

# Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Epidemiologische Befunde und deren klinische Bedeutung

Heide Glaesmer, Elmar Brähler

Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

**Zusammenfassung:** 40-50% der heutigen Älteren und damit der Generation, die bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges geboren wurde, berichten traumatische Erfahrungen – überwiegend aus der Zeit des Zweiten Weltkrieges. Auch über 60 Jahre nach Kriegsende gehen diese traumatischen Erlebnisse mit Einschränkungen der psychischen und körperlichen Gesundheit einher und führen zu einer erhöhten medizinischen Inanspruchnahme. Dennoch finden die traumatischen Erfahrungen oft zu wenig Beachtung oder werden nicht im Zusammenhang mit aktuellen psychischen Beschwerden gesehen. Aus diesem Grund sollte der historisch-biographischen Perspektive und den Spezifika der posttraumatischen Beschwerden bei älteren Patienten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Mit der Lebensrückblicktherapie und der Integrativen Testimonial Therapie stehen vielversprechende Behandlungsansätze speziell zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörungen bei älteren Patienten zur Verfügung, wenngleich weitere Wirksamkeitsstudien benötigt werden.

## Hintergrund

Es ist heute unbestritten, dass traumatische Erfahrungen langfristige und schwerwiegende Folgen für die betroffenen Personen haben können. Diese sind in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand des wissenschaftlichen Interesses geworden, vor allem bei jüngeren Menschen. Im Gegensatz dazu wurden Ausmaß und Konsequenzen traumatischer Erfahrungen bei Älteren bislang kaum systematisch untersucht. Die wenigen bisher verfügbaren Untersuchungen deuten darauf hin, dass altersspezifische Entwicklungsaufgaben und Stressoren, aber auch kollektive, generationentypische Traumatisierungen zu einer spezifischen Ausprägung und Verarbeitung von Traumafolgestörungen im höheren Lebensalter beitragen.

Der Zweite Weltkrieg war das wohl erschütterndste und schwerwiegendste zeitgeschichtliche Ereignis des letzten

Jahrhunderts, welches gemeinsam mit weiteren Verbrechen des Dritten Reiches, wie dem Holocaust, 55 Millionen Opfer forderte. Er ging mit einem erheblichen Ausmaß traumatischer Erfahrungen einher und stellt eine wesentliche generationentypische Entwicklungsbedingung der heutigen älteren Bevölkerung in Deutschland, aber auch in den anderen an diesem Krieg beteiligten Ländern, dar. Die Forschung zu den Holocaustüberlebenden und deren Kindern hat relativ früh begonnen. Dagegen war die öffentliche Auseinandersetzung mit den psychosozialen Folgen des Krieges in Deutschland lange Zeit tabuisiert. Die wenigen Studien aus der Nachkriegszeit vermittelten der Öffentlichkeit, dass sich die sogenannten „Kriegskinder“ weitgehend unauffällig weiterentwickelten (Brähler, Decker & Radebold, 2003). Die häufig sehr ausgeprägte Identifizierung mit der deutschen Schuld am Zweiten Weltkrieg und seinen Folgen trug dazu bei, die eigenen Beeinträchtigungen und

Belastungen zu verdrängen oder zu bagatellisieren. Jahrzehntlang wurde ein Bild „anormaler Normalität“ aufrechterhalten. In Deutschland hat vermutlich das lange anhaltende kollektive Schweigen über den Krieg und die Fragen von Schuld, Scham und Verantwortung eine Auseinandersetzung mit den Belastungen der Kriegsgeneration lange verhindert. Zudem standen die unvorstellbare Dimension des an den Juden begangenen Massenmordes und die Folgen für die Überlebenden im Mittelpunkt der Betrachtung. Erst seit einigen Jahren scheint es möglich, sich unter Anerkennung der Unvergleichlichkeit des Holocausts den Folgen für andere Gruppen von Traumatisierten zu widmen, ohne in den Verdacht der Bagatellisierung des Holocausts zu geraten. Mit der Gründung der Forschergruppe *Weltkrieg2Kindheiten* im Jahr 2002 wurde die Erforschung der Folgen des Zweiten Weltkrieges deutlich vorangetrieben. Inzwischen liegen empirische Befunde aus Betroffenengruppen, aber auch aus Bevölkerungsstudien vor. Spezifische Behandlungsansätze wurden entwickelt und werden derzeit praktisch erprobt.

## Die Folgen kriegsbezogener Traumatisierungen in Deutschland

Im Rahmen klinischer Erfahrungen und in der Psychotherapie wurde in den vergangenen Jahren deutlich, dass die im Krieg erlittenen traumatischen Erlebnisse bei vielen Betroffenen nicht ohne Folgen blieben. Die meisten der heute noch Leben-

den erfuhren diese Traumata in Kindheit und Jugend und damit in einer Entwicklungsphase mit erhöhter Vulnerabilität und noch nicht voll ausgereiften Bewältigungs- und Anpassungsfähigkeiten (Maercker, 2002a). Die Folgen des Aufwachsens im Krieg für die Persönlichkeitsentwicklung, die Gestaltung sozialer Beziehungen oder die Ausdifferenzierung von Bewältigungsfähigkeiten spielen dabei eine große Rolle für die Ressourcen, die später bei der Bewältigung des Alternsprozesses mobilisiert werden müssen (Schneider, Driesch, Kruse, Nehen & Heuft, 2006). Klinische Beobachtungen zeigten, dass die Folgen der traumatischen Erfahrungen häufig erst im höheren Alter artikuliert und im Zusammenhang mit aktuellen psychischen Belastungen gesehen werden (Radebold, 2005; Radebold, 2006). Darüber hinaus wird diskutiert, dass im höheren Alter die Bewältigungskräfte und damit die Fähigkeit, traumabezogene Erinnerungen und Gefühle abzuwehren, nachlassen. Kommen weitere altersbedingte Stressoren dazu (z. B. Pensionierung, chronische Erkrankungen, Verlust von Freunden und Angehörigen), ergibt sich insgesamt eine Kumulation von Verlusten, die nicht mehr gut bewältigt werden können. Heuft (2004) führte in Abgrenzung zur Retraumatisierung den Begriff der *Traumareaktivierung* im Alter ein. Folgende Umstände werden für die späten Auswirkungen der Traumata ins Feld geführt (Heuft, 2004):

- Ältere Menschen haben mehr Zeit, bisher Unbewältigtes wahrzunehmen, da sie vom Druck anderer Lebensanforderungen befreit sind.
- Ältere Menschen spüren einen unbewussten Druck, sich einer unerledigten Aufgabe noch stellen zu wollen oder zu müssen.
- Der Alternsprozess selbst kann als narzisstische Kränkung erlebt werden und so traumatische Inhalte reaktivieren (z. B. Beängstigung durch drohende Abhängigkeit und Hilflosigkeit).

### **Befunde aus verschiedenen Betroffenenengruppen**

In den letzten Jahren sind einige Studien in verschiedenen Betroffenenengruppen durchgeführt worden, wie zum Beispiel an Op-

fern von Flucht und Vertreibung (Beutel, Decker & Brähler, 2007; Fischer, Struwe & Lemke, 2006; Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger & Decker, 2009; Teegen & Meister, 2000), an ehemaligen Kindersoldaten (Kuwert, Spitzer, Rosenthal & Freyberger, 2008), bei ehemaligen Frontkrankenschwestern (Teegen & Handwerk, 2006), bei Opfern von Vergewaltigungen während des Krieges (Kuwert & Freyberger, 2007) oder von Bombenangriffen (Heuft, Schneider, Klaißer & Brähler, 2007; Lamparter et al., 2010; Maercker, Herrle & Grimm, 1999). Fasst man die Befunde zusammen, so zeigen sich in den verschiedenen Betroffenenengruppen hohe Prävalenzen posttraumatischer Belastungsstörungen und anderer psychopathologischer Symptome. Insbesondere aufgrund von mehrfachen Traumatisierungen kam es zu kumulativen Effekten, die Lebensbedingungen während des Krieges und in der direkten Nachkriegszeit spielten bei der Bewältigung der Belastungen eine große Rolle. Gerade für die Betroffenen, die während des Krieges noch Kinder waren, stellten die Lebensbedingungen oft eine weitere Belastung dar, weil die Mütter der Kriegskinder als verlässliche Bezugspersonen nicht uneingeschränkt zur Verfügung standen, da sie durch Abwesenheit oder Tod des Vaters vielfältige Aufgaben zu bewältigen hatten und durch eigene Traumatisierungen belastet waren. Studien zu vaterlos aufgewachsenen Kriegskindern belegen deren Belastetheit (Decker, Brähler & Radebold, 2004; Franz, Lieberz, Schmitz & Schepank, 1999; Franz, Hardt & Brähler, 2007). Die aufgeführten Befunde belegten eindrucksvoll die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges, ließen aber dennoch Fragen offen, weil es an bevölkerungsrepräsentativen Aussagen zu den verschiedenen Traumata und insbesondere zum Auftreten posttraumatischer Symptome lange fehlte.

### **Psychosoziale Folgen in der älteren Bevölkerung**

In bevölkerungsbasierten Studien berichten 40-50% der älteren Deutschen mindestens ein traumatisches Ereignis (Glaesmer, Gunzelmann, Brähler, Forstmeier & Maercker, 2010; Hauffa et al., im Druck; Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008b), in der *Study of Health in Pomerania* (SHIP-Studie) in Mecklenburg-

Vorpommern berichten sogar 76,5% der ab 65-Jährigen mindestens ein traumatisches Ereignis (Spitzer et al., 2008). Die Kriegsgeneration ist damit deutlich stärker belastet als die nachfolgenden Generationen. Kriegsbezogene Traumatisierungen machen dabei den weitaus größten Teil aus (Glaesmer et al., 2010; Maercker et al., 2008b). In einer Studie aus dem Jahr 2005 gaben in der Gruppe der ab 60-Jährigen 23,7% von ihnen an, direkte Kriegshandlungen erlebt zu haben, 20,6% hatten Ausbombung erlebt, 17,9% waren vertrieben worden und 4,4% waren in Gefangenschaft gewesen (Maercker et al., 2008b). Innerhalb der Kriegsgeneration nehmen die Prävalenzen kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen deutlich zu: Während in der jüngsten Altersgruppe 19,2% mindestens ein kriegsbezogenes Trauma berichten, steigt dieser Anteil auf fast 60% in der höchsten Altersgruppe an (Glaesmer et al., 2010). Vergleicht man diese Befunde mit einer Studie an älteren Schweizern, und damit mit einem Land, welches nicht direkt am Zweiten Weltkrieg beteiligt war, wird deutlich, dass diese mit einer Lebenszeitprävalenz von 36,3% in der gleichen Altersgruppe deutlich weniger belastet sind (Maercker et al., 2008a). Dies unterstreicht die Bedeutung des Zweiten Weltkrieges als generationstypische Erfahrung für die Kriegsgeneration in Deutschland. Interessanterweise finden sich kaum Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der berichteten Kriegstraumata, nur für Gefangenschaft sind die Prävalenzen bei den Männern höher, was sich aus dem historischen Kontext gut erklären lässt.

In Anbetracht des Ausmaßes der traumatischen Erfahrungen in der deutschen Kriegsgeneration stellt sich zwangsläufig die Frage, wie häufig diese Erfahrungen auch zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen. Zwischen 3,0% und 4,0% der Älteren erfüllen heute die Kriterien eines Vollbildes einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Glaesmer, Kaiser, Brähler & Kuwert, im Druck; Glaesmer et al., 2010; Spitzer et al., 2008). Zur Frage, ob die Älteren damit auch häufiger eine PTBS haben als die nachfolgenden Generationen, finden sich widersprechende Befunde (Maercker et al., 2008b; Spitzer et al., 2008), bezieht man partielle PTBS

mit ein, ist von einer erhöhten posttraumatischen Belastung der Älteren auszugehen (Hauffa et al., im Druck). Innerhalb der Gruppe der Älteren findet sich zudem ein Anstieg der posttraumatischen Symptomatik über die Altersgruppen – jedoch nicht des Vollbildes einer PTBS –, was auf die steigenden Traumaprävalenzen zurückzuführen ist (Glaesmer et al., im Druck).

Da die Forschung zu den Kriegsfolgen erst so spät begonnen hat, liegen praktisch keine Studien zu den Langzeitverläufen der posttraumatischen Symptomatik vor. Dies ist auch damit zu begründen, dass die PTBS als Diagnose erst seit 1980 beschrieben ist. Die Älteren berichten aus ihrer Selbstbeobachtung häufig, dass die Symptome nach Jahrzehnten der Störungsfreiheit auftreten. In einigen retrospektiven Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Symptome im Rahmen des Alternsprozesses vermehrt auftraten (Kruse & Schmitt, 1999; Solomon & Ginzburg, 1999). Das Konzept der Traumareaktivierung (Heuft, 2004) spricht ebenfalls für eine Verschlechterung des psychischen Befindens im Alter. Eine amerikanische Arbeitsgruppe hat ein breiter angelegtes Konzept für einen derartigen Verlauf vorgestellt, in dem normative Faktoren des Alterns sowie individuelle Risiko- und Schutzfaktoren die Symptomatik lang zurückliegender Traumatisierungen modulieren (*Late onset stress symptomatology*, LOSS) (Davison et al., 2006). Mit Blick auf die Befunde zu den Langzeitverläufen in anderen Altersgruppen kann angenommen werden, dass es sowohl chronisch-persistierende beziehungsweise fluktuierende Verläufe, aber ebenso Ältere gibt, die in früheren Lebensphasen eine posttraumatische Symptomatik hatten, aktuell aber nicht mehr betroffen sind. Wie groß die einzelnen Untergruppen sind, lässt sich nicht präzise sagen, weil eine Erfassung vorangegangener Verläufe nur noch retrospektiv möglich ist und damit zwangsläufig mit Validitätsproblemen einhergeht. Zieht man die vermehrte Traumareaktivierung im Alter in Betracht, leitet sich ein relevanter Behandlungs- und Hilfsbedarf ab, dem derzeit nicht ausreichend begegnet wird.

Neben posttraumatischen Symptomen spielen auch weitere psychische Be-

schwerden als Traumafolgestörungen oder Komorbiditäten der PTBS eine Rolle. Aus den bereits erwähnten bevölkerungsrepräsentativen Studien in der deutschen Altenbevölkerung ist bekannt, dass eine aktuelle PTBS mit erhöhten Raten an depressiven und somatoformen Beschwerden einhergeht. Bereits das Vorliegen einer Traumatisierung erhöht die Wahrscheinlichkeit für somatoforme Beschwerden und unterstreicht damit deren Bedeutung als Traumafolgestörung. Depressive Beschwerden sind hingegen eher als Komorbidität oder Risikofaktor für das Auftreten einer PTBS zu verstehen (Glaesmer et al., im Druck).

### **Körperliche Erkrankungen als Folge traumatischer Erfahrungen**

In den vergangenen Jahren rückte die Bedeutung traumatischer Erfahrungen für das Auftreten körperlicher Erkrankungen in den Blickpunkt des Interesses. Ihren Beginn nahm die Erforschung in den Arbeiten zu körperlichen Folgen frühkindlicher Traumatisierungen, für die sich Zusammenhänge mit dem Auftreten verschiedener körperlicher Erkrankungen, wie etwa Autoimmunerkrankungen, Lungenerkrankungen und kardiovaskuläre Erkrankungen, zeigen ließen (Dong, Dube, Felitti, Giles & Anda, 2003; Dong et al., 2003; Goodwin & Stein, 2004). Erst in letzter Zeit wurden diese Forschungsansätze auf die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen und PTBS im Erwachsenenalter übertragen. Die meisten der bisherigen Studien wurden an Betroffenenengruppen (z. B. Kriegsveteranen, Opfer sexueller Gewalt) durchgeführt. Spitzer et al. (2009) konnten erstmals in einer bevölkerungsbasierten Studie zeigen, dass sowohl traumatische Erfahrungen als auch eine aktuelle PTBS mit dem Auftreten verschiedener körperlicher Erkrankungen einhergehen. Um den Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen und PTBS mit körperlichen Erkrankungen zu erklären, wird meist das *Allostatic Load Model* (Schulkin, 2004) herangezogen. Dieses geht davon aus, dass durch die Exposition mit sozialen, psychologischen und umweltbedingten Stressoren physiologische Regulationsmechanismen aus dem Gleichgewicht geraten, die für die Stressverarbeitung notwendig sind (Heim & Ne-

meroff, 2009). Kommt es aufgrund von Stressoren zu einer Dysregulation, entsteht ein physiologisches Risiko für verschiedene Erkrankungen. Insbesondere für die PTBS sind Veränderungen der Stressachse inzwischen gut belegt, weshalb sich das *Allostatic Load Model* gut anwenden lässt (McFarlane, 2010). Für die deutsche Kriegsgeneration wurde inzwischen gezeigt, dass sowohl traumatische Erfahrungen als auch eine aktuelle PTBS mit erhöhten Raten körperlicher Erkrankungen (z. B. kardiovaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen, Asthma, Schilddrüsenerkrankungen) einhergehen (Glaesmer, Brähler, Gündel & Riedel-Heller, 2011). Dieser Befund unterstreicht, dass die Kriegstraumatisierungen nicht nur psychische Folgen nach sich ziehen, sondern sich auch negativ auf die körperliche Gesundheit auswirken und die Folgen damit wesentlich komplexer als üblicherweise angenommen sind.

Geht man davon aus, dass die traumatischen Erfahrungen in relevantem Ausmaß zu psychischen und körperlichen Folgeerkrankungen führen können, so ist auch mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen zu rechnen. Wie auch von anderen psychischen Störungen bekannt, führen diese nicht nur zu erhöhter Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen, sondern meist auch zu einer allgemein erhöhten Inanspruchnahme, die mit erhöhten Versorgungskosten einhergeht. Dies ist einerseits durch die komplexen Folgen körperlicher und psychischer Natur, aber auch durch Fehldiagnostik und -versorgung zu erklären (Bramsen & van der Ploeg, 1999; Cohen et al., 2010). Für die deutschen Älteren konnte in einer bevölkerungsrepräsentativen Studie gezeigt werden, dass sowohl traumatische Erfahrungen als auch eine aktuelle PTBS mit erhöhter Inanspruchnahme in einigen der untersuchten Indikatoren einherging. Personen mit traumatischen Erfahrungen gingen innerhalb der letzten 12 Monate eher zu Fachärzten (77,2% vs. 89,0%) oder Psychiatern/Psychotherapeuten (3,2% vs. 5,7%) und waren eher im Krankenhaus (6,8% vs. 15,2%) als Personen ohne traumatische Erfahrungen. Personen mit einer aktuellen PTBS gingen eher zu Psychiatern/Psychotherapeuten (3,2%

vs. 28,7%), waren eher im Krankenhaus (6,8% vs. 37,8%), gingen in den vergangenen 12 Monaten häufiger zum Hausarzt (5,5 vs. 9,8 Besuche), zu Fachärzten (4,1 vs. 11,1 Besuche) und zu Psychiatern/Psychotherapeuten (6,8 vs. 7,7 Besuche) als Personen ohne PTBS. Nur 28,4% der Personen mit einer aktuellen PTBS hatten in den letzten 12 Monaten einen Psychiater oder Psychotherapeuten kontaktiert (Glaesmer, Brähler, Riedel-Heller, Freyberger & Kuwert, 2011). Die Befunde dieser Studie weisen auf die Bedeutung der traumatischen Erfahrungen der Kriegsgeneration für die medizinische Versorgung hin, zeigen aber auch, dass nur ein kleiner Teil der Betroffenen mit posttraumatischen Symptomen psychotherapeutisch versorgt wird. Spezifische Angebote und Behandlungsansätze für ältere Patienten mit Kriegstraumatisierungen sind noch immer sehr selten, auch wenn alle bisher dargestellten Befunde auf einen hohen Bedarf hinweisen. Im Folgenden werden deshalb Besonderheiten der PTBS im Alter und altersspezifische Behandlungsmöglichkeiten dargestellt.

## Spezifische Charakteristika der PTBS im Alter

Für die heutigen Älteren und damit für die deutsche Kriegsgeneration sind Längsschnittstudien zu posttraumatischen Symptomen nicht verfügbar. Aus der internationalen Forschung gibt es jedoch Hinweise, dass der Zeitpunkt der Traumatisierung eine wichtige Rolle spielt. Traumata, die in Kindheit und Jugend erlebt wurden, scheinen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit der Entwicklung einer PTBS verbunden zu sein als Traumata, die später erlebt wurden (Böttche, Kuwert & Knaevelsrud, 2011). Die heutigen älteren Deutschen sind im Zweiten Weltkrieg überwiegend Kinder und Jugendliche gewesen, haben die kriegsbezogenen Traumatisierungen sehr früh erlebt und hatten damit möglicherweise ein erhöhtes Risiko, eine PTBS zu entwickeln. Auch wenn die kriegsbezogenen Traumatisierungen den größten Anteil an den erlebten Traumata ausmachen, sind später erlebte Traumatisierungen und deren Bedeutung für die Entwicklung, Auf-

rechterhaltung oder Verschärfung einer posttraumatischen Symptomatik dennoch von Bedeutung. Insgesamt ist sehr wenig über die Langzeitverläufe der PTBS bekannt. Die wenigen international verfügbaren Studien zeigen überwiegend, dass die posttraumatische Symptomschwere über die Zeit meist abnimmt beziehungsweise die PTBS bei einem Teil der Betroffenen verschwindet. Nichtsdestotrotz gibt es Personen, deren PTBS auch 30 bis 40 Jahre nach dem Trauma fortbesteht (Böttche et al., 2011; Shlosberg & Strous, 2005). Neben diesen chronischen Verläufen finden sich Personen mit langsam zunehmender Symptomschwere über die Zeit oder einem zeitlich verzögerten Beginn der PTBS. Auch zeigte sich in einigen Studien, dass es Veränderungen in den Symptomprofilen über die Zeit gibt. Die bisherigen Befunde sind inkonsistent, deuten aber darauf hin, dass das schmerzhaftes Wiedererleben eher abnimmt, während die Vermeidung von traumarelevanten Reizen zunimmt (Böttche et al., 2011). Yehuda et al. (2009) betonen, dass nicht die Veränderungen in der Symptomschwere, sondern die veränderten Symptomprofile von Bedeutung sind. Möglicherweise ist gerade darin eine wesentliche Besonderheit in dieser Zielgruppe zu sehen, die in der Diagnostik und Behandlung Beachtung finden sollte. Da von Langzeitverläufen mit fluktuierendem Schweregrad auszugehen ist, spielt auch die *partielle oder subsyndromale PTBS* eine wichtige Rolle. Diese geht ebenso wie das Vollbild einer PTBS mit relevanten Beeinträchtigungen einher (Schützwohl & Maercker, 1999) und ist mit erhöhten Raten komorbider Störungen assoziiert (Hauffa et al., im Druck).

## Diagnostik der PTBS im Alter

Traumatische Erfahrungen werden aufgrund von Vergessensprozessen oder der Angst vor Stigmatisierung von den Betroffenen nicht immer berichtet (Böttche et al., 2011). Gerade weil die kriegsbezogenen Traumata schon so lange zurückliegen, werden diese von den Betroffenen zum Teil nicht mehr aktiv erinnert, nicht berichtet und damit in der Anamneseerhe-

bung nicht selten übersehen. Häufig schildern Patienten Symptome, die sie – aus Scham oder mehr oder weniger bewusster Vermeidung – nicht in Zusammenhang mit zurückliegenden Traumatisierungen bringen (Flatten et al., 2011). Fragt man in der betreffenden Altersgruppe nicht gezielt nach den Erlebnissen während des Krieges und in der direkten Nachkriegszeit, besteht also die Gefahr, dass diese nicht berichtet werden. Speziell in der Kriegsgeneration ist zudem zu beachten, dass es den Betroffenen zum Teil nicht bewusst ist, dass sie „traumatisiert“ sind, oder dass es ihnen schwerfällt, sich hilfsbedürftig zu definieren, weil die Erlebnisse während des Krieges aus ihrer Sicht keine „außergewöhnlichen“ Erfahrung darstellen, sondern mehr oder weniger eine ganze Generation betreffen. Es ist also zu empfehlen, die historisch-biographische Perspektive (Radebold, 2005) bei dieser Generation ganz gezielt einzunehmen und die Erlebnisse während des Krieges und mögliche Trauma-folgesymptome aktiv zu erfragen.

## Behandlungsansätze der PTBS im Alter

Es gibt inzwischen verschiedene, auch empirisch gut überprüfte Behandlungsansätze für die PTBS bei (jüngeren) Erwachsenen. Diese lassen sich schulenübergreifend in *Konfrontationstherapien* (vor allem In-Sensu-Konfrontation, selten In-Vivo-Konfrontation, Imaginationen zur Stabilisierung und Traumaexposition), *kognitive Therapien* und *narrative Verfahren/Schreibtherapien* unterscheiden (Tagay, Gunzelmann & Brähler, 2009). Bei älteren Patienten mit posttraumatischen Beschwerden sind altersspezifische somatische und kognitive Beeinträchtigungen, aber auch die vermuteten spezifischen Symptomprofile und die häufig begrenzte Lebenszeit zu beachten (Knaevelsrud, Böttche & Kuwert, 2011). In der *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen* sind die verfügbaren Erkenntnisse zu Anwendung und Wirksamkeit der verschiedenen therapeutischen Interventionen zusammengefasst (Flatten et al., 2011). Spezifische beziehungsweise adaptierte Verfahren für ältere Patienten mit lebensgeschichtlich frühen Traumati-

sierungen sind kaum verfügbar oder empirisch kaum überprüft (Knaevelsrud et al., 2011).

Mit der *Lebensrückblicktherapie (LRT)* steht ein therapeutisches Vorgehen zur Verfügung, welches narrative Elemente nutzt, um die Lebensgeschichte chronologisch zu erinnern, zu strukturieren und zu bewerten. Lebensrückblickinterventionen wurden bei älteren Patienten in den vergangenen Jahren auch bei anderen Störungen (z. B. Depressionen) erfolgreich eingesetzt. Maercker (2002c) hat die LRT für ältere Patienten mit PTBS adaptiert. Der Lebensrückblickansatz dient der Vergegenwärtigung positiver und negativer Erinnerungen, aber auch der Bewertung früherer Lebensabschnitte, Errungenschaften und Fertigkeiten.

Der Ansatz basiert auf drei Grundannahmen (nach Maercker, 2002c):

1. *Lebensbilanzannahme*: Das traumatische Erlebnis überschattet andere, positive Erinnerungen und verhindert eine ausgeglichene Lebensbilanz.
2. *Traumagedächtnisannahme*: Die Erinnerung an das Trauma ist im Gedächtnis nicht elaboriert, sondern fragmentiert.
3. *Sinnfindungsannahme*: Bei älteren Menschen gibt es eine altersbezogene Reifung von Bewältigungskompetenzen einschließlich der Fähigkeit zu Sinnfindung und -gebung. Diese sollen durch die Therapie verstärkt werden.

Ziel der LRT ist es, eine ausgewogene Bilanzierung von positiven und negativen Erinnerungen zu erreichen, die Traumaerinnerungen so zu elaborieren, dass sie zu einer erzählbaren Geschichte werden, und dem Erlebten einen Sinn zu geben (Maercker, 2002c). Eine LRT-Behandlung ist für etwa 10 bis 15 Sitzungen konzipiert, in denen die einzelnen Lebensabschnitte und wichtige Stationen besprochen werden und an deren Ende eine Integration und Bewertung steht. Das Trauma wird dort besprochen, wo es chronologisch richtig eingeordnet ist (Maercker, 2002c).

Auch die *Zeugnistherapie (Testimony Therapy)* (Cienfuegos & Monelli, 1983) und die *Narrative Expositionstherapie (NET)*

(Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004) nutzen biographische Rekonstruktion mit einem Schwerpunkt auf der Bearbeitung des Traumas. Ziel ist es, mit der Erarbeitung einer kohärenten Lebensgeschichte das traumatische Erlebnis zu integrieren. Die NET nutzt zudem verhaltenstherapeutische Expositionsverfahren (Knaevelsrud et al., 2011).

Speziell für die Behandlung kriegstraumatisierter Älterer wurde die *Integrative Testimonial Therapy (ITT)* entwickelt (Knaevelsrud et al., 2011). Damit liegt ein erster spezifischer Behandlungsansatz für die Zielgruppe vor. Es handelt sich bei der ITT um eine internetgestützte Schreibtherapie, die biographische Ansätze aus der LRT mit der Zeugnistherapie kombiniert. Darüber hinaus werden traumabezogene dysfunktionale Kognitionen durch kognitive Interventionen bearbeitet. Die ITT wird über die Internetseite [www.lebenstagebuch.de](http://www.lebenstagebuch.de) angeboten. Ziel der ITT ist es, die traumatischen Erinnerungen in das autobiographische Gedächtnis einzuordnen, Interpretationen und Bewertungen zu den traumatischen Erfahrungen zu modifizieren und die Lebensqualität zu verbessern. Die Patienten schreiben über sechs Wochen elf Texte in Schreibsitzungen von jeweils 45 Minuten. Sie erhalten innerhalb von 24 Stunden eine Rückmeldung von ihrem Therapeuten und Instruktionen für den nächsten Text. Die Behandlung gliedert sich in drei Phasen: (1) ressourcenorientierte biographische Rekonstruktion, (2) Konfrontation und (3) kognitive Neubewertung (Knaevelsrud et al., 2011). Das therapeutische Vorgehen wird anhand eines Fallbeispiels bei Knaevelsrud et al. (2011) genauer erklärt.

Inzwischen liegen erste Evaluationsergebnisse zur ITT von 30 Patienten aus einem Prä-Post-Vergleich vor. Es zeigen sich signifikante Verbesserungen in der posttraumatischen Symptomatik, aber auch in der Lebensqualität und der Selbstwirksamkeit zwischen Behandlungsbeginn und -abschluss sowie drei Monate nach Ende der Behandlung. Darüber hinaus zeigten sich eine sehr gute therapeutische Beziehung, eine hohe Behandlungszufriedenheit und eine niedrige Abbruchrate (Knaevelsrud, Böttche, Freyberger, Renneberg & Kuwert, Manuskript eingereicht zur Publikation).

Diese ersten Ergebnisse weisen darauf hin, dass mit der ITT ein effektiver und gut akzeptierter Behandlungsansatz für kriegstraumatisierte Ältere entwickelt wurde, auch wenn weitere Forschung dazu nötig ist.

Internetbasierte psychotherapeutische Behandlungen haben in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen (Berger & Andersson, 2009). Gerade für ältere Traumatisierte birgt dieses Vorgehen einige Vorteile. Es erleichtert die Versorgung von Betroffenen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind oder die keinen wohnortnahen Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung haben. Darüber hinaus werden die zeitliche Flexibilität, aber auch die Möglichkeit, ein niedrigschwelliges Behandlungsangebot zu machen, von den Autoren hervorgehoben. Gerade weil im Kontext posttraumatischer Beschwerden Schuld- und Schamgefühle häufig sind, stellt die internetbasierte Therapie einen leichter zu akzeptierenden Zugang dar (Knaevelsrud et al., Manuskript eingereicht zur Publikation). Inzwischen ist etwa ein Drittel der ab 65-Jährigen Internetnutzer (Statistisches Bundesamt, 2011). Eine internetgestützte Therapie stellt damit auch für diese Zielgruppe einen Zugangsweg dar. Es ist aber auch davon auszugehen, dass viele Betroffene den direkten Therapiekontakt suchen. Aus diesem Grund ist zu hoffen, dass das therapeutische Vorgehen der ITT in naher Zukunft auch für den direkten psychotherapeutischen Kontakt adaptiert und evaluiert wird. Mit der speziell für ältere Patienten adaptierten LRT steht zudem ein narratives Verfahren für die psychotherapeutische Praxis zur Verfügung (Maercker, 2002c). Auch wenn es erste Wirksamkeitsnachweise für die LRT (Maercker, 2002b) und die ITT (Knaevelsrud et al., Manuskript eingereicht zur Publikation) gibt, werden Therapiestudien zur Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Ansätze speziell bei älteren Patienten benötigt.

## Schlussbemerkungen

Die im Zweiten Weltkrieg und der direkten Nachkriegszeit erfahrenen Traumatisierungen stellen für die Kriegsgeneration und damit die heutigen älteren Patienten

eine wichtige historisch-biographische Bedingung dar, die in der Anamnese und Diagnostik dieser Zielgruppe unbedingt beachtet werden sollte, weil diese nicht selten auch heute noch zu relevanten psychopathologischen Beeinträchtigungen führen. Neben den typischen posttraumatischen Symptomen spielen die Traumatisierungen auch für andere psychische Erkrankungen wie depressive und somatoforme Beschwerden, aber auch Suchterkrankungen, eine große Rolle. Häufig werden diese von den Patienten nicht von selbst berichtet. Es ist deshalb zu empfehlen, mögliche traumatische Erfahrungen und posttraumatische Symptome gezielt zu erfragen, auch wenn diese nicht der von den Patienten geäußerte Behandlungsanlass sind. Auch wenn es bisher nur wenige speziell für Ältere adaptierte Behandlungsansätze gibt und insbesondere empirisch gut abgesicherte Wirksamkeitsnachweise für diese Verfahren ausstehen, sind mit der LRT und der ITT Vorgehen verfügbar, welche vielversprechende Ergebnisse zeigen. Unter Berücksichtigung der oben angesprochenen Besonderheiten der Zielgruppe bietet es sich derzeit ansonsten an, die bekannten und evaluierten Verfahren zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen zu nutzen.

Die heute in der psychotherapeutischen Versorgung tätigen Psychotherapeuten sind überwiegend nach Ende des Zweiten Weltkrieges geboren. Die Erfahrungen des Krieges sind ihnen dennoch meist vertraut aus Erzählungen der Eltern oder Großeltern. Um die historisch-biographische Perspektive der Patienten berücksichtigen zu können, bedarf es des Wissens über die spezifischen Entwicklungs- und Lebensbedingungen anderer Generationen. Erfahrungen aus dem eigenen familiären Kontext sind dabei ebenso nützlich wie das interessierte Nachfragen in der Anamneseerhebung und in der Behandlung von älteren Patienten.

Auch bei den Patienten, die aktuell keine posttraumatische Belastungsstörung aufweisen, sollten die Erfahrungen während des Krieges und in der Nachkriegszeit für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik in Diagnostik und Behandlung berücksichtigt werden. Nicht zuletzt

soll darauf hingewiesen werden, dass neben der hier dargestellten eher defizitorientierten Sichtweise auf die Kriegstraumatisierungen und ihre Folgen auch die positiven Aspekte und Erlebnisse aus dieser Zeit nicht zu vergessen sind.

### Literatur

- Berger, T. & Andersson, G. (2009). Internet-Based Psychotherapies: Characteristics and Empirical Evidence. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 59 (3-4), 159-166.
- Beutel, M. E., Decker, O. & Brähler, E. (2007). Welche Auswirkungen haben Flucht und Vertreibung auf Lebensqualität und Befindlichkeit? Repräsentative Erhebung mit den vor 1946 Geborenen in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 203-215.
- Böttche, M., Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, online first, doi:10.1002/gps.2725.
- Brähler, E., Decker, O. & Radebold, H. (2003). Ausgebombt, vertrieben, vaterlos – Langzeitfolgen bei den Geburtsjahrgängen 1930-1945 in Deutschland. *Psychosozial*, 26 (92/2), 111-136.
- Bramsen, I. & van der Ploeg, H. M. (1999). Use of medical and mental health care by World War II survivors in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (2), 243-261.
- Cienfuegos, A. J. & Monelli, C. (1983). The Testimony of Political Repression As A Therapeutic Instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53 (1), 43-51.
- Cohen, B. E., Gima, K., Bertenthal, D., Kim, S., Marmar, C. R. & Seal, K. H. (2010). Mental Health Diagnoses and Utilization of VA Non-Mental Health Medical Services Among Returning Iraq and Afghanistan Veterans. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (1), 18-24.
- Davison, E. H., Pless, A. P., Gugliucci, M. R., King, L. A., King, D. W., Salgado, D. M., Spiro, A. & Bachrach, P. (2006). Late-life emergence of early-life trauma – The phenomenon of late-onset stress symptomatology among aging combat veterans. *Research on Aging*, 28 (1), 84-114.
- Decker, O., Brähler, E. & Radebold, H. (2004). Kriegskindheiten und Vaterlosigkeit. Indizes für eine psychosoziale Belastung nach fünfzig Jahren. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 2, 33-42.
- Dong, M., Dube, S. R., Felitti, V. J., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Adverse childhood experiences and self-reported liver disease – New insights into the causal pathway. *Archives of Internal Medicine*, 163 (16), 1949-1956.
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Williams, J. E., Dube, S. R., Chapman, D. P. & Anda, R. F. (2003). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: An adverse childhood experiences study. *American Journal of Epidemiology*, 157 (11), 111.
- Fischer, C. J., Struwe, J. & Lemke, M. R. (2006). Long-term effects of traumatic experiences on somatic and psychic complaints of German World War Two refugees. *Nervenarzt*, 77 (1), 58-63.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.
- Franz, M., Hardt, J. & Brähler, E. (2007). Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im Zweiten Weltkrieg. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 216-227.
- Franz, M., Lieberz, K., Schmitz, N. & Schempank, H. (1999). Wenn der Vater fehlt. Epidemiologische Befunde zur Bedeutung früher Abwesenheit des Vaters für die psychische Gesundheit im späteren Leben. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45, 260-278.
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Brähler, E., Forstmeier, S. & Maercker, A. (2010). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *International Psychogeriatrics*, 22 (4), 661-670.
- Glaesmer, H., Kaiser, M., Brähler, E. & Kuwert, P. (im Druck). Posttraumatische Symptomatology in the elderly and its comorbidity with depression and somatization – A German population based study. *Aging and Mental Health*.

- Glaesmer, H., Brähler, E., Gündel, H. & Riedel-Heller, S. (2011). The association of traumatic experiences and Posttraumatic Stress Disorder with physical morbidity in old age – A German population based study. *Psychosomatic Medicine*, 73, 401-406.
- Glaesmer, H., Brähler, E., Riedel-Heller, S., Freyberger, H. J. & Kuwert, P. (2011). The association of traumatic experiences and Posttraumatic Stress Disorder with health care utilization in the Elderly – A German population based study. *General Hospital Psychiatry*, 33, 177-184.
- Goodwin, R. D. & Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, 34 (3), 509-520.
- Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Glaesmer, H. (im Druck). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic Stress disorder in the German Population – Results of a representative population sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Heim, C. & Nemeroff, C. B. (2009). Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrums*, 14 (1), 13-24.
- Heuft, G. (2004). Traumatisierung im Lebenslauf und Trauma-Reaktivierung im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 3 (3), 23-35.
- Heuft, G., Schneider, G., Klaiber, A. & Brähler, E. (2007). Ausgebombt – Psychische und psychosomatische Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei den vor 1946 Geborenen im Jahre 2004. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 228-243.
- Knaevelsrud, C., Böttche, M., Freyberger, H. J., Renneberg, B. & Kuwert, P. (Manuskript eingereicht zur Publikation). Integrative Testimonial Therapy (ITT) – a therapist-assisted internet-based writing therapy for traumatized child survivors of the 2nd World War with posttraumatic stress. *British Medical Journal*.
- Knaevelsrud, C., Böttche, M. & Kuwert, P. (2011). Integrative Testimonial Therapy (ITT): eine biographisch-narrative Schreibtherapie zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei ehemaligen Kriegskindern des Zweiten Weltkrieges. *Psychotherapie im Alter*, 8 (1), 27-40.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Reminiscence of Traumatic Experiences in (Former) Jewish Emigrants and Extermination Camp Survivors. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Post-Traumatic-Stress Disorder – A lifespan developmental perspective* (pp. 155-176). Göttingen: Hogrefe.
- Kuwert, P., Brähler, E., Glaesmer, H., Freyberger, H. J. & Decker, O. (2009). Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*, 21 (4), 748-753.
- Kuwert, P. & Freyberger, H. J. (2007). Sexuelle Kriegsgewalt – Ein tabuisiertes Verbrechen und seine Folgen. (Wartime Rape: A Hidden Crime and its consequences). *Trauma & Gewalt*, 2, 10-16.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Rosenthal, J. & Freyberger, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress symptoms in former German child soldiers of World War II. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 1014-1018.
- Lamparter, U., Holstein, C., Thiessen, M., Wierling, D., Wiegand-Grefe, S. & Moller, B. (2010). 65 years later Witnesses of the Hamburg Firestorm (1943) in biographical interviews. *Forum der Psychoanalyse*, 26 (4), 365-387.
- Maercker, A. (2002a). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2002b). Life-Review technique in the Treatment of PTSD in elderly patients: Rationale und three single case studies. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8 (3), 239-249.
- Maercker, A. (2002c). Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 245-282). Berlin: Springer.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krusi, G., Horler, E., Maier, C. & Ehler, U. (2008a). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (2), 113-120.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008b). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79 (5), 577-586.
- Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtsopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 12, 157-167.
- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9 (1), 3-10.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (4), 579-587.
- Radebold, H. (2005). Zeitgeschichtliche Erfahrungen und ihre Folgen – notwendige weitere Perspektive in der Psychotherapie Älterer. *Psychotherapie im Alter*, 4, 75-87.
- Radebold, H. (2006). Während des Alterns anzutreffende Folgen: aktueller Kenntnisstand. In H. Radebold, G. Heuft & I. Fooker (Hrsg.), *Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (S. 139-148). Weinheim/München: Juventa.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H. G. & Heuft, G. (2006). Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in  $\geq 60$  year olds: The role of the sense of coherence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (10), 850-859.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (1), 155-165.
- Schulkin, J. (2004). *Allostasis, Homeostasis, and Costs of Physiological Adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Shlosberg, A. & Strous, R. D. (2005). Long-term follow-up (32 years) of PTSD in Israeli Yom Kippur War veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (10), 693-696.
- Solomon, Z. & Ginzburg, K. (1999). Aging in the shadow of war. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Post-*

- Traumatic Stress Disorder – A lifespan developmental perspective* (pp. 137-154). Göttingen: Hogrefe.
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from a German community study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (5), 693-700.
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosomatic Medicine*, 71 (9), 1012-1017.
- Statistisches Bundesamt. (2011). *Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie*. (Fachserie 15, Reihe 4 ed.).
- Tagay, S., Gunzelmann, A. & Brähler, E. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14 (2), 334-342.
- Teegen, F. & Handwerk, U. (2006). Deutsche Frontkrankenschwestern im II. Weltkrieg: Traumatische Erfahrungen, patho- und salutogenetische Entwicklungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19, 127-138.
- Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 13, 112-124.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Labinsky, E., Bell, A., Morris, A., Zelman, S. & Grossman, R. A. (2009). Ten-year follow-up study of PTSD diagnosis, symptom severity and psychosocial indices in aging holocaust survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119 (1), 25-34.



**Dr. Heide Glaesmer**

Universität Leipzig  
Abteilung für Medizinische Psychologie  
und Medizinische Soziologie



**Prof. Dr. Elmar Brähler**

Universität Leipzig  
Abteilung für Medizinische Psychologie  
und Medizinische Soziologie

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Heide Glaesmer  
Universität Leipzig  
Abteilung für Medizinische Psychologie  
und Medizinische Soziologie  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
04103 Leipzig  
Heide.Glaesmer@medizin.uni-leipzig.de