



Handbuch Friedenspsychologie

Christopher Cohrs, Nadine Knab & Gert Sommer (Hrsg.)

Augsburger & Jacob: Traumatisierung und Gewalt

Christopher Cohrs • Nadine Knab • Gert Sommer (Hrsg.)

Handbuch Friedenspsychologie

ISBN 978-3-8185-0565-3

DOI: <https://doi.org/10.17192/es2022.0058>

Lektorat und Formatierung: Michaela Bölinger und Katherina Hildebrand

Titelbild und Kapitelgestaltung: Nadine Knab

Umschlagbild: Hoffnung (Esperanza). Frieden, Dankbarkeit, Kreativität und Widerstandfähigkeit sind die Symbole und Elemente, die in diesem Kunstwerk in Einklang gebracht werden. Es ist als Großformat in der Gemeinde 13 in Medellín, Kolumbien, Teil der Graffiti-Tour. Das Kunstwerk vermittelt eine wichtige Botschaft der Hoffnung sowohl an die lokale Gemeinde als auch an ausländische Besucher/innen.

@medapolo.trece @fateone96 @radycalshoes @pemberproducciones

<https://handbuch-friedenspsychologie.de>

Website-Gestaltung: Tamino Konur

Forum Friedenspsychologie

<https://www.friedenspsychologie.de>



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Für illegale, fehlerhafte oder unvollständige Inhalte und insbesondere für Schäden, die aus der Nutzung oder Nichtnutzung von weiterführenden Links entstehen, übernehmen die Herausgeber*innen keine Haftung.

Traumatisierung und die Entstehung von Gewaltspiralen

Mareike Augsburg & Nadja Jacob

Zusammenfassung

In Kriegs- und Krisenkontexten entwickeln 20-50% der Personen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Diese ist durch drei Kernmerkmale definiert: Ungewolltes Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, Vermeidung von Situationen oder Details, die an das Ereignis erinnern sowie Übererregung und Wahrnehmung einer anhaltenden gegenwärtigen Bedrohung. Verschiedene prä-, peri- oder posttraumatisch auftretende Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen die inter-individuelle Vulnerabilität. Das Leiden der Überlebenden an PTBS bedingt über verschiedene Mechanismen anhaltende Gewaltspiralen und damit Instabilität in Krisenregionen. Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen in der Kindheit spielen eine wichtige Rolle für die Weitergabe von Gewalterfahrungen an nachfolgende Generationen. So besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der PTBS und dem Auftreten von Aggression. Aufgrund der Übererregungssymptomatik fühlen sich Gewaltüberlebende bedroht und zeigen Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Im Kontext anhaltender Gewalt kann sich appetitive Aggression entwickeln. Diese ist mit Lust und Rausch bei Gewaltausübung assoziiert und wird als funktionale, emotionale Anpassung angesichts der massiven Brutalität in Konfliktregionen verstanden. Dieser positive Rauschzustand mit Kontrollverlust in Bezug auf die Ausübung von Gewalt beeinträchtigt die Reintegration und den Friedensprozess. Betroffene Personen sind dabei häufig zunächst Gewalt-Überlebende und nachfolgend Gewalt-Täter*innen. Aufgrund dieser Mechanismen sollte die Wiederherstellung psychischer Gesundheit in Kriegs- und Krisenregionen ein prominenter Bestandteil im Friedensprozess sein. Modelle zeigen, dass Versorgungsstrukturen auch in ressourcenschwachen Regionen aufgebaut werden können. Nur durch Einbezug der psychischen Gesundheit in die Friedensarbeit lassen sich Gewaltspiralen langfristig durchbrechen und Stabilität fördern.

Schlüsselwörter: PTBS, Trauma, Appetitive Aggression, Dissemination, Gewaltspirale, Traumafolgestörung, Sekundärtraumatisierung, psychische Gesundheit

Abstract

In contexts of war and crises, 20-50% of individuals develop symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD), which is defined by three main clusters of symptom: Involuntary re-experiencing of the traumatic event, avoidance of situations or details reminiscent of the event, and hyper-arousal or perception of a persistent ongoing threat. Various pre-, peri-, or post-traumatic risk and protective factors have an impact on inter-individual vulnerability for

symptom exacerbation. PTSD plays an important role in the perpetuation of cycles of violence and promotes instability in crisis regions due to various pathways. First, experiencing adverse childhood events are one central mechanism in transmitting violent experiences to subsequent generations. In addition, there is a direct link between the severity of PTSD and the risk of perpetrating aggression. Survivors of traumatic events with PTSD are prone to difficulties in emotion regulation and have an increased risk for reacting aggressively due to PTSD inherent symptoms of hyperarousal. In this context, appetitive aggression can evolve. This type of aggression is associated with feelings of pleasure and thrill with subsequent loss of control when perpetrating violence. It can develop as universal adaptation in the context of extreme brutality in conflict regions and impairs processes of reintegration and reconciliation. Affected persons are often initially survivors and subsequently perpetrators of violence. Due to these mechanisms, the recovery from mental disorders such as PTSD should be a prominent component during reconciliation processes in war and crisis regions. Professional mental health services can be implemented even in resource-poor regions, as models have shown. The inclusion of mental health into peace processes is crucial to break ongoing cycles of violence and promote long-term stability.

Keywords: PTSD, trauma, appetitive aggression, dissemination, spiral of violence, trauma-induced disorder, secondary traumatization, mental health

Traumatisierung im Wandel der Zeit

Das Erleben bedrohlicher Situationen kann langanhaltende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Im ersten Weltkrieg beobachtete man Soldat*innen, die aufgrund starker Panik, unwillkürlichen Tremors und anderer Beschwerden nicht mehr diensttauglich waren (sogenannte Kriegszitterer). Aus der Theorie, dass Schäden im Gehirn durch die Druckwellen in der Nähe einschlagender Geschosse entstanden, resultierte die Bezeichnung *shell shock* [dt. Granatschock]. Das Auftreten eines *shell shock*, auch ohne äußere Verletzungen oder Nähe zu Geschosseinwirkungen, führten zur Anerkennung der emotionalen Komponente traumatischer Erlebnisse (Jones, Fear & Wessely, 2007).

Im zweiten Weltkrieg fielen erneut Soldat*innen auf, die unter starker Angst und physiologischer Übererregung litten. Sie hatten auch im Lazarett noch das Gefühl, sich in der Kriegssituation zu befinden. Der Zustand wurde mit Begriffen wie Kriegsneurose oder *combat fatigue* [dt. Kriegsmüdigkeit] umschrieben. In der Folge wurden erstmalig somatische und psychologische Erklärungsmodelle integriert und die Beschwerden als Gedächtnisstörung beschrieben (Kardiner, 1941). Diese Erkenntnisse legten den Grundstein für das heutige Verständnis der Psychotraumatologie (M.A. Crocq & L. Crocq, 2000).

Einzug in die diagnostischen Manuale

Unter anderem den um Anerkennung ihrer psychischen Kriegsverletzungen bemühten Veteran*innen des Vietnamkriegs ist es zu verdanken, dass das Störungsbild der PTBS in die

diagnostischen Manuale aufgenommen wurde. 1980 wurde die PTBS zum ersten Mal im *Diagnostisch-Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) als psychische Erkrankung benannt. In der weltweit verwendeten *Internationalen Klassifikation der Krankheiten* (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dauerte es bis zum Jahr 1992, ehe die PTBS formal diagnostiziert werden konnte.

Moderne Konzepte

Neuere Erkenntnisse zur PTBS stammen vor allem aus Untersuchungen nach terroristischen Anschlägen und Naturkatastrophen. Zusammen mit Studien aus dem Militär im Rahmen von Auslandseinsätzen, sowie Befunden aus der modernen Hirnforschung, wurde das Verständnis der PTBS fortlaufend weiterentwickelt. Während die PTBS in früheren diagnostischen Manualen den Angststörungen zugeordnet wurde, fand im aktuellen DSM-5 und dem neuen ICD-11 ein wichtiger Paradigmenwechsel statt: Die PTBS wird nun der Kategorie „spezifisch mit Stress assoziierte Störungen“ zugeordnet (American Psychiatric Association [APA], 2013; World Health Organisation [WHO], 2018). Diese Neuerung betont die Entwicklung der PTBS als Folgereaktion auf traumatisches Erleben. Im Umkehrschluss bedeutet dies die prinzipielle Möglichkeit der Zuschreibung von Verantwortung gegenüber Personen(gruppen) als Auslöser der posttraumatischen Symptomatik. Zur gesellschaftlichen und sozialen Anerkennung von Überlebenden traumatischer Gewalt ist dieser Aspekt von großer Bedeutung. Gleichzeitig wird anerkannt, dass die PTBS nur eine mögliche Form verschiedener Traumafolgestörungen darstellt.

Das Traumatische Ereignis

Fallbeispiel: *Clementine wurde als Tutsi in Ruanda geboren und bereits während ihrer Kindheit aufgrund ihrer Ethnie ausgegrenzt. Während des Genozids wurde sie 10-jährig Zeugin am Mord ihres Vaters. Sie versteckte sich mit ihrer Mutter und zwei Geschwistern über Wochen unter dem Bett der Nachbarin. Als die Angst der Nachbarin vor Konsequenzen zu groß wurde, mussten sie fliehen. Clementine und ihre Familie fanden Zuflucht in Bananenplantagen auf den Hügeln. Sie durchlebten Hunger, Kälte und hörten Schreie durch Überfälle und Massaker auf angrenzenden Hügeln. Sie beschlossen, sich zu trennen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass ein Familienmitglied überleben würde. Clementine versuchte die Grenze zu Burundi zu erreichen und erlebte auf dem Weg ein großes Massaker. Sie musste die Ermordung zahlreicher Menschen mit ansehen und sich unter den toten Körpern verstecken. Gemeinsam mit ihrer Schwester überlebte Clementine den Genozid.*

Definition

Der Begriff Trauma (griechisch: Wunde) bezeichnet das Erleben eines oder mehrerer Ereignisses/se von extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur (WHO, 2018). Das DSM in

seiner fünften Version (DSM-5) definiert ein traumatisches Ereignis als „*Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt*“ (Falkai et al., 2018, S. 369). Es wird unterschieden zwischen direkter Exposition, Erleben als Zeug*in, Konfrontation als Nachricht über eine nahestehende Person oder als berufliche wiederholte Konfrontation mit Details traumatischer Ereignisse. Im oben beschriebenen Fallbeispiel von Clementine erfüllt das Erleben von akuter Lebensbedrohung und Bezeugen von Morden dieses Kriterium sehr klar.

Traumata werden darüber hinaus anhand ihrer zeitlichen Dimension in Typ I (einmalig, z.B. ein Unfall) versus Typ II (wiederholt/fortlaufend, z.B. Krieg, Folter, anhaltender physischer und/oder sexueller Missbrauch — siehe Fallbeispiel) eingeteilt. Eine zusätzliche Untergliederung betrifft zwischenmenschliche Gewalt (wie ebenfalls im Fallbeispiel beschrieben) versus akzidentielle Katastrophen (z.B. Verkehrsunfall, Atomkatastrophe; Herman, 1992; Kessler et al., 2017; Maercker & Augsburger, 2019a).

Psychosoziale Belastungssituationen (z.B. Scheidung, Arbeitsplatzverlust oder wie die im Fallbeispiel beschriebene zunächst erlebte Diskriminierung) werden, anders als in der Umgangssprache, nicht als traumatisches Ereignis begriffen. Zur Diagnosestellung einer Traumafolgestörung wird das Erleben bzw. Bezeugen eines traumatischen Ereignisses vorausgesetzt.

Prävalenz

Die Mehrheit der Menschen ist in ihrem Leben mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert, über 70% erleben ein traumatisches Ereignis, über 30% vier oder mehr Ereignisse (Benjet et al., 2016). Umfang und Spannweite der Trauma-Exposition variieren weltweit stark (Kessler et al., 2017; Koenen et al., 2017) und reflektieren historische, kulturelle und politische Faktoren (Atwoli, Stein, Koenen & McLaughlin, 2015), wie am Fallbeispiel verdeutlicht.

PTBS und Komplexe PTBS (KPTBS)

Fallbeispiel: *Während des Genozids schlief Clementine kaum, verspürte keine Hungergefühle, Erschöpfung und Müdigkeit. Sie fühlte sich wach und fokussiert. Nach Kriegsende jedoch begannen Alpträume. Tagsüber tauchen Bilder von den leeren Blicken der Toten in ihrem Kopf auf. Sie hört Schreie und hat immer wieder den Geruch von Blut und Verwesung in der Nase. Clementine verspürt plötzlich Angst bei alltäglichem Kinderschreien, bei Macheten, die zur Gartenarbeit genutzt werden, sowie Feuer. Sie vermeidet, das Haus zu verlassen. Sie versucht den Genozid zu vergessen, sie möchte nicht darüber reden und verlässt den Raum bei Gesprächen über Krieg. Sie hört kein Radio, da sie nicht mit Gedenkritualen konfrontiert werden möchte. Clementine wird zunehmend schreckhaft und kann nicht einschlafen, auch erwacht sie während jeder Nacht wiederholt. Sie fühlt sich schuldig, überlebt zu haben und wünscht sich, ihre Mutter hätte an ihrer Stelle überlebt. Sie ist desinteressiert am Leben, fühlt sich emotional leer, wert- und nutzlos. Wenn sie das Haus doch verlässt, fühlt sie sich*

wiederholt wie in einem Traum und kommt an ihr unbekanntem Orten wieder zu Bewusstsein. Sie kann sich nicht erinnern, wie sie dorthin gelangt ist und hat Angst, den Verstand zu verlieren.

Diagnostische Kriterien

Das Fallbeispiel verdeutlicht die drei großen Symptomgruppen, die die PTBS charakterisieren: Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung. Diese werden je nach genutztem Klassifikationssystem DSM (APA, 2013) bzw. ICD (WHO, 2018) unterschiedlich detailliert beschrieben und werden im Folgenden genauer ausgeführt.

Wiedererleben. Hierzu zählen wiederkehrende unkontrollierbare, sinnliche und belastende Erinnerungen wie im Fallbeispiel, z.B. Hören (Schreie), Sehen (Bilder von Toten), Riechen (Blut). Diese tauchen als aktuell noch einmal geschehende Momente und/ oder in Alpträumen auf. Auch szenisches Wiedererleben als innere Filme (Flashbacks) sowie physiologische (z.B. Herzklopfen) und emotionale Reaktionen (z.B. Angst, Schuld) bei Konfrontation mit einem dem Trauma assoziierten Reiz („Trigger“ z.B. Macheten oder Feuer) werden hier eingeordnet.

Vermeidung. Das stark aversive Wiedererleben führt zu Vermeidungsverhalten, um Gedanken, Gefühle sowie Erinnerungen in Bezug auf die traumatischen Erlebnisse zu umgehen. Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das traumatische Ereignis erinnern, werden vermieden. Im Fallbeispiel erfolgt ein ganzheitlicher sozialer Rückzug.

Physiologische Übererregung. Die Übererregung wird als Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung beschrieben, die gesamte Welt wird als gefährlich erlebt. Wachsamkeit und Reaktionsfähigkeit sind dauerhaft gesteigert, was zu gereiztem Verhalten, einer übermäßigen Schreckreaktion, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen wie im Fallbeispiel führt. Auch selbstverletzendes und sich gefährdendes Verhalten wird hier eingeordnet.

Negative Veränderungen von Gedanken und Stimmung. Dieses Kriterium wird lediglich im DSM-5 aufgeführt. Es handelt es sich um die Unfähigkeit, sich an Kernaspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern, vermindertes Interesse an Aktivitäten, Gefühle der Isolation, Schwierigkeiten positiven emotionalen Erlebens, andauernde und oft verzerrte Annahmen zu sich selbst oder der Welt ("ich bin wertlos/nutzlos"), negative Gefühle und überzogene Schuldzuschreibungen hinsichtlich der Verursachung der Traumata gegen sich selbst oder andere wie auch im Fallbeispiel beschrieben. Dieses Syndrom ordnet das DSM-5 dem Kern der PTBS-Diagnose zu, wobei bei signifikantem, die Funktionalität beeinträchtigendem Derealisations- (Gefühl der Losgelöstheit von Raum und Zeit) oder Depersonaliationserleben (Gefühl der Losgelöstheit vom eigenen Körper) zusätzlich ein "Dissoziativer Subtyp" diagnostiziert wird.

Komplexe PTBS nach ICD-11: Dysfunktionale Veränderungen in Gedanken und Stimmung, die im DSM-5 ein Kriterium der PTBS darstellen, werden im ICD-11 einer

eigenständigen Diagnose zugeordnet. Diese sogenannte KPTBS entsteht in der Regel durch Typ II-Traumata (Herman, 1992). Es entwickelt sich infolge der anhaltenden interpersonellen Gewalt ein komplexes Syndrom mit grundlegenden Problemen in der Affektregulation, Selbstwahrnehmung sowie Beziehungsfähigkeit und in der Regel schweren Funktionseinschränkungen, wie auch im Fallbeispiel beschrieben.

Obwohl es sich nach neueren Definitionen nicht um ein diagnostisches Kriterium handelt, tritt bei Überlebenden von organisierter Gewalt wie am Beispiel des Genozids in Ruanda aufgeführt, häufig Überlebensschuld auf. Diese stellt einen Prozess in Bezug auf drohenden Tod oder Verletzungen dar, denen die betroffene Person (im Gegensatz zu anderen) selbst entkommen ist. Eigene Überlebenshandlungen, die anderen Personen bei knappen Ressourcen (wie z.B. Trinken des letzten Schlucks Wasser) nicht zur Verfügung standen oder Schaden zugefügt haben, werden als quälend erlebt (Hutson, Hall & Pack, 2015; Kubany, 1994; Niderland, 1964).

Symptombdauer und Beginn. Unmittelbar nach der Konfrontation mit einem potentiell traumatischen Ereignis erleben Betroffene Reaktionen, die qualitativ denen der PTBS ähneln (u.a. starkes Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung oder dissoziative Tendenzen) und ebenfalls starkes Unbehagen verursachen können. Diese Symptome gehören in den Bereich der akuten Belastungsreaktion und stellen eine normale Reaktion auf ein schwerwiegendes bzw. belastendes Ereignis dar. Somit sind die Symptome der Akutreaktion diagnostisch abzugrenzen vom Krankheitsbild der PTBS. Letztere kann erst nach Abklingen der Belastungsreaktion diagnostiziert werden, wenn die relevante Symptomatik länger als vier (nach DSM-5) bzw. unspezifisch mehrere Wochen (nach ICD-11) anhält und zu funktionalen Beeinträchtigungen führt (persönlich, familiär, sozial, in Bezug auf Arbeit/Ausbildung).

Zu beachten ist ebenfalls, dass sich die Symptomatik der PTBS bei ca. 25% der Betroffenen verzögert entwickelt und erst nach mehreren Monaten auftritt. Erste Symptome bestehen zumeist schon früher und Alltagsstressoren spielen eine Rolle bei der späteren Zustandsverschlechterung (Andrews, Brewin, Philpott & Stewart, 2007; Horesh, Solomon, Zerach & Ein-Dor, 2011). Im DSM-5 kann dieser Typ der PTBS durch das Zusatzmerkmal „verzögerter Beginn“ klassifiziert werden.

Prävalenz

Trotz der hohen Prävalenz traumatischer Erlebnisse entwickelt, auf die Gesamtbevölkerung bezogen, nur eine kleine Minderheit von 4% eine PTBS (Liu et al., 2017). Hierfür scheinen verschiedene Faktoren relevant; dies ist Thema intensiver Forschungsbemühungen (Sayed, Iacoviello & Charney, 2015). Insgesamt variieren epidemiologische Befunde stark je nach Stichprobe und Methodik sowie soziopolitischen und kulturellen Faktoren. Auch die Art des traumatischen Ereignisses spielt eine wichtige Rolle, wie sich in unterschiedlichen Prävalenzen nach Auftreten eines bestimmten Ereignisses zeigt. Diese sogenannten konditionalen Prävalenzen liegen weitaus höher. Die höchsten Raten sind in Kriegs- und

Geflüchtetenpopulationen dokumentiert (Atwoli et al., 2015). Hier berichten 20 – 50% der Befragten von Symptomen (Bogic, Njoku & Priebe, 2015; Bronstein & Montgomery, 2011; Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck & Brähler, 2009; Steel et al., 2009). Die untersuchten Populationen haben vielschichtige Kreisläufe der Gewalt erlebt, sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene (Bronstein & Montgomery, 2011; Crombach & Bambonyé, 2015; Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997). Nach den Kriegstraumata folgen andauernde Flucht sowie schwierige Lebensbedingungen mit weiteren belastenden und traumatischen Erlebnissen, die negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben (Porter & Haslam, 2005; H. Seddighi, Salmani, Javadi & S. Seddighi, 2021; Silove et al., 1997).

Eine weitere von Krieg betroffene Population in Krisenregionen stellen Kämpfer*innen selbst dar, die in bewaffneten oder paramilitärischen Gruppen aktiv waren. Bei Kämpfer*innen in militärischen Gruppen wurde eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 6–31% beschrieben, bei para-militärischen Gruppen 25–35%. Zusätzlich zu Trauma-Faktoren werden Merkmale des Einsatzes (z.B. Intensität und Dauer, Charakteristiken der Einheit, Truppenmoral) als kritische Mediatoren beurteilt (Bayer, Klasen & Adam, 2007; Ertl, Pfeiffer, Schauer-Kaiser, Elbert & Neuner, 2014; Richardson, Frueh & Acierno, 2010; Winkler et al., 2015).

Risiko- und Schutzfaktoren

Nur eine Minderheit entwickelt nach Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis eine PTBS. Dies bedeutet, dass ein Großteil der Betroffenen über ausreichende Ressourcen zur Bewältigung traumatischer Ereignisse verfügt. In der Forschung identifizierte Schutz- und Risikofaktoren bestimmen dabei die individuelle Vulnerabilität. Risikofaktoren können prä-, peri- oder posttraumatisch vorliegen (Maercker & Augsburger, 2019b). Die am besten untersuchten Faktoren werden im Folgenden beschrieben:

Prätraumatische Bedingungen. Das Risiko zur Entwicklung einer PTBS wird gesteigert durch junges Alter zum Zeitpunkt der Traumakonfrontation, weibliches Geschlecht, fehlende soziale Unterstützung, niedrigen Bildungsstatus, geringen sozioökonomischer Status, vorbestehende psychische Störung(en) bei den Betroffenen oder den Familienangehörigen (Bangasser & Valentino, 2014; Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003; Tolin & Foa, 2006) sowie genetische Faktoren (Sartor et al., 2011; Smoller, 2016).

Peritraumatische Aspekte des Ereignisses. Insbesondere die kumulierte Anzahl traumatischer Erlebnisse im Sinne eines Bausteineffekts wird als zentral beurteilt für das Risiko einer PTBS (Kessler et al., 2017; I. T. Kolassa et al., 2010; Liu et al., 2017; Steel et al., 2009). Auch für Überlebende organisierter, physischer und sexueller Gewalt – insbesondere systematische Gewalt wie Folter – wurde ein erhöhtes Risiko gefunden (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Liu et al., 2017; Steel et al., 2009). Die Dauer des Ereignisses (Kaysen, Rosen, Bowman & Resick, 2010) und das Ausmaß des Schadens (Ozer et al., 2003) haben Einfluss auf das PTBS-Risiko.

Peritraumatische Bewertung. Initial auftretende Bewertungen können die Bewältigung fördern oder dysfunktional sein. Katastrophale Bewertungen, subjektive Lebensbedrohung sowie dissoziative Reaktionen sind prädiktiv für eine PTBS (Kaysen et al., 2010; Murray, Ehlers & Mayou, 2002; Schalinski, Elbert & Schauer, 2011).

Posttraumatische Bedingungen. Kognitive Bewertung, Veränderungen sowie die individuelle Bewältigung spielen eine Rolle. Geringe soziale Unterstützung, anhaltende Stressoren (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003) und gesellschaftliche/soziale Stigmatisierung sind wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS (Schneider et al., 2018).

Verlauf

Der Verlauf der PTBS ist von ähnlichen Faktoren wie die Entwicklung geprägt. Ein spontanes Abklingen der Symptome tritt nach fünf Monaten bei weniger als der Hälfte der Betroffenen auf. Die Entwicklung einer chronischen Störung wird damit wahrscheinlich (Morina, Wicherts, Lobbrecht & Priebe, 2014; Perkonig et al., 2005). Überlebende von Gewalt haben zudem ein vielfach erhöhtes Risiko einer erneuten Viktimisierung (Morina et al., 2014). Auch bei einer (Teil-)Remission der PTBS-Symptomatik verbleibt eine anhaltende Beeinträchtigung im Alltag (Westphal et al., 2011).

Individuelle und gesellschaftliche Folgen

Eine PTBS steht im Zusammenhang mit einer bedeutenden individuellen sowie gesellschaftlichen Funktionsbeeinträchtigung mit stark reduzierter Lebensqualität (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007; Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005), signifikant reduzierter Arbeitsleistung und Produktivität (Kessler, 2000), schlechter Gesundheit und vermehrten Begleiterkrankungen (Goldberg et al., 2014; Kessler et al., 1995; Pacella, Hruska & Delahanty, 2013). PTBS belastet das Gesundheitssystem und wird als eine der finanziell teuersten psychischen Störungen beurteilt. Eine Schätzung in den USA geht von drei Billionen US-Dollar jährlich mit 3.6 Tagen Produktivitätsverlust pro Monat aus (Kessler, 2000).

Transgenerationale Weitergabe. Manche Befunde zeigen, dass Beeinträchtigungen aufgrund traumatischer Erfahrungen sich nicht nur auf die Betroffenen selbst beschränken. Auch die nachfolgende Generation, die selber keine traumatischen Erfahrungen erlebt hat, weist Symptome einer PTBS auf (z.B. Dozio et al., 2020; Kirmayer, Gone & Moses, 2014; Roth, Neuner & Elbert, 2014). Die genauen Mechanismen sind unklar und es werden verschiedene Wege diskutiert (Buss et al., 2017). Neben Dysfunktionen im „System Familie“ scheinen auch epigenetische Veränderungen eine wichtige Rolle zu spielen (Pape & Binder, 2014; Turecki & Meaney, 2016). Jedoch ist das Forschungsgebiet zur transgenerationalen Weitergabe noch jung und Befunde sind sehr widersprüchlich. Einige Forscher*innen stellen sogar den gesamten Mechanismus in Frage (Yehuda, Lehrner & Bierer, 2018).

Kulturelle Aspekte

Es besteht eine Kontroverse bezüglich der kulturübergreifenden Validität des PTBS-Konzepts, wie es im DSM oder ICD formuliert ist (Chentsova-Dutton & Maercker, 2019; Rasmussen, Keatley & Joscelyne, 2014). Kultur wird dabei verstanden als geteilte/s Wissen, Werte und Institutionen, die das Leben von Gemeinschaften koordinieren (Chiu, Gelfand, Yamagishi, Shteynberg & Wan, 2010; Kirmayer, 2018).

Insgesamt können Studien die diagnostische Validität der PTBS unter Einbezug ethnokultureller Faktoren bestätigen (Friedman, Resick, Bryant & Brewin, 2011; Hinton & Lewis-Fernández, 2011; Marsella, 2010). Die PTBS ist beeinflusst von biologischen Prozessen; kulturspezifisch unterscheiden sich die Ursachen, die Interpretation und der Ausdruck der Symptome sowie die Reaktion darauf (Elbert & Schauer, 2002; Kirmayer, 2018; Wenzel, Kienzler & Wollmann, 2015). Entsprechend zeigen sich in der klinischen Praxis spezifische Erklärungsmodelle (z.B. Geisterbesessenheit) sowie Ausdruck von Leiden (z.B. körperlicher Schmerz). Diese Faktoren beeinflussen Stigmatisierung, soziale Reaktionen, Umgang mit der Störung und damit Beeinträchtigung sowie Genesung in den betreffenden Gemeinschaften.

Modelle zur Entstehung der PTBS

Es gibt eine Vielzahl an theoretischen Modellen zur Entstehung der PTBS. Die meisten sind empirisch gut untersucht und können erklären, wie einzelne Symptomgruppen entstehen bzw. ergänzen sich um behaviorale, neurowissenschaftliche und emotionale Elemente. Einige wichtige und erfolgreichen Behandlungsmethoden zugrunde liegende Modelle werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Verteidigungskaskade. Die Evolution hat den Menschen optimal ausgestattet, um in lebensbedrohlichen Situationen die Überlebenschancen zu maximieren. Eine Abfolge aus unterschiedlichen Stufen der Verteidigung (z.B. Kampf oder Flucht, Dissoziation) wird abhängig von Nähe der Bedrohung sowie individueller Veranlagung ausgelöst. Nach einer initialen Aufmerksamkeitsstarre zur Orientierung, kann entweder eine Kampf- oder Fluchtreaktion erfolgen. Werden Kampf oder Flucht als aussichtslos bewertet, erfolgt ein „Herunterfahren“ des Körpers, der durch Starre und Reglosigkeit bis hin zur dissoziativen Ohnmacht gekennzeichnet ist. Diese peritraumatisch auftretende Reaktionsabfolge determiniert die posttraumatische Folgesymptomatik in der Gegenwart – es erfolgt bei Wiedererleben zu einem erneuten Durchlaufen der individuellen Verteidigungskaskade (Schauer & Elbert, 2010). Dieses Modell kann individuell unterschiedliche Erlebens- und Verhaltensweisen während und nach dem Erleben traumatischen Stresses und insbesondere dissoziative Tendenzen gut erklären. Das Modell kann somit therapeutisch zur Normalisierung der Symptomatik genutzt werden und weist daher große klinische Relevanz auf.

Furchtkonditionierung. Die Furchtkonditionierung basiert auf Pavlovs Erkenntnissen der klassischen Konditionierung. Ein ursprünglich neutraler Stimulus (z.B. der Geruch eines

Essens) tritt gleichzeitig mit einem aversiven Reiz (z.B. ein Bombeneinschlag) auf. Der aversive Reiz führt zu einer Reaktion (z.B. Furcht), der neutrale Stimulus ursprünglich nicht. In der konditionierten Reaktion löst der ehemals neutrale Stimulus die Reaktion aus (z.B. bei Essensgeruch wird mit Furcht reagiert) (VanElzaker, Dahlgren, Davis, Dubois & Shin, 2014). Das Paradigma der Furchtkonditionierung kann die Wiedererlebenssymptomatik und Angstreaktion auf eigentlich trauma-unabhängige Reize gut erklären. Es legt den theoretischen Grundstein für konfrontationsbasierte Interventionen der Behandlung zur Reduktion der Angst.

Gedächtnismodelle. In der dualen Repräsentationstheorie (Brewin, 2014; Brewin, Gregory, Lipton & Burgess, 2010) wird angenommen, dass auf Sinneseindrücken basierende Erinnerungen qualitativ anders im Gedächtnis repräsentiert werden als kontext-basierte Informationen über Ort, Zeit und Raum des Geschehens. Letztere sind willentlich abrufbar und verbal zugänglich, während erstere unkontrollierbar durch externe Auslöser aktiviert werden. Normalerweise sind beide Gedächtnissysteme eng miteinander verknüpft. Bei der PTBS jedoch liegen die Inhalte getrennt vor – das Gedächtnis ist fragmentiert. Die erlebnisbasierten Inhalte erzeugen durch ihren Auslöse-Charakter die Symptomatik des Wiedererlebens. Das Modell erklärt die Wiedererlebenssymptomatik plausibel und bildet ebenfalls die Grundlage für traumakonfrontative Verfahren.

Netzwerkmodelle. Die emotionale Verarbeitungstheorie (Foa & Kozak, 1986; Foa & Rothbaum, 1998) erweitert das Modell der Gedächtnisdualität um die subjektive Bewertung der Reaktion: Ein auslösender Stimulus wird mit der initial aufgetretenen (Furcht-)Reaktion sowie der subjektiven Bewertung gepaart. Diese Aspekte werden miteinander verknüpft abgespeichert und als sogenanntes Furchtnetzwerk im Gedächtnis repräsentiert. In der Folge reicht die Aktivierung eines einzelnen Elementes aus, um weitere Elemente des Netzwerks unkontrolliert zu aktivieren. Während dieser Prozess der Gedächtnisbildung per se nicht pathologisch ist, werden bei der PTBS ungefährliche Stimuli (z.B. Gerüche, Stimmen) ebenfalls in die Furchtstruktur integriert und lösen in der Folge Angstzustände und Wiedererleben des Traumas aus. Gleichzeitig verhindert das Vermeidungsverhalten eine Gewöhnung (sog. Habituation), die die Verknüpfung ehemals neutraler Stimuli mit der traumatischen Situation löscht. Die Symptomatik wird aufrechterhalten und chronifiziert (Rauch & Foa, 2006). Das Modell integriert Aspekte der Furchtkonditionierung und des Gedächtnismodells und kann eine Angst vor der Angst sowie die Aufrechterhaltung der PTBS-Symptomatik erklären.

Weitere psychische Folgen

Fallbeispiel: *Als Clementine mit ihrer Schwester gemeinsam auf dem Markt in eine Menschenmenge gerät, drängt sich die Erinnerung an das Massaker während des Genozids auf. Clementine spürt ihr Herz rasen und bekommt Angst. Sie atmet schnell und schwitzt. Erst mit Hilfe ihrer Schwester kann sie sich nach einer halben Stunde zu Hause wieder beruhigen. Clementine entwickelt daraufhin große Angst, sich in Menschenmengen aufzuhalten. In der*

Folge verlässt sie aufgrund der ausgeprägten Vermeidung kaum mehr das Haus. Wegen ihres Misstrauens hat sie nur noch Kontakt zu ihrer Schwester. Sie verbringt viel Zeit im Bett, kann gleichwohl kaum schlafen. Sie fühlt sich nicht mehr erholt und ausgeruht. Clementine hat kaum Antrieb, hat keinen Appetit und verliert Gewicht, ist häufig traurig und zweifelt an sich selbst. Sie glaubt, es wäre besser, nicht mehr zu leben.

Komorbide Störungen

Traumata sind für die Entwicklung zahlreicher psychischer und physischer Folgen zentral. Bei PTBS ist Komorbidität die Regel. Die PTBS ist (häufig) als Primärdiagnose eng verbunden mit allen anderen psychischen Störungen – wie im Fallbeispiel illustriert –, mit Angststörungen und Depression, aber auch Substanzmissbrauch.

In Krisenregionen mit gewaltsamen Konflikten wurden bei Überlebenden komorbid zur PTBS bei 31-69% Depression und bei 40% Angststörungen dokumentiert (z.B. Lindert et al., 2009; Steel et al., 2009). In Aufnahmeländern berichtete ca. die Hälfte der Geflüchteten von komorbiden affektiven Störungen und Angststörungen, 20% erfüllten die Kriterien für drei oder mehr psychische Störungen (Bogic et al., 2012, 2015; Kaltenbach, Schauer, Hermenau, Elbert & Schalinski, 2018; Nesterko, Jäckle, Friedrich, Holzapfel & Glaesmer, 2020). Multimorbidität geht einher mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung sowie Suizidalität (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000; Stevens et al., 2013; Westphal et al., 2011). Auch für körperliche Beschwerden erhöht sich bei Traumaexposition sowie einer PTBS-Diagnose die Erkrankungshäufigkeit erheblich, wie z.B. Herzerkrankungen oder Diabetes (Kibler, Joshi & Ma, 2009; Kimerling, 2004; Glaesmer, Brähler, Gündel & Riedel-Heller, 2011).

Entstehung der Komorbidität

Bei einer PTBS als Primärdiagnose, können sich komorbide Störungen als Folge dauerhafter psychischer Belastung entwickeln. Insbesondere Substanzmissbrauch ist als dysfunktionaler Bewältigungsversuch gut belegt (Westphal, Aldao & Jackson, 2017). Traumaüberlebende und insbesondere Kriegs- und Geflüchtetenpopulationen leiden neben zahlreichen komorbiden psychischen Störungen unter vielfältigen psychosozialen Belastungen. Diese erschweren die gesellschaftliche sowie soziale Integration (z.B. Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel & de Jong, 2005; Schlechter et al., 2021). Kriegsbezogene Faktoren erklären in einer großen Flüchtlingspopulation einen größeren Anteil der Varianz von PTBS selbst, belastende Post-Migrationsfaktoren erklärten mehr Varianz der Depression, Angst und Substanzmissbrauch (Bogic et al., 2012).

Die Schwere der Symptomatik und Komorbidität hängt mit den gleichen Risikofaktoren zusammen, wie auch für die PTBS beschrieben ist (siehe Abbildung 1). Nach einem einmaligen Erlebnis (z.B. Verkehrsunfall) hat eine initiale posttraumatische Symptomatik eine gute Prognose für eine spontane Heilung. Hingegen ist bei in der Kindheit beginnender anhaltender sexueller Gewalt eine komplexe, grundlegende und anhaltende

Störung zu erwarten, die neben der PTBS mit Dissoziation, Depression, Schmerzen u.ä., und schließlich mit Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen der KPTBS einhergeht.

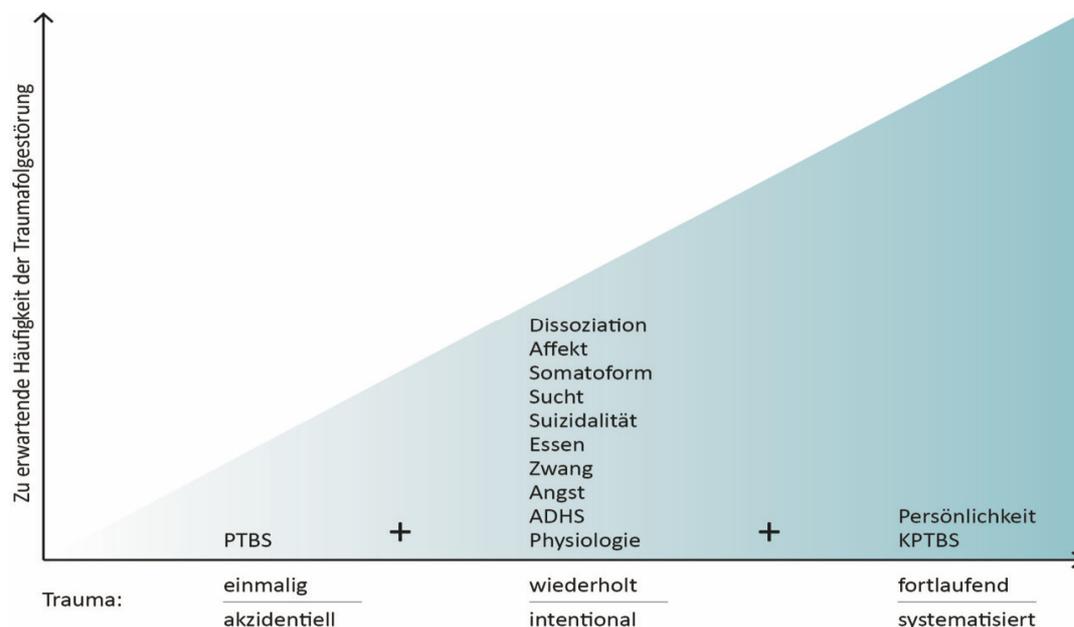


Abbildung 1: Art und Schwere der traumatischen Erfahrung im Zusammenhang mit der zu erwartenden Traumafolgestörungssymptomatik

Das parallele Auftreten psychischer Störungen kann als Folge aus den gleichen traumatischen Ereignissen resultieren, wie z.B. bei einem traumatischen Verlust einer nahen Bezugsperson, die neben PTBS auch eine anhaltende Trauerstörung hervorruft (Heeke, Stammel, Heinrich & Knaevelsrud, 2017; Killikelly & Maercker, 2017; Schaal, Dusingizemungu, Jacob, Neuner & Elbert, 2012). Alternativ ist möglich, dass aufgrund der PTBS-Vermeidungssymptomatik der gesunde Trauerprozess beeinträchtigt wird und in der Folge anhaltende Trauer entsteht (Foa, Stein & McFarlane, 2006). Entsprechend kann z.B. sozialer Rückzug im Rahmen der PTBS-Vermeidungssymptomatik zu einer Depression führen oder Angst in spezifischen Situationen konditioniert werden (vgl. die Angst vor der Menschenmenge im Fallbeispiel). Jedoch gibt es auf Symptom-Ebene eine beträchtliche Überlappung zwischen affektiven, dissoziativen, psychotischen, somatoformen Störungen sowie Trauer- und Angststörungen, was die Häufigkeit ggf. überschätzt (Schellong, Schützwohl, Lorenz & Trautmann, 2019).

Traumatisierung und Gewalt

Hohe Raten an PTBS sind relevant für die langfristige Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewaltspiralen in Krisenregionen. Meta-Analysen bestätigen einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der PTBS und dem Auftreten von Beziehungsgewalt (Taft, Watkins, Stafford, Street & Monson, 2011). Dieser Zusammenhang scheint unabhängig von der Aggressionsart (z.B. verbale versus körperliche Aggression) sowie der Person, gegen die die Aggression gerichtet wird (z.B. eigene Kinder oder Partner*in) (Augsburger & Maercker, 2020).

Reaktive Aggression

Als ursächliche Faktoren für diese individuell auftretenden Gewaltspiralen werden zwei sich partiell überlappende Mechanismen diskutiert: ein direkt vermittelter und ein indirekt vermittelter über Symptome einer PTBS (Augsburger & Maercker, 2020). Abbildung 2 visualisiert beide Mechanismen. Für den indirekten Mechanismus sprechen Befunde, dass der Schweregrad der PTBS den Zusammenhang zwischen Traumaerleben und Aggressionsbereitschaft beeinflusst (Hecker, Fetz, Ainamani & Elbert, 2015). Hierbei führt das PTBS-Kernmerkmal der physiologischen Übererregung zu erhöhtem Ärger- und Wuterleben sowie zu Schwierigkeiten in der funktionalen Regulation dieser Emotionen (Miles, Menefee, Wanner, Tharp & Kent, 2015). Betroffene haben das Gefühl, sich konstant in einer potentiellen Bedrohungssituation zu befinden. Tatsächlich treten gesteigertes Ärgererleben und Probleme mit dessen funktionaler Kontrolle häufiger bei der PTBS als bei anderen Angststörungen auf (Olatunji, Armstrong, Fan & Zhao, 2010). Dysfunktionale Bewältigungsstrategien dieser emotionalen Ausbrüche sind als wichtiger Prädiktor für Aggression bekannt (Orth & Wieland, 2006).

Allerdings erklärt dieser Zusammenhang nur einen Teil des Mechanismus: Ein zweiter Mechanismus fungiert über einen direkten Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und Aggression. Befunde kommen vor allem aus Studien mit Militärangehörigen: Nach ihrer Rückkehr aus Einsätzen in Afghanistan und dem Irak berichteten Veteran*innen vermehrt aggressive Tendenzen (z.B. MacManus et al., 2015). Darüber hinaus zeigen Studien, dass ehemalige psychisch stark belastete Kindersoldat*innen geringere Akzeptanz für Aufarbeitungsprozesse aufweisen und vermehrt Rachegefühle beschreiben. Es wird vermutet, dass Vergeltungsaktionen ausgeführt werden im Versuch, die persönliche Integrität wiederherzustellen und die traumatischen Erfahrungen zu überwinden (Bayer et al., 2007).

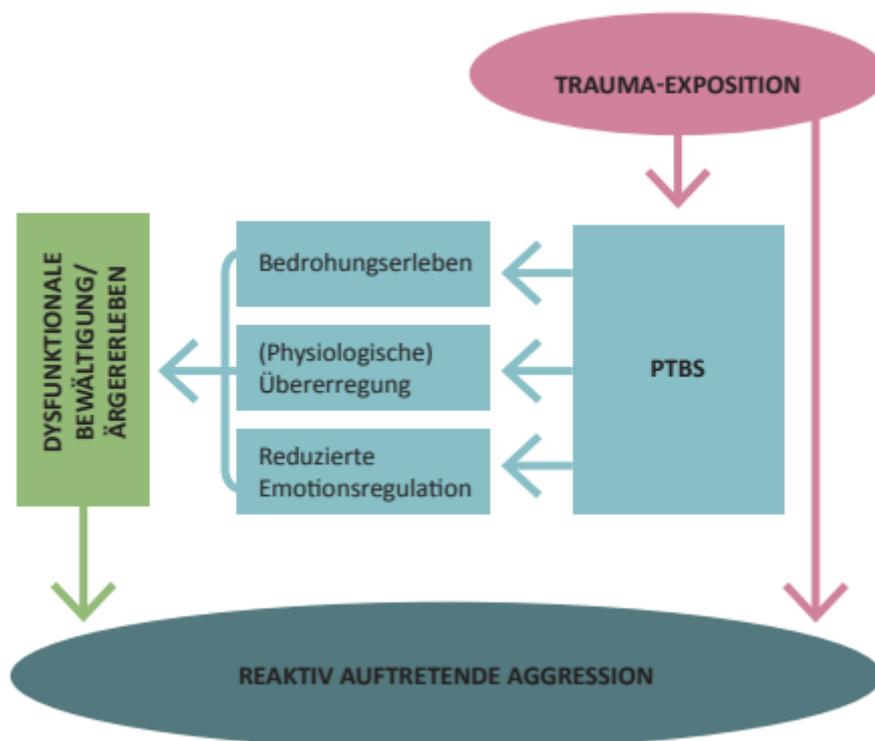


Abbildung 2. Zusammenhänge zwischen Traumaexposition, Entstehung der PTBS und nachfolgender reaktiver Aggression.

Exkurs Aversive Kindheitserfahrungen

Zu traumatischen Erfahrungen im erweiterten Sinne gehören auch aversive Kindheitserfahrungen wie körperliche, sexuelle oder emotionale Gewalt oder Missbrauch. Aversive Kindheitserfahrungen gelten als unspezifischer Risikofaktor für lebenslange körperliche und psychische Beschwerden (Norman et al., 2012) und steigert ebenfalls die Gewaltspirale. Bei betroffenen Kindern sorgen Armut, schlechte Gesundheitsversorgung, zahlreiche alltägliche Belastungen und psychosozialer Stress für Probleme in Bezug auf Gefühle und Verhalten. In ihrer Zwei-Generationen-Studie in Norduganda zeigten Saile, Ertl, Neuner und Catani (2014, 2015) eine dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion aufgrund begrenzter elterlicher Ressourcen sowie individueller Risikofaktoren. Aversive Kindheitserfahrungen der Eltern waren das stärkste Korrelat selbst ausgeübter Aggressionen gegenüber den eigenen Kindern (Saile et al., 2014). Auch eigene Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen spielen eine große Rolle für die Weitergabe von Gewalterfahrungen (Catani, 2010). Während bei Männern mit Traumerfahrungen die gesamte Familie ein erhöhtes Risiko für Viktimisierung aufweist, sind bei Frauen vor allem die Kinder betroffen (Gillikin et al., 2016). Beeinträchtigungen in der Sensibilität für die Bedürfnisse der Kinder sowie eine erhöhte generelle Feindseligkeit als Folge der PTBS werden als Wirkmechanismen diskutiert (van Ee, Kleber & Mooren, 2012) und konnten in

einer qualitativ angelegten Studie mit einer kleinen Stichprobe bestätigt werden (Anderson & van Ee, 2020).

Aggression als Folge traumatischer Erfahrungen und PTBS entsteht in den meisten Fällen als Reaktion (Handlung) auf eine wahrgenommene oder erwartete Bedrohung. Sie ist Teil des menschlichen Verhaltensrepertoires zum Selbstschutz und mit negativem Affekt und hoher physiologischer Erregung verbunden (Elbert, Schauer & Moran, 2018). Betroffene reagieren, ohne sich im Moment über die Konsequenzen für sich und andere bewusst zu sein (Nelson & Trainor, 2007). Reaktive Aggression trägt in kleineren zwischenmenschlichen Systemen (z.B. Familie) zu Gewaltspiralen bei. Als systematischer Treiber von Konflikten spielt eine andere Aggressionsform, die sogenannte appetitive Aggression, die wichtigere Rolle.

Appetitive Aggression

Im Kriegs- und Konfliktkontext entwickelt sich ein Aggressionstypus, der mit starken Gefühlen der Lust an der Gewaltausübung und hoher Erregung assoziiert ist: Appetitive Aggression (Weierstall, Schaal, Schalinski, Dusingizemungu & Elbert, 2011). Bei Personengruppen in aktiven Konflikten lässt sich häufig beobachten: Die erste Gewalttat ist stark furchtbesetzt und belastend. Sie wird meist unter Zwang und/oder starkem Gruppendruck sowie unter Todesdrohungen als Initiationsritual ausgeführt und sichert das eigene Überleben in der bewaffneten Gruppe (Harnisch & Pfeiffer, 2018). Im Fallbeispiel berichtet ein ehemaliger Kindersoldat der ugandischen Lord's Resistance Army (LRA) von seiner ersten Tötung im Alter von sieben Jahren.

Fallbeispiel: *Nach einer Woche (...), als sie [Kommandanten der LRA, Anm. der Autorinnen] mir nun die Person zeigten, die geschlagen werden sollte (...), umzingelten sie mich (...) fünf Soldaten und sie hatten alle Gewehre (...) ich hatte eine Axt in der Hand und die Person lag auf dem Boden (...) sie sagten mir, ich solle diese Person zu Tode prügeln (...). Zuerst wollte ich es nicht tun (...), aber dann sagten sie mir (...) "Wenn du es nicht tun möchtest, legst du dich hin, und die Person steht auf, um was zu tun? Um dich zu verprügeln". Also musste ich mich für mich entscheiden, um mein Leben wenigstens ein bisschen zu verlängern (...). Ich habe die Person geschlagen und sie ist gestorben* (übersetzt aus Harnisch & Pfeiffer, 2018).

Im Verlauf der wiederholten Ausübung von Grausamkeiten findet ein Wechsel in der Bewertung statt – von reaktiver zu appetitiver Aggression (Augsburger et al., 2017; Elbert et al., 2018). Es entwickeln sich positive Gefühle wie Belohnung sowie Rauschzustände in Bezug auf die Taten, die zu Kontrollverlust und Gewaltausbrüchen führen (Elbert, Moran & Schauer, 2017a).

Fallbeispiel: *Ich war dort [im Busch, Anm. d. Autorinnen] glücklich. ...Vor allem, wenn wir die Soldaten besiegt hatten, die kamen, um uns zu stören, dann war ich wirklich, wirklich glücklich (...). Es ist der Kampf, der mich glücklich gemacht hat ... weil zum Beispiel... die Regierungssoldaten ... die neu rekrutierten (...) ... Das waren schwache Soldaten, wenn wir sie also sahen, wenn sie kamen und wir anfangen, (...) zu schießen, liefen sie einfach in ein*

Versteck, das hat uns erregt, denn dann wussten wir, dass wir an diesem Tag zumindest eine sehr gute Gelegenheit haben würden, gute Waffen zu bekommen... also tötet man sie und bekommt seine Waffe, also ist man glücklich... Ja... Es ist diese Freude, diese Soldaten zu besiegen (...) (übersetzt aus Harnisch & Pfeiffer, 2018).

Appetitive Aggression kann sich in extrem gewaltbereiten und rechtsfreien Kontexten entwickeln, wie zum Beispiel bei ehemaligen Kindersoldat*innen in der Demokratischen Republik Kongo (Hermenau et al., 2013), aktiven an der Mission der afrikanischen Union in Somalia beteiligten Soldaten aus Burundi (Nandi, Crombach, Bambonyé, Elbert & Weierstall, 2015), Mitgliedern bewaffneter Gruppen in verschiedenen (Post-)Konfliktregionen der großen afrikanischen Seen-Region und demobilisierten FARC-Mitgliedern in Kolumbien (Augsburger, Meyer-Parlapanis, Bambonyé, Elbert & Crombach, 2015; Weierstall, Castellanos, Neuner & Elbert, 2013; Weierstall, Schalinski, Crombach, Hecker & Elbert, 2012) oder bei Geflüchteten aus Krisenregionen (Hecker et al., 2015). Hohe Ausprägungen schildern ebenso Jugendliche in Gangs aus südafrikanischen Townships (Hinsberger et al., 2016) sowie forensische Patienten im deutschen Maßregelvollzug (Dudeck et al., 2016). Männer und Frauen zeigen das gleiche Muster, sofern das Ausmaß an eigenen Kampferfahrungen vergleichbar ist, wie eine Studie mit ehemaligen bewaffneten Kämpfer*innen aus Burundi zeigt (Meyer-Parlapanis, Bambonyé, Elbert & Crombach, 2016).

Appetitive Aggression kann, abhängig von den äußeren Umständen, universell in Menschen geweckt und gefördert werden. In einer Gewaltspirale verstärken sich Ausübung von Gewalt und appetitive Aggression gegenseitig. Die Entwicklung appetitiver Aggression wird im Kontext massiver Gewalt als funktionale emotionale Anpassung zum Erhalt der Handlungsfähigkeit interpretiert: In früheren Studien wurden, zumindest bis zu einer gewissen Schwelle, negative Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der PTBS und der Intensität der appetitiven Aggression gefunden (z.B. Hecker et al., 2015; Nandi, Crombach, Bambonyé, Elbert & Weierstall, 2016; Weierstall et al., 2013). Selbsterlebte Viktimisierungserfahrungen bei männlichen Studienteilnehmer*innen korrelierten positiv mit der Ausprägung appetitiver Aggression (Nandi et al., 2015; Sommer et al., 2017). Dieser Schutzeffekt appetitiver Aggression scheint jedoch geschlechtsspezifisch (Augsburger et al., 2015, 2017). Während bei biologischen Männern sowohl traumatische Erfahrungen als auch selbst-ausgeübte Gewalt bedeutsam sind, führen bei biologischen Frauen hauptsächlich selbst-ausgeübte Gewalttaten zu erhöhter appetitiver Aggression (Augsburger et al., 2015, 2017).

Neuere Studien mit Frauen und Männern weisen in die Richtung, dass starke PTBS-Symptomatik, vermehrte aktive Kampferfahrungen sowie junges Alter bei erstmaliger Gewaltausübung Risikofaktoren darstellen (Zeller et al., 2020). Höchstwahrscheinlich gibt es sogenannte sensitive Perioden (Altersbereiche), in denen Menschen besonders empfänglich für die Entstehung von appetitiver Aggression sind (Köbach & Elbert, 2015). Betroffene Personen in Konfliktregionen sind also häufig beides: Initial Gewalt-Überlebende und im Folgenden Gewalt-Täter*innen.

Nach Beilegung bewaffneter Konflikte gefährdet die lustvolle Wahrnehmung der Gewalt die Rückkehr in einen „zivilen“ Lebensmodus. Denn im Gegensatz zum Leben in der bewaffneten Gruppe ist appetitive Aggression in der Post-Konflikt-Dorfgemeinschaft sozial nicht erwünscht und wird als bedrohlich für den fragilen Friedensprozess bewertet. Damit bleibt die Situation für heimkehrende Kombattant*innen schwierig: Eine Anpassung an das zivile Leben hat noch nicht stattgefunden, jedoch haben sich die Rahmenbedingungen verändert; das, was vorher essentiell für das eigene Überleben war, führt nun zu sozialer Ausgrenzung und kann sogar in die Bedrohung der eigenen Unversehrtheit münden (Harnisch & Pfeiffer, 2018). Diese soziale Stigmatisierung trägt erneut zu einem erhöhten Aggressions- und Gewaltisiko bei (Schmitt, Robjant & Köbach, 2021) – und erschwert die erfolgreiche Reintegration in das zivile Leben. Eine anhaltende Gewaltspirale entsteht (Elbert et al., 2017a; Maedl, Schauer, Odenwald & Elbert, 2010).

Implikationen für Politik und Praxis

Priorisierung psychischer Gesundheit

In der öffentlichen Wahrnehmung und speziell in ressourcenschwachen Regionen gilt psychische Gesundheit als Luxusgut. Die langanhaltenden und vielschichtigen Auswirkungen unbehandelter Traumafolgestörungen sind für Betroffene, jedoch auch für Gesellschaften und nachfolgende Generationen enorm. Die Förderung psychischer Gesundheit muss in Anbetracht der präsentierten Forschung ein prominenter Bestandteil im Friedensprozess sein (Ventevogel, 2015).

Gesellschaftliche Anerkennung von Traumatisierung und sozialen Realitäten

Die Anerkennung psychischer Traumata und deren Folgen ist nicht nur auf die individuelle Versorgung beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf den öffentlichen Raum und die soziale Gemeinschaft. Die gesellschaftliche Anerkennung der Traumafolgen im gesamten Leben und Erleben der Betroffenen ist zu fördern, insbesondere in Anbetracht der Bedeutung sozialer Anerkennung bei der Förderung von Resilienz (Maercker & Augsburger, 2019a).

Diese Anerkennung bezieht sich nicht nur auf individuell erlebte Traumata, sondern auch auf eine geschlechtersensible Perspektive: Die Anerkennung der sozialen Realitäten von Frauen und Männern während bewaffneter Konflikte und in der Aufarbeitung sind ebenfalls essentiell. Bis zu 30% bewaffneter Gruppenmitglieder in Konfliktregionen sind Frauen (Brett, 2002; McKay & Mazurana, 2004). Diese werden als aktive Kämpferinnen oder Sexsklavinnen missbraucht und sorgen mehrheitlich durch die Infrastruktur für die Einsatzfähigkeit der bewaffneten Gruppe. Vor allem Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen und mit nicht geschlechts-konformen Rollen während eines bewaffneten Konflikts erleben große Stigmatisierung, die die Anerkennung sozialer Realitäten, Aufarbeitung sowie Reintegration beeinträchtigt und somit zusätzlich zur anhaltenden Instabilität beiträgt (Tonheim, 2012).

Gemeinschafts-basierte Ansätze unter Einbezug der gesamten (Dorf)gemeinschaft, stellen eine effektive und ressourcensparende Möglichkeit dar. Betroffenen Frauen wird durch die gesellschaftliche Anerkennung ihrer individuellen Erlebnisse die Reintegration in die zivile Gesellschaft ermöglicht (Veale, McKay Worthen & Wessells, 2013).

Aufbau von Versorgungsstrukturen und Dissemination

Die Divergenz zwischen der großen Anzahl traumatisierter Personen und der geringen Anzahl spezialisierter Fachpersonen stellt insbesondere in Konfliktregionen eine große Herausforderung dar (Kakuma et al., 2011), wurde jedoch auch während der großen Fluchtbewegung 2015 in Ankunftsändern für traumatisierte Geflüchtete ein drängendes Thema (Elbert, Wilker, Schauer & Neuner, 2017b; Hecker & Neuner, 2019). Ein Lösungsansatz stellt die Dissemination spezifischer Diagnostik- und Therapiefertigkeiten dar (Ruzek & Rosen, 2009). Der Prozess befähigt Gesundheitsexpert*innen aus betroffenen Gemeinschaften zur effektiven Identifikation und Behandlung der Betroffenen (Foa, 2006). Eine intensive Planung, persönlicher aktiver Kontakt und anhaltende klinische Unterstützung durch erfahrene Fachpersonen sind für das Gelingen zentral (Chu, 2008; Kakuma et al., 2011; Patel, Chowdhary, Rahman & Verdeli, 2011). Dabei bedarf es einer Erfassung bzw. Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Kontextes sowie lokaler Geschichte und Verständnis über das Krankheitskonzept der Betroffenen (Kirmayer, 2018; Faregh, Tounkara & Soumaoro, 2019). In diesem komplexen Feld sind aus ethischer und humanitärer Perspektive wissenschaftliche Befunde zu evaluieren, disseminieren und integrieren. Der wissenschaftliche Konsens zu einem modernen Verständnis der PTBS und in einem zweiten Schritt auch evidenzbasierten und wirksamen Interventionsmethoden sollte jeder Gemeinschaft zugänglich sein (M. Schauer & E. Schauer, 2010).

Dementsprechend konzipierten M. Schauer und E. Schauer (2010) ein Kaskadenmodell zur Identifikation und Behandlung psychischer Störungen. Zunächst erfolgt eine epidemiologische Datenerhebung zur Bedarfsklärung in der betroffenen Gemeinschaft. Im Weiteren wird ein gestuftes Modell implementiert. Geeignete und trainierte Mitglieder der jeweiligen Gemeinschaft (z.B. Pflegepersonal, Lehrer*innen, Sozialarbeiter*innen) identifizieren als Diagnostiker*innen/Gesundheitslots*innen Personen mit Traumafolgestörungen. Psychologisch geschulte Assistent*innen übernehmen die psychosoziale Unterstützung und Patient*innen mit behandlungsbedürftiger Traumafolgestörung werden an Therapeut*innen verwiesen, die regelmäßig Supervision erhalten. Die Strukturen werden ergänzt durch Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Gesellschaft, der Gesundheitsfachpersonen sowie der politischen Entscheidungsträger*innen. Eine begleitende Evaluation und Optimierung der Programme sind essenziell (Elbert et al., 2017b).

Die Dissemination klinischer Fertigkeiten bleibt jedoch personell, zeitlich und finanziell aufwendig (Foa, 2006). Zur optimalen Ressourcennutzung wurde daher in einem weiteren Schritt das *Train-the-Trainer-Modell* konzipiert. Hier trainieren in einem ersten

Schritt Expert*innen Gesundheitsfachpersonen der Gemeinschaft, die daraufhin bei ihrer diagnostischen und therapeutischen Arbeit mit Betroffenen – im Sinne von Ausbildungsfällen – supervidiert werden. In einem zweiten Schritt trainieren und supervidieren die disseminierten Fachpersonen weitere Kolleg*innen. Gesellschaftliche, regionale und kulturelle Besonderheiten können unmittelbar aufgenommen und Interventionen entsprechend adaptiert werden (Cahill, Foa, Hembree, Marshall & Nacash, 2006).

Psychosoziale Versorgung in Hilfsberufen

Neben der von Krieg betroffenen Bevölkerung, kann auch humanitäres Personal zur Hilfeleistung von Traumatisierung betroffen sein. Eine systematische Übersichtsarbeit schätzt die PTBS-Prävalenz bei Mitarbeitenden in Friedens- oder Hilfseinsätzen auf 6-42%, abhängig von Einsatzort und Dauer bzw. Tätigkeit (unter Einbezug jeder Form der Traumata im Einsatzgebiet). Die Raten sind doppelt bis dreifach erhöht im Vergleich zu Personen, die ähnliche Funktionen ausübten, jedoch nicht mit traumatischen Details konfrontiert wurden (Strohmeier & Scholte, 2015).

Der Begriff Sekundärtraumatisierung beschreibt die Reaktion von Hilfspersonen bei Konfrontation mit traumatisierten Personen und wird im DSM-5 bei Konfrontation mit aversiven Details im Rahmen beruflicher Tätigkeiten beschrieben (APA, 2013; Figley, 1999). Betroffene von Sekundärtraumatisierung erleben PTBS-Symptome und sind entsprechend behandlungsbedürftig (Bride, Radey & Figley, 2007). Im Rahmen der Arbeit mit Traumatisierten hat sich für die psychische Belastung der Hilfspersonen der Begriff *compassion fatigue* [dt. Mitgefühls-Müdigkeit] etabliert. Er beschreibt Hilflosigkeit oder Überforderung, die zu Mangel an Einfühlungsvermögen führen und somit die professionelle Arbeit gefährden (Hofmann, 2009). Die Anerkennung traumatischer Erfahrungen und der Aufbau von Versorgungsstrukturen sollte auch Personengruppen aus der humanitären Friedensarbeit oder Entwicklungszusammenarbeit in allen Arbeitsphasen einschließen. Adäquate Vorbereitung, regelmäßige Supervisionsmöglichkeiten sowie persönliche Beratungsmöglichkeiten sollten zur Verfügung stehen. Eine professionelle Unterstützung auf organisatorischer Ebene trägt maßgeblich zur Reduktion der psychosozialen Belastung bei (Lopes Cardozo et al., 2013). Da Mitarbeitende aus betroffenen Gemeinschaften häufig eigene Gewalterfahrungen gemacht haben, sollte für diese ebenfalls die professionelle therapeutische Aufarbeitung begleitet werden.

Im erweiterten Sinne bezieht sich diese Forderung auf die formale Anerkennung der PTBS als Berufskrankheit bei gefährdeten Berufsgruppen zur Entstigmatisierung psychosozialer Überlastung.

Spannungsfeld Justiz und Psychologie

Fallbeispiel: *Herr Ongwen wurde als 9-jähriger Junge von Mitgliedern der ugandischen Lord's Resistance Army entführt und als Kindersoldat missbraucht. Er erlebte furchtbare Grausamkeiten. Als Erwachsener wurde er selbst oberer Kommandeur und ordnete ähnliche*

Verbrechen an, wie er sie selbst erlebt hatte. Im Februar 2021 wurde Herr Ongwen am Internationalen Strafgerichtshof in Den Haag für Verbrechen gegen die Menschlichkeit sowie Kriegsverbrechen schuldig befunden (International Criminal Court, 2021).

Insbesondere in Konfliktregionen ist aus klinisch-psychologischer Perspektive die scharfe Trennung in Täter*in und Überlebende/r komplex. Diese im Exkurs dargestellte Realität verdeutlicht die Widersprüche der psychologischen und juristischen Perspektive. Personen mit PTBS und Täteranteilen haben ebenfalls Anspruch auf Behandlung. Dies ist zudem bedeutsam, da die Arbeit mit (ehemaligen) Täter*innen die beste Prävention gegen erneute Gewalt ist.

Aus juristischer Perspektive müssen Täter*innen für ihre Handlungen zur Verantwortung gezogen werden. Doch auch hier entsteht die Frage der Schuldfähigkeit außerhalb der eng definierten juristischen Unzurechnungsfähigkeit. Eine Integration in die Gesellschaft kann nur gelingen, wenn Täter*innen zur Verantwortung gezogen werden. Die Ausübung von Gewalt lässt sich nie ultimativ rechtfertigen. Nicht nur für betroffene Angehörige, sondern für gesamte Gesellschaften ist die Aufarbeitung von Konflikten mit strafrechtlicher Verurteilung – wie im Fallbeispiel – eine Anerkennung des erfahrenen Unrechts und ein wichtiges Element im Friedensprozess.

Forschungsfelder

Ein Großteil der Forschungsarbeiten in Konfliktregionen beruht auf Studien im Querschnittsdesign mit retrospektiver Erfassung traumatischer Erfahrungen. Experimentelle Studien sind aus ethischen Gründen nicht durchführbar. Kausale Annahmen sind somit meistens interpretatorisch und bleiben schlussendlich hypothetischer Natur. Durch die retrospektive Erfassung können erst Narrative geschaffen und Attributionen generiert werden, die im Nachhinein die Modellannahmen bestätigen (Kirmayer et al., 2014). Auch im Licht der ätiologischen Komplexität bei der Entstehung von Traumafolgestörungen ist eine monokausale Ursache schwer zu bestätigen. Lediglich die Kongruenz an Befunden in unterschiedlichen Kontexten lässt vermuten, dass berichtete Zusammenhänge die Realität zufriedenstellend abbilden. Trotzdem muss sich die empirische Forschung eingestehen, dass Fragen zu Ursache und Wirkung nur begrenzt zu beantworten sind.

Aktuelle Kontroversen

Kontroversen betreffen einerseits die diagnostische Konzeptualisierung der PTBS im Spannungsfeld der Klassifikationssysteme, deren Unterschiede mit der Einführung der KPTBS lediglich im ICD-11 besonders deutlich wurden. Fachpersonen sehen sich vor diesem Hintergrund mit der Aufgabe konfrontiert, welche Kriterien die „richtigen“ seien. Weiter besteht das Risiko, dass Personen mit Leidensdruck übersehen werden, da sie – je nach verwendeten Kriterien – keine psychische Störung aufweisen. Diesbezüglich ist eine

empirisch fundierte Wiederannäherung der psychiatrischen Klassifikationssysteme wünschenswert.

Eine weitere Kontroverse im Zusammenhang mit Konfliktregionen betrifft den Begriff „kontinuierliche Traumata“. Gemeint sind anhaltende traumatische Stressoren. Dies ist insbesondere in Kriegs- und auch Post-Konfliktregionen der Fall, wenn das traumatische Geschehen durch hohe Gewaltraten und andauernde politische und soziale Instabilität bestehen bleibt (Somasundaram, 2014). Streng genommen lassen sich die Kriterien der PTBS nicht auf ein solches Setting anwenden, da kein „Post-Trauma“ gegeben ist. Der evolutionär bedingte Alarmzustand Traumatisierter kann in diesem Kontext als sinnvolle Adaptation interpretiert werden, der die Überlebenswahrscheinlichkeit erhöht (Maercker & Augsburger, 2017). Dennoch ist der Zustand der PTBS mit großem Leiden und Funktionseinbußen verbunden. Es bleibt Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen, wie individuelle Belastungen im Rahmen anhaltend unsicherer Settings effektiv reduziert werden können.

Zukünftige Forschung sollte eine höhere Geschlechtersensibilität in Bezug auf die Untersuchung von Gruppenphänomenen auf Täter*innen- und Überlebendenseite berücksichtigen. Dies betrifft geschlechtsbasierte Gewalt ebenso wie geschlechtsbasierte gesellschaftliche Hindernisse bei der Reintegration. Die Forschung zu Gewaltspiralen fokussiert sich gegenwärtig hauptsächlich auf selbsterlebte traumatische Erfahrungen und daraus resultierende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und Aggressionsbereitschaft. Wichtige Aspekte wie die geschlechtsspezifische soziale Anerkennung sowie Stigmatisierung spezifischer Erfahrungen, wie zum Beispiel sexueller Gewalt, wurden bislang unzureichend berücksichtigt.

Abschließend bleibt die Kontroverse, dass ein Großteil der Menschen — bis zu einer gewissen Anzahl traumatischer Ereignisse — diese Erfahrungen gut bewältigen kann, ohne dass sich eine PTBS entwickelt. Es existieren erste Ansätze zur Resilienzforschung in Einzelstudien, doch eine Ausweitung von Projekten insbesondere im Kontext von Konflikten ist indiziert. Die Berücksichtigung resilienzfördernder Ressourcen liefert wichtige Erkenntnisse zur Unterbrechung von Trauma-Gewaltspiralen in Krisenregionen. Dies führt weiter zur Frage nach Frühinterventionen zur Prävention von PTBS als Sekundärprävention. In stabilen Kontexten haben sich hier in den letzten Jahrzehnten erste Erkenntnisse zur Wirksamkeit von frühen Interventionen akkumuliert und sollten weiter erforscht werden (N. P. Roberts et al., 2019). Selbstverständlich stellt das Verhindern von Gewalt die beste Primärprävention dar.

Ausblick

Zur langfristigen und nachhaltigen Unterbrechung andauernder Gewaltspiralen in Krisenregionen und Förderung von Friedensprozessen ist es essentiell, die klinisch-psychologische Perspektive zu integrieren. Der Stellenwert psychischer Gesundheit muss nicht nur in offiziellen Programmen der Entwaffnung, Demobilisierung und

Wiedereingliederung steigen, sondern auch in der längerfristigen Friedenssicherung. Dies wurde in der Vergangenheit häufig versäumt (Banholzer, 2013; Maedl et al., 2010).

Anknüpfungspunkte finden sich auf verschiedenen Ebenen: Einerseits sollten betroffene Personen mit diagnostizierten Traumafolgestörungen eine evidenzbasierte Behandlung bekommen. Hierzu gibt es wirksame Methoden, die auch in Ländern mit geringen Ressourcen einsetzbar sind. Um die Divergenz zwischen Fachpersonen und Überlebenden zu bewältigen, ist die Dissemination von Diagnostik und Behandlung erforderlich. Gleichzeitig ist eine möglichst frühzeitige Unterbrechung der Gewaltspirale durch einen Fokus auf Prävention adverser Kindheitserfahrungen essentiell, um günstigere Rahmenbedingungen für nachfolgende Generationen zu schaffen.

Die Integration von Themen zur psychischen Gesundheit bedingt eine explizite Gender-Awareness. Nur allzu häufig wurden Frauen in Programmen der Friedenssicherung übersehen oder aktiv ausgeschlossen (McKay & Mazurana, 2004). Dies ist nicht nur folgenschwer im Hinblick auf die Gesundheit der Frauen, sondern auch im Hinblick auf die meist stärkere Beteiligung von Frauen an Versorgungsarbeit in diesem Kontext. Schließlich kommt der sozialen Anerkennung durch das Umfeld und die Gemeinschaft eine zentrale Bedeutung zu.

Dabei dürfen auch professionelle Fachpersonen als Traumagefährdete nicht außer Acht gelassen werden. Internationale und nationale Organisationen sollten ihre Anstrengungen intensivieren, eine bessere Vorbereitung ihres Personals und psychosoziale Betreuung zu ermöglichen.

Nur durch den Einbezug der psychischen Gesundheit in die Friedensarbeit lassen sich Gewaltspiralen langfristig durchbrechen und Stabilität fördern. Die Friedenssicherung aber stellt die wichtigste Prävention zur Entstehung von PTBS, Gewaltbereitschaft und anderen traumabedingter Folgen dar.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Aufl.). Arlington, VA: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, K. & van Ee, E. (2020). Reflective functioning of refugee mothers with children born of sexual violence. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 17(8), 2873. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082873>
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R. & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319-1326. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491>
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C. & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: Prevalence, correlates and consequences. *Current*

Opinion in Psychiatry, 28(4), 307-311.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>

- Augsburger, M. & Maercker, A. (2020). Associations between trauma exposure, posttraumatic stress disorder, and aggression perpetrated by women. A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice and Practice*, 27(1), e12322. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12322>
- Augsburger, M., Meyer-Parlapanis, D., Bambonyé, M., Elbert, T. & Crombach, A. (2015). Appetitive aggression and adverse childhood experiences shape violent behavior in females formerly associated with combat. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01756>
- Augsburger, M., Meyer-Parlapanis, D., Elbert, T., Nandi, C., Bambonyé, M. & Crombach, A. (2017). Succumbing to the call of violence – Sex-linked development of appetitive aggression in relation to familial and organized violence. *Frontiers in Psychology*, 8, 751. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00751>
- Bangasser, D. A. & Valentino, R. J. (2014). Sex differences in stress-related psychiatric disorders: Neurobiological perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 303-319. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.03.008>
- Banholzer, L. (2013). *When do disarmament, demobilization and reintegration programs succeed? (Bericht Nr. 8/2014)*. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2367307>
- Bayer, C. P., Klasen, F. & Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA*, 298(5), 555-559. <https://doi.org/10.1001/jama.298.5.555>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M. ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A. ... Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: Refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *British Journal of Psychiatry*, 200(3), 216-223. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764>
- Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 29-29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Brett, R. (2002). *Girl soldiers: Challenging the assumptions*. New York, NY: Quaker United Nations Office.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.5.748>

- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological bulletin*, *140*(1), 69-97. <https://doi.org/10.1037/a0033722>
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review*, *117*(1), 210-232. <https://doi.org/10.1037/a0018113>
- Bride, B. E., Radey, M. & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, *35*(3), 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Bronstein, I. & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*(1), 44-56. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>
- Buss, C., Entringer, S., Moog, N. K., Toepfer, P., Fair, D. A., Simhan, H. N. ... Wadhwa, P. D. (2017). Intergenerational transmission of maternal childhood maltreatment exposure: Implications for fetal brain development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(5), 373-382. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.001>
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D. & Nacasch, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *19*(5), 597-610. <https://doi.org/10.1002/jts.20173>
- Catani, C. (2010). Krieg im Zuhause – Ein Überblick zum Zusammenhang zwischen Kriegstraumatisierung und familiärer Gewalt. *Verhaltenstherapie*, *20*(1), 19-27. <https://doi.org/10.1159/000261994>
- Chentsova-Dutton, Y. & Maercker, A. (2019). Cultural scripts of traumatic stress: Outline, illustrations, and research opportunities. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2528. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02528>
- Chiu, C. Y., Gelfand, M. J., Yamagishi, T., Shteynberg, G. & Wan, C. (2010). Intersubjective culture: The role of intersubjective perceptions in cross-cultural research. *Perspectives on Psychological Science*, *5*(4), 482-493. <https://doi.org/10.1177/1745691610375562>
- Chu, B. C. (2008). Empirically supported training approaches: The who, what, and how of disseminating psychological interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*(4), 308-312. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00142.x>
- Crombach, A. & Bambonyé, M. (2015). Intergenerational violence in Burundi: Experienced childhood maltreatment increases the risk of abusive child rearing and intimate partner violence. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*(1), 26995. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26995>
- Crocq, M. A. & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: A history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *2*(1), 47-55. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq>
- Dozio, E., Feldman, M., Bizouerne, C., Drain, E., Laroche Joubert, M., Mansouri, M. ... Ouss, L. (2020). The transgenerational transmission of trauma: The effects of maternal PTSD

- in mother-infant interactions. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 480690. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.480690>
- Dudeck, M., Sobic-Vasic, Z., Otte, S., Rasche, K., Leichauer, K., Tippelt, S. ... Streb, J. (2016). The association of adverse childhood experiences and appetitive aggression with suicide attempts and violent crimes in male forensic psychiatry inpatients. *Psychiatry Research*, *240*, 352-357. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.073>
- Elbert, T., Moran, J. K. & Schauer, M. (2017a). Lust for violence: Appetitive aggression as a fundamental part of human nature. *Neuroforum*, *23*(2), 77–84. <https://doi.org/10.1515/nf-2016-A056>
- Elbert, T. & Schauer, M. (2002). Psychological trauma: Burnt into memory. *Nature*, *419*, 883-883. <https://doi.org/10.1038/419883a>
- Elbert, T., Schauer, M. & Moran, J. K. (2018). Two pedals drive the bi-cycle of violence: Reactive and appetitive aggression. *Current Opinion in Psychology*, *19*, 135-138. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.016>
- Elbert, T., Wilker, S., Schauer, M. & Neuner, F. (2017b). Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete: Erkenntnisse aus der Traumaarbeit in Krisen- und Kriegsregionen. *Der Nervenarzt*, *88*(1), 26-33. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0245-3>
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer-Kaiser, E., Elbert, T. & Neuner, F. (2014). The challenge of living on: Psychopathology and its mediating influence on the readjustment of former child soldiers. *PLoS ONE*, *9*(7), e102786. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102786>
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. ... American Psychiatric Association. (Hrsg.) (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Faregh, N., Tounkara, A. & Soumaoro, K. (2019). The role of family and culture in extreme adversity: Psychosocial response to the Ebola Virus Disease (EVD) Epidemic in Guinea, West Africa. In L. Charlés & G. Samarasinghe (Hrsg.), *Family systems and global humanitarian mental health* (S. 143-164). Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03216-6_10
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Hrsg.), *Secondary traumatic stress. Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (S. 3-28). Baltimore, MD: Sidran Press.
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(sup2), 40-45.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear. Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, NY: The Guilford Press.
- Foa, E. B., Stein, D. J. & McFarlane, A. C. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *American Journal of Psychiatry*, *67*(sup2), 15-25.

- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A. & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750-769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>
- Gillikin, C., Habib, L., Evces, M., Bradley, B., Ressler, K. J. & Sanders, J. (2016). Trauma exposure and PTSD symptoms associate with violence in inner city civilians. *Journal of Psychiatric Research*, 83, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.07.027>
- Glaesmer, H., Brähler, E., Gündel, H. & Riedel-Heller, S. G. (2011). The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with physical morbidity in old age: A German population-based study. *Psychosomatic medicine*, 73(5), 401-406. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31821b47e8>
- Goldberg, J., Magruder, K. M., Forsberg, C. W., Kazis, L. E., Üstün, T. B., Friedman, M. J. ... Smith, N. L. (2014). The association of PTSD with physical and mental health functioning and disability. *Quality of Life Research*, 23(5), 1579-1591. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0585-4>
- Harnisch, H. & Pfeiffer, A. (2018). How 'the urge to kill' feels: Articulations of emic 'appetitive aggression' experiences among former forcefully recruited children and youth in the Acholi region of Northern Uganda. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 42(2), 419-448. <https://doi.org/10.1007/s11013-017-9557-4>
- Hecker, T., Fetz, S., Ainamani, H. & Elbert, T. (2015). The cycle of violence: Associations between exposure to violence, trauma-related symptoms and aggression – Findings from Congolese refugees in Uganda. *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 448-455. <https://doi.org/10.1002/jts.22046>
- Hecker, T. & Neuner, F. (2019). Mental health enables integration: Re-thinking treatment approaches for refugees. In A. Krämer & F. Fischer (Hrsg.), *Refugee migration and health* (s. 63-72). Heidelberg: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03155-8_5
- Heeke, C., Stammel, N., Heinrich, M. & Knaevelsrud, C. (2017). Conflict-related trauma and bereavement: Exploring differential symptom profiles of prolonged grief and posttraumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*, 17(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1286-2>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1007/BF00977235>
- Hermenau, K., Hecker, T., Maedl, A., Schauer, M. & Elbert, T. (2013). Growing up in armed groups: Trauma and aggression among child soldiers in DR Congo. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21408. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21408>
- Hinsberger, M., Sommer, J., Kaminer, D., Holtzhausen, L., Weierstall, R., Seedat, S. ... Elbert, T. (2016). Perpetuating the cycle of violence in South African low-income communities: Attraction to violence in young men exposed to continuous threat. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29099. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29099>

- Hinton, D. E. & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: Implications for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*(9), 783-801. <https://doi.org/10.1002/da.20753>
- Hofmann, P. B. (2009). Addressing compassion fatigue. The problem is not new, but it requires more urgent attention. *Healthcare Executive, 24*(5), 40-42.
- Horesh, D., Solomon, Z., Zerach, G. & Ein-Dor, T. (2011). Delayed-onset PTSD among war veterans: The role of life events throughout the life cycle. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(9), 863-870. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0255-6>
- Hutson, S. P., Hall, J. M. & Pack, F. L. (2015). Survivor guilt: Analyzing the concept and its contexts. *Advances in Nursing Science, 38*(1), 20-33. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000058>
- International Criminal Court. (2021, Februar 04). *Dominic Ongwen declared guilty of war crimes and crimes against humanity committed in Uganda*. Verfügbar unter: <https://www.icc-cpi.int/Pages/item.aspx?name=pr1564>
- Jones, E., Fear, N. T. & Wessely, S. (2007). Shell shock and mild traumatic brain injury: A historical review. *American Journal of Psychiatry, 164*(11), 1641-1645. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071180>
- Kakuma, R., Minas, H., Ginneken, N. van, Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E. ... Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: Current situation and strategies for action. *The Lancet, 378*(9803), 1654-1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)
- Kaltenbach, E., Schauer, M., Hermenau, K., Elbert, T. & Schalinski, I. (2018). Course of mental health in refugees — A one year panel survey. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 352. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00352>
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. Washington, DC: National Research Council. <https://doi.org/10.1037/10581-000>
- Kaysen, D., Rosen, G., Bowman, M. & Resick, P. A. (2010). Duration of exposure and the dose-response model of PTSD. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(1), 63-74. <https://doi.org/10.1177/0886260508329131>
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(sup5), 4-12.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G. ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Kibler, J. L., Joshi, K. & Ma, M. (2009). Hypertension in relation to posttraumatic stress disorder and depression in the US national comorbidity survey. *Behavioral Medicine, 34*(4), 125-132. <https://doi.org/10.3200/BMED.34.4.125-132>

- Killikelly, C. & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
- Kimerling, R. (2004). An investigation of sex differences in nonpsychiatric morbidity associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 59(1), 43-47.
- Kirmayer, L. J. (2018). Ethno- and cultural psychiatry. In H. Callan (Hrsg.), *The international encyclopedia of anthropology* (1. Aufl.). Hoboken, NJ: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118924396>
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P. & Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 299-319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>
- Köbach, A. & Elbert, T. (2015). Sensitive periods for developing a robust trait of appetitive aggression. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 144. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00144>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J. ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological medicine*, 47(13), 2260-2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kolassa, I. T., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P. & Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 169-174. <https://doi.org/10.1037/a0019362>
- Kubany, E. S. (1994). A cognitive model of guilt typology in combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 7(1), 3-19. <https://doi.org/10.1002/jts.2490070103>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., van der Tweel, I. & de Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(12), 825-832. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d>
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Priebe, S., Mielck, A. & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>
- Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., ... Kessler, R. C. (2017). Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization world mental health surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270-281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>
- Lopes Cardozo, B., Sivilli, T. I., Crawford, C., Scholte, W. F., Petit, P., Ghitis, F. ... Eriksson, C. (2013). Factors affecting mental health of local staff working in the Vanni region, Sri Lanka. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 581-590. <https://doi.org/10.1037/a0030969>
- MacManus, D., Rona, R., Dickson, H., Somaini, G., Fear, N. & Wessely, S. (2015). Aggressive and violent behavior among military personnel deployed to Iraq and Afghanistan:

- Prevalence and link with deployment and combat exposure. *Epidemiologic Reviews*, 37, 196-212. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxu006>
- Maedl, A., Schauer, E., Odenwald, M. & Elbert, T. (2010). Psychological rehabilitation of ex-combatants in non-Western, post-conflict settings. In E. Martz (Hrsg.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (S. 177-214). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5722-1_9
- Maercker, A. & Augsburger, M. (2017). Psychotraumatologie: Differenzierung, Erweiterung und öffentlicher Diskurs. *Der Nervenarzt*, 88(9), 967-973. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0363-6>
- Maercker, A. & Augsburger, M. (2019a). Developments in psychotraumatology: A conceptual, biological, and cultural update. *Clinical Psychology in Europe*, 1(1), 1-18. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.30294>
- Maercker, A. & Augsburger, M. (2019b). Die posttraumatische Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 13-45). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5_2
- Marsella, A. J. (2010). Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of concepts, issues, and treatments. *Traumatology*, 16(4), 17-26. <https://doi.org/10.1177/1534765610388062>
- McKay, S. & Mazurana, D. (2004). *Where are the girls? Girls in fighting forces in Northern Uganda, Sierra Leone and Mozambique: Their lives during and after war*. Montréal, QC: Rights & Democracy.
- Meyer-Parlapanis, D., Bambonyé, M., Elbert, T. & Crombach, A. (2016). Appetitive aggression in women: Comparing male and female war combatants. *Frontiers in Psychology*, 6, 1972. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01972>
- Miles, S. R., Menefee, D. S., Wanner, J., Tharp, A. T. & Kent, T. A. (2015). The relationship between emotion dysregulation and impulsive aggression in veterans with posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(10), 1795-1816. <https://doi.org/10.1177/0886260515570746>
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J. & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002>
- Murray, J., Ehlers, A. & Mayou, R. A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180(4), 363-368. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.4.363>
- Nandi, C., Crombach, A., Bambonyé, M., Elbert, T. & Weierstall, R. (2015). Predictors of posttraumatic stress and appetitive aggression in active soldiers and former combatants. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 26553. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26553>
- Nandi, C., Crombach, A., Bambonyé, M., Elbert, T. & Weierstall, R. (2016). Appetitive aggression and its relation to posttraumatic stress in Burundian ex-combatants. *Peace and Conflict*, 22(2), 102-108. <https://doi.org/10.1037/pac0000138>

- Nelson, R. J. & Trainor, B. C. (2007). Neural mechanisms of aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(7), 536-546. <https://doi.org/10.1038/nrn2174>
- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L. & Glaesmer, H. (2020). Health care needs among recently arrived refugees in Germany: A cross-sectional, epidemiological study. *International Journal of Public Health*, 65(6), 811-821. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01408-0>
- Niderland, W. G. (1964). Psychiatric disorders among persecution victims: A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its aftereffects. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 139, 458-474.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Olatunji, B. O., Armstrong, T., Fan, Q. & Zhao, M. (2014). Risk and resiliency in posttraumatic stress disorder: Distinct roles of anxiety and disgust sensitivity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 50-55. <https://doi.org/10.1037/a0029682>
- Orth, U. & Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 698-706. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.698>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Pacella, M. L., Hruska, B. & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- Pape, J. C. & Binder, E. B. (2014). Psychotrauma als Risiko für spätere psychische Störungen: Epigenetische Mechanismen. *Nervenarzt*, 85(11), 1382-1389. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4085-8>
- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A. & Verdelli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 523-528. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.012>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A. & Wittchen, H.-U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults.

- American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1320-1327.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1320>
- Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602-612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>
- Rasmussen, A., Keatley, E. & Joscelyne, A. (2014). Posttraumatic stress in emergency settings outside North America and Europe: A review of the emic literature. *Social Science & Medicine*, 109, 44-54. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.015>
- Rauch, S. & Foa, E. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 61-65. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9008-y>
- Richardson, L. K., Frueh, B. C. & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: Critical review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 4-19. <https://doi.org/10.3109/00048670903393597>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Robertson, L., Lewis, C. & Bisson, J. I. (2019). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(3), CD006869. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006869.pub3>
- Roth, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2014). Transgenerational consequences of PTSD: Risk factors for the mental health of children whose mothers have been exposed to the Rwandan genocide. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-12>
- Ruzek, J. I. & Rosen, R. C. (2009). Disseminating evidence-based treatments for PTSD in organizational settings: A high priority focus area. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.008>
- Saile, R., Ertl, V., Neuner, F. & Catani, C. (2014). Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse and Neglect*, 38(1), 135-146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.007>
- Saile, R., Ertl, V., Neuner, F. & Catani, C. (2015). Children of the postwar years: A two-generational multilevel risk assessment of child psychopathology in northern Uganda. *Development and Psychopathology*, 28(2), 1-14. <https://doi.org/10.1017/S0954579415001066>
- Sartor, C. E., McCutcheon, V. V., Pommer, N. E., Nelson, E. C., Grant, J. D., Duncan, A. E. ... Heath, A. C. (2011). Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychological Medicine*, 41(7), 1497-1505. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002072>

- Sayed, S., Iacoviello, B. M. & Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17(8), 612. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0612-y>
- Schaal, S., Dusingizemungu, J.-P., Jacob, N., Neuner, F. & Elbert, T. (2012). Associations between prolonged grief disorder, depression, posttraumatic stress disorder, and anxiety in Rwandan genocide survivors. *Death Studies*, 36(2), 97-117. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.573177>
- Schalinski, I., Elbert, T. & Schauer, M. (2011). Female dissociative responding to extreme sexual violence in a chronic crisis setting: The case of Eastern Congo. *Journal of Traumatic Stress*, 24(2), 235-238. <https://doi.org/10.1002/jts.20631>
- Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress. Etiology and treatment. *Zeitschrift Für Psychologie*, 218(2), 109-127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
- Schauer, M. & Schauer, E. (2010). Trauma-focused public mental-health interventions: A paradigm shift in humanitarian assistance and aid work. In E. Martz (Hrsg.), *Trauma rehabilitation after war and conflict* (S. 389-428). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5722-1_16
- Schellong, J., Schützwohl, M., Lorenz, P. & Trautmann, S. (2019). Diagnostik und Differenzialdiagnostik. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 129-156). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5_8
- Schlechter, P., Rodriguez, I. M., Morina, N., Knausenberger, J., Wilkinson, P. O. & Hellmann, J. H. (2021). Psychological distress in refugees: The role of traumatic events, resilience, social support, and support by religious faith. *Psychiatry Research*, 304, 114121. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114121>
- Schmitt, S., Robjant, K. & Köbach, A. (2021). When reintegration fails: Stigmatization drives the ongoing violence of ex-combatants in Eastern Democratic Republic of the Congo. *Brain & Behavior*, 11, e02156. <https://doi.org/10.1002/brb3.2156>
- Schneider, A., Conrad, D., Pfeiffer, A., Elbert, T., Kolassa, I.-T. & Wilker, S. (2018). Stigmatization is associated with increased PTSD risk after traumatic stress and diminished likelihood of spontaneous remission – A study with East-African conflict survivors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 423. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00423>
- Seddighi, H., Salmani, I., Javadi, M. H. & Seddighi, S. (2021). Child abuse in natural disasters and conflicts: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 176-185. <https://doi.org/10.1177/1524838019835973>
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170(4), 351-357. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.4.351>
- Smoller, J. W. (2016). The genetics of stress-related disorders: PTSD, depression, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 297-319. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.266>

- Somasundaram, D. (2014). Addressing collective trauma: Conceptualisations and interventions. *Intervention: : Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, 12(4), 43-60. Verfügbar unter: <https://www.interventionjournal.com/content/addressing-collective-trauma-conceptualisations-and-interventions>
- Sommer, J., Hinsberger, M., Elbert, T., Holtzhausen, L., Kaminer, D., Seedat, S. ... Weierstall, R. (2017). The interplay between trauma, substance abuse and appetitive aggression and its relation to criminal activity among high-risk males in South Africa. *Addictive Behaviors*, 64, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.008>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537-549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Stevens, D., Wilcox, H. C., MacKinnon, D. F., Mondimore, F. M., Schweizer, B., Jancic, D. ... Potash, J. B. (2013). PTSD increases risk for suicide attempt in adults with recurrent MDD. *Depression and Anxiety*, 30(19), 940-946. <https://doi.org/10.1002/da.22160>
- Strohmeier, H. & Scholte, W. F. (2015). Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: A systematic review of the literature. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28541. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28541>
- Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E. & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 22-33. <https://doi.org/10.1037/a0022196>
- Tolin, D. F. & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
- Tonheim, M. (2012). 'Who will comfort me?' Stigmatization of girls formerly associated with armed forces and groups in eastern Congo. *The International Journal of Human Rights*, 16(2), 278-297. <https://doi.org/10.1080/13642987.2010.538922>
- Turecki, G. & Meaney, M. J. (2016). Effects of the social environment and stress on glucocorticoid receptor gene methylation: A systematic review. *Biological Psychiatry*, 79(2), 87-96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.11.022>
- van Ee, E., Kleber, R. J. & Mooren, T. T. M. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 459-468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21324>
- VanElzakker, M. B., Dahlgren, K. M., Davis, F. C., Dubois, S. & Shin, L. M. (2014). From Pavlov to PTSD: The extinction of conditioned fear in rodents, humans, and anxiety disorders. *Neurobiology of Learning and Memory*, 113, 3-18. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2013.11.014>
- Veale, A., McKay, S., Worthen, M. & Wessells, M. G. (2013). Participation as principle and tool in social reintegration: Young mothers formerly associated with armed groups in

- Sierra Leone, Liberia, and Northern Uganda. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 22(8), 829-848. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.823635>
- Ventevogel, P. (2015). The effects of war: Local views and priorities concerning psychosocial and mental health problems as a result of collective violence in Burundi. *Intervention: Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, 13(3), 216-234. Verfügbar unter: https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/The_effects_of_war_local_views_and_priorities.3.pdf
- Weierstall, R., Castellanos, C. P. B., Neuner, F. & Elbert, T. (2013). Relations among appetitive aggression, post-traumatic stress and motives for demobilization: A study in former Colombian combatants. *Conflict and Health*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-7-9>
- Weierstall, R., Schaal, S., Schalinski, I., Dusingizemungu, J.-P. & Elbert, T. (2011). The thrill of being violent as an antidote to posttraumatic stress disorder in Rwandese genocide perpetrators. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 6345. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.6345>
- Weierstall, R., Schalinski, I., Crombach, A., Hecker, T. & Elbert, T. (2012). When combat prevents PTSD symptoms — Results from a survey with former child soldiers in Northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-41>
- Wenzel, T., Kienzler, H. & Wollmann, A. (2015). Facing violence – A global challenge. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), 529-542. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.008>
- Westphal, M., Aldao, A. & Jackson, C. (2017). Emotion dysregulation in comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: A narrative review. *Military Psychology*, 29(3), 216-233. <https://doi.org/10.1037/mil0000157>
- Westphal, M., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Pilowsky, D. J., Neugebauer, R. ... Neria, Y. (2011). Functional impairment in adults with past posttraumatic stress disorder: Findings from primary care. *Depression and Anxiety*, 28(8), 686-695. <https://doi.org/10.1002/da.20842>
- Winkler, N., Ruf-Leuschner, M., Ertl, V., Pfeiffer, A., Schalinski, I., Ovuga, E. ... Elbert, T. (2015). From war to classroom: PTSD and depression in formerly abducted youth in Uganda. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00002>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th revision). Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Yehuda, R., Lehrner, A. & Bierer, L. M. (2018). The public reception of putative epigenetic mechanisms in the transgenerational effects of trauma. *Environmental epigenetics*, 4(2), dvy018. <https://doi.org/10.1093/eep/dvy018>
- Zeller, A. C., Conrad, D., Schneider, A., Behnke, A., Pfeiffer, A., Blum, G. F. ... Kolassa, I.-T. (2020). A combination of combat experience, early abduction, and severe traumatization fuels appetitive aggression and violence among abductees of rebel

war in Northern Uganda. *Aggressive Behavior*, 46(6), 465-475.
<https://doi.org/10.1002/ab.21914>

Dr. Mareike Augsburger (*1989), wissenschaftliche Leiterin bei Klenico Health, Startup der Universität Zürich. Sie studierte Psychologie an der Philipps-Universität Marburg. In ihrer Promotion befasste sie sich mit der Rolle traumatischer Erfahrungen an der Aufrechterhaltung von Gewalt in Krisenregionen (Universität Konstanz, 2017). Ihr wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt im Bereich Psychotraumatologie. Darüber hinaus ist sie als Notfallpsychologin tätig.

Dr. Nadja Jacob (*1981), therapeutische Leitung der Tageskliniken Liestal (Psychiatrie Baselland). Sie studierte Psychologie an der Universität Konstanz (Promotion 2010). Wissenschaftlich und klinisch befasst sie sich mit den Auswirkungen kumulativer traumatischer Ereignisse auf die psychische Gesundheit und der Dissemination wissenschaftlich effektiver Behandlungsmethoden an Fachpersonen.