTBS signifikant stärker unter traumatischer Symptomatik leiden, als die Personen ohne PTBS. Beide Instrumente, sowohl die PDS als auch die CAPS, können diese signifikanten Unterschiede erfassen.

Es ergaben sich fast ähnliche Z-Werte zwischen CAPS-Häufigkeitswert und PDS sowohl in der diagnostizierten PTBS-Gruppe als auch in der Gruppe ohne PTBS-Diagnose. Bei der Subskala von Vermeidung wird beispielsweise ein Z-Wert von $Z=-0,265$ in PDS und CAPS-Häufigkeitswert von $Z=-0,225$ erzielt; bei der Subskala von Übererregung Z-Werte der PDS von $Z=-0,265$ und der CAPS von $Z=-0,226$ in der Gruppe ohne PTBS. Ein gleiches Verhältnis lässt sich in der Gruppe mit PTBS-Diagnosen beobachten.

Tabelle 14. Vergleich der Z-Werte von jeden Subskalen von PDS und CAPS zwischen der Gruppen mit PTBS-Diagnose und der Gruppe ohne PTBS-Diagnose.

Skalen	Keine PTBS gemäß CAPS (n = 20)		PTBS-Diagnose nach CAPS (n = 4)		Statistik		
	M	SD	M	SD	F	P	
1. PDS-Gesamtwert							
	Roh-Wert	19,450	9,210	32,250	3,500		
	Z-Wert	-0,265	0,832	1,323	0,646	7,283	0,013
2. PDS-Wiedererleben							
	Roh-Wert	5,950	2,870	10,750	3,860		
	Z-Wert	-0,230	0,826	1,150	1,110	8,377	0,008
3. PDS-Vermeidung							
	Roh-Wert	7,700	4,500	10,250	2,360		
	Z-Wert	-0,099	1,049	0,904	0,551	1,189	0,287
4. PDS-Überregung							
	Roh-Wert	5,800	2,880	11,250	2,220		
	Z-Wert	-0,265	0,838	1,323	0,646	12,680	0,002
5. PDS-Funktionsbeeinträchtigung							
	Roh-Wert	6,350	6,810	13,670	737,000		
	Z-Wert	-0,133	0,950	0,889	1,029	2,965	0,100
6. CAPS-Häufigkeit-Gesamtwert							
	Roh-Wert	14,000	7,380	29,000	8,040		
	Z-Wert	-0,270	0,795	1,348	0,867	13,430	0,001
7. CAPS-Häufigkeit-Wiedererleben							
	Roh-Wert	4,000	3,150	8,500	0,580		
	Z-Wert	-0,225	0,942	1,123	0,173	7,857	0,010
8. CAPS-Häufigkeit-Vermeidung							
	Roh-Wert	4,900	2,990	10,250	3,400		
	Z-Wert	-0,247	0,828	1,235	0,942	10,261	0,004
9. CAPS-Häufigkeit-Überregung							
	Roh-Wert	5,100	3,080	10,250	4,270		
	Z-Wert	-0,226	0,811	1,131	1,206	8,019	0,010
10. CAPS-Gesamtwert							
	Roh-Wert	27,250	13,950	57,750	15,200		
	Z-Wert	-0,282	0,773	1,409	0,842	15,545	0,001
11. CAPS-Wiedererleben							
	Roh-Wert	8,000	6,280	16,250	2,220		
	Z-Wert	-0,209	0,957	1,047	0,338	6,527	0,018
12. CAPS-Vermeidung							
	Roh-Wert	9,600	5,710	20,500	5,920		
	Z-Wert	-0,260	0,818	1,302	0,848	0,931	0,002
13. CAPS-Überregung							
	Roh-Wert	8,450	5,290	18,250	6,600		
	Z-Wert	-0,250	0,809	1,250	1,010	10,644	0,004
14. CAPS-Funktionsbeeinträchtigung							
	Roh-Wert	2,250	2,430	5,000	0,820		
	Z-Wert	-0,186	0,987	0,932	0,332	4,875	0,038

Ebenso zeigen sich Annäherungen der Z-Werte der gesamten CAPS und PDS in den beiden Gruppen und es gibt genauso approximierte Werte innerhalb der CAPS im Bezug auf den Häufigkeitsteil im Vergleich mit der gesamten CAPS. Trotzdem ergeben sich zwei Unterschiede: der erste ist in der Gruppe ohne PTBS-Diagnose zu sehen;

hierbei erhält die PDS einen Z-Wert von $Z=-0.099$ in der Subskala der Vermeidung, während der CAPS-Häufigkeitswert einen Z-Wert von $Z=-0,247$ und die gesamte CAPS von $Z=-0,260$ in gleicher Subskala höhere Werte erreicht. Der zweite Unterschied betrifft die Subskala der Funktionsbeeinträchtigung in der Gruppe mit PTBS-Diagnose; hierbei beläuft sich der Z-Wert in PDS auf $Z=-1.029$ und in CAPS verringert sich der Wert auf $Z=0.332$.

Die Tabelle 14 liefert die Roh- und Z-Werte der Gesamtskalen und Subskalen von PDS und CAPS, sowie deren Mittelwerte und Standardabweichungen in mit- und ohne PTBS-Gruppe klassifiziert. Der F-Test wurde ausgerechnet, um die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen beiden Gruppen festzustellen. Der F-Test und dessen p-Werte sind auch aus der gleichen Tabelle zu entnehmen.

Konkurrenente Validität der PDS durch externe Kriterien

Ein externes Kriterium für die Validität einer PTBS stellt die Komorbidität mit anderen psychologischen Störungen dar. Mit dem Ziel, Unterschiede in Bezug auf komorbide Störungen der PTBS herauszufinden, wurde in dieser Analyse die Gesamtstichprobe in zwei Gruppen nach der PDS klassifiziert: PTBS-Diagnose und keine PTBS-Diagnose. Durch einen T-Test konnten signifikante Unterschiede bezüglich depressiver Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigung zwischen Personen mit einer Diagnose von PTBS und Personen ohne PTBS gefunden werden ($p < 0,01$). Es ergibt sich, dass die unter PTBS leidenden Personen mehr depressive Symptomatik als die Personen ohne PTBS-Diagnose aufweisen. Das gleiche Verhältnis gilt für die Funktionsbeeinträchtigung. Die beiden Gruppen unterscheiden sich jedoch nicht signifikant in ihrem Alkoholkonsum. Die Tabelle 15 zeigt die verschiedenen Mittelwerte, Standardabweichungen und T-Tests für Depression, Alkoholmissbrauch und Funktionsbeeinträchtigung nach Diagnose von PTBS getrennt.

Tabelle 15. *Vergleich der Ausprägung anderer Störungen zwischen der Gruppe mit einer PTBS-Diagnose und der Gruppe ohne PTBS-Diagnose.*

Störung	Diagnose nach PDS						Statistik		
	Keine PTBS (n=78)			PTBS (n=17)			t	gl	p-Wert
	n	M	SD	n	M	SD			
Depression	78	11,8	6,82	17	21,81	7,37	-5,136	22,375	0,000
Alkoholmissbrauch	69	0,45	1,18	17	1,59	2,347	-1,941	18,047	0,068
Funktionsbeeinträchtigung	51	7,63	8,23	14	16,07	8,922	-3,188	19,508	0,005

Erfassung des Funktionsniveaus durch Adaption der Funktionssubskala der Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS)

Function Free Listing nach Bolton und Tang

16 Frauen und 15 Männer nahmen an der Function Free Listing teil (Bolton & Tang, 2002). Alle genannten Aufgaben, die eine Frau in der Gemeinde (regelmäßig) erfüllen muss, wurden in 18 Hauptfunktionen eingeordnet. Sowohl Frauen- und Männerfunktionen wurden in folgende drei Kategorien unterteilt: 1) Selbst (Aufgaben, die erfüllt werden müssen, um für sich selbst zu sorgen), 2) Familie (Aufgaben, die erfüllt werden müssen, um für die Familie zu sorgen) und 3) Gemeinschaft (Aufgaben, die erfüllt werden müssen, um für die Gemeinschaft zu sorgen). Die Tabelle 16 zeigt die aufgelisteten Funktionen und die Anzahl der Frauen, die ein Problem bei der Erfüllung dieser Aufgaben aus gesundheitlichen oder psychologischen Gründen im Vergleich zu anderen Frauen haben. Zwei Frauen gaben an, Schwierigkeiten bei der Handarbeit (stricken und spinnen) zu haben; drei fanden es schwer, Tiere zu züchten und zwei hatten Probleme, der Gemeinde finanziell zu helfen. Außer dieser beschriebenen Schwierigkeiten wurden in der aus Frauen bestehender Stichprobe keine weiteren Funktionsbeeinträchtigung genannt.

Tabelle 16. *Aufgaben und Funktionsbeeinträchtigung der Frauen.*

Kategorie	Aufgabe Frauen (n=16)	Schwierigkeiten			
		f	%		
Für sich selbst	Haus putzen	6	37,5		
	Handarbeit	5	31,3	2	40,0
	Wäsche waschen	4	25,0		
	Reproduktive Gesundheit	3	18,8	1	33,3
	Sich mit Familie und Nachbarn treffen	2	12,5	1	50,0
Für die Familie	Kochen	8	50,0		
	Tiere züchten	8	50,0	3	37,5
	Auf dem Feld (chacra) arbeiten	7	43,8	1	14,3
	Bezahlte Arbeit	6	37,5	1	16,7
	Sich um die Kinder und Enkel kümmern	4	25,0		
	Kinder zu Schule schicken	4	25,0		
	Mit der Familie kommunizieren	4	25,0		
Für die Gemeinde	Der Gemeinschaft helfen	10	62,5	2	20,0
	Gemeinsame Hilfe am Feld (ayni)	3	18,8		
	Finanziell die Gemeinde unterstützen	3	18,8		
	An den kommunalen Festen teilnehmen	3	18,8		
	An Versammlungen teilnehmen	2	12,5		
	Kranke besuchen	2	12,5		

Durch die zu erfüllenden Aufgaben der Männer entstanden 19 Hauptfunktionen, die auch in Funktionen mit sich Selbst, der Familie und der Gemeinde unterteilt wurden. Vier Männern fiel es aus gesundheitlichen Gründen schwer, an den kommunalen Tätigkeiten in der Gemeinde teilzunehmen. Bei den Funktionen ‚Arbeiten, um zu überleben‘ (bezahlte Tätigkeit), ‚Auf dem Feld arbeiten‘, ‚Sich selbst vertrauen‘ und ‚Kommunale Autoritäten unterstützen‘ hatte jeweils ein Mann Schwierigkeiten. Aus der Tabelle 17 sind die Funktionen der Männer und deren entsprechenden Beeinträchtigung ersichtlich.

Tabelle 17. *Aufgaben und Funktionsbeeinträchtigung der Männer*

Kategorie	Aufgaben Männer (n=15)	f		%	
		f	%	f	%
Für sich selbst	Arbeiten, um zu überleben	8	53,3	1	6,7
	auf dem Feld arbeiten (chacra)	7	46,7	1	6,7
	Tiere züchten	3	20,0		
	verantwortlich sein	2	13,3		
	Gute Einstellung zur Arbeit haben	1	6,7		
	studieren	1	6,7		
	sich selbst vertrauen	1	6,7	1	6,7
	das Haus verbessern	1	6,7		
Für die Familie	für die Bildung, Ernährung und Gesundheit der Kinder arbeiten	9	60,0		
	Kinder erziehen	4	26,7		
	ein Vorbild für die Kinder sein	3	20,0		
	mit der Familie kommunizieren	3	20,0		
	an allen Familienmitgliedern helfen	2	13,3		
Für die Gemeinde	an gemeinsamer Arbeit teilnehmen (minka)	10	66,7	4	26,7
	an Versammlungen teilnehmen	6	40,0		
	die Autoritäten unterstützen	5	33,3	1	6,7
	gemeinsame Hilfe auf dem Feld (ayni)	2	13,3		
	ein Vorbild für die Gemeinde sein	2	13,3		
	an kommunalen Festen teilnehmen	1	6,7		

Reliabilität der neu entwickelten Funktionsskala für die PDS

Mit der Bestimmung der kulturspezifischen Funktionen durch den Einsatz der Function Free Listing wurde die Subskala des Funktionsniveaus der PDS adaptiert. Diese Funktionen erfassen im Allgemeinen die Beeinträchtigung in den persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensbereichen einer Person nach der Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis. Alle Items der PDS F-Subskala wurden durch 11 Items ersetzt welche die Funktionsbeeinträchtigung in den wichtigsten Aufgaben erfassen, die in der qualitativen Phase erhoben wurden. (Siehe Methode, Abschnitt Funktionsbeeinträchtigung).

Innere Konsistenz

Die neu entwickelte F-Skala der PDS weist hohe interne Konsistenz mit einem Cronbach`s Alpha von $\alpha = 0,94$ für die Frauen und $\alpha = 0,80$ für die Männer auf. Bezüglich der männlichen Stichprobe erhöht sich Cronbach`s Alpha auf $\alpha = 0,822$, wenn man die Funktionsfrage „An kommunalen Versammlungen teilnehmen“ entnimmt.

In der aus Frauen bestehender Stichprobe liegen die Korrelationskoeffizienten nach Pearson, die den Zusammenhang von jedem Item miteinander aufzeigen, überwiegend im hohen Bereich (Pearson zwischen $r=0,404$ und $r=0,849$). Nur die Funktion „Sich um die Kinder und die Enkel kümmern“ korreliert nicht signifikant mit den Funktionen „Gute Beziehungen mit anderen haben“ und „Gut mit der Familie kommunizieren“ ($r=0,336$; $r=0,274$).

Um den Zusammenhang von jeder Funktion mit der gesamten Funktionssubskala zu untersuchen, wurde erneut der Pearson`s Koeffizient zwischen dem Summenscore jeder Funktion und dem gesamten Summenscore der Skala ausgerechnet. Alle 11 Funktionen korrelieren hoch mit dem Gesamtwert der Funktionssubskala (Pearson zwischen $r=0,709$ und $r=0,843$). Die Mittelwerte, Standardabweichungen und verschiedenen Korrelationen der Funktionsbeeinträchtigung für die Frauen sind der Tabelle 18 zu entnehmen.

Tabelle 18. Interkorrelationen zwischen den Itemwerten von jeder Funktion der Frauen mit dem Gesamtwert der Funktionskala und mit dem PDS-Gesamtwert.

Aufgabe Frauen	M	SD	r	r mit PDS	r mit										
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Hausarbeit	0,70	0,81	,771(**)	0,245	1	,722(**)	,769(**)	,565(**)	,612(**)	,658(**)	,373(*)	,550(**)	,453(*)	,725(**)	,545(**)
2.Handarbeit	0,66	0,90	,810(**)	,498(**)		1	,658(**)	,469(**)	,733(**)	,669(**)	,504(**)	,594(**)	,378(*)	,735(**)	,727(**)
2.Tiere züchten	0,74	0,86	,843(**)	,429(**)			1	,849(**)	,659(**)	,739(**)	,499(**)	,475(**)	,583(**)	,677(**)	,580(**)
4.Auf dem Feld arbeiten	0,83	0,99	,730(**)	,500(**)				1	,571(**)	,486(**)	,484(**)	,536(**)	,418(*)	,423(*)	,515(**)
5.bezahlte Arbeit	0,66	0,90	,812(**)	,622(**)					1	,604(**)	,703(**)	,760(**)	,558(**)	,703(**)	,727(**)
6.Kümmern um Kinder	0,67	0,84	,743(**)	0,327						1	0,336	0,274	,404(*)	,655(**)	,524(**)
7.gute Beziehungen	0,71	0,94	,782(**)	,675(**)							1	,733(**)	,759(**)	,613(**)	,720(**)
8.Familienkommunikation	0,42	0,76	,769(**)	,531(**)								1	,465(**)	,736(**)	,790(**)
9.Lebenszufriedenheit	0,71	0,90	,709(**)	,605(**)									1	,557(**)	,438(*)
10.kommunale Arbeit	0,61	0,75	,759(**)	,532(**)										1	,739(**)
11.andere Aufgabe	0,40	0,69	,815(**)	,592(**)											1

In der gleichen Tabelle wird auch die Korrelation zwischen den Itemsammenwert jeder Funktion und dem PDS-Gesamtwert dargestellt. Es zeigen sich moderate Zusammenhänge zwischen allen Funktionsbeeinträchtigungen mit PDS-Schweregrad (Pearson zwischen $r=0,429$ und $r=0,675$), mit Ausnahme von den Funktionen „Sich um die Kinder und die Enkel kümmern“ und „Haus putzen, Wäsche waschen und kochen“. Die beiden Funktionen erreichen Pearson's Korrelationskoeffizienten von $r=0,327$ bzw. $r=0,245$.

Im Gegensatz zu den Frauen zeigen sich bei den Männern überwiegend geringe Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Funktionen ($r=-0,118$ und $r=0,334$). Die wenigen moderaten Korrelationen belaufen sich zwischen $r=0,375$ und $r=0,723$. Die höchste Korrelation ($r=0,73$) wird zwischen der Funktion „Für die Ernährung, Bildung und Gesundheit von sich selbst und der Familie arbeiten“ und der Funktion „Auf dem Feld (chacra) arbeiten“ erzielt.

Die Korrelationen von jeder Funktion der Männer mit der gesamten Funktionssubskala zeigen sich als signifikant und liegen in einem Bereich von $r=0,413$ und $r=0,773$. Die Funktionen „Unterstützung von Autoritäten“, „Arbeiten für die Ernährung, Bildung und Gesundheit von sich selbst und der Familie“ und „Auf dem Feld (chacra) arbeiten“ weisen die höchsten Korrelationen mit dem Gesamtwert der männlichen F-Skala auf ($r=0,754$ bis $r=0,773$).

Tabelle 19. Interkorrelationen zwischen den Itemwerten von jeder Funktion der Männer mit dem Gesamtwert der Funktionskala und mit dem PDS-Gesamtwert.

Aufgabe Männer	M	SD	r	r mit PDS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Ernährung/Bildung/Gesundheit	0,91	0,96	,754(**)	,531(**)	1	,723(**)	,542(**)	,536(**)	0,333	0,330	,398(*)	0,046	,371(*)	0,158	0,339
2.Auf dem Feld arbeiten	0,62	0,90	,766(**)	,600(**)		1	,466(*)	,621(**)	,453(*)	0,331	,488(**)	0,153	0,229	0,204	,518(**)
3.Tiere Züchten	0,52	0,80	,613(**)	,404(*)			1	0,282	,432(*)	0,283	0,229	-0,118	,462(*)	0,230	0,123
4.Familienkommunikation	0,60	0,93	,623(**)	,749(**)				1	0,120	-0,095	0,312	,375(*)	0,172	0,247	,599(**)
5.Kommunale Arbeit	0,65	0,91	,544(**)	0,154					1	,631(**)	,616(**)	0,124	-0,002	-0,039	0,045
6.Teilnahme a. Versammlungen	0,48	0,77	,502(**)	0,089						1	,585(**)	0,111	0,013	-0,065	0,008
7.Unterstützung v. Autoritäten	0,38	0,86	,773(**)	,467(*)							1	,664(**)	0,300	0,183	,411(*)
8.gute Beziehungen	0,29	0,64	,472(**)	,460(**)								1	0,334	0,070	,584(**)
9.Erziehung d. Kinder	0,45	0,77	,549(**)	,457(**)									1	,501(**)	0,280
10.Lebenszufriedenheit	0,57	0,68	,413(*)	,565(**)										1	0,255
11.Andere Aufgabe	0,13	0,34	,583(**)	,676(**)											1

Mit Ausnahme der Funktionen „An kommunaler Arbeit-“ und „An Versammlungen teilnehmen“, die keine Zusammenhängen mit dem gesamten PDS-Schweregrad aufweisen ($r=0,154$ bzw. $r=0,089$), ergeben sich in der männlichen Stichprobe moderate bis hohe Korrelationen auch zwischen allen Funktionen und dem Schweregrad der traumatischen Symptomatik (im Bereich von $r=0,404$ und $r=0,749$). Die Tabelle 19 enthält die Mittelwerte, Standardabweichungen und Korrelationen nach Pearson von der Funktionsbeeinträchtigung für die männliche Stichprobe.

Faktorenanalyse

Um die zugrundeliegenden Charakteristiken der Funktionen für die Frauen als auch für die Männer zu explorieren, wurde eine Faktorenanalyse gerechnet. Angewandt wurde eine Hauptkomponentenanalyse und eine Promax rotierende Lösung, mit einer Kaiser-Normalisierung. Aus den Funktionen der weiblichen Stichprobe konnten so zwei Faktoren extrahiert werden. Der erste Faktor besteht aus den 7 Funktionen: „An kommunalen Arbeiten teilnehmen“, „Arbeiten, um Geld zu verdienen“, „Handwerken“, „sich um die Kinder und Enkel kümmern“, „gute Beziehungen mit anderen haben“, „Haus putzen, Wäsche waschen und kochen“ sowie „eine andere Aufgabe“. Dieser Faktor klärt 65,2% der Varianz von den Funktionsbeeinträchtigungen auf. Der zweite Faktor enthält die 4 Funktionen: „Tiere züchten“, „Auf dem Feld arbeiten“, „Gut mit der Familie kommunizieren“ und „Im

Allgemeinen sich mit dem Leben zufrieden fühlen“. Dieser zweite Faktor erklärt 9,4% der Varianz der Funktionsbeeinträchtigungen. Tabelle 20 stellt die Faktorenanalyse für die Frauen dar. Die beiden Faktoren korrelieren miteinander mit einem Person's Koeffizient von $r=0,682$; dieser Korrelationswert weist darauf hin, dass beide Faktoren unabhängig sind, obwohl ein guter Zusammenhang zwischen beiden besteht. Jeder Faktor misst somit verschiedenen Konstrukte.

Tabelle 20. *Faktoranalyse für die Funktionen der Frauen.*

Aufgabe	Faktor	
	1	2
An kommunalen Arbeiten teilnehmen	0,92	
Eine andere Aufgabe	0,90	
Arbeiten, um Geld zu verdienen	0,88	
Handarbeit (stricken)	0,88	
Sich um Kinder und Enkel kümmern	0,84	
Gute Beziehungen mit anderen haben	0,83	
Haus putzen, Wäsche waschen und Kochen	0,83	
Tiere züchten		0,90
Im Allgemeinen sich mit dem Leben zufrieden fühlen		0,85
Auf dem Feld (chacra) arbeiten		0,82
Gut mit der Familie kommunizieren		0,79

In Bezug auf die Funktionen der Männer wurden 4 Faktoren extrahiert. Der erste Faktor umfasst die Aufgaben: „Für die Ernährung, Bildung und Gesundheit von sich selbst und der Familie arbeiten“, „Auf dem Feld (chacra) arbeiten“ und „Gut mit der Familie kommunizieren“. Der erste Faktor erklärt 37,5% der gesamten Varianz. Der dritte Faktor besteht aus den 3 Funktionen: „Tiere züchten“, „Die Kinder erziehen“ und „Im Allgemeinen sich zufrieden mit dem Leben fühlen“. Die gesamte Varianz für eine Funktionsbeeinträchtigung wird durch diesen Faktor mit 21,4% aufgeklärt. Der zweite und vierte Faktor enthalten jeweils 2 Funktionen: „An kommunalen Arbeiten teilnehmen“ und „An Versammlungen teilnehmen“ bzw. „Die Autoritäten unterstützen“ und „Gute Beziehungen mit anderen haben“. Die Erklärung der Varianz durch den dritten und vierten Faktor beläuft sich auf 13,5% bzw. 10,2%. In der Tabelle 21 ist die Faktorenanalyse für die Männer zu betrachten.

Tabelle 21. Faktoranalyse für die Funktionen der Männer.

Aufgabe	Faktor			
	1	2	3	4
für die Ernährung, Bildung und Gesundheit arbeiten	0,81			
am Feld (Chacra) arbeiten	0,93			
sich gut mit der Familie unterhalten und kommunizieren	0,90			
eine andere Aufgabe	0,75			
die Autoritäten unterstützen		0,93		
gute Beziehungen mit anderen haben		0,95		
Tiere züchten			0,76	
die Kinder erziehen			0,89	
im Allgemein sich mit dem Leben zufrieden fühlen			0,82	
an kommunale Arbeiten teilnehmen				0,85
an Versammlungen teilnehmen				0,93

Ergebnisse der neu entwickelten Funktionskala

Von 69 Personen, die die PDS durchgeführt hatten, antworteten 32 Männer und 33 Frauen auf die kulturspezifische Funktionskala. Die Schwierigkeit mit einer Aufgabe wurde definiert, wenn die Person eine Frequenz größer 0 angab. Eine starke Beeinträchtigung wurde ausgerechnet, wenn die Frequenz der Auftretungsprobleme mit öfter (2) und fast immer (3) angegeben wurde.

Die 22 Tabelle zeigt, dass 17 (51,5%) Frauen Beeinträchtigungen beim Haushalt wie Putzen des Hauses, Waschen der Wäsche und Kochen aufweisen, während 15% der gesamten weiblichen Stichprobe starke Probleme (öfter oder fast immer) bei der Ausführung dieser Aufgaben haben. 16 (51,6%) Frauen haben Schwierigkeiten mit dem Züchten von Tieren, von denen 6 (19,4%) eine starke Beeinträchtigung mit dieser Funktion berichten. Der Hälfte der Frauen fällt es schwer, auf dem Feld zu arbeiten, wobei 8 Frauen (26,7%) angaben, große Probleme damit zu haben. Der Anteil der Frauen, die Schwierigkeiten hatten, an kommunaler Arbeit teilzunehmen und im Allgemeinen sich mit dem Leben zufrieden zu fühlen, entspricht 15 (45,5%) bzw. 14 (45,2%) Teilnehmerinnen.

Die Funktionsbeeinträchtigungen der Frauen sind in folgender Tabelle 22 dargestellt. Die Prozente in der letzten Spalte entsprechen einer starken Beeinträchtigung in der entsprechenden Funktion.

Tabelle 22. *Darstellung von der Funktionsbeeinträchtigung der Frauen.*

Aufgabe	n	Schwierigkeit		starke Schwierigkeit	
		f	%	f	%
Tiere züchten	31	16	51,6	6	19,4
Haus putzen, Wäsche waschen und Kochen	33	17	51,5	5	15,2
Auf dem Feld (chacra) arbeiten	30	15	50	8	26,7
An kommunale Arbeiten teilnehmen	33	15	45,5	5	15,2
Gut mit der Familie kommunizieren	31	14	45,2	6	19,4
Im Allgemeinen sich mit dem Leben zufrieden fühlen	31	14	45,2	7	22,6
Sich um Kinder und Enkel kümmern	30	13	43,3	7	23,3
Handarbeit (stricken und spinnen)	32	13	40,6	7	21,9
Arbeiten, um Geld zu verdienen	32	13	40,6	7	21,9
Gute Beziehungen mit anderen haben	31	9	29	3	9,7
Eine andere Aufgabe	31	10	28,6	4	12,9

Bezüglich auf die männlichen Funktionen berichten 19 Männer (59,4%) Mühe bei der Arbeit für Ernährung, Bildung und Gesundheit von sich selbst und der Familie zu haben, während 7 (21,8%) Männer von dieser Gruppe starke Schwierigkeiten damit zu schein haben. Für 14 Männer (46,7%) bestehen Schwierigkeiten sich mit dem Leben zufrieden zu fühlen, wobei drei (10,0%) von ihnen besonders große Probleme damit hatten. Darüber hinaus fanden 13 (41,9%) schwierig sich an kommunalen Arbeiten zu beteiligen, von denen 5 (16,6%) eine starke Beeinträchtigung mit dieser Teilnahme berichten. Ebenso haben 12 Männer (41,4%) Beeinträchtigungen, auf dem Feld (Chacra) zu arbeiten, von denen 4 (13,8%) diese Aufgabe sehr schwer fällt. Für 11 (36,7%) Männer ist es schwierig, gut mit der Familie zu kommunizieren, und 3 (9,7%) dieser Gruppe weisen darauf hin, öfter oder fast immer Probleme damit zu haben.

Tabelle 23 stellt die männliche Funktionsbeeinträchtigung dar.

Tabelle 23. Darstellung von der Funktionsbeeinträchtigung der Männer.

Aufgabe	n	Schwierigkeit		starke Schwierigkeit	
		f	%	f	%
Für die Ernährung, Bildung und Gesundheit von sich selbst und der Familie arbeiten	32	19	51,6	7	21,88
Im Allgemeinen sich mit dem Leben zufrieden fühlen	30	14	46,7	3	10,00
An kommunalen Arbeiten teilnehmen	31	13	41,9	5	16,13
Auf dem Feld (chacra) arbeiten	29	12	41,4	4	13,79
Gut mit der Familie kommunizieren	30	11	36,7	5	16,67
An Versammlungen teilnehmen	31	11	35,5	3	9,68
Tiere Züchten	27	9	33,3	5	18,52
Die Kinder erziehen	31	10	32,3	3	9,68
Gute Beziehungen mit anderen haben	31	7	22,6	1	3,23
Die Autoritäten unterstützen	29	6	20,7	3	10,34
Eine andere Aufgabe	31	4	12,9	0	0,00

Zusammenhang zwischen Funktionsbeeinträchtigung und PTBS nach PDS

Von 31 (96,9%) Männern, die eine Funktionsbeeinträchtigung in der Funktionssubskala berichten, leiden 6 unter einer PTBS. Im Bezug auf die Frauen gaben 28 (84,8%) an, funktionsbeeinträchtigt zu sein. Von denen erfüllten 8 alle Kriterien für eine PTBS.

Durch einen T-Test ($t = -2,797$; $gI = 10,004$; $p\text{-wert} = 0,019$) zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des Summenscores der F-Skala zwischen Frauen mit PTBS ($M = 19,13$; $SD = 10,589$) und Frauen ohne PTBS ($M = 7,64$; $SD = 8,426$). Bei der männlichen Stichprobe erweist sich ebenso ein signifikanter Unterschied zwischen der mit PTBS diagnostizierten Gruppe ($M = 12$, $SD = 3,899$) und der ohne PTBS ($M = 7,62$; $SD = 8,208$) (T-Test $t = -1,937$; $gI = 16,918$; $p\text{-Wert} = 0,070$). Die zwei folgenden Schaubilder 2 und 3 veranschaulichen diese Summenscore-Unterschiede sowohl für die Frauen als auch für die Männer.

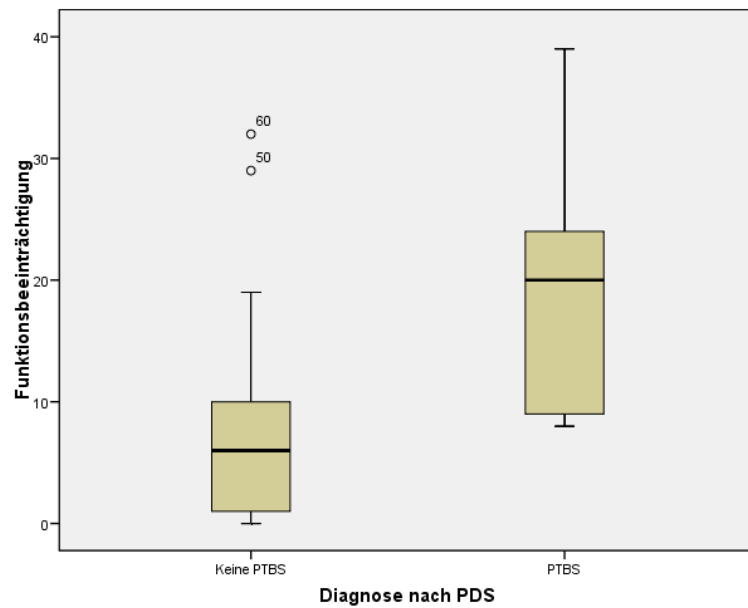


Schaubild 2. Vergleich der Funktionsbeeinträchtigung der Frauen zwischen den unter einer PTBS leidenden Frauen und den Frauen ohne PTBS.

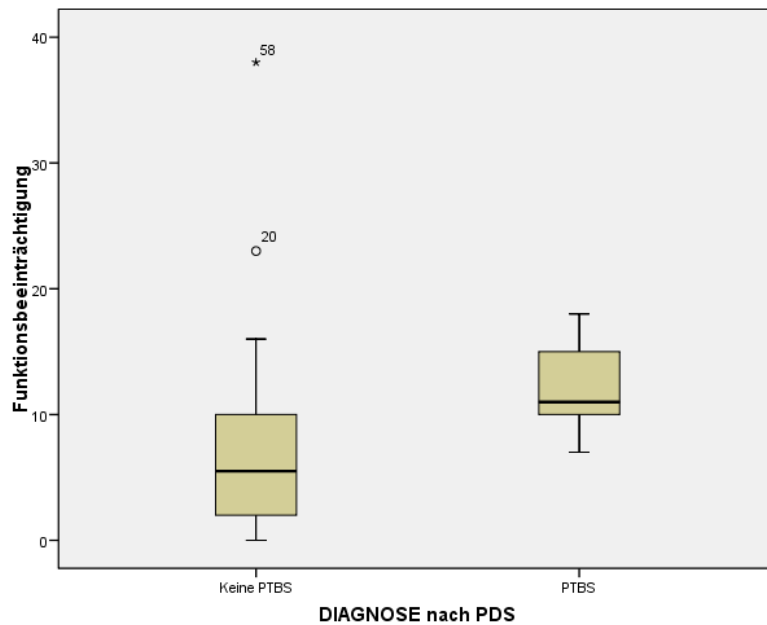


Schaubild 3. Vergleich der Funktionsbeeinträchtigung der Männer zwischen den unter einer PTBS leidenden Männern und den Männern ohne PTBS.

Nachstehend werden die Pearson's-Korrelationen zwischen den Summenwerten von Funktionsbeeinträchtigung und den anderen Kriterien zur PTBS-Diagnostik bzw. den Schweregrad von PTBS gemäß PDS getrennt für Frauen und Männer in der Tabelle 24 dargestellt. Während sich für die Frauen eine moderate Korrelation von $r=0,580$ zwischen der Funktionsbeeinträchtigung und der Entwicklung von PTBS erzielt, erreicht Pearson's in Bezug auf die Männer eine niedrige Korrelation von $r=0,386$. Im Allgemeinen ergeben sich moderate Korrelationen zwischen Funktionsbeeinträchtigung und den B, C, und D Kriterien bei der weiblichen Gruppe ($r=0,351$ bis $r=0,633$). Bezüglich der Männer werden niedrige Zusammenhänge zwischen den B, C, D und F Kriterien der PTBS erreicht ($p=0,315$ bis $p=3,54$).

Tabelle 24. Korrelationen zwischen der Funktionsbeeinträchtigung getrennt nach Geschlecht und den diagnostischen Subskalen für die Diagnose einer PTBS.

Tabelle 24. *Korrelationen zwischen der Funktionsbeeinträchtigung getrennt nach Geschlecht und den diagnostischen Symptomskriterien für eine PTBS.*

Kriterien	Funktionsbeeinträchtigung	
	Männer	Frauen
B. Wiedererleben	,354*	,351*
C. Vermeidung	0,315	,523**
D. Überregung	0,337	,633**
PDS Schweregrad	,386**	,580**

DISKUSSION

In der Stichprobe wurde eine Rate von PTBS von 17,9% durch die PDS gefunden. Die Befragten waren im Laufe ihres Lebens mit mindestens einem potentiell traumatischen Ereignis konfrontiert und 88,4% empfanden diese Erfahrung als traumatisch. 98,6% wiesen mindestens ein Symptom des Wiedererlebens auf. 75,4% erfüllten das Kriterium der Vermeidung und 91,0% zeigten Übererregungssymptomatik. Zuletzt waren 90,8% der Befragten in ihrem Funktionsniveau beeinträchtigt. Um diese Prävalenzen darstellen zu können, musste die PDS in der Quechua sprechenden Population validiert werden.

Im Folgenden werden die Hypothesen zur Validierung der Ereignisliste, des Hauptteils der PDS und der Funktionsliste erörtert. Als erstes wird die Validierung der Ereignisliste diskutiert. Im Einklang mit der ersten Hypothese wurde festgestellt, dass die neu adaptierte Ereignisliste intern konsistent ist und ihre Ereignisitems jene traumatischen Ereignisse erfassen, welche in der gesamten Stichprobe zu einer PTBS führen. Die verwendete Ereignisliste besitzt eine gute innere Konsistenz mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha=0,77$. Mit Ausnahme des Ereignisses „sexueller Missbrauch durch Fremde“, korrelieren alle Ereignisse klein bis moderat mit der gesamten Ereignisliste (Trennschärfe=0,24 bis Trennschärfe=0,68). Zudem zeigt das Ereignis „sexueller Missbrauch durch Fremde“ keinen Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungssymptomatik ($r=-0,05$), was die Erwägung einer Eliminierung dieses Ereignisses provoziert. In der Literatur wird im Allgemeinen über starke Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch - vor allem bei Frauen - und PTBS berichtet (z.B. CVR, 2001; Theidon, 2004).

Theidon (2004) beschreibt die gesellschaftlichen Schwierigkeiten, welchen Frauen in diesen andinen Quechua-Gemeinden ausgesetzt sind, wenn sie offen über sexuellen Missbrauch sprechen. Denn die Frauen haben Angst davor, von ihren Männern verlassen zu werden, was in einer von Männern dominierten Gesellschaft eine äußerst schwierige Situation für Frauen darstellt. Zudem ist die Erfahrung des sexuellen Missbrauchs durch Fremde ein äußerst schambesetztes Thema, boten doch die Frauen oftmals „freiwillig“ ihren Körper im Tausch für das Überleben ihrer Familien an. Darüber schweigen die Frauen lieber, um den Vorwürfen, sich sexuellen Leistungen sowohl der „Senderistas“ als auch vom Militär ergeben zu haben, zu entgehen. Dies

lässt auch in dieser Studie vermuten, dass die Frauen die Frage nach sexuellem Missbrauch oftmals entweder nicht ehrlich beantworteten, oder eine Antwort darauf verweigerten. Ein anderer Hinweis auf die Probleme dieses Items liegt auf der Seite der Interviewer, welche berichteten, in vielen Fällen die Frage aus Schamgefühlen nicht gestellt zu haben. Zudem kann bei einem odds ratio-Wert von 0,63 davon ausgegangen werden, dass eine Person nach dem Ereignis, sexuell durch Fremde missbraucht worden zu sein, mit einer Wahrscheinlichkeit von 38% eine PTBS entwickelt. Trotz der geringen Konsistenz und des nicht vorhandenen Zusammenhangs mit der PTBS Symptomatik, sollte das Item „sexueller Missbrauch durch Fremde“ beibehalten werden, unter der Voraussetzung, dass zukünftige Interviewer eine gute Schulung im Umgang mit der Thematik sexuellen Missbrauchs in dieser Population erhalten.

Das Ereignis „Leichen und Blut sehen“ wurde fünf Mal frei genannt. Fünf Mal war das Ereignis nach DSM-IV traumatisch und vier Mal führte es zu einer PTBS. Dieses Ereignis korrelierte von allen Ereignissen am höchsten mit posttraumatischer Symptomatik ($r=0,38$) und führte mit einer Wahrscheinlichkeit von 96,0% (odds ratio=23,69) zu einer PTBS. Zu beachten ist, dass das Ereignis frei genannt wurde. Breslau (2002) schreibt dazu, dass frei genannte einzelne Ereignisse spezifischer sind, seltener genannt werden und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu einer PTBS führen als Ereignisse aus einer Liste, die in ihrer Prävalenz häufiger sind. Die erhaltenen Ergebnisse zeigen die hohe Relevanz, welches dieses Ereignis als Auslöser einer PTBS in dieser Population innehält und sollte deshalb der Ereignisliste hinzugeführt werden. Eine Beifügung würde zudem auch die innere Konsistenz der Ereignisliste von Cronbach's Alpha $\alpha=0,767$ auf $\alpha=0,781$ verbessern.

Werden diese Empfehlungen beachtet, erweist sich die neu erstellte Ereignisliste als ein konsistentes Instrument, welches die traumatischen Ereignisse zur Entwicklung einer PTBS bei der indigenen Bevölkerung von Ayacucho in Peru erheben und in folgenden Studien in dieser Population eingesetzt werden kann.

Als nächstes werden Hypothesen besprochen, die sich mit der Validierung des PDS-Hauptteil beschäftigen. Die zweite Hypothese dieser Arbeit, die die Reliabilität der PDS abdeckte, konnte bestätigt werden: die PDS erwies sich in der Anwendung bei der indigenen Bevölkerung als ein konsistentes Untersuchungsinstrument mit einem

Cronbach's Alpha von $\alpha=0,88$. Außerdem ergaben sich moderate Korrelationen zwischen den PDS-Symptomitems und dem PDS-Schweregrad ($r=0,55$ bis $r=0,66$). Die Subskalen von PDS korrelieren hingegen hoch mit dem PDS-Schweregrad ($r=0,84$ und $r=0,86$).

Die gute innere Konsistenz der PDS wurde auch in vorausgegangenen Untersuchungen in verschiedenen Populationen bestätigt; mit sexuell missbrauchten Frauen in westlichen Ländern ($\alpha=0,92$) (Foa et al., 1997); in den USA mit arabischen weiblichen Flüchtlingen ($\alpha=0,93$) (Norris & Aroian, 2007); in ruandischen und somalischen Flüchtlingspopulationen ($\alpha=0,94$ und $\alpha=0,92$), (Ertl, 2005; Saile, 2008); sowie mit Überlebenden des Krieges in Bosnien-Herzegovina ($\alpha=0,93$) (Powel & Rosner, 2005) und bei ehemaligen Kämpfern in Somalia ($\alpha=0,86$), (Odenwald et al., 2007). Im Vergleich mit der Normstichprobe von Foa et al. (1997) verhalten sich die Cronbach's Alpha der Subskalen dieser Studie in ähnlicher Weise (Wiedererleben: $\alpha=0,78$ vs. $\alpha=0,78$ bei Foa; Vermeidung: $\alpha=0,77$ vs. $\alpha=0,86$; Übererregung: $\alpha=0,71$ vs. $\alpha=0,86$).

Hinsichtlich der dritten Hypothese erweist sich die PDS als hoch sensitiv und als überwiegend spezifisch. Es besteht eine geringe bis hohe Übereinstimmung zwischen dem Screeningverfahren PDS und dem Experteninterview CAPS bezüglich der Diagnose einer PTBS, sowie den Werten von Subskalen und Einzelsymptomen.

Als erstes wird die Übereinstimmung zwischen PDS und CAPS in Bezug auf die Diagnose einer PTBS diskutiert. Als Übereinstimmungsmaß erreichte Kappa einen moderaten Wert von $K=0,57$. Damit befindet sich die vorliegende Studie im durchschnittlichen Bereich, vergleicht man sie mit anderen Studien, welche auch PDS zur Identifikation von PTBS verwendeten (Brewin, 2005).

Des Weiteren zeigt die ROC-Analyse die größte Übereinstimmung zwischen PDS und CAPS bei einer Auswertung der PDS nach den DSM-IV Kriterien unter der Einbeziehung eines Schwellenwertes von 25. Auch andere Studien wie zum Beispiel Sheeran und Zimmerman (2002) fanden die höchste Übereinstimmung zwischen PDS und SCID bei der Verwendung eines ähnlich hohen Schwellenwertes von 27 unter der Erfüllung der DSM-IV Kriterien. Zusätzlich wurde der gleiche Schwellenwert von 27 als höchstes Übereinstimmungsmaß in der vorliegenden Studie gefunden, jedoch ohne Einbeziehung der DSM-IV Kriterien. In der Validierungsforschung werden verschiedene Methoden angewandt, um eine bessere Übereinstimmung eines Screeningverfahrens

mit einer Messung durch Experten zu schaffen (Brewin, 2005). Die Bestimmung eines Schwellenwertes und die Verwendung der DSM-IV Kriterien gehören zu den gängigen Auswertungsmethoden der PTBS - Diagnostikinstrumente. So wurde in einigen Studien die Effizienz der PDS verbessert, indem für die Auswertung ein Schwellenwert und die DSM-IV Kriterien kombiniert angewandt wurden (Griffin et al., 2004; Ehring et al., 2007; Odenwald et al., 2007). Dennoch sind Verfahren, die entweder nur einen Schwellenwert oder nur die DSM-IV Kriterien anwenden, nicht weniger valide (Brewin, 2005). Beispielsweise fanden Guttmundsdottir und Beck (2004) bei der Einsetzung von CAPS mit Asylbewerbern aus Tschetschenien, Afghanistan und Westafrika heraus, dass die Berücksichtigung der DSM-IV Kriterien, die Effizienz von CAPS verschlechterte. Um den Schwellenwert niedriger zu halten und die allgemeingültigen Diagnosekriterien zu bedenken, wurde in der vorliegenden Studie entschlossen, den Schwellenwert von 25 unter Einbeziehung der DSM-IV Kriterien anzuwenden, um die Prävalenz der PTBS in der untersuchten Stichprobe zu erfassen.

Als nächstes werden die wichtigsten Indikatoren der Effizienz eines diagnostischen Instrumentes diskutiert, wie die Sensitivität, Spezifität, positive und negative Vorhersagekraft. In der vorliegenden Studie erreichte die PDS den höchsten Sensitivitätswert von 1,00. Dieser Wert steht im Einklang mit zahlreichen vorangegangener Validierungsstudien (Foa et al., 1997; Griffin et al., 2003; Ertl, 2005; Coffey et al., 2006; Odenwald et al., 2007; Saile, 2008). Dieser hohe Sensitivitätswert versichert, dass das Instrument alle unter eine PTBS leidenden Personen tatsächlich identifiziert. Brewin (2005) wies in seiner Metaanalyse darauf hin, dass generell die PDS eine hohe Sensitivität aufweist, jedoch im Durchschnitt nur geringere Werte für die Spezifität erreicht. In der vorliegenden Studie erzielt die Spezifität einen zufriedenstellenden Wert von 0,8. Dieser Wert besagt, dass die PDS in dieser Population in der Lage ist, bis zu einer Wahrscheinlichkeit von 80%, alle Personen ohne PTBS als solche zu identifizieren. In diesem Zusammenhang werden 20% der Personen, die keine PTBS haben, mit einer PTBS-Diagnose falsch klassifiziert.

Betreffend die zufriedenstellende Spezifität lassen sich zwei Gesichtspunkte diskutieren. Auf der einen Seite sollte die falsch positiv diagnostizierte Rate kein großes Problem für die Verwendung der PDS darstellen, denn für die anwendenden Experten sollte die Identifikation positiver Fälle im Vordergrund stehen. Die Frage nach

Spezifizierung des Vorhandenseins von PTBS-Fällen würde erst bei einer Behandlung des Befragten zum Thema werden. Auf der anderen Seite bedeutet eine Überschätzung des PTBS- Störungsbildes einen beachtenswerten Negativaspekt, denn durch die falschen Diagnosen können Viktimisierungsprozesse begünstigt oder verstärkt werden. Zum Teil werden Personen in Opferrollen gedrängt oder nehmen diese ein, um sich dadurch einen sekundären Gewinn zu versprechen, was wiederum den Genesungsprozess verlangsamt oder hindert. Deshalb ist es von großer Wichtigkeit, dass das Gesundheitspersonal bei der Erstellung der Diagnosen verantwortungsvoll vorgeht.

Für einen klinischen Ansatz ist es auch von Bedeutung, dass die hohe Sensitivität eines Screeningverfahrens mit einem hohen positiven Vorhersagekraftwert einhergeht (Sheeran & Zimmerman, 2002). Mit einem positiven Vorhersagekraftwert von 0,5 in der vorliegenden Studie kann mit der PDS von allen mit PTBS diagnostizierten Fällen nur 50% richtig positiv diagnostiziert werden. Diese Überschätzung der PTBS- Rate hat zur Folge, dass die die PDS anwendenden Personen durch Nutzung anderer Instrumente oder Verfahren die Feststellung einer PTBS- Diagnose überprüfen müssen, was mehr Zeit und Ressourcen beansprucht. Mit einem negativen Vorhersagerkraftwert von 1,0 gibt die PDS dem durchführenden Experten eine Sicherheit, dass diese sich 100% darauf verlassen können, dass alle negativen Fälle auch in Wirklichkeit keine PTBS- Fälle sind. Das bedeutet, dass bei der Angabe der PDS, eine PTBS sei nicht vorhanden, diese negativ diagnostizierten Personen nicht genauer untersucht werden müssen.

Als zweiten Unterpunkt der dritten Hypothese bezüglich der Validierung des Hauptteils der PDS wird die Übereinstimmung zwischen PDS und CAPS nun hinsichtlich der Subskalen diskutiert. In dieser Studie wurde eine geringe Übereinstimmung der Subskalen von Wiedererleben (Kappawert konnte nicht ausgerechnet werden)⁵, Vermeidung ($k=-0,11$) und Übererregung ($k=0,194$) gefunden. Dennoch ließen sich moderate Zusammenhänge zwischen der Gesamt- und Subskalenwerte der PDS und der Gesamt- und Subskalenwerte der CAPS (Häufigkeit und Gesamt) beobachten (Pearson's Korrelationen von $r=0,428$ bis $r=0,536$). Werden die Prozentwerte der

⁵ Für die Subskala des Wiederlebens konnte kein Kappawert ausgerechnet werden, da gemäß der PDS alle Teilnehmer der Validierungstichprobe mindestens unter einem Symptom von Wiedererleben litten und für die statistische Auswertung daher diese Variable als eine Konstante angesehen wird.

Kriterien beider Skalen verglichen, sieht man, dass die PDS bei der Wiedererlebens- und Übererregungssymptomatik bis zu einer doppelten und bei der Vermeidungssymptomatik bis zu einer dreifachen Überschätzung der PTBS-Symptomatik führt. Offensichtlich schätzt die PDS in der vorliegenden Studie die traumatische Symptomatik zu hoch ein. Griffin et al. (2004) fanden in ihrer Studie ähnliche Überschätzungstendenzen der PDS und begründen diese durch Effekte der unterschiedlichen Wertung der beiden Fragebögen: während die CAPS Häufigkeit und Intensität eines Symptoms abfragt, fragt die PDS nur nach Häufigkeit eines Symptoms.

Im folgenden Abschnitt wird sich mit der Übereinstimmung der unterschiedlichen Subskalen der Funktionsbeeinträchtigung von PDS und CAPS auseinandergesetzt. Betrachtet man die Anzahl der Personen mit Funktionsbeeinträchtigung, besteht eine Übereinstimmung beider Instrumente. Trotzdem ergibt sich kein Zusammenhang zwischen beiden Skalen ($K=-0,14$; $r=-0,17$). Die beiden Instrumente erfassen zwar die Funktionsbeeinträchtigung der Stichprobe auf ihre eigene Weise, stimmen jedoch aus Konstitutionsgründen nicht miteinander überein. Denn in dieser Studie beinhalten PDS und CAPS nicht zusammenstimmende Funktionsskalen, mit sowohl in Qualität als auch Quantität unterschiedlichen Items: während die F-Skala der PDS mit 11 Items exklusiv nach den bestehenden Schwierigkeiten einer Person bei der Ausführung von kulturspezifischen Funktionen fragt, besteht die F-Skala der CAPS aus drei allgemeinen Fragen nach Beeinträchtigung in Beruf, Sozialleben und Familie. Die niedrigen Korrelationskoeffizienten offenbaren, dass beide Funktionsskalen nicht vergleichbar sind.

Im Hinblick auf den dritten Unterpunkt der dritten Hypothese bezüglich der Validierung des Hauptteils der PDS wird die Übereinstimmung der einzelnen Symptome im nächsten Abschnitt betrachtet. Geringe Kappawerte deuten auf schwache Zusammenhänge zwischen PDS und CAPS hin. Trotzdem erreichen beide Instrumente teils ähnliche Prozentwerte für die Präsenz eines Symptoms, was so interpretiert werden könnte, dass sich für die Identifizierung von traumatischer Symptomatik beide Instrumente vereinbaren ließen.

Man kann davon ausgehen, dass die niedrigen Kappawerte, sowohl für die einzelnen Symptome als auch für die diagnostischen Subskalen, sich unter anderem auf die kleine Validierungsstichprobengröße zurückführen lassen. In einer aus 24

Teilnehmern bestehenden Stichprobe werden die statistischen Parameter für jede Veränderung sehr sensibel. Generell ist es schwierig, mit solchen Stichprobengrößen valide Aussagen zu treffen. Außerdem wurden als Folge der kleinen Validierungsstichprobe nur vier positive Fälle von PTBS mit der CAPS identifiziert. Dies beschränkt die statistische Aussagekraft der ROC- und Schwellenwertanalyse. Trotz der kleinen Stichprobengröße kann angenommen werden, dass sich die Übereinstimmung zwischen PDS und CAPS unter günstigeren Bedingungen verbessern könnte. Beispielsweise, vergleicht man die Z-Werte der PDS und der CAPS, ergeben sich bei den zwei Instrumenten ähnliche Ausprägungen für Gesamt- und Subskalenwerte.

Aus den vorhergegangenen Argumenten wird offenkundig, dass in der vorliegenden Studie die PDS hoch sensitiv und ausreichend spezifisch für die Identifikation von möglichen PTBS-Fällen in den andinen Quechua sprechenden Gemeinden Perus ist. Gestützt durch die genannten Gründe kann vermutet werden, dass die Anwendung der PDS in größeren Stichproben bessere Übereinstimmungswerte erzielen würde.

Während die konvergente Validität durch die vorherige Hypothese abgedeckt wurde, wird nun der Fokus auf die kongruente Validität gerichtet. Die vierte Hypothese betrachtend, erweist sich die PDS als teils kongruent valide. Personen die als unter PTBS leidend diagnostiziert wurden, weisen signifikant öfter eine komorbide Störung der Majoren Depression ($t=-5,14$; $df=22,38$; $p<0,01$) auf. Zudem sind sie stärker in ihren Funktionen beeinträchtigt ($t=-3,19$; $df=19,51$; $p<0,01$) als nicht mit PTBS diagnostizierte Personen dieser Stichprobe. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen PTBS und Alkoholmissbrauch konnte nicht gefunden werden, jedoch konnte eine klare Tendenz beobachtet werden ($t=-1,94$; $df=18,05$; $p=0,068$).

Während die konkurrente Validität der PDS in anderen Studien mit nicht-westlichen Stichproben bestätigt wird (z.B. Odenwald et al., 2007; Saile, 2008; Norris & Aroian, 2008), muss reflektiert werden, warum sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen PTBS und Alkoholmissbrauch ergab. Die befragten Personen in dieser Stichprobe erzählten, dass vor allem bei sozialen Festivitäten Alkohol konsumiert werden würde, aber des Weiteren tranken sie kein Alkohol, da sie evangelisch seien. Im Hochland existieren vielzählige christliche Gruppierungen, die die Abstinenz von Alkohol propagieren und fördern. Dadurch könnte es zu einer Verzerrung der Daten

Erfassung von Traumafolgestörungen in indigenen Gemeinschaften Ayacuchos - Peru

über Alkoholmissbrauch aufgrund von sozialer Erwünschtheit beziehungsweise Schamgefühlen kommen. Denn auch Theidon (2004) und Elsass (2001) berichten, dass die *traumatisierten* Quechua- Indigenen Alkohol tranken, um die schwierigen Zeiten zu vergessen.

Nachdem die Diskussion der Validierung des PDS- Hauptteils abgeschlossen wurde, wird nun die Validierung der Funktionsskala erörtert. Da erhebliche Unterschiede nicht nur zwischen westlichen und nicht-westlichen Ländern, sondern auch innerhalb eines Landes im Bezug des Funktionsniveaus von Menschen bestehen, ist es von größter Bedeutung, Instrumente zu entwickeln, die in der Lage sind, die Konzepte der bestimmten Population zu untersuchen. Um die genauen kulturspezifischen Funktionen der peruanischen Quechua in Ayacucho zu erfassen, wurde die Methode der Function Free Listing nach Bolton und Tang (2002) angewandt. Mit Hilfe der erhaltenen Funktionsliste von allen wichtigen Aufgaben der Einwohner der andinen Gemeinden wurde eine neue Funktionsskala für die PDS zusammengestellt.

Im Einklang mit der fünften Hypothese wurde gefunden, dass die neu adaptierte Funktionssubskala für die PDS konsistent ist und ihre Funktionsitems hohe Korrelationen sowohl miteinander als auch mit dem Gesamtwert der Funktionssubskala für Frauen und für Männer erreichen. Mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha=0,94$ erwies sich die Funktionssubskala der Frauen als hoch intern konsistent. Nach einer Itemanalyse wurde herausgefunden, dass die 11 Funktionen der Frauen gut miteinander korrelieren und jede Funktion somit im guten Zusammenhang mit der gesamten Funktionsskala steht ($r=0,71$ bis $r=0,84$). Außerdem korrelieren alle Funktionen moderat mit der posttraumatischen Symptomatik, so dass es bei der Funktionssubskala der Frauen nicht notwendig ist, eine Funktion zu eliminieren. Bolton und Tang (2002) fanden ebenso gute interne Konsistenzen von Cronbach's Alpha von $\alpha=0,82$ und $\alpha=0,88$ für in Ruanda und Uganda durchgeführte Funktionserfassung für die Frauen.

Die Cronbach's Alpha für die Männer in ihrer Stichprobe beliefen sich auf 0,82 beziehungsweise 0,89 (Bolton & Tang, 2002). In der vorliegenden Studie hingegen erreichte Cronbach's Alpha für die Männer einen Wert von $\alpha=0,80$, als Maß der hohen internen Konsistenz. Trotzdem ergaben sich keine bis geringe Zusammenhängen

zwischen den Funktionen ($r=-0,09$ bis $r=0,33$), obwohl alle Aufgabe der Männer mit dem Summenwert ihrer Funktionskala signifikant moderat korrelierten ($r=0,41$ bis $r=0,77$). Dies weist darauf hin, dass zwar die Funktionalität der Männer in dieser Gemeinde durch diese bestimmten Aufgaben erfasst werden kann, diese Funktionen der Männer aber trotzdem wenig voneinander abhängen. Auch die Faktorenanalyse, bei der vier Faktoren extrahiert wurden, bestätigt diese Unabhängigkeit der Funktionen der Männer. Die Funktionen der Frauen gruppieren sich dagegen nur in zwei Faktoren, die miteinander moderat korrelieren ($r=0,68$). Jedoch müssen diese beiden Faktorenanalysen mit Vorsicht interpretiert werden, da die nach Geschlecht getrennte Stichprobe sehr klein ist und dadurch die statistische Teststärke beeinträchtigt ist.

Aus der Funktionsanalyse der Männer geht hervor, dass drei der extrahierten Faktoren mit der PTBS-Symptomatik korrelieren, was auf eine Funktionsbeeinträchtigung aufgrund der traumatischen Symptomatik hindeutet. Nur der vierte Faktor, der aus den beiden Funktionen „an kommunaler Arbeit teilnehmen“ und „an kommunalen Versammlungen teilnehmen“ besteht, zeigt keinen Zusammenhang von Beeinträchtigung und posttraumatischer Symptomatik ($r=0,154$ bzw. $r=0,089$). Nach Theidon (2004) spielen die Aufgaben der kommunalen Arbeit und der kommunalen Versammlungen eine große Rolle für die Mitglieder der traditionell ausgerichteten Quechua- Gemeinden, denn diese Aufgaben sind der Raum, um Vertrauen zu gewinnen, den Sinn von Kollektivität zu fördern und ein Mittel, um die Ordnung der Gemeinde aufrechtzuerhalten. Zudem wird das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gemeinschaft gefördert (Theidon, 2004). In den kommunalen Versammlungen werden die Probleme der Gemeinde diskutiert, Lösungen vorgeschlagen und Entscheidungen getroffen, so dass diese Treffen soziale Unterstützung anbieten, die sehr wichtig für die Verarbeitung von schwierigen Situationen sind (fast therapeutisch). Aus diesem Grund wird angenommen, dass die Teilnahme an kommunalen Versammlungen mehr ein beeinflussender Faktor für die Genesung von posttraumatischen Symptomen darstellt als ein korrelierter Faktor für PTBS und daher in keinem positiven Zusammenhang mit der Störung steht. Daher müssten im Prinzip diese zwei Aufgaben von der Funktionskala für die Männer eliminiert werden; jedoch

stellen sie zwei wichtige Funktionen der Männer in dieser Gemeinde dar, und es wird deshalb empfohlen, diese beiden Funktionsitems beizubehalten.

Die sechste Hypothese, dass PTBS-Diagnostizierte signifikant höhere Funktionsbeeinträchtigung vorweisen als Personen ohne PTBS, konnte unterstützt werden. Frauen mit einer PTBS sind mehr als doppelt so häufig funktionsbeeinträchtigt wie Frauen ohne PTBS ($M=19,13$; $SD=10,59$ vs. $M=7,64$; $SD=8,42$). Auch bei den Männern treten bei den unter PTBS Leidenden doppelt so häufig Funktionsprobleme auf als bei den Männer ohne PTBS ($M=12,00$; $SD=3,90$ vs. $M=7,62$; $SD=8,20$). Die Ergebnisse in dieser Quechua-Population bestätigen die allgemeingültigen Auswirkungen von traumatischer Symptomatik.

Zum Abschluss bleiben die Nachteile der Studie zu bedenken. Folgende methodische Einschränkungen können hervorgehoben werden. Als erstes ist die kleine Stichprobengröße für die Validierung von 24 Individuen zu bemängeln. In der Regel werden für eine Validierung Stichprobengrößen von 50 Teilnehmern oder mehr ausgewählt. Es kann angenommen werden, dass sich die vorliegenden Kappawerte für die Übereinstimmung der PDS und CAPS mit Hilfe einer größeren Stichprobe verbessert hätten.

Des Weiteren muss der verzögerte Datenerhebungszeitpunkt für die Validierung kritisiert werden. Während die Erhebung der PDS im März stattgefunden hatte, wurden die Experteninterviews zwischen Juni und September durchgeführt. Dennoch kann man davon ausgehen, dass die zeitliche Verzögerung einen zu vernachlässigenden Einfluss auf die Ergebnisse dieser Studie hervorbrachte, da die schwierigen Traumata-gezeichneten Tage weit in der Vergangenheit liegen und das gegenwärtige Leben in Chuschi und Quisillaccta verhältnismäßig ruhig und vorhersehbar vonstatten geht.

Auch die mangelnde Ausbildung der lokalen Interviewer, Studenten der Universität Ayacuchos, und deren geringe Erfahrung im Bereich der Psychodiagnostik und klinischen Krankheitsbildern muss erwähnt werden. Die sehr kurze Trainingsphase hätte nur verlängert werden können unter der Bedingung, dass die Studenten eine finanzielle Entschädigung erhalten hätten. Weitere zukünftige Projekte mit Ausbildung lokaler Interviewer sollten die finanzielle Voraussetzung bieten können, um intensivere Schulung und fundiertes diagnostisches Wissen garantieren zu können.

Schwierig gestaltet sich auch die Übersetzung der Instrumente in die Quechua-Sprache. Quechua ist eine Sprache, dessen semantische Strukturen sich sehr von der Spanischen unterscheiden. Die Interviewer betonten fortlaufend die Unmöglichkeit, die Instrumente verbatim übersetzen zu können, da die Quechua mehr Worte und längere Umschreibungen für die gleichen Inhalte verwenden würden. Ein stärkeres Investieren von Zeit in Fokusgruppen, die sich ausschließlich der Übersetzung widmeten, wäre ratsam für zukünftige Investigationen.

Als wichtiger Punkt kann auch die Erwartungshaltung der Befragten genannt werden. Da Chuschi und Quispillaccta in der Regel häufig mit nationalen und ausländischen Hilfsorganisationen konfrontiert sind, nehmen die Dorfbewohner des häufigeren eine Opferrolle ein mit dem Glauben, dadurch für sich etwas gewinnen zu können. Dies kann unter Umständen zu einer Übertreibung beziehungsweise Simulation der Beschwerden führen, was die Überschätzung der PTBS-Rate durch die von Laien durchgeführte PDS erklären könnte (im Vergleich zu den Experteninterviews des CAPS).

Als einer der wichtigsten Kritikpunkte muss das Zeitverständnis der Bevölkerung diskutiert werden. Viele der Interviewer gaben an, dass die befragten Personen oftmals keine Zeitangaben bezüglich ihrer Beschwerden machen konnten. So wussten sie nicht wie lange sie die Symptomatik hatten und wie viel später sie nach dem Ereignis auftrat. Die gleichen Probleme traten bei der Durchführung der CAPS durch Experten auf. Viele Angaben des Zeitkriteriums widersprechen sich, wobei nicht ganz klar ist, ob dies auf das mangelnde Verständnis der Interviewten oder das unkorrekte Ausfüllen der Interviewer zurückzuführen ist. Trotzdem kann man davon ausgehen, dass durch die PDS das Leiden aufgrund traumatischer Erfahrungen ohne Berücksichtigung von Beginn und Dauer in dieser Population erhoben werden kann.

ZUSAMMENFASSUNG

Diese Arbeit widmete sich der Validierung der Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS) mit Hilfe des Experteninterviews Clinical Administered PTSD Scale (CAPS). Zusätzlich wurden sowohl die Ereignisliste als auch die Funktionskala neu zusammengestellt. In der untersuchten Stichprobe erwies sich die PDS als ein reliables und valides Messinstrument für die Identifikation der Posttraumatischen Belastungsstörung in den Quechua sprechenden Indigenen der andinen Gemeinden Perus. Es ergab sich eine moderate Übereinstimmung zwischen PDS und CAPS mit Tendenz zur Überschätzung der PTBS-Prävalenzrate durch die PDS. Die beste Effizienz der PDS wurde mit einem Schwellenwert von 25 mit Einbezug der DSM-IV Kriterien erreicht. Dabei erzielte die Sensitivität einen Wert von 1,00 und die Spezifität einen Wert von 0,80. Dies deutet auf eine moderate konvergente Validität der PDS gegenüber der CAPS hin. Die unter PTBS leidenden Personen wiesen mehr depressive Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigung auf als jene ohne PTBS, was eine gute konkurrente Validität der PDS aufzeigt. Für die Diagnose von PTBS in den Quechua sprechenden Gemeinden Perus kann dieses Screeningverfahren in zukünftigen Untersuchungen angewendet werden, wenn die kulturellen Charakteristiken dieser Population berücksichtigt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amnesty International. Berichte und Dokumente zur Lage der Menschenrechte. a.i.1978.
- Artikel. Distrito de Chuschi. In *Wikipedia, Die freie Enzyklopädie*. Bearbeitungsstand: 28. Dezember 2008 Retrieved Jan. 21, 2009 from http://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Chuschi
- Artikel. Peru. In *Wikipedia, Die freie Enzyklopädie*. Bearbeitungsstand: 20. Jan. 2009, Retrieved Jan. 21, 2009 from : <http://de.wikipedia.org/wiki/Peru>
- Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M., & Orozco, L. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en la población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica. Bogotá, Colombia, 6*, 623-635.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S. & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 69–73.
- Asociación Paz y Esperanza (2008). *Sembrando Esperanza: Experiencias locales De Reparación en Ayacucho, Huánucu, San Martín y Lima "2004-2007"*. Lima : Autor.
- Asociación Paz y Esperanza. (2008). Homepage. Retrieved Nov. 2008 auf <http://www.pazyesperanza.org/main.html>
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Suljic, E., Duric, D. & Vranesic, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA, 294*, 580–90.
- Benson, S., Hellander, P., Wlodarski, R. (2007). *Peru*. 1. dt. Aufl., Feb. 2007. MairDumont. S.28.
- Bichescu, D. (2006). *Long-term consequences of political detention and torture in aged victims: A clinical and psychophysiological assessment and treatment study on a Romanian sample*. Dissertation, Universität Konstanz.
- Bichescu, D., Schauer, M., Saleptsi, E., Neculau, A., Elbert, T. & Neuner, F. (2005). Long-term consequences of traumatic experiences: An assessment of former political detainees in Romania. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1*, 17.

- Bolton, P., Neugebauer, R., & Ndogoni, L. (2002). Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and functional criteria. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 631-637.
- Bolton, P. & Tang, A.M. (2002). An alternative approach to cross-cultural function assessment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 537-543.
- Bolton, P. & Tang, A.M. (2004). Using ethnographic methods in the selection of post-disaster mental-health interventions. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19, 97-101.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-9.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-66.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 53-62.
- Briere, J., Scott, C. & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2295-301.
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, C. A., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., et al. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *The Journal of the American Medical Association*, 292, 575-584.
- CVR Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). „Informe Final“. Peru: Autor.
- De Jong, J. T., Komproe, I. H. & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet*, 361, 2128-30.
- De Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., et al. (2001). Lifetime events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 postconflict settings. *The Journal of the American Medical Association*, 286 (5), 555-562.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A Self-Report Symptom Inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Ehring, T., Kleim, B., Clark, D. M., Foa, E. B. & Ehlers, A. (2007). Screening for Posttraumatic Stress Disorder: What combination of symptoms predicts best? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 1004-1013.

- Elsass, P. (2001). Individual and collective traumatic memories: a qualitative study of post-traumatic stress disorder symptoms in two Latin American localities. *Transcultural Psychiatry*, 38, 306-316.
- Ertl, V. (2005). *Reliabilität und Validität der Erfassung Posttraumatischer Belastungsstörung in einer ostafrikanischen Flüchtlingsiedlung*. Diplomarbeit. Universität Konstanz.
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E. B., Cashman, L. J. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Gatz, J. (2008). *Assessment of trauma-associated disorders in indigenous communities of Ayacucho, Peru: Development of a culture-sensitive scale*. Masterarbeit. Universität Konstanz.
- Griffin, M. G., Uhlmansiek, M. H. & Resick, P. A. (2004). Comparison of the posttraumatic stress disorder scale versus the clinician-administered posttraumatic stress disorder scale in domestic violence survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 497-503.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J. & Schnyder, U. (2006b). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD: The Zurich cohort study. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256, 151–158.
- Herrera, W., De Jesús Mari, J., & Ferraz, T. (2005). Trastornos mentales y conflicto armado en Guatemala. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 33, 238-243.
- Holtz, T. H. (1998). Refugee trauma versus torture trauma: A retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 24–34.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" (2003). Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 14, 1 - 2. Lima: Autor.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–60.
- Kirmayer, Lemelson, R., & Barad M. (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical and cultural perspectives*. New York: Cambridge University Press. Pp. 242-258.

Kirst, D (1998). *Peru - Bolivien*. Köln : DuMont.

Laplante, L.J. & Holguin, M.R. (2006). The Peruvian truth commission's mental health reparations: empowering survivors of political violence to impact public health policy. *Health and Human Rights, 9*, 137.

Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S. & Margraf, J. (2004). Age of Traumatization as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry, 184*, 482-487.

Mansilla, H. (1993). Ursachen und Folgen politischer Gewalt in Kolumbien und Peru, Frankfurt am Main : Veruert, 1993, 49-54, 62-63, 90-93.

Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M., & Chun, C. A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *The Journal of the American Medical Association, 294*, 571-579.

Medina-Mora, M., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., Fleiz-Bautista, C. (2004). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población Mexicana. *Salud pública en México. 47*, 8-22.

Moisander, P.A. & Edston, E. (2003). Torture and its sequel- a comparison between victims from six countries. *Forensic Science International, 137*, 133-140.

Mollica, R.F. (2000). Invisible wounds. *Scientific American, 282*, 54-57.

Mörsen, C., Grüsser S. (2007). Verfahren zur Diagnostik alkoholbezogener Störungen. *MedPsychol 16*, 73 – 82.

Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Ruf, M., & Elbert, T. (2006). Post-tsunami Stress: A Study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 339-347.

Norris, A.E. & Aroian, K.J. (2007). Assessing reliability and validity of the Arabic language version of the Post-traumatic Diagnostic Scale (PDS) symptom items. *Psychiatric Research, 160*, 327 -334.

Norris, F.H., Kaniasty, K., Conrad, M.L., Inman, G.L. & Murphy, A.D. (2002). Placing age differences in cultural context: A comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the United States, Mexico and Poland. *Journal of Clinical Geropsychology, 8*, 153-173.

Odenwald, M., Lingenfelder, B., Schauer, M., Neuner, F., Rockstroh, B., Hinkel, H., & Elbert, T. (2007). Screening for Posttraumatic Stress Disorder among Somali excombatants: A validation study. *BMC Conflict and Health, 1*, 10.

- Pedersen, D., Gamarra, J., Planas, M., & Errazuriz, C. (2001). Violencia política y salud en las comunidades alto-andinas de Ayacucho, Perú. *VI Conferencia latinoamericana de ciencias sociales y salud*. Lima, Perú.
- Pedersen, D., Tremblay, J., Errázuriz, C. & Gamarra, J. (2008). The sequelae of political violence: Assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands. *Social Science & Medicine*, 67, 205-217.
- Perez-Olmos, I., Fernández-Pineros, P., Rodano-Fuentes, S. (2005). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la Guerra en niños de Cundinamarca, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 7, 268-280.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Powell, S., & Rosner, R. (2005). The bosnian version of the international self-report measure of posttraumatic stress disorder, the posttraumatic stress diagnostic scale, is reliable and valid in a variety of different adult samples affected by war. *BMC Psychiatry*, 5, 11.
- Rothe, E., Lewis, J., Castillo-Matos, H., Martinez, O., Busquets, R., & Martinez, I. (2002). Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatric Services*, 53, 970-976.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (1997). *Lübecker Alkoholabhängigkeits und – Missbrauchs-Screening Test (LAST). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2002). Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol and Alcoholism Vol. 37*, 261-268.
- Sabin, M., Cardozo, B.L., Nackerud, L., Kaiser, R., & Varese, L. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*, 290, 635-642.
- Saile, R. (2008). *Validierung der Erfassung psychischer Störungen bei Binnenflüchtlingen und ehemaligen Kindersoldaten in Uganda*. Universität Konstanz. Diplomarbeit.
- Santa-María, M. & Cornille T. (2007). Traumatic stress, family separations, and attachment among Latin American immigrants. *Traumatology*, 13, 26-31.
- Schaal, S. (2006). *Erkrankungen des Traumaspektrums bei ruandischen Waisen des Genozids- Epidemiologie und Behandlung*. Dissertation, Universität Konstanz.

- Sheeran, T., & Zimmerman, M. (2002). Screening for Posttraumatic Stress Disorder in a general psychiatric outpatient setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 961-966.
- Silove, D. (2007). Adaptation, ecosocial safety signals, and the trajectory of PTSD. In L. J. Kirmayer, Lemelson, R., & Barad M. (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical and cultural perspectives* (pp. 242-258). New York: Cambridge University Press
- Söndergaard, H.P., Ekblad, S. & Theorell, T. (2003). Screening for posttraumatic stress disorder among refugees, *Nordic Journal of Psychiatry 57*, 185–189.
- Snider, L., Cabrejos, C., Huayllasco Marquina, E., Trujillo, J.J., Avery, A. & Ango Aguilar, H. (2004). Psychological assessment for victims of violence in Peru: The importance of local participation. *Journal of Biological Science, 36*, 389-400.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population based study. *The Lancet, 360*, 1056-1062.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L. & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1114–9.
- Thapa, S. B., & Hauff, E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 672- 679.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Lima: IEP Ediciones.
- Vergara, G.C. (2005). Intervencion en salud mental en victimas de violencia politica. *Revista de psiquiatria y salud mental Hermilio Valdizan, 4*, 23-32.
- Vinck, P., Pham, P. N., Stover, E., & Weinstein, H. M. (2007). Exposure to war crimes and implications for peace building in Northern Uganda. *The Journal of the American Medical Association, 298*, 543-554.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., Davidson, J. R. T. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety, 13*, 132-156.

VERZEICHNIS DER TABELLEN UND SCHAUBILDER

Tabelle 1:	Demographische Daten der Stichprobe (qualitative Untersuchung)	28
Tabelle 2:	Demographische Daten der Stichprobe (quantitative Untersuchung)	31
Tabelle 3:	Eingesetzte Instrumente	32
Tabelle 4:	Gestellte Fragen nach Funktionsbeeinträchtigung in der Funktionssubskala der PDS	36
Tabelle 5:	Übersicht der potenziell-, am belastendsten-, und traumatische Ereignisse in der Gesamtstichprobe	43
Tabelle 6:	Prävalenz der diagnostischen Kriterien einer PTBS in der Gesamtstichprobe	45
Tabelle 7:	Prävalenz von komorbiden Störungen in der Gesamtstichprobe und in der Gruppe mit PTBS-Diagnose	46
Tabelle 8:	Itemkennwerte der traumatisierenden Ereignisse von der Gesamtstichprobe	48
Tabelle 9:	Interkorrelationen dem PDS-Schweregrad und den Summenwerten der diagnostischen Subskalen	50
Tabelle 10:	Performanzmaße der PDS unter der Verwendung verschiedener Auswertungsalgorithmen in Bezug auf die Übereinstimmung einer PTBS-Diagnose	53
Tabelle 11:	Häufigkeit der diagnostischen Kriterien einer PTBS gemäß PDS und CAPS sowie deren Übereinstimmung in Bezug auf die diagnostischen Subskalen	54
Tabelle 12:	Interkorrelationen der Subskalenwerte von PDS und CAPS	55
Tabelle 13:	Zusammenhang zwischen den Itemwerten von PDS und CAPS sowie deren Übereinstimmung in Bezug auf einzelne Symptome	56
Tabelle 14:	Vergleich der Z-Werten von jeden Subskalen von PDS und CAPS zwischen der Gruppen mit PTBS-Diagnose und der Gruppe ohne PTBS-Diagnose	59
Tabelle 15:	Vergleich der Ausprägung anderer Störungen zwischen der Gruppe mit einer PTBS-Diagnose und der Gruppe ohne PTBS-Diagnose	61
Tabelle 16:	Wichtige Aufgabe der Frauen und der bestehenden Funktionsbeeinträchtigung in der Gesamtstichprobe	62
Tabelle 17:	Wichtige Aufgabe der Männer und der bestehenden Funktionsbeeinträchtigung in der Gesamtstichprobe	63
Tabelle 18:	Interkorrelationen zwischen den Itemwerten von jeder Funktion der Frauen mit dem Gesamtwert der Funktionsskala und mit dem PDS-Gesamtwert	65
Tabelle 19:	Interkorrelationen zwischen den Itemwerten von jeder Funktion der Männer mit dem Gesamtwert der Funktionsskala und mit dem PDS-Gesamtwert	66

Tabelle 20:	Faktoranalyse für die Funktionen der Frauen	67
Tabelle 21:	Faktoranalyse für die Funktionen der Männer	68
Tabelle 22:	Darstellung von der Funktionsbeeinträchtigung der Frauen	69
Tabelle 23:	Darstellung von der Funktionsbeeinträchtigung der Männer	70
Tabelle 24:	Korrelationen zwischen der Funktionsbeeinträchtigung getrennt nach Geschlecht und den diagnostischen Symptomskriterien für eine PTBS	72
Schaubild 1:	Receiver Operator Characteristic – Kurve für die verschiedenen Cutoff-Werte der PDS	51
Schaubild 2:	Vergleich der Funktionsbeeinträchtigung der Frauen zwischen den unter einer PTBS leidenden Frauen und den Frauen ohne PTBS	71
Schaubild 3:	Vergleich der Funktionsbeeinträchtigung der Männer zwischen den unter einer PTBS leidenden Männer und den Männer ohne PTBS	71

Danksagungen

Gracias a Dios y a la santísima virgen María

A mis padres y hermanos,

Un agradecimiento profundo quiero expresarle a mis padres y mis hermanos que desde la distancia siempre me han apoyado. Mi mamá con sus oraciones me ha acompañado en cada paso andado de éste proyecto y día a día me animaba para continuar. Mi papá con sus sabios consejos y actitud positiva me recordaba que las metas son alcanzables. A mis hermanos Ever Frauter, María Fernanda y Carlos Ernesto, quiénes han tenido que desistir de mi compañía y por lo tanto de muchas experiencias juntos, les agradezco su confianza y positivismo.

An meine Eltern,

Eine tiefe Dankbarkeit möchte ich meinen Eltern und Geschwistern ausdrücken, die mich über die große Ferne hinweg immer unterstützt haben. Meine Mutter hat mich bei jedem Schritt den ich ging, seit Beginn meiner Zeit in Deutschland und während dieses Projektes, mit ihren Gebeten begleitet und beschützt und mich ermutigt weiterzugehen. Mein Vater hat mich mit seinen weisen Ratschlägen und seiner positiven Einstellung daran erinnert, dass jedes Ziel erreichbar ist. Meinen Geschwistern, die lange Zeit auf meine Anwesenheit und auf gemeinsame Erlebnisse mit mir verzichten mussten danke ich für ihr Vertrauen und ihren Positivismus.

An Joschi & Barbara,

Ohne die Unterstützung meiner beiden Arbeitskolleginnen Johanna Gatz und Barbara Weil, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ihnen schulde ich die Freude, den Enthusiasmus und vor allem die Begleitung während dieser Zeit. Joschi María war während meines gesamten Studiums in Konstanz immer eine gute Freundin, die mich bedingungslos unterstützte und mir immer wieder neue Impulse gab und mich antrieb in meinen Momenten der Unsicherheit und der Zweifel. Danke für die vielen schönen gemeinsamen Momente, den Spaß und die Tiefe. Barbara (Beatriz :D) hat mich überrascht und gefesselt mit ihrem großen Respekt vor Anderen und ihren moralischen und zivilen Prinzipien. Vielen Dank Barbara für den ganzen kulturellen Austausch den wir gemeinsam hatten und vor allem für dein Verständnis für Differenzen und deinen Idealismus. (Barbara: man muss den Müll in Deutschland trennen, auch wenn er danach wieder zusammengeworfen wird...).

Sin el apoyo de mis dos compañeras de trabajo, Johanna Gatz y Barbara Weil, no hubiera sido posible este trabajo. A ellas les debo la alegría, el entusiasmo y sobre todo la compañía para realizarlo. Joschi María ha sido para mí una gran amiga durante todo mi estudio en Konstanz, que me ha apoyado incondicionalmente y me impulsa en mis momentos de duda o inseguridad. Gracias por los muchos buenos momentos compartidos, la diversión y la profundidad. Barbara (Beatriz :D) me ha sorprendido (cautivado) por su gran respeto ante los demás y ante todo sus principios morales y cívicos; muchas gracias Barbara por todo ese intercambio cultural que hemos tenido y sobre todo por la comprensión ante las diferencias.(Barbara: la basura en Alemania se debe seguir clasificando, no importa si al final todo se vuelve a juntar...)

An Ana Maria & Familie

Das Projekt in Peru fand nur Dank der Initiative von Ana María Silva-Saavedra und ihrer Einladung mit ihr zu arbeiten statt. Ihre Gastfreundschaft und Freundlichkeit, genauso wie ihr Sorgen um unser Wohlergehen ist Anfang der Dankbarkeit. Ihre Beratungen waren unabdingbar für die Optimierung unserer Arbeit und ihr großes Vertrauen in unsere Fähigkeiten war Basis für eine selbständige, undabhängig Arbeit. Es war eine Freude mit ihr zu arbeiten.

Die Familie von Ana María: Martín, Emilia und Valentín, haben mir eine Heimat in Peru geboten und ich fühlte mich sehr wohl in ihrem Haus. In dieser Zeit hatte ich die Möglichkeit mit einer deutschen Familie in Peru zu leben... es war immer interessant und sehr lustig.

El proyecto en Perú tuvo lugar gracias a la iniciativa de Ana María Saavedra y a su invitación a que trabajáramos con ella. Su hospitalidad y amabilidad es principio de agradecimiento al igual que su preocupación por nuestro bienestar. Sus asesorías fueron indispensables para la optimización de nuestro trabajo y su gran confianza dio lugar a un trabajo autónomo e independiente. Fue un placer trabajar con ella.

La Familia de Ana María, Martín, Emilia y Valentín, me brindaron un hogar en Perú, me sentí muy bien en su casa y en este tiempo tuve la oportunidad de vivir con una familia alemana en Perú... fue interesante y muy divertido.

An Prof. Dr. Frank Neuner,

Meine tiefste Dankbarkeit gilt meinem Tutor, Prof. Neuner, welcher von Beginn an großes Interesse in meine Arbeit zeigte und mich in meinen Entscheidungen stärkte. Darüber hinaus war er mit seinem offenen und verständnisvollen Character eine große Unterstützung, nicht nur im Aspekt des Wissenschaftlichen sondern vor allem im Menschlichen.

Mis más profundos agradecimientos a mi tutor, el profesor Neuner, quién desde un principio mostró interés en mi trabajo y me respaldo en todas mis decisiones. Además con su carácter abierto y comprensivo ha sido un gran apoyo no sólo desde un aspecto científico, sino también humano.

An Prof. Dr. Brigitte Rockstroh,

Vielen Dank an Frau Prof. Rockstroh für ihre Bereitschaft zur Zweitkorrektorin.

Prof. Dr. Brigitte Rockstroh

Muchas gracias a la profesora Rockstock por su disponibilidad como segunda evaluadora.

An die Mitarbeiter von Paz y Esperanza und an Milagros und Anita,

Der ganzen Gruppe möchte ich für ihre warme Aufnahme in ihre Institution, ihr ehrliches Interesse an uns und unsere Arbeit und unsere Integration als Teil des Teams danken. Speziellen Dank möchte ich Milagros und Anita aussprechen; Milagros für ihr Engagement und ihre Hingabe und Anita für ihren Einsatz und grenzenlose Hingabe für diese Arbeit. Anita wurde zu unserer kulturellen Vermittlerin, professionellen Ratgeberin bis hin zur Quechualeherein!

Paz & Esperanza; a Milagros y Anita

Al equipo de Paz y Esperanza por su cálida acogida en la institución y su sincero interés porque nos integráramos como parte del personal de trabajo, especiales agradecimientos quiero dirigirles a Milagros y Anita; Milagros por su compromiso y entrega; y a Anita por su esfuerzo y dedicación sin límites para con este trabajo. Anita se convirtió en nuestro intermediario cultural, consejera profesional y hasta profesora de Quechua!.

An die Studenten und die "Mamitas" und "Papitos"

Den Studentender UNSCH, welche als Interviewer und Übersetzer unentgeltlich bei unserer Studie halfen, danke ich für ihren Enthusiasmus und Motivation, aber vor allem für ihren Respekt und Zuneigung mit welchem sie den Teilnehmern begegneten. Ein riesen Dank gilt auch allen "Mamitas" und "Papitos", die an unserer Studie teilnahmen und die auf diese weise wichtige Momente aus ihrem Leben mit uns teilten. Vielen Dank für das Vertrauen!

A los estudiantes; a las Mamitas y los Papitos

A los estudiantes que participaron como entrevistadores les agradezco su entusiasmo y motivación; y ante todo el respeto y cariño con el cuál trataban a sus entrevistados. Muchos agradecimientos dirijo a todos las "mamitas" y "papitos" que participaron en el estudio y que compartieron de este modo parte importante de su vida con nosotros. Gracias por la confianza.

An Prof. Gamarra, Prof. Bolton & Prof. Pederson

Herrn Prof. Gamarra möchte ich Danken für seine Hilfe, sowohl durch das Bereitstellen der standardisierten Instrumente seiner Studie als auch für die Herstellung der Kontakte mit den Studenten der Universität von Ayacucho (UNSCH), welche mit uns arbeiteten. Den Professoren Bolton und Pedersen danken wir für ihr Interesse an unsere Arbeit und ihre wissenschaftlichen Ratschläge.

Prof. Gamarra, Prof. Bolton & Prof. Pederson

Al profesor Gamarra por su facilitarnos los instrumentos estandarizados en su estudio y fomentar el contacto con los estudiantes de la Universidad de Ayacucho que trabajaron con nosotros. A los profesores Bolton y Pederson por sus asesorías científicas.

An Herrn Prof. Nagl und Herrn Milton Rueda

Ein herzliches Dankeschön möchte ich Prof. Nagl und Milton Rueda aussprechen für ihre statistische Anleitung und Hilfestellung.

Al Prof. Willi Nagl y al doctorante Milton Rueda

De la misma manera muchas gracias al profesor Nagel & y Milton Rueda por sus asesorías en estadística.

An Thomas Domjahn

Thomas möchte ich besonders Danken für das Korrekturlesen meiner Arbeit.

A Thomas Domjahn un especial agradecimiento por las correcciones en alemán.

An Mónica y Piret

Euch beiden möchte ich danken für die Begleitung in langen Bibliotheksnächten und entsprechenden Kaffeepausen.

A Mónica y Piret,

Mónica y Piret, por la compañía en las noches largas de biblioteca y las respectivas pausas de café.

Danken möchte ich allen Menschen in Peru, Kolumbien und Deutschland, die in irgendeiner Weise für das Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

A todas esas personas que tanto en Perú, Colombia y Alemania contribuyeron de alguna manera para la realización de este trabajo.

Muchas Gracias a todos.