

Sefik Tagay, Thomas Gunzelmann, Elmar Brähler

Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen

Posttraumatic stress disorders in elderly people

Zusammenfassung

Bei rund 5 % der 60-Jährigen und Älteren lässt sich Untersuchungen zufolge eine Posttraumatische Belastungsstörung (engl. „Posttraumatic Stress Disorder“, PTSD) feststellen. Hierbei kann auch ein Zusammenhang mit traumatischen Kriegserlebnissen festgestellt werden (z.B. Kriegseinsatz, Gefangenschaft, Flucht und Vertreibung, Ausbombung), die im Sinne einer Trauma-Reaktivierung mit einer Latenzzeit von mehreren Jahrzehnten die Symptomatik einer PTSD hervorrufen. Es ist möglich, dass Verlusterfahrungen und Belastungen im Alternsprozess hieran auslösend beteiligt sind. Darüber hinaus können auch affektive und somatoforme Beschwerden im Alter eine Folge kriegstraumatischer Erfahrungen sein. Für die Psychotherapie Posttraumatischer Belastungsstörungen stehen unterschiedliche Therapieansätze zur Verfügung (Konfrontationstherapien, kognitive Therapien, narrative Verfahren/Life-Review-Therapy). Aufgrund fehlender randomisierter, kontrollierter Studien sind Aussagen über die differenzielle Indikation und Therapieeffekte derzeit aber kaum verallgemeinernd möglich. Hier besteht ebenso weiterer Forschungsbedarf wie im Hinblick auf psychische Ressourcen, die bei dem Großteil der Älteren eine Verarbeitung kriegstraumatischer Erfahrungen ermöglicht haben.

Schlüsselwörter

Posttraumatische Belastungsstörung – Ältere – Prävalenz – Diagnostik – Therapieansätze – Ressourcen

Summary

Around 5% of the elderly population (age \geq 60 years) has a posttraumatic stress disorder (PTSD). Several studies have found a correlation with traumatic war-related events (such as combat experience, imprisonment, flight, displacement, bombardment) which, in the sense of a trauma reactivation, result in the symptomatology of PTSD with a latency period of several decades. Both the experience of loss and stress during aging process can trigger this symptomatology. Symptoms can be persistent or intermittent, and the posttraumatic disorders may be time-limited or chronic. Furthermore, affective and somatoform complaints in the elderly can also be a consequence of war-related traumatic experience. There exist different therapy approaches for the treatment of posttraumatic stress disorders (exposure interventions, cognitive therapies, narrative approaches, life-review therapy), although to date there have been no randomized controlled trials examining the efficacy of psychotherapy regarding posttraumatic stress disorders in the elderly. Therefore, conclusive statements regarding differential indication and efficacy of treatment are limited. There is also a scientific necessity with respect to psychological resources which could help the majority of the elderly to cope with war-related experience.

Keywords

posttraumatic stress disorder – elderly – prevalence – diagnostic – treatment – protective factors

■ Einleitung

Untersuchungen und klinische Erfahrungen zeigen, dass in der Generation der über 60-Jährigen posttraumatische Belastungssymptome zu beobachten sind, die sich teilweise auf Traumatisierungen während des 2. Weltkriegs zurückführen lassen, wie beispielsweise Fronteinsätze, Ausbombung, Flucht und Vertreibung oder Kriegsgefangenschaft. Die Generation der heute 60-Jährigen und Älteren hat diese kriegsbedingten Traumata des 2. Weltkriegs überwiegend in Kindheit und früher Jugend bzw. zu Beginn des Erwachsenenalters erlebt. Diese Lebensphasen gehen im Vergleich mit dem mittleren

Erwachsenenalter aufgrund der noch nicht ausdifferenzierten und ausgereiften Bewältigungs- und Anpassungsfähigkeiten mit einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber Posttraumatischen Belastungsstörungen einher (Maercker, 2002). Die daraus resultierenden Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung, die Gestaltung sozialer Beziehungen oder die Ausformung von Bewältigungsstrategien gegenüber Anforderungen und Belastungen im weiteren Lebenslauf gelten als mitprägend für die psychischen Ressourcen, die später für die Verarbeitung des Alternsprozesses mobilisiert werden müssen (Schneider, Driesch, Kruse, Nehen & Heuft, 2006).

Die Konfrontation mit im Alter auftretenden Verlusten und Belastungen kann an Verluste des traumatischen Erlebnisses erinnern (Solomon & Ginzburg, 1999). Dies kann ebenso wie die verstärkte „reminiszierende“ Hinwendung zu früheren Lebensphasen und die gleichzeitige Verringerung von außen kommender Anforderungen (z.B. durch Beruf oder Familie) dazu beitragen, dass traumatische Inhalte reaktiviert werden (Maercker, 2002; Heuft, Kruse & Radebold, 2006). Auch das Gefühl des „Ausgeliefertseins“ an die im Alter auftretenden unvermeidlichen und oft irreversiblen Veränderungen kann nach Heuft (2004) eine Trauma-Reaktivierung bewirken. Die Trauma-Reaktivierung ist von der Re-Traumatisierung zu unterscheiden, bei der es zu einem erneuten Trauma kommt und das traumatisierende Erleben von damals wieder aktiviert wird.

Auch wenn sich unmittelbar nach dem Trauma keine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatte, kann diese somit nach langer Latenzzeit erstmals auftreten. Das erhöhte Risiko für körperliche Leistungseinbußen, für nachlassende kognitive Leistungen, für die Ausdünnung des sozialen Netzes, für soziale Rollenverluste oder für chronische Erkrankungen und für die Zunahme körperlicher Beeinträchtigungen im höheren Lebensalter stellt eine zusätzliche Kumulation von Belastungen, Verlusterfahrungen und Entwicklungskrisen dar, die schließlich in einer Erschöpfung psychischer Bewältigungsressourcen im hohen Alter resultieren kann (Maercker, 2002).

Die Langzeitfolgen eines Traumas erfüllen allerdings nicht unbedingt die klinischen Kriterien eines Posttraumatischen Belastungssyndroms. In Abhängigkeit von Art und Stärke des Traumas, dem Verlauf der posttraumatischen Symptomatik, von Personenvariablen, Risikofaktoren, Ressourcen und von situativen Variablen können die Betroffenen außer einer PTSD andere posttraumatische Störungen entwickeln, wie eine Akute Belastungsreaktion oder eine Andauernde Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung (ICD-10 F62.0). Die psychiatrische Komorbidität bei posttraumatischen Störungen ist ausgesprochen hoch (70-90%), wobei im Vordergrund die affektiven Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Einschränkungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit, Substanzmissbrauch und somatoforme Störungen stehen (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Maercker, 2002; Heuft et al., 2006).

■ Epidemiologie traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen

In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt, die die Langzeitfolgen kriegsbedingter Traumata in der heutigen Generation der 60-Jährigen und Älteren nachweisen. Sowohl im Hinblick auf die untersuchten Stichproben, die Stichprobenauswahl, die Operationalisierung von Traumafolgen als auch auf die Schlussfolgerungen über deren Auswirkungen auf das höhere Lebensalter weisen die Untersuchungen zwar eine hohe Heterogenität auf. Zu Recht weist Radebold (2003) aber darauf hin, dass man bei alten Menschen einen historisch-biographischen Blick haben sollte. In dieser

Gruppe ist davon auszugehen, dass ein Großteil von ihnen verschiedene Aspekte der Extremtraumatisierung (Kriegserlebnisse, Haft, Vertreibung, Flucht, wirtschaftliche Not) erlebt hat. Bei der so genannten Kriegskindergeneration geht man heute von kumulativen Erlebnissen, d. h. durchschnittlich von zwei bis vier solcher schwerwiegender Erfahrungen aus (Radebold, 2000, 2003, Brähler, Decker & Radebold, 2004; Heuft, Klaiberg, Schneider & Brähler, 2007).

Neuere Studien ergaben, dass bis zu 5% aller älteren Menschen aufgrund der Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg unter einer chronischen PTSD leiden (Hunt & Robbins, 2001; Maercker, Herrle & Grimm, 1999; Teegen & Meister, 2000; Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008). In einzelnen Untersuchungen finden sich aber auch Häufigkeiten zwischen 10% und 20% (Fischer, Struwe & Lemke, 2006; Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger & Ermann, 2006; Favaro, Tenconi, Colombo & Santonastaso, 2006). Eine verzögerte PTSD wurde in zahlreichen Studien an Kriegsüberlebenden nachgewiesen, in denen sogar 50 oder 60 Jahre später eine PTSD vorlag (Maercker, 2002; van Zelst, de Beurs, Beekman, Deeg & van Dyck, 2003). Heuft (1999) fand bei Älteren, dass Medienberichte über Ereignisse, die dem zurückliegenden Trauma ähneln, im Sinne einer Traumareaktivierung eine PTSD triggern können, obwohl die Traumatisierungen z.T. mehr als 5 Jahrzehnte zurücklagen. Eine Verschlimmerung von posttraumatischen Symptomen kann z.B. als Reaktion auf Jahrestage des Traumas, veränderte Lebensbedingungen (z.B. Veränderungen in Arbeits-, sozialen und familiären Rollen) oder Belastungen und spätere traumatische Ereignisse (Tod bzw. Verlust wichtiger Bezugspersonen) auftreten (Radebold, 2000; Maercker, 2002; Cook & O'Donnell, 2005; van Zelst et al., 2003).

Für Holocaust-Überlebende und deren Kinder sind Langzeit- und transgenerationale psychosoziale Folgen gut belegt (Heuft et al., 2006; Yehuda, Hallig & Grossman, 2001; Tauber, Vyssoki, Strusievici & Schürmann-Emanuel, 2004). Hartmut Radebold (2000, 2003) gehört zu den ersten Autoren, die sich der Generation der Kriegskinder und deren psychischen Langzeitfolgen angenommen haben. In zahlreichen Studien wurden die psychischen Folgen längerer Abwesenheit oder des Verlusts der Väter (Radebold, 2000) sowie von Flucht und Vertreibung untersucht (Teegen & Meister, 2000). Durch den Krieg vaterlos aufgewachsene Personen leiden vermehrt unter psychosozialen Beschwerden. Studien belegen einhellig die komplexen und sequenziellen Traumatisierungen nach Kriegsergebnissen, die oft gewaltsamen Tod bzw. Verlust wichtiger Bezugspersonen, körperliche Verletzungen, Todesängste, Heimatverlust und Mangelernährung (Hunger, Armut) beinhalten (Radebold, 2000; Kuwert et al., 2006).

In einer aktuellen Studie fanden Creamer und Parslow (2008) bei alten Menschen eine kurvilineare Beziehung zwischen Traumaexposition und Alter bei Frauen, während Männer einen linearen Anstieg zeigten. Diesen Unterschied begründen die Autoren mit der erhöhten Kriegserfahrung bei Männern. Die PTSD-Prävalenz fiel bei Älteren mit 0,7% gering aus. Über 10% der älteren Menschen berichteten jedoch über Intrusionen.

Spitzer, Barnow, Völzke, John, Freyberger und Grabe (2008) untersuchten in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe die Risiken der Traumaexposition und die Prävalenz der PTSD bei Älteren. Die Traumaprävalenz lag in der Gesamtgruppe bei 54,6%, und die ältere Kohorte hatte ein vierfaches Risiko für traumatische Erfahrungen im Vergleich mit jüngeren Gruppen. Unter den traumatisierten älteren Menschen lagen die Lebenszeitprävalenz der PTSD bei 3,1% und die 1-Monatsprävalenz bei 1,5%. Wie in der Studie von Creamer und Parslow (2008) fanden auch Spitzer et al. (2008) bei älteren Männern ein höheres Risiko für traumatische Erfahrungen als bei Frauen. Aber es zeigten sich keine Geschlechtseffekte bezüglich PTSD.

Längst gibt es gute Belege dafür, dass Patienten mit PTSD in klinischen Populationen oft nicht erkannt, nicht korrekt diagnostiziert und in der Folge auch fehlbehandelt werden (Gomez- Beneyeto, Salazar-Fraile, Marti-Sanjuan und Gonzales-Lujan, 2006; Zimmermann & Mattia, 1999). Aufgrund der Komplexität ätiologischer Zusammenhänge, der Multimorbiditäten im höheren Alter und der historisch bedingt belastenden Lebenserfahrungen (Verbrechen der Nationalsozialisten, Kriegserlebnisse, Wirtschaftskrisen, Flucht und Vertreibung) findet sich diese Problematik bei Älteren mit posttraumatischen Störungen noch häufiger (Averill & Beck, 2000; Cook & O'Donnell, 2005).

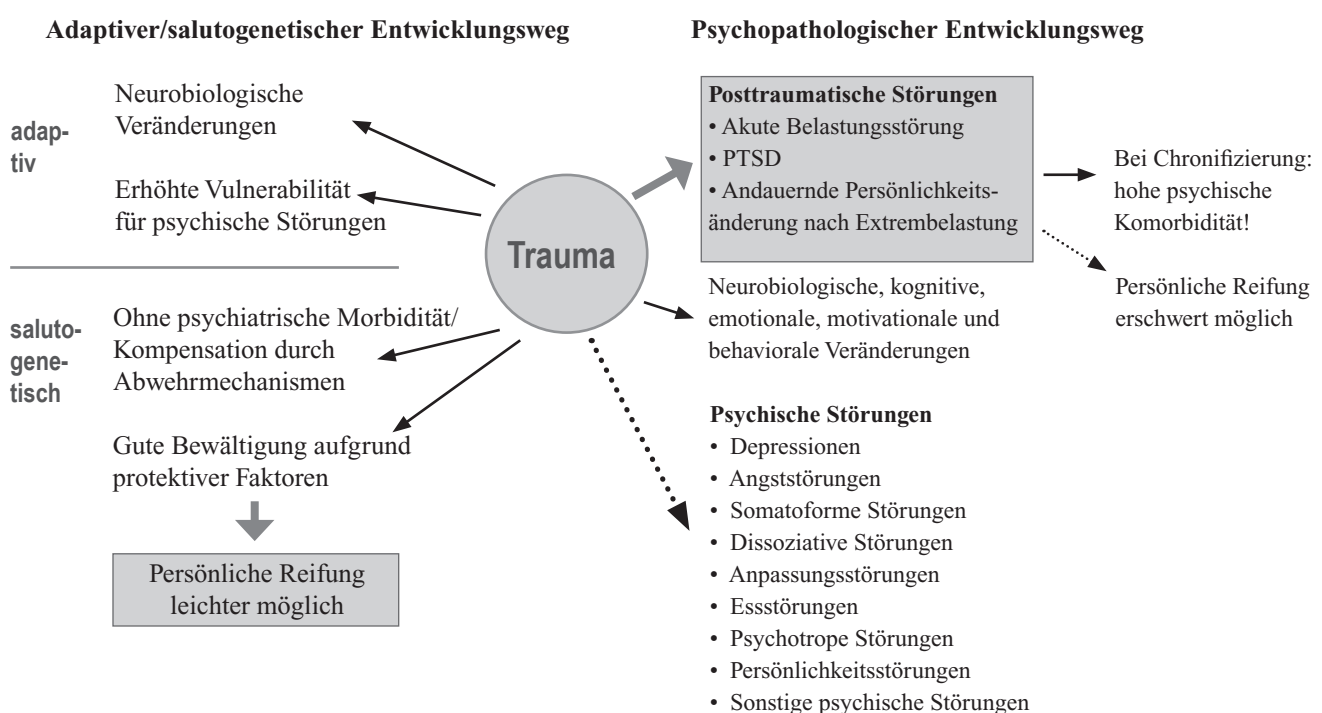
■ Mögliche Entwicklungswege nach Traumatisierungen

Untersuchungen an alten Menschen zeigen, dass eine PTSD unterschiedliche Verläufe nehmen kann (Weintraub & Rus-

kin, 1999; Hirsch, 2004; Cook & O'Donnell, 2005; van Zelst et al., 2003). Sie kann direkt nach dem Traumaereignis oder verzögert auftreten. Viele ältere Menschen haben nach traumatischen Erfahrungen im Krieg und in der Nachkriegszeit zunächst keine PTSD entwickelt. Über lange Zeit ihres Erwachsenenlebens haben sie davon unberührt gelebt (Radebold, 2000). Im Alter können die traumatischen Erfahrungen jedoch eine bedeutsame Aktualität bekommen. Die Chronizität von Posttraumatischen Belastungsstörungen ist gut dokumentiert, dabei wird von Symptomen berichtet, die mehr als 50 Jahre bestehen (Heuft et al., 2006; Maercker, 2002; Radebold, 2000). Früher genutzte Bewältigungsformen können sehr erfolgreich gewesen sein, wie auch gewisse Sinnzuschreibungen den Älteren in der Vergangenheit sehr gut gedient haben können. Dennoch sind chronische Posttraumatische Belastungsstörungen sehr anfällig für Belastungen. Dass der Ältere bis ins fortgeschrittene Alter sein Leben so gut bewältigt hat, ist Zeugnis für seine Fähigkeit, sich anzupassen, und diese kann daher im Sinne der Ressourcenaktivierung therapeutisch gut genutzt werden.

Abbildung 1 verdeutlicht unterschiedliche Wege der Verarbeitung eines Traumas. Eine häufig verwendete Einteilung der Traumaklassen ist die nach Typ-I-Traumata (meist von kurzer Dauer und heftig; z. B. Naturkatastrophe, Unfälle) und Typ-II-Traumata (komplexe und lang andauernde Traumatisierungen; z. B. sexueller Missbrauch, Folter), wobei letztere gehäuft bei Älteren vorkommen (Terr, 1995). Es gibt Hinweise darauf, dass einerseits die willentlich durch Menschen verursachten Traumata und andererseits die zeitlich länger dauernden Typ-II-Traumata in vielen Fällen zu stärkerer psychosozialer Beeinträchtigung und zu einer längeren Chronifizierung psychischer Folgen mit massiver Komorbidität führen kön-

Abbildung 1: Mögliche Entwicklungswege nach einem Trauma



nen als die nicht durch Menschen verursachten Traumatisierungen (Kessler et al., 1995). Wie aus dem Trauma-Modell ersichtlich, zählen Posttraumatische Belastungsstörungen zu den wenigen psychischen Störungen, bei denen der Auslöser bekannt ist. Man findet Traumatisierungen häufig aber auch in der Vorgeschichte anderer psychischer Störungen. Damit wird deutlich, dass psychische Traumatisierungen für die Entwicklung psychischer Störungen eine ganz zentrale Rolle spielen. Traumatische Erfahrungen können darüber hinaus zu strukturellen und funktionellen Schäden im Gehirn führen und damit die Fähigkeit des Individuums einschränken, spätere Belastungen im Leben positiv zu bewältigen (Bremner et al., 2003; Villareal & King, 2001).

Doch entwickelt längst nicht jede Person nach Traumatisierung eine posttraumatische Störung. Eine Bewältigung des Erlebten ohne pathologische Reaktionen und Folgen ist ebenso zu beobachten. Die Entwicklung posttraumatischer Störungen hängt erheblich davon ab, wie der Betroffene das Ereignis wahrnimmt und bewertet, mit welchen personalen Ressourcen er ausgestattet ist und ob der Betroffene nach der traumatischen Erfahrung Umstände vorfindet, die einer raschen psychosozialen Erholung förderlich sind. Brewin, Andrews und Valentine (2000) stellten in ihrer vielzitierten Metaanalyse von 77 ausgewerteten Studien die Traumaschwere, den nachfolgenden Stress und vor allem das Fehlen sozialer Unterstützung als die einflussreichsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTSD heraus (**Tab. 1**). Diese Zusammenhänge sind im Rahmen therapeutischer Interventionen zu berücksichtigen und müssen bei älteren Patienten im Einzelfall überprüft werden.

Diagnostisch und therapeutisch relevant sind die evidenten Schilderungen darüber, dass der transgenerationale Austausch über das Erlebte (die Zeit der nationalsozialistischen Diktatur, der Zweite Weltkrieg, Flucht und Vertreibung sowie die wirtschaftliche Not) von Schuld- und Schamgefühlen überschattet

war. Ein Großteil der heute lebenden Älteren (bis 1945 Geborene) entwickelte Vermeidungsstrategien wie Verdrängung, Bagatellisierung oder Verleugnung, um nicht über die schreckliche Zeit und die vielen eigenen Traumatisierungen sprechen zu müssen (Maercker, 2002; Heuft et al., 2006).

■ Diagnostik posttraumatischer Störungen

Vor dem Hintergrund der Unterschätzung und der Fehlbehandlungen von posttraumatischen Störungen sind diagnostische Erhebungsverfahren gerade bei alten Menschen unerlässlich (Zimmerman & Mattia, 1999). Bei ihnen besteht eher die Gefahr von Fehldiagnosen, weil sie stärker dazu tendieren, eher körperliche Beschwerden in den Vordergrund zu bringen (Maercker, 2002; Cook & O'Donnell, 2005; Averill & Beck, 2000). Die diagnostischen Probleme bei Älteren haben ihre Ursache auch in der erhöhten diagnostischen Komplexität. Nicht nur die Anzahl der Diagnosen steigt im Alter an, diese sind auch weniger leicht voneinander abzugrenzen. Ein weiteres Problem ist die hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen (Maercker, 2002; Cook & O'Donnell, 2005). Daher sollte bei Älteren eine Breitbanddiagnostik zum Einsatz kommen. Eine solche umfassende Diagnostik sollte neben der Erfassung posttraumatischer Symptome insbesondere eine historisch-biographische Anamnese, die kognitiven Funktionsfähigkeiten, die körperliche Gesundheit und Verfassung, das Risiko für eine Suizidalität, die sozialen Unterstützungssysteme, aber auch die personalen und materiellen Ressourcen umfassen.

In **Tabelle 2** findet sich eine Aufstellung der wichtigsten klinisch strukturierten Interviews und verwendeten Selbsteinschätzungsfragebögen zur Diagnostik Posttraumatischer Belastungsstörungen im deutschsprachigen Raum.

Tabelle 1: Risikofaktoren für eine PTSD (nach Brewin et al., 2000)

Risikofaktoren	Anzahl der Studien	N	Effektstärke d
Ethnische Minderheit	22	8165	.05
Jüngerer Alter	29	7207	.06
Geringe Bildung	29	11047	.10
Anderes früheres Trauma	14	5147	.12
Psychiatrische Familiengeschichte	11	4792	.13
Geschlecht (weiblich)	25	11261	.13
Missbrauch in der Kindheit	9	1746	.14
Geringer sozioökonomischer Status	18	5957	.14
Geringe Intelligenz	6	1149	.18
Anderes negatives Trauma	14	6969	.19
Traumatische Schwere	49	13653	.23
Stress	8	20804	.32
Mangel an sozialer Unterstützung	11	3276	.40

Vom großen Nutzen bei der Beurteilung der psychischen Komorbidität im Allgemeinen und der PTSD im Besonderen sind bei älteren Menschen strukturierte klinische Interviews (z. B. SKID, DIPS). Wenn weitreichende traumatische Erlebnisse vorliegen, kann eine gründliche Untersuchung mit einem PTSD-spezifischen strukturierten klinischen Interview (z. B. CAPS; Blake, Weather, Nagy, Kaloupek & Keane, 1995) vorgenommen werden. Selbstbeurteilungsverfahren dagegen eignen sich vor allem zur Erfassung der Symptommhäufigkeit und -intensität sowie der daraus resultierenden psychischen Beeinträchtigungen aus Patientensicht. Klinische Fragebögen können auch zur Prozessdiagnostik eingesetzt werden. In Form von Prä-post-Messungen erlauben sie Aussagen über die Therapieeffekte.

Diagnostische Besonderheiten und Probleme im höheren Alter

Strukturierte klinische Interviews werden zwar zu den „Goldstandards“ der Diagnostik psychischer Störungen gezählt, trotzdem sind chronische posttraumatische Störungen bei Älteren oft aus verschiedenen Gründen schwierig zu beurteilen.

- Peters (2008) betont, dass die heutigen Älteren in einer traditionellen Gehorsams- und Verzichtsgesellschaft aufgewachsen sind, die ihnen ein enges, strenges Wertesystem aufgezwungen hat. Viele von ihnen erlebten in der nationalsozialistischen Diktatur ein Erziehungsideal, das von Härte, Strenge, Abwertung von Minderheitengruppen und Geringschätzung der Gefühls- und Beziehungswelt gekennzeichnet war. Sie haben nicht gelernt, über ihre Bedürfnisse und Gefühle offen zu sprechen. Diese Themen können in der Diagnostik und Therapie schuld- und schambesetzt sein.
- Ältere Menschen, die viel Not erlebt haben (z.B. in Kriegen und Wirtschaftskrisen), betrachten das Leiden vielleicht als etwas Normales. Deshalb zeigen diese Menschen ihre Belastungssymptome möglicherweise weniger nach außen.
- Generell gilt es, bei alten Menschen zu beachten, dass eine gründliche somatische Diagnostik durchgeführt wird, um möglicherweise ursächliche somatische Erkrankungen wie einen Hirntumor oder einen Morbus Alzheimer nicht zu übersehen. Das frühzeitige Erkennen somatischer Erkrankungen ermöglicht eher eine effektive traumafokussierte Behandlung. Vor diesem Hintergrund ist es für den Therapeuten unerlässlich, mit dem Hausarzt des Patienten eng zusammenzuarbeiten, da ja das Alter im erhöhten Maße von Multimorbiditäten geprägt ist.

Tabelle 2: Strukturierte Interviews und Selbsteinschätzungsfragebögen zu Posttraumatischen Störungen

Strukturierte Interviews	Abkürzung	Autoren	Klassifikationssystem
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV	SKID	Wittchen et al. (1997)	DSM-IV
Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen	DIPS	Schneider & Margraf (2002)	DSM-IV-TR
Clinician-Administered PTSD Scale (sehr häufig im Einsatz)	CAPS	Blake et al. (1995)	DSM-IV
Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (derzeit das einzige deutschsprachige Interview zur Diagnose der komplexen PTSD)	I-kPTBS	Baroske-Leiner et al. (2008)	unspezifisch
Selbsteinschätzungsfragebögen			
Posttraumatic Stress Disorder Scale (häufig im Einsatz; <u>Subskalen</u> : Intrusionen, Vermeidung, Übererregung)	PDS	Foa et al. (1997)	DSM-IV
Impact of Event Scale-Revised (sehr häufig im Einsatz; <u>Subskalen</u> : Intrusionen, Vermeidung, Übererregung)	IES-R	Maercker & Schützwohl (1998)	unspezifisch
Posttraumatische Stress-Skala-10 (häufig im Einsatz)	PTSS-10	Raphael et al. (1989)	unspezifisch
Essener Trauma-Inventar (differenziert zw. persönlich und nicht persönlich erlebten Traumata, erfasst auch körperliche Beschwerden nach Traumatisierung; <u>Subskalen</u> : Intrusionen, Vermeidung, Übererregung, Dissoziation)	ETI	Tagay et al. (2007)	DSM-IV

■ Psychotherapie Posttraumatischer Belastungsstörungen bei alten Menschen

Allgemeine Grundsätze für die Behandlung von älteren Menschen mit Traumatisierungen

Durch die traumatischen Lebenserfahrungen kommt es im Sinne von Grawe (2004) zu einer massiven Verletzung des Kontrollbedürfnisses des PTSD-Betroffenen. Die heute lebenden älteren Menschen haben multiple Traumatisierungen erlebt. Die einmal erreichte Unabhängigkeit ist besonders im höheren Alter gefährdet. Einschränkungen darin können Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Sinnleere hervorrufen. Umso wichtiger ist es daher, alten Menschen in der Behandlung zunächst wieder ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle über das eigene Leben zu geben. Die Förderung von Autonomie, Eigenverantwortlichkeit und Selbstachtung ist daher besonders wichtig, auch wenn eine Autonomie sich im hohen Lebensalter schwieriger verwirklichen lässt als im mittleren Alter (Heuft et al., 2006).

Ältere Menschen haben jahrzehntelang vor dem Ausbruch der Symptomatik gut funktioniert. Sie bringen aufgrund ihrer Lebenserfahrungen viele Ressourcen mit in die Therapie, mit deren Hilfe die Selbstheilungskräfte aktiviert werden können (Albani, Gunzelmann, Bailer, Grulke & Brähler, 2005). Es ist ganz wichtig, dass der Therapeut sich ein differenziertes Bild von den Stärken und positiven Seiten des Patienten und seiner sozialen Ressourcen (z. B. Soziale Unterstützung durch Familie, Partnerschaft, Freunde) macht, um diese gezielt bei Gefühlen von Sinnleere, Hoffnungslosigkeit und Machtlosigkeit einzusetzen. Grawe (2004) fordert, dass der Therapeut in seinem Bemühen, dem Patienten positive Emotionen zu vermitteln, nicht nachlässt, auch wenn er erst einmal keine sichtbare Wirkung erzielt und dafür vom Patienten nicht verstärkt wird. Bei älteren Patienten gilt die Forderung möglicherweise noch stärker als bei Patienten mittleren Alters. Wenn beim Patienten fast immer nur starke negative Emotionen aktiviert sind, löst mit der Zeit die Therapiesituation an sich schon unangenehme Emotionen aus, die den Patienten eher in einen Vermeidungsmodus bringen. Der Therapeut sollte daher in der Arbeit mit alten Menschen anstreben, den Patienten in der Therapie betont auch positive Emotionen erleben zu lassen. Ein Mittel dazu ist z. B. Humor. Wenn der Patient in den Therapiesitzungen häufiger lachen kann, können zwischenmenschliche Beziehungen und die Umwelt weniger bedrohlich aufgenommen werden (Heuft et al., 2006).

Therapieverfahren der Posttraumatischen Belastungsstörungen

Die spezifischen Methoden der Posttraumatischen Belastungsstörungen können therapieschulenübergreifend in folgende Techniken eingeteilt werden, die einzeln oder auch kombiniert angewandt werden können:

- Konfrontationstherapien: In-sensu-Konfrontation (nach Foa, Keane & Friedman, 2000), In-vivo-Konfrontation (selten indiziert), Imagination zur Stabilisierung und Traumaexposition nach Reddemann (2001), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro (1996)
- Kognitive Therapien: Der kognitiv-behaviorale Ansatz (Ehlers, 1999)

- Narrative Verfahren/Schreibtherapien: Testimony-Therapie, Life-Review-Technik (Maercker & Müller, 2004)
Eine Auswahl der einzelnen Verfahren soll im Folgenden in ihren Grundannahmen und den Bausteinen der Behandlung kurz dargestellt werden.

Verfahren der Traumaexposition

In-sensu-Konfrontation mit dem Trauma

Die In-sensu-Traumaexposition fokussiert das Wiedererleben des Traumas in der Vorstellung, während Expositionen in vivo eine Konfrontation mit Reizen beinhalten, die bislang vermieden wurden (z.B. Ort des Geschehens). Expositionstechniken haben das Ziel, die PTSD-Symptomatik durch eine wiederholte Aktivierung der Traumaszenen zu reduzieren. Expositionsübungen wurden ursprünglich insbesondere bei PTSD-Patienten eingesetzt, bei denen das Vermeidungsverhalten im Vordergrund stand. Die Verfahren zeigten aber auch eine gute Wirkung bei der Reduktion der anderen Symptomkomplexe, wie posttraumatischen Intrusionen und Übererregung (Bisson & Andrew, 2006; Maercker, 2002).

Bei der In-sensu-Konfrontation wird der Patient gebeten, sich die belastendste Erinnerung an das Trauma mit allen Einzelheiten zu vergegenwärtigen. Der Patient wird instruiert, sich das Ereignis in allen Sinnesqualitäten (sehen, fühlen, riechen, hören, schmecken) vorzustellen.

In der Regel findet eine In-sensu-Konfrontation mit geschlossenen Augen statt. Im Abstand von einigen Minuten sollte der Therapeut während der Konfrontationsübung das gegenwärtige Angstniveau des Patienten auf einer 10-stufigen Skala ähnlich wie beim EMDR einschätzen lassen („Subjective Units of Distress“-Erfassung, SUD). Der Therapeut achtet darauf, dass nach dem Durchleben des Traumas in der Vorstellung die Angst bis zum Ende der Sitzung deutlich abklingt. Dieser Zustand kann auch durch Entspannungsübungen oder imaginative Verfahren (Reddemann, 2001) herbeigeführt werden. In einzelnen Fällen ist die emotionale Reaktion des Patienten so heftig, dass er in einen dissoziativen Zustand gerät und z.B. Symptome von Derealisation und Depersonalisation wie während der Traumatisierung erlebt. Dieser Zustand sollte vermieden werden, da er nicht therapeutisch ist. In solchen Fällen muss der Bezug zum Hier und Jetzt unmittelbar wiederhergestellt werden.

Die In-sensu-Konfrontationen mit der gleichen Traumaszene werden in nachfolgenden Therapiesitzungen so oft wiederholt, bis sich eine subjektive Reduktion der Symptomatik und der damit verbundenen Belastung ergibt.

Für einen psychotherapeutischen Zugang in der Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen Störungen ist ein grundlegendes Dilemma zu beachten. Eine zu rasche, vor allem unvorbereitete Konfrontation mit Traumaszenen kann in manchen Fällen eine Re-Traumatisierung bewirken. Daher sollte der Therapeut darauf achten, dass der Patient bei der Exposition nicht in einen Zustand starker Hilf- und Machtlosigkeit gerät.

Kognitiv-behaviorale Therapien

Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren variieren konfrontative und kognitive Elemente sowie Strategien zur Angstbewältigung (Foa et al., 2000). Die Behandlung

im Rahmen des kognitiv-behavioralen Ansatzes setzt bei der Verarbeitung der traumatischen Erinnerung an und konstatiert als Hauptproblem die dysfunktionale, negative Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen. Ziel der Behandlung ist somit erstens die Modifikation der entstandenen und teilweise verallgemeinerten Interpretationen, zweitens das Durchbrechen dysfunktionaler Verhaltensweisen und dysfunktionaler kognitiver Strategien und drittens die Öffnung einer elaborierten (tiefergehenderen) Verarbeitung des Traumagedächtnisses, die durch Unterdrückung der Gedanken an das traumatische Ereignis verhindert wird.

Bei kognitiv-behavioralen Verfahren müssen die Bedingungsfaktoren identifiziert und dem Patienten transparent vermittelt werden. Im Sinne der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1939) gilt das Vermeidungsverhalten als Hauptursache für die Aufrechterhaltung der posttraumatischen Störungen. Häufige direkte und indirekte Formen des vermeidenden Bewältigungsstils sind insbesondere Gedankenunterdrückung und Gefühlsvermeidung, Vermeiden von Gesprächen oder Situationen, die an das Trauma erinnern könnten, Konsum von Alkohol oder Drogen, um zu vergessen, das Nicht-darüber-reden-Wollen, dysfunktionales Sicherheitsverhalten und exzessives Grübeln. Hinzu kommen Dissoziationen, insbesondere bei komplex Traumatisierten, so dass es zu Gefühlen der Distanziertheit und Entfremdung oder auch zu einer weitgehend eingeschränkten Emotionalität im Bereich von Ärger und Wut über das Erlebte kommt.

Die kognitive Umstrukturierung soll vor allem dazu dienen, die veränderten Wahrnehmungen, Gedanken und Interpretationen zu normalisieren. Zentrale Gesprächstechniken der kognitiven Umstrukturierung bei alten Menschen sind zum einen der sokratische Dialog und zum anderen das geleitete Entdecken, bei dem der Therapeut den Patienten zum Entdecken von Zusammenhängen zwischen Gedanken, Gefühlen, körperlichen Reaktionen und der Umgebung anregt. In der therapeutischen Bearbeitung mit Traumatisierten ist außerdem wichtig, die Funktionalität der dominierenden Gefühle im Rahmen der spontanen Bewältigungsversuche des Patienten zu erkennen. Oft haben PTSD-Patienten Schuldgefühle, weil sie unfähig waren, das Trauma zu verhindern oder seinen Verlauf zu beeinflussen. Regressionsfördernde Techniken sollten unbedingt vermieden werden (Ehlers, 1999).

Life-Review-Therapy

Ebenfalls unter weitgehendem Verzicht auf die Traumaexposition wurde die Lebensrückblick-Therapie für ältere Patienten mit lange zurückliegenden Traumatisierungen entwickelt (Maercker, 2002). Lebensrückblick-Interventionen werden als psychotherapeutische Verfahren seit Jahren in der Gerontologie angewandt (Haight & Webster, 1995). Die Lebensrückblick-Therapie ist ein therapeutisch angeleiteter Prozess des Erinnerns, Organisierens und Bewertens der aufeinanderfolgenden Abschnitte des Lebenslaufs. Die Fragen und Erläuterungen des Therapeuten sollen dem Patienten ermöglichen, früheren Lebensabschnitten eine veränderte Bedeutung beizumessen und für das gegenwärtige Selbst ein erweitertes Verständnis zu erwerben. Besonderen Raum im Gespräch nehmen die Bewältigungserfolge und Sinnfindungsaspekte ein.

Maercker (2002) postuliert, dass sich die PTSD-Merkmale im höheren Lebensalter in drei Bereichen von denen im jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter unterscheiden:

- Stellenwert der Lebensbilanz: Entwicklungspsychologisch kann man den Lebensrückblick definieren als Vergewärtigung sowohl positiver als auch negativer Erinnerungen. Ältere Menschen ziehen häufiger Bilanzen und nutzen den zeitlichen Vergleich (von jetzt und früher) zur Regulation ihrer aktuellen psychischen Befindlichkeit.
- Verändertes Traumagedächtnis: Erinnerungen an das Trauma sind im Gedächtnis nicht oder nur ungenügend nach dem Bedeutungsgehalt strukturiert. Deshalb werden Traumaerinnerungen insbesondere durch die Veränderung der Erinnerungsfähigkeit im Alter nur bruchstückhaft, instabil und leicht ablenkbar um einzelne Sinneseindrücke herum deutlich.
- Bedeutung der Sinnfindung: Ältere Menschen haben aufgrund ihres Alters höhere Bewältigungskompetenzen und eine intensiviertere Fähigkeit zur Sinnfindung. In mehreren Einzelfallstudien wird in der Literatur inzwischen über gute Therapieerfolge für die Lebensrückblick-Therapie berichtet (Kipp, 2008; Maercker, 2002).

■ **Therapeutische Wirksamkeit**

Bislang fehlt es an randomisiert-kontrollierten Therapiestudien zu Posttraumatischen Belastungsstörungen bei älteren Menschen. Dagegen wurde inzwischen eine Reihe von Einzelfallstudien zu PTSD bei alten Menschen veröffentlicht (Cook & O'Donnell, 2005; Kipp, 2008).

Die vielfach zitierte Metaanalyse von van Etten und Taylor (1998) umfasst 39 Therapiestudien mit insgesamt 61 Behandlungsbedingungen zur Behandlung von PTSD (N=19 Behandlungsbedingungen waren psychopharmakologisch, N=13 kognitiv-verhaltenstherapeutisch, N=11 EMDR, N=3 sonstige Psychotherapiemethoden mit jeweils einmal psychodynamischer Therapie, Entspannung und Hypnotherapie). Innerhalb der Psychotherapieformen waren die kognitiv-behavioralen Verfahren und die EMDR-Methode den anderen Psychotherapieformen überlegen. Die psychologischen Therapien hatten signifikant geringere Abbrecherraten als die Pharmakotherapien. Diese Ergebnisse werden im Großen und Ganzen auch in der von Bradley, Green, Russ, Dutra und Westen (2005) vorgelegten Metaanalyse und der aktuellen Übersichtsarbeit von Bisson und Andrew (2006) bestätigt. Verhaltenstherapie bzw. kognitiv-behaviorale Therapien und EMDR erwiesen sich als die wirksamsten Methoden zur Behandlung von chronischer PTSD. Bis heute stehen für die anderen Therapieverfahren diese Wirksamkeitsnachweise aus. In der Pharmakotherapie von PTSD haben die SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) die beste Wirksamkeit, wobei Sertralin, Paroxetin und Fluoxetin die wirksamsten waren (Stein, Ipser & Seedat, 2006). Nach den Guidelines vom National Institute of Clinical Evidence bezüglich der Behandlung von PTSD stehen traumafokussierte Behandlung (kognitiv-behaviorale Verfahren und EMDR) an erster Stelle, Pharmakotherapie soll supportiv eingesetzt werden. Eine alleinige pharmakologische

Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen gilt auch bei alten Menschen als obsolet (NICE, 2005).

■ Schlussfolgerungen

Bis zu 5 % der älteren Menschen leiden aufgrund ihrer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg unter einer chronischen PTSD. Eine verzögerte PTSD konnte sogar noch 50 oder 60 Jahre nach Kriegsende nachgewiesen werden. Posttraumatische Belastungsstörungen werden trotzdem nach wie vor häufig übersehen (Gomez-Beneyeto et al., 2006; Zimmerman & Mattia, 1999). Die Verlusterfahrungen im Laufe des Alternsprozesses sowie Einschränkungen von psychischen oder kognitiven Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen können dazu beitragen, dass traumatische Erfahrungen im höheren Lebensalter reaktiviert werden und die Symptomatik einer PTSD verzögert auftritt. In der klinischen Arbeit mit älteren Menschen sollte deshalb auch stets eine historische Perspektive eingenommen werden. Neben den klinischen Merkmalen einer PTSD können auch affektive oder somatoforme Störungen auf frühere traumatische Erfahrungen der Kriegsgeneration zurückzuführen sein. Diagnostisch und in der Therapie werden die Zusammenhänge mit traumatischen Kriegserfahrungen jedoch häufig übersehen.

Es bestehen allerdings verschiedene Therapieansätze für die Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen. Auch wenn hierzu noch keine durch randomisierte, kontrollierte Studien abgesicherten Erkenntnisse über Effekte vorliegen, sollten therapeutische Bemühungen auch bei älteren Patienten nicht unterbleiben. Allerdings besteht hier weiterer Forschungsbedarf zur Klärung therapeutisch differenziell wirksamer Verfahren.

Dabei ist aber auch zu beachten, dass der überwiegende Anteil der älteren Generation mit Kriegserfahrungen keine PTSD aufweist. Dies kann als Hinweis auf ein im Alter hohes Maß psychischer Verarbeitungspotenziale betrachtet werden. Auch hier besteht weiterer Forschungsbedarf, um Erkenntnisse über Ressourcen im Alter in der Bewältigung von Belastungen zu gewinnen.

■ Literatur

- Albani, C., Gunzelmann, T., Bailer, H., Grulke, N. & Brähler, E. (2005). Religiosität und transpersonales Vertrauen als Ressource im Alter. In P. Bäurle, H. Förstl, D. Hell, H. Radebold, I. Riedel & K. Studer (Hrsg.), *Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie älterer Menschen* (S. 274-284). Bern: Hans Huber.
- Averill, P.M. & Beck, J.G. (2000). Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual review. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 133-56.
- Baroske-Leiner, K., Hofmann, A. & Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 192-199.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2006). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons Ltd John Wiley & Sons.
- Blake, D.D., Weather, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Keane, T.M. (1995): The development of clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 74-90.
- Bradly, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brähler, E., Decker, O., Radebold, H. (2004). Ausgebombt, vertrieben, vaterlos – Langzeitfolgen bei den Geburtsjahrgängen 1930-1945 in Deutschland. In H. Radebold (Hrsg.), *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen* (S. 111-136). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bremner, J.D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S.M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L.V., Soufer, R., Garg, P.K., Ng, C.K., Staib, L.H., Duncan, J.S. & Charney, D.S. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 924-32.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Cook, J.M., O'Donnell, C. (2005). Assessment and psychological treatment of posttraumatic stress disorder in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18, 61-71.
- Creamer, M. & Parslow, R. (2008). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in the Elderly: A Community Prevalence Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. [Epub ahead of print].
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Favaro, A., Tenconi, E., Colombo, G. & Santonastaso, P. (2006): Full and partial post-traumatic stress disorder among World War II prisoners of war. *Psychopathology*, 39, 187-91.
- Fischer, C.J., Struwe, J. & Lemke, M.R. (2006). Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem Zweiten Weltkrieg. *Nervenarzt*, 77, 58-63.
- Foa, E., Keane, T. & Friedman, M. (2000). *Effective treatment for PTSD: practice guidelines from the International Society from Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Gomez-Beneyeto, M., Salazar-Fraile, J., Marti-Sanjuan, V. & Gonzales-Lujan, L. (2006). Posttraumatic stress disorder in primary care with special reference to personality disorder comorbidity. *British Journal of General Practice*, 56, 349-54.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Haight, B.K. & Webster, J.D. (1995). *The Art and Science of Reminiscing: Theory, Research, Methods and Applications*. Washington DC: Taylor & Francis.
- Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 225-230.
- Heuft, G. (2004). Traumatisierung im Lebenslauf und Trauma-Reaktivierung im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 1, 23-34.
- Heuft, G., Klaiberg, A., Schneider, G. & 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.

- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Hirsch, R.D. (2004). Gewalt gegen alte Menschen - aktuelle Traumatisierungen. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 111.
- Hunt, N., Robbins, I. (2001). The long-term consequences of war: the experience of World War II. *Aging & Mental Health*, 5, 183-190.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kipp, J. (Hrsg.). (2008). *Psychotherapie im Alter*. Psychosozial-Verlag: Gießen.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H.J., Ermann, M. (2006). Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52, 212-217.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. & Mueller, J. (2004). Erzähltechniken bei der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei älteren Menschen: Life-Review und Testimony. *Psychotherapie im Alter*. 1 (3), 37.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130–141.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-86.
- Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdener Bombenopfer 50 Jahre danach. Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 157-167.
- Mowrer, O.H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcement agent. *British Journal of Psychiatry*, 137, 418-427.
- NICE (2005). Guideline Development Group. *Posttraumatic Stress Disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (Vol. 26). London: Gaskell and the British Psychological Society.
- Peters, M. (2008). Alter und Psychotherapie – von der Annäherung zweier Fremder. *Psychotherapie im Dialog*, 9, 5-12.
- Radebold, H. (2000). Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Radebold, H. (Hrsg.). (2003). *Kindheit im II. Weltkrieg und ihre Folgen*. Psychosozial, 26, 1–101.
- Raphael, B., Lundin, T. & Weisaeth, L. (1989). A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 353, 1-75.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H.G. & Heuft, H. (2006). Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in 60 year olds: The role of the sense of coherence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 850-859.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2002). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV)*. Berlin: Springer.
- Shapiro, F. (1996). *EMDR – Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Solomon, Z. & Ginzburg, K. (1999). Aging in the shadow of war. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder. A lifespan developmental perspective* (pp. 137-154). Göttingen: Hogrefe.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, 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, 693-700.
- Stein, D.J., Ipser, J.C. & Seedat, S. (2006). *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD)*. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.
- Tagay, S., Erim, Y., Stoelk, B., Möllering, A., Mewes, R. & Senf, W. (2007). Das Essener Trauma-Inventar (ETI) - Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 1, 75–89.
- Tauber, T., Vyssoki, D., Strusievici, S. & Schürmann-Emanuel, A. (2004). Trauma bei den Opfern der NS-Verfolgung. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer & D. Vyssoki (Hrsg.), *Psychotrauma - die posttraumatische Belastungsstörung* (S. 197-212). Wien, New York: Springer.
- Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie*, 13, 112-124.
- Terr, L.C. (1995). Childhood traumas: An outline and an overview. In G. Everly & J. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: key papers and core concepts in posttraumatic stress* (pp. 301-319). New York: Plenum.
- van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 124-44.
- van Zelst, W.H., de Beurs, E., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. & van Dyck, R. (2003). Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 333-342.
- Villareal, G. & King, C.Y. (2001). Brain imaging in posttraumatic stress disorder. *SOC Clinical Neuropsychiatry*, 6, 131-145.
- Weintraub, D. & Ruskin, P.E. (1999). Posttraumatic stress disorder in the elderly: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 144.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Yehuda, R., Hallig, S.L., Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13, 733-753.
- Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999). Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? *Nervous Mental Disease*, 187, 420-428.

■ Korrespondenzadresse

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Sefik Tagay
LVR-Klinikum Essen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universität Duisburg-Essen
Virchowstr. 174 | 45147 Essen
Tel.: 0201-9597021 | sefik.tagay@uni-due.de