



Handbuch Friedenspsychologie

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

Glaesmer & Nesterko: Traumabearbeitung

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

Handbuch Friedenspsychologie

ISBN 978-3-8185-0565-3

DOI: <https://doi.org/10.17192/es2022.0078>

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, Iggy Pritzker, Nadine Knab

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.

Psychische Folgen traumatischer Erfahrungen im Kontext bewaffneter Konflikte und deren Bewältigung und Behandlung

Heide Glaesmer & Yuriy Nesterko

Zusammenfassung

Bewaffnete Konflikte dauern aktuell immer länger und werden häufig von anhaltenden instabilen Postkonfliktphasen abgelöst. Die Zivilbevölkerung ist häufig in das Kriegsgeschehen involviert. Vor diesem Hintergrund sind Menschen in Konfliktregionen in besonderer Weise verschiedensten Traumatisierungen ausgesetzt und haben ein hohes Risiko, gesundheitliche Folgen davon zu tragen. Das Kapitel gibt einen Überblick über die Komplexität der gesundheitlichen Folgen traumatischer Erfahrungen und thematisiert nicht nur die häufig betrachteten psychischen, sondern auch die körperlichen Folgen von Traumatisierungen. Darüber hinaus wird die Langfristigkeit und Komplexität der Folgen diskutiert und auf Langzeitverläufe, die Dualität von positiven (Posttraumatisches Wachstum) und negativen Folgen nach traumatischen Erfahrungen und transgenerationale Effekte eingegangen. Eine kurze Einführung in die Befundlage zu psychotherapeutischen Behandlungsansätzen ergänzt die Übersicht. Im zweiten Teil des Beitrages wird im Detail auf Geflüchtete und den Prozess der Flucht, die vielfältigen Belastungen durch traumatische Erfahrungen und deren Behandlung eingegangen. Exemplarisch wird die Narrative Expositionstherapie etwas detaillierter dargestellt, um die Behandlungsansätze plastischer zu erklären. Zusammenfassend wird auch die Verantwortung der Aufnahmeländer für die Versorgung traumatisierter Geflüchteter und für die Anerkennung des Leids und des Unrechts hervorgehoben.

Schlüsselwörter: Trauma, Traumafolgen, Flucht, Geflüchtete, PTBS, Depression, Langzeitverläufe von PTBS, Transgenerationale Übertragung, Bewältigung, Psychotherapie

Abstract

The nature of armed conflicts has substantially transformed. Conflicts now tend to last longer and too often lead to prolonged unstable post-conflict scenarios. Nowadays, the civilian population is commonly involved in the events of war. Against this background, people in conflict regions are particularly exposed to a wide range of traumas and are at high risk of suffering trauma-related health outcomes. The chapter provides an overview of the complexity of the health outcomes of traumatic experiences and addresses not only the frequently considered mental but also the physical consequences of trauma. In addition, the long-term nature and complexity of the consequences are discussed, and long-term trajectories, the duality of positive (posttraumatic growth) and negative consequences following traumatic experiences, and transgenerational effects are examined. A brief introduction to the evidence on psychotherapeutic treatment approaches completes the review. The second part of the chapter focuses

on refugees and the process of flight, the multiple traumatic experiences and common treatment approaches. Narrative Exposure Therapy is presented in more detail to provide a more vivid illustration of treatment approaches. The summary section emphasizes the responsibility of host countries for the care of traumatized refugees and for the recognition of the suffering and injustice they endure.

Keywords: trauma, flight, refugees, PTSD, depression, trajectories of PTSD, transgenerational transmission, psychotherapy

Anlässlich ihres 75-jährigen Bestehens 2020 haben die Vereinten Nationen in einer Stellungnahme dargelegt, dass sich seit ihrer Gründung die Charakteristika von bewaffneten Konflikten zwar deutlich verändert haben, ihre Zahl aber keinesfalls gesunken ist. Bewaffnete Konflikte dauern immer länger und werden von längeren instabilen Postkonfliktphasen gefolgt. Auch wenn heute insgesamt weniger Menschen direkt durch bewaffnete Konflikte getötet werden, verwischt die moderne Kriegsführung zunehmend die Grenzen zwischen Kämpfern und Zivilbevölkerung. Damit wird die Zivilbevölkerung oft direkt in das Kriegsgeschehen hineingezogen, so etwa durch Angriffe auf bewohnte Siedlungen und Städte, Krankenhäuser, Geflüchtetenlager oder Schulen (United Nations, 2020). Das wird sehr aktuell auch im Kriegsgeschehen in der Ukraine mehr als deutlich. Vor diesem Hintergrund sind Menschen in Konfliktregionen heute in besonderer Weise verschiedensten Traumatisierungen ausgesetzt und haben ein hohes Risiko, gesundheitliche Folgen davon zu tragen. Der Beitrag gibt eine Einführung in die psychischen Folgen traumatischer Erfahrungen und geht auf deren Bewältigung und Behandlungsmöglichkeiten ein. Mit einem Exkurs zu den Traumatisierungen und Traumafolgen bei Geflüchteten, die im Aufnahmeland Deutschland ankommen, wird die aktuelle Bedeutung des Themas illustriert.

Traumatisierungen und ihre Folgen aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive

Auch wenn traumatisierende Erfahrungen wie Kriegserleben, körperliche Gewalt oder Naturkatastrophen zu allen Zeiten und in allen Kulturen das menschliche Leben nicht unwesentlich geprägt haben, reicht die psychotraumatologische Forschung nicht so weit zurück (Seidler, 2009). Erst Ende des 19. Jahrhunderts wurden in den sich entwickelnden Krankheitslehren zu den psychischen Störungen Traumafolgestörungen eingeführt. In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts begann ein langsames Umdenken, was die Bewertung und Konzeptualisierung von Traumafolgen betrifft. Insbesondere der Vietnamkrieg und dessen Folgen für die Veteranen der US-Armee halfen der Psychotraumatologie und der Entwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als eigenständige Störung auf den Weg. 1980 wurde die PTBS in das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (DSM-III) aufgenommen. In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO wurde die

PTBS im Jahr 1991 erstmals gelistet. Es steht heute außer Frage, dass neben klassischen Traumafolgestörungen wie der PTBS und weiteren psychischen Störungen als Folge von Traumatisierungen auch körperliche Erkrankungen gehäuft auftreten (Glaesmer, 2014). Um die Komplexität und Langfristigkeit der gesundheitlichen Folgen traumatischer Erfahrungen zu illustrieren, werden diese hier zunächst am Beispiel der Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der älteren deutschen Bevölkerung dargestellt.

Gesundheitliche Langzeitfolgen von kriegsbezogenen Traumatisierungen am Beispiel des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung

In bevölkerungsbasierten Studien in Deutschland berichteten mindestens 40-50 % der älteren Deutschen, also der Generation, die den Zweiten Weltkrieg erlebte, von traumatischen Ereignissen (Glaesmer, Gunzelmann, Braehler, Forstmeier & Maercker, 2010; Hauffa et al., 2011). Diese Generation war damit deutlich häufiger solchen Erfahrungen ausgesetzt als die nachfolgenden Generationen und kriegsbezogene Traumatisierungen machen dabei den weitaus größten Teil aus. In einer Studie aus dem Jahr 2005 (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Braehler, 2008) berichteten in der Gruppe der ab 60-Jährigen 23,7 % Kriegshandlungen direkt erlebt zu haben, 20,6 % erlebten Bombardierung, 17,9 % waren von Flucht und Vertreibung betroffen und 4,4 % waren in Kriegsgefangenschaft gewesen. Je nach Studie erfüllen Jahrzehnte nach Kriegsende zwischen 3 % und 4 % der Älteren die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Wird die partielle/subsyndromale PTBS mit einbezogen, sind je nach Studie weitere 10-15 % betroffen (Maercker et al., 2008; Spitzer et al., 2008). Insbesondere der konsistente Befund, dass diese Generation höhere PTBS-Prävalenzen zeigt als alle nachfolgenden Generationen in Deutschland, unterstreicht die Bedeutung der kriegsassozierten traumatischen Erfahrungen über so lange Zeiträume hinweg (Hauffa et al., 2011; Maercker et al., 2008). Auch die Wahrscheinlichkeit, eine depressive Störung zu entwickeln, ist bei den Älteren um das Vier- bis Fünffache erhöht, die eine partielle oder Vollbild-PTBS hatten (Glaesmer, Kaiser, Braehler, Freyberger & Kuwert, 2012). Suizidgedanken kommen bei den Älteren ebenfalls häufiger vor (Glaesmer & Braehler, 2012). Neben depressiven Beschwerden treten gehäuft somatoforme Störungen und Schmerzstörungen als mögliche Folgen traumatischer Erfahrungen auf (Noll-Hussong et al., 2012). Bei den Älteren, die traumatische Erfahrungen in der Lebensgeschichte oder eine PTBS hatten, war die Wahrscheinlichkeit somatoformer Störung deutlich erhöht (Glaesmer et al., 2012).

Erst in den letzten Jahren wurde dem Zusammenhang traumatischer Erfahrungen und/oder PTBS mit körperlichen Erkrankungen verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt. In einer bevölkerungsrepräsentativen Studie älterer Deutscher wurde dieser Zusammenhang untersucht (Glaesmer, Braehler, Guendel & Riedel-Heller, 2011). Es zeigte sich, dass das Vorliegen mindestens einer traumatischen Erfahrung und/oder einer PTBS mit erhöhten Raten verschiedenster körperlicher Erkrankungen und Beschwerden (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen und Risikofaktoren) assoziiert war. In Regressionsanalysen fanden sich erhöhte Risiken bei Personen mit traumatischen Erfahrungen in der Vorgeschichte mit Odds Ratios zwischen 1,37 für

Hypertonie und 3,52 für Schlaganfälle. Beim Vorliegen einer PTBS fanden sich ebenfalls erhöhte Raten verschiedener Erkrankungen, so zum Beispiel für die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK, OR = 1,94) und für Hypertonie (OR = 3,53). Um diese inzwischen recht gut belegten Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen, PTBS und körperlichen Erkrankungen zu erklären, lassen sich verschiedene Erklärungsansätze heranziehen. Es werden sowohl lebensstilassoziierte Risiken (z. B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und Übergewicht) als auch eine chronische Dysregulation der Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und damit eine chronisch veränderte Stressantwort des Körpers als ursächliche Faktoren diskutiert (McEwen, 2000; Spitzer et al., 2009). Die Zusammenhänge bleiben auch dann bestehen, wenn nach lebensstilassoziierten Risikofaktoren kontrolliert wird, was deutlich macht, dass diese zwar einen Erklärungswert haben, aber die dahinterliegenden Mechanismen wesentlich komplexer sind (Spitzer et al., 2009). In den letzten Jahren mehren sich zudem Hinweise, dass Inzidenz und Prävalenz dementieller Veränderungen bei traumatisierten Personen erhöht sind (Jakel, 2018). Die Befundlage dazu ist noch immer lückenhaft, jedoch ist der Zusammenhang mit dementiellen Veränderung umso enger, je früher die traumatischen Erfahrungen im Leben stattfanden und je chronischer diese waren (Luo, Beam & Gatz, 2022). Darüber hinaus werden beschleunigte Alterungsprozesse sowie eine verkürzte Lebenserwartung als langfristige Traumafolgen in Betracht gezogen (Lohr et al., 2015). Insgesamt unterstreichen die Befunde die Komplexität, Vielfältigkeit und Langfristigkeit der gesundheitlichen Folgen (kriegsbezogener) traumatischer Erfahrungen und verdeutlichen die Bedeutung einer Lebensspannenperspektive (Glaesmer, Sierau & Boettche, 2020), denn die hier referierten Studien untersuchten die ältere Bevölkerung Jahrzehnte nach Ende des Zweiten Weltkrieges.

Neben den Folgen in der Erlebnisgeneration werden auch die Konsequenzen für nachfolgende Generationen (Kinder, Enkel) häufig diskutiert und in Studien untersucht. In der deutschsprachigen Literatur wird hierfür der Begriff der transgenerationalen Weitergabe benutzt, der jedoch aufgrund seiner einseitigen Gerichtetheit kritisch betrachtet werden sollte. Gerade mit Blick auf die biographische und familiensystemische Forschung ist dieses Verständnis nicht tragfähig, weil hier von bidirektionalen Austauschprozessen zwischen Generationen ausgegangen werden muss. In biologisch orientierten Forschungsansätzen ist die Gerichtetheit der Übertragung dagegen als sinnvoll zu erachten. Grundsätzlich sollte, wie im „Integrativen Modell transgenerationaler Übertragung“ von Kellermann (2001a) vorgeschlagen, zwischen Inhalten (Selbst, Kognitionen, Affektivität, interpersonelles Funktionieren) und Mechanismen (psychodynamische, soziokulturelle, familiensystemische und biologische) der Übertragung unterschieden werden, um eine differenzierte Betrachtung vornehmen zu können. Das Modell wurde für die Erforschung der Folgen des Holocaust entwickelt, kann aber auch auf andere Kontexte wie den Zweiten Weltkrieg in Deutschland übertragen und adaptiert werden (Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Braehler, Kuwert & Muhtz, 2011).

Auch wenn in vielen Diskursen eher unkritisch von einer transgenerationalen Weitergabe ausgegangen wird, ist die Befundlage uneinheitlich. Selbst für Holocaustüberlebende gibt es keine eindeutige Evidenz in Bevölkerungsstudien für die Übertragung psychischer Be-

lastungen in die Kindergeneration. Es wird eher davon ausgegangen, dass in der zweiten Generation eine erhöhte Vulnerabilität vorhanden sein könnte, die unter weiteren Belastungen dann zu höheren Raten psychischer Störungen führt (Kellermann, 1999; Kellermann, 2001b; van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Sagi-Schwartz, 2003). Die zur Verfügung stehenden Studien zu den transgenerationalen Folgen der traumatischen Erfahrungen des Zweiten Weltkrieges in Deutschland liefern keine eindeutigen Belege für erhöhte psychische Belastungen in der Nachfolgeneration (Glaesmer, 2018). Das Projekt „Zeitzeugen des Hamburger Feuersturms“ untersuchte die Thematik aus historischer und psychoanalytischer Perspektive, fand jedoch keine eindeutigen Hinweise für erhöhte psychische Belastungen der nachfolgenden Generation. Lamparter und Holstein (2013) fassen dazu zusammen: „[...] für eindeutige und gravierende klinische Folgeerkrankungen ließen sich im Interviewmaterial keine Hinweise finden. Nur im eher subklinischen Bereich gab es Hinweise auf Folgen, vor allem in der Entwicklung von Ängsten [...]“ (S. 251). In diesem Projekt wurden jedoch transgenerationale Prozesse zwischen den Generationen herausgearbeitet. Dazu zählen beispielsweise: Absperrungen (z. B. das Unsagbare nicht sagen können oder wollen, etwas in sich begraben, Tradierungen geschönter Geschichten und Idealisierungen, Verleugnung der Verwicklung der Familie in der NS-Zeit), direkte Übertragung von Affekten und Szenen (Angst, Reinszenierungen, Stimmungsbilder, Übergabe von Reliquien, Lückenschluss durch Fantasie), bewusste und akzeptierte Mitgestaltung der Kriegsbelastung (gemeinsame Geschichtsarbeit, bewusste Annahme der Transgenerationalität), Funktionalisieren der zweiten Generation (Ersetzen verlorener Menschen, Container-Funktion), Missverständnisse zwischen den Generationen (Fürsorglichkeits-Freiheits-Kollusion, Vorwurf der Empathielosigkeit, Fürsorglichkeitsvorwurf), Vermächtnisse, verfehlte Annäherung und transgenerationale Transmission von Haltungen und Lebensthemen (Lamparter & Holstein, 2013, S. 291). Anhand biographischer Berichte und psychotherapeutischer Erfahrungen beschrieb auch Radebold (2004) die Besonderheiten der Kriegskinder und ihrer Kinder, darunter auch das aufgrund der Erfahrungen von Hilflosigkeit und Entbehrung ausgeprägte Autonomiestreben und die Sehnsucht nach einer heilen, sicheren und verwöhnenden Welt.

Die verfügbaren Studien zu den transgenerationalen Effekten traumatischer Erfahrungen in der Kriegsgeneration wurden an eher kleinen und selektiven Stichproben durchgeführt, darüber hinaus untersuchten diese i. d. R. Lebensläufe über Jahrzehnte, die ein hochkomplexes Zusammenspiel von Schutz- und Risikofaktoren darstellen und deren Untersuchung deshalb eine methodische Herausforderung bleibt. Für die Untersuchung von Mechanismen und Mustern zwischen den Generationen sind diese durchaus geeignet, ihre Selektivität lässt aber keine abschließende Bewertung der transgenerationalen Effekte zu. Selbst in der neurobiologischen Forschung gilt die transgenerationale Weitergabe als nicht gesichert, vor allem wenn man hier nicht auf die Studien zu Tiermodellen schaut (in denen unter Laborbedingungen viele Faktoren kontrolliert und standardisiert werden können), sondern die Forschung am Menschen betrachtet (Yehuda & Lehrner, 2018). Die Forschungsbefunde sind also nach wie vor keineswegs eindeutig, wenngleich es natürlich Prozesse und Muster zwischen den Generationen gibt. Diese finden sich aber auch jenseits von traumatischen Erfahrungen; wir alle werden

von den Menschen geprägt, mit denen wir aufwachsen. Auch wenn das zunächst etwas unbefriedigend erscheint, ist es sicher auch eine gute Nachricht, dass wir die transgenerationalen Effekte von Traumatisierungen nicht so leicht nachweisen können. Dies lässt hoffen, dass viele der komplexen und schweren Folgen von Traumatisierungen vielleicht in der Erlebnisgeneration bleiben und nicht so ohne Weiteres weitergegeben werden. Mit Blick auf die Vielzahl an bewaffneten Konflikten in der Vergangenheit und Gegenwart ist dies auch als Resilienz Aspekt zu betrachten.

Über die langfristigen Verläufe psychischer Belastungen und insbesondere der PTBS als häufigster Traumafolgestörung ist in den letzten Jahren in verschiedenen Betroffenen Gruppen (z. B. Überlebende von Naturkatastrophen, Armeeingehörige nach Kriegseinsätzen, Betroffene und Helfer des World-Trade-Center-Angriffes) geforscht worden. Die Nachuntersuchungszeiträume dieser Studien reichen inzwischen von wenigen Monaten bis über 35 Jahre, wobei gerade bei den langen Untersuchungszeiträumen oft nur sehr wenige Messzeitpunkte vorliegen und die Verläufe damit eher grob beschrieben werden. Üblicherweise werden vier bis maximal sechs Verlaufstypen in diesen Studien identifiziert. Dazu zählen (1) ein resister/resilienter Verlaufstyp ohne oder mit sehr geringer posttraumatischer Symptomatik über dem gesamten Zeitraum, (2) ein chronischer Verlaufstyp mit ausgeprägter Symptomatik, (3) ein Verlaufstyp mit verzögertem Symptombeginn („delayed-onset“ PTBS) und (4) ein Verlaufstyp mit initial ausgeprägter, sich schnell verbessernder Symptomatik (z. B. Andersen, Karstoft, Bertelsen & Madsen, 2014; Fan, Long, Zhou, Zheng & Liu, 2015; Solomon, Horesh, Ein-Dor & Ohry, 2012; Steenkamp, Dickstein, Salters-Pedneault, Hofmann & Litz, 2012). Werden mehr als vier Verlaufstypen beschrieben, handelt es sich um Subdifferenzierungen der vier oben beschriebenen Typen. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass ein substantieller Anteil der PTBS-Fälle unbehandelt einen chronischen Verlauf nimmt. Je nach Population und Methodik variiert dieser Anteil in verschiedenen Untersuchungen sehr stark, liegt aber häufig bei 30-40 % der Fälle (z. B. Andersen et al., 2014; Fan et al., 2015; Solomon et al., 2012; Steenkamp et al., 2012). In den letzten Jahren hat das Konzept der „verzögert auftretenden PTBS“ zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die bisherige Befundlage zeigt, dass etwa ein Viertel aller PTBS-Fälle einen verzögerten Beginn hat, also nach mehr als sechs Monate seit dem traumatischen Ereignis das Vollbild einer PTBS vorzufinden ist. In den meisten Fällen liegt dann jedoch eine sog. „Brückensymptomatik“ vor, d. h. es finden sich Symptome, die jedoch unter der diagnostischen Schwelle liegen (Utzon-Frank et al., 2014). Der Anteil der PTBS-Fälle mit verzögertem Beginn variiert über verschiedene Studien und steigt u. a. in kriegsassozierten Kontexten im Vergleich zu „zivilen Traumatisierungen“, wenn die initialen PTBS-Raten eher niedrig sind, initial mehr subsyndromale PTBS auftritt und die Studienzeiträume länger waren (Galatzer-Levy, Huang & Bonanno, 2018; Utzon-Frank et al., 2014)

Ein duales Verständnis der Traumafolgen

Neben den gesundheitlichen Konsequenzen und deren Auswirkungen auf Lebensqualität (Chopra et al., 2014) und Funktionalität (van Zelst, Beurs, Beekman, van Dyck & Deeg, 2006) der Betroffenen sind aber auch andere Konsequenzen schwerer, vor allem interpersoneller

Traumatisierungen zu berücksichtigen. Traumatische Erfahrungen können eine Veränderung der Selbst- und Weltsicht hervorrufen – im positiven, wie im negativen Sinne. So ist für schwere Traumatisierungen in der Kindheit, aber auch im Erwachsenenalter bekannt, dass diese zu grundlegenden Erschütterungen der positiven Grundannahmen über das Selbst und die Welt (Shattered world assumptions; Janoff-Bulman, 1989; Olson, 1994) führen können und damit auch ein grundlegendes Gefühl von Unsicherheit und Verletzbarkeit entsteht.

Neben den vielen negativen Traumafolgen werden aber auch positive Veränderungen bei Überlebenden schwerer Traumatisierungen beobachtet, ein Aspekt, dem i. d. R. noch zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Das am besten untersuchte Konzept positiver Folgen ist das „Posttraumatische Wachstum“ (Posttraumatic growth; Tedeschi & Calhoun, 2004). Dieses ist charakterisiert durch eine erhöhte Wahrnehmung der eigenen Stärke, die Identifikation neuer Möglichkeiten für den eigenen Lebensweg, ein Gefühl größerer Verbundenheit mit anderen Menschen bzw. größere Wertschätzung zwischenmenschlicher Beziehungen und des Lebens, veränderte Prioritäten und spirituelle Weiterentwicklung. Posttraumatisches Wachstum schließt keineswegs das Vorhandensein psychischer Traumafolgen wie einer PTBS aus. Aus heutiger Perspektive scheint es sinnvoll, sich die Folgen traumatischer Erfahrungen als dualen Prozess, der (positives) Wachstum und (negative) Folgen beinhalten kann, vorzustellen (Anderson et al., 2020; Solomon & Dekel, 2007). Im Umgang mit Traumaüberlebenden gilt es deshalb nicht nur die negativen Folgen und deren Bewältigung zu fokussieren, sondern auch die positiven Entwicklungen zu berücksichtigen und z. B. zum Gegenstand therapeutischer Prozesse zu machen.

Bewältigung traumatischer Erfahrungen und ihrer Folgen

Traumatische Erfahrungen, deren Folgen und ihre Bewältigung sind immer auch in einem sozialen und gesellschaftlichen Kontext zu verstehen. Ein wichtiges Konzept, das den gesellschaftlichen Kontext erstmals klar herausstellte, ist das der „Sequenziellen Traumatisierung“ von Keilson (1979/2005). Keilson hat aus seiner Arbeit mit jüdischen Waisenkindern drei Sequenzen traumatischen Erlebens postuliert und herausgearbeitet, dass die Belastungen in diesen drei Phasen einen kumulativen Charakter haben. Demnach sind nicht nur die Schwere und Chronizität traumatischer Erfahrungen und die direkten Umstände währenddessen von Bedeutung für die Traumafolgen und deren Bewältigung. Auch der spätere Umgang mit den Überlebenden im gesellschaftlichen Kontext spielt eine Rolle für die Schwere der Symptomatik und deren Bewältigung. Für ein Verständnis, welches die individuelle Ebene um den gesellschaftlichen bzw. sozialen Kontext erweitert, sind deshalb neuere Konzepte der Psychotraumatologie von Interesse; dazu zählen unter anderem die Konzepte der Versöhnungsbereitschaft (Readiness to Reconcile – Stammel, Neuner, Böttche & Knaevelsrud, 2012) und der gesellschaftlichen Anerkennung (Social Acknowledgement – Maercker & Müller, 2004). Versöhnungsbereitschaft, wie sie in mehreren jüngeren Arbeiten untersucht wurde, ist definiert durch a) eine Verringerung von Rachegefühlen, b) die Fähigkeit, die Perspektive des „Gegners“ einzunehmen, c) eine verringerte Vermeidung des „Gegners“, d) eine Offenheit für positive

Beziehungen mit dem „Gegner“ und e) den Verzicht auf Gewalt (Bockers, Stammel & Knaevelsrud, 2011). Die verstärkte Erforschung des Konzepts gewann im Zusammenhang mit bewaffneten Konflikten, Bürgerkriegen und Genoziden an Bedeutung. Versöhnungsbereitschaft erweist sich als größtenteils unabhängig vom Ausmaß der Traumatisierung (Bayer-Topilsky, Itzhaky, Dekel & Marmor, 2013; Stammel, Neuner, Boettche & Knaevelsrud, 2012). Zudem wurde in zahlreichen empirischen Untersuchungen der positive Einfluss gezielter, Versöhnung befördernder Interventionen auf posttraumatische und depressive Symptome wiederholt belegt (Brown, 2003; Freedman & Enright, 1996; Hebl & Enright, 1993; Subkoviak et al., 1995). Untersuchungen zu Vergebung und Versöhnung im Kontext von (Bürger-)Krieg und Menschenrechtsverletzungen zeigen ähnliche Ergebnisse (Kaminer, Stein, Mbanga & Zungu-Dirwayi, 2001). Das Vorhandensein posttraumatischer Symptome, beispielsweise bei Überlebenden des Genozids in Ruanda 1994 (Pham, Weinstein & Longman, 2004) oder bei ugandischen und kongolesischen Kindersoldaten, ging mit einer geringen Versöhnungsbereitschaft einher (Bayer, Klasen & Adam, 2007).

Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft mit ihrer Vergangenheit und den Überlebenden von Traumatisierungen umgeht, spiegelt sich auch in der gesellschaftlichen Anerkennung der Erfahrungen der Betroffenen wider. Gesellschaftliche Anerkennung beinhaltet größtenteils die von den Überlebenden erlebten positiven Reaktionen der Gesellschaft auf ihre traumatischen Erfahrungen und das Verständnis für ihre schwierige Situation (Mueller, Moergeli & Maercker, 2008). Verschiedene Studien zeigten, dass eine geringe oder fehlende gesellschaftliche Anerkennung mit ausgeprägteren posttraumatischen Symptomen einhergeht (Fontana & Rosenheck, 1994; Solomon, Mikulincer & Flum, 1989). Hier wird also unmittelbar deutlich, wie sich der gesellschaftliche Umgang auf das individuelle Befinden und die Bewältigung auswirkt. Gerade in Postkonfliktgesellschaften, die häufig durch kollektive Traumatisierungen geprägt sind, werden Versöhnungsbemühungen und Prozesse der Vergangenheitsbewältigung (Transitional Justice) benötigt, um zur individuellen Bewältigung beizutragen, aber auch um eine friedliche und konfliktfreie Entwicklung zu fördern.

Psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Traumafolgen

Die psychischen Folgen von Traumatisierungen sind wie oben beschrieben i. d. R. vielfältig wie komplex und nehmen häufig einen chronisch-fluktuierenden Verlauf, wenn diese nicht sachgerecht behandelt werden. Trotz der Vielfalt der psychischen Traumafolgen soll hier schwerpunktmäßig auf die Behandlung der PTBS als klassische Traumafolgestörung eingegangen werden. Grundsätzlich gelten psychotherapeutische Interventionen als Methode der Wahl bei der Behandlung der PTBS; psychopharmakologische Behandlungen sollten aufgrund ihrer geringeren Wirksamkeit nicht als alleinige oder primäre Therapie eingesetzt werden. Dennoch finden Psychopharmaka häufig Anwendung in der klinischen Praxis. Das ist zum einen auf die hohe Komorbidität der PTBS mit anderen psychischen Störungen zurückzuführen und zum anderen auf Patientenpräferenzen sowie die mangelnde Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten mit traumaspezifischem Ansatz (Schellong, Frommberger, Liebermann, Bering & Schaefer, 2020).

Es existiert eine Reihe von spezifischen Behandlungsansätzen für PTBS, für die es gute Wirksamkeitsnachweise gibt. Die beste Evidenz gibt es für traumafokussierte Ansätze (Ehring et al., 2020). Traumafokussierte Interventionen sind dadurch gekennzeichnet, dass ein Schwerpunkt der Behandlung auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt. Zu diesen Behandlungsansätzen zählen vor allem die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) mit der prolongierten Expositionstherapie (Foa & Hembree, 2014), der kognitiven Verhaltenstherapie für PTBS (Koenig, Resick, Karl & Rosner, 2012), der kognitiven Therapie nach Ehlers und Clark (Ehlers, 1999), die narrative Expositionstherapie (Schauer, Neuner & Elbert, 2011) und Verfahren, die Exposition und kognitive Ansätze verbinden (z. B. Maercker, Zoellner, Menning, Rabe & Karl, 2006). Die verschiedenen Ansätze unterscheiden sich u. a. darin, ob eher expositionsorientierte Techniken, kognitive Interventionen oder eine Kombination beider zum Einsatz kommen, sowie in der Art der Umsetzung dieser Techniken. Darüber hinaus spielt das „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR; Hofmann & Hofmann, 2014; Shapiro & Solomon, 2010) als eine traumafokussierte Intervention eine wichtige Rolle. Bei diesem Verfahren wird die traumafokussierte Intervention von rhythmischen, durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin mit der Hand geführten Augenbewegungen begleitet. In verschiedenen Metaanalysen zeigten sich durchgängig hohe Effektstärken für die oben beschriebenen Varianten der Tf-KVT sowie für EMDR (Bisson et al., 2007; Cusack et al., 2016; Ehring et al., 2014; Gerger et al., 2014; Haagen, Smid, Knipscheer & Kleber, 2015; Lambert & Alhassoon, 2015; Lee et al., 2016; Nosè et al., 2017; Watts et al., 2013). Darüber hinaus konnte in mehreren Metaanalysen eine Überlegenheit traumafokussierter Therapien im Vergleich zu nicht-traumafokussierten Therapien (Bisson et al., 2007; Ehring et al., 2014; Haagen et al., 2015; Lee et al., 2016) sowie im Vergleich zu Pharmakotherapie (Lee et al., 2016; Watts et al., 2013) nachgewiesen werden. Auch für spezifische Zielgruppen, wie z. B. geflüchtete Menschen (Lambert & Alhassoon, 2015; Nosè et al., 2017) konnte eine hohe Wirksamkeit traumafokussierter Verfahren belegt werden. Obwohl grundsätzlich wirksame Verfahren zur Behandlung der PTBS zur Verfügung stehen, ist die Versorgungssituation der Betroffenen noch immer als unbefriedigend einzuschätzen. Zum einen liegt es daran, dass Traumatisierungen und Traumafolgestörungen oft übersehen werden, zum anderen gibt es lange Wartezeiten beim Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung und werden in den Behandlungen nicht immer die als wirksam etablierten Verfahren genutzt (Equit, Maurer, Michael & Koellner, 2018; Pawils, Nick, Metzner, Lotzin & Schaefer, 2017). Eine umfassende Darstellung der verfügbaren Verfahren, der Evidenzlage und der Versorgungssituation findet sich in der aktuellen S3-Leitlinie zur PTBS (Schaefer et al., 2019).

Exkurs: Traumatisierungen und deren Folgen bei geflüchteten Menschen in Deutschland

Laut des Flüchtlingshilfswerks der Vereinten Nationen waren bis einschließlich Dezember 2021 über 80 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2022a). Bis Ende 2022 waren laut aktueller Schätzungen deutlich über 100 Millionen Menschen vertrieben und auf der Flucht (UNHCR, 2022b). Halten wir uns die

Berichte des UNHCR des letzten Jahrzehnts etwas genauer vor Augen, dann müssen wir feststellen, dass sich allein im Zeitraum 2012-2022 die weltweiten Migrations- und Fluchtbewegungen, deren Ursachen in bewaffneten Konflikten, Kriegen, Verfolgungen und Vertreibungen liegen, mehr als verdoppelt haben, und zwar von 45 Millionen Vertriebenen 2012 (UNHCR, 2013) auf nun mehr als 100 Millionen Ende 2022 (UNHCR, 2022b). Die Zahlen sind erdrückend, ebenso erdrückend und nur schwer zu ertragen sind häufig die Erfahrungen jedes einzelnen Menschen, der in die Flucht getrieben wurde. Viele Geflüchtete sind über mehrere Etappen bzw. Stationen und längere Zeiträume oft unter widrigen Umständen unterwegs, weshalb Flucht als Prozess mit drei potentiell traumatisierenden Phasen zu verstehen ist (Nesterko & Glaesmer, 2016). Die Phase vor der Flucht ist z. B. durch bewaffnete Konflikte, Genozid und Verfolgung, organisierte Gewalt, Inhaftierung und Folter, sexualisierte Kriegsgewalt gegen Männer und Frauen, Zwangsverheiratung, Tod von Angehörigen oder Mangel an Informationen zu deren Verbleib charakterisiert. Oft gibt es nicht ausreichend Nahrung und Zugang zu Trinkwasser, die Gesundheitsversorgung ist mangelhaft, die Sicherheit der Zivilbevölkerung ist gefährdet oder nicht mehr gewährleistet, Wohnungen und Häuser werden zerstört. Die zweite Phase, während der Flucht, ist häufig von sehr widrigen Bedingungen charakterisiert. Dazu zählen unter anderem Armut und Mangel an Nahrung und grundlegender Gesundheitsversorgung, Verfolgung und Gewalterleben, Inhaftierung, Leben in Lagern oder illegalen Camps, Zwangsarbeit, Zwangsprostitution, unfreiwillige Trennung oder der Tod von Angehörigen, die Nutzung unsicherer Fluchtwege (z. B. in Booten über das Mittelmeer), Angst vor Abschiebung und sog. Push-backs sowie Obdachlosigkeit. Auch die dritte Phase nach der Ankunft in einem Aufnahmeland birgt eine Reihe von belastenden oder traumatisierenden Erfahrungen, darunter drohende Abschiebung oder unklarer Aufenthaltsstatus bis zu Illegalisierung, beengte und zum Teil menschenunwürdige Wohnverhältnisse, ein Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten, Probleme in der Kommunikation mit Behörden, ein Gefühl der Unerwünschtheit, Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen, ein Gefühl der Fremdheit und Verlust der sozialen Bezüge sowie des sozialen Status (Nesterko & Glaesmer, 2016). Sowohl vor als auch während und nach der Flucht besteht ein hohes Risiko, traumatischen Erfahrungen ausgesetzt zu sein, weshalb Traumafolgestörungen eine zentrale Rolle für die Entwicklung gesundheitlicher Belastungen von Geflüchteten spielen. Die psychischen Belastungen von Menschen, die aus ihren Herkunftsländern aufgrund von Verfolgung und/oder Vertreibung vor dem Hintergrund von bewaffneten Konflikten fliehen, sind komplex und vielfältig. Es liegen inzwischen zahlreiche Belege für die große Häufigkeit psychischer Störungen bei Geflüchteten im Vergleich zu Einheimischen und anderen Migrant*innengruppen vor (Giacco, Laxhman & Priebe, 2018; Nesterko, Jaeckle, Friedrich, Holzapfel & Glaesmer, 2019). Die Befunde einer Metaanalyse aus über 50 Einzelstudien 15 verschiedener Länder zeigen, dass mindestens 30 % der Geflüchteten eine PTBS oder eine Depression haben und Angststörungen bei mindestens 10 % der Geflüchteten zu finden sind (Blackmore et al., 2020). Eine weitere Metaanalyse aus elf Studien zu syrischen Geflüchteten in westlichen Aufnahmелändern kam zu ähnlichen Befunden: 31 % Depression bzw. PTBS und 40 % Angststörungen (Nguyen, Guajardo, Sahle, Renzaho & Slewa-Younan, 2022).

Im Rahmen einer Studie zur Erfassung von psychischen Belastungen bei neuankommenden Geflüchteten in einer Erstaufnahmeeinrichtung des Freistaates Sachsen wurden von Nesterko et al. (2019) erste belastbare Daten zur Häufigkeit von psychischen Störungen bei Geflüchteten (N = 502) aus über 30 verschiedenen Ländern unmittelbar nach ihrer Ankunft in Deutschland vorgelegt. Knapp die Hälfte der Befragten (49,7 %) zeigte Symptome mindestens einer der untersuchten psychischen Störungen, wobei 34 % an einer PTBS litten, 21,7 % an einer schweren Depression und 31 % an somatoformen Störungen, d. h. an körperlichen Beschwerden, für die kein hinreichender organischer Ursprung gefunden wurde, so dass anzunehmen ist, dass sie psychisch bedingt sind. Es kann also davon ausgegangen werden, dass etwa die Hälfte aller erwachsenen Geflüchteten, die in westlichen Aufnahmeländern ankommen, an mindestens einer psychischen Störung leiden (Giacco et al., 2018; Nesterko et al., 2019). In Deutschland, aktuell dem Land mit den meisten Asylanträgen bzw. Aufnahmekontingenten in Europa (UNHCR, 2022a), wurden erstmals 1993 gesetzliche Regelungen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende im Rahmen des sog. Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) eingeführt.¹ Die letzte Überarbeitung des Gesetzes fand 2022 statt und sieht für den Zeitraum der ersten 18 Monate nach Ankunft Leistungen der Notfallmedizin, Akut- und/oder Schmerzbehandlung sowie Schwangerschafts- und Geburtshilfe vor. Alle anderen Leistungen, d. h. auch diejenigen, die die Behandlung psychischer Störungen betreffen, müssen gesondert beantragt werden. Diese Anträge werden in den Bundesländern, die keine allgemeine Gesundheitskarte (äquivalent mit einer Krankenkassenkarte für gesetzlich Versicherte in Deutschland) für Asylbewerber*innen anbieten (also in neun von 16 Ländern seit 2017; Gold, Weis, Janho, Biddle & Bozorgmehr, 2021; "Medizinische Flüchtlingshilfe", n. d.), von Mitarbeiter*innen des zuständigen Sozialamtes geprüft und entschieden. Diese Mitarbeiter*innen verfügen i. d. R. nicht über medizinische oder psychologische Fachkenntnisse. Darüber hinaus besitzen Geflüchtete oft nicht ausreichend Wissen zu psychischen Störungen und den Versorgungsstrukturen sowie eingeschränkte Sprachkenntnisse. Dies erschwert den Zugang zu geeigneter Versorgung zusätzlich (Wängdahl, Lytsy, Mårtensson & Westerling, 2018). Auch kulturelle, religiöse und/oder ethnische Besonderheiten beim Symptomverständnis und im Umgang mit psychischen Störungen spielen hier eine Rolle, weshalb der Psychoedukation und einer kultursensiblen Herangehensweise in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten eine große Bedeutung zukommt.

Die aktuell verfügbaren Daten weisen deutlich darauf hin, dass Geflüchtete trotz eines sehr hohen Bedarfs, der von der großen Häufigkeit psychischer Störungen und einem erhöhten Schweregrad dieser herrührt, im Vergleich zu Einheimischen und anderen Migrant*innengruppen eine geringere Anzahl an medizinischen Konsultationen und eine kürzere Dauer der Versorgung erhalten (Bischoff & Denhaerynck, 2010). Dies unterstreicht, dass ein rechtlich gewährleisteter Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht automatisch mit einer bedarfsgerechten Versorgung gleichzusetzen ist (Newbold, 2009). Neben den Einschränkungen im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes ist der Zugang zur Regelversorgung für viele Geflüchtete

¹ Siehe <https://www.gesetze-im-internet.de/asyblg/BJNR107410993.html>

vor allem durch fehlende oder unterfinanzierte Sprachmittlung sowie durch widrige Unterbringungsbedingungen zusätzlich eingeschränkt (Bozorgmehr et al., 2016). Neben der Regelversorgung gibt es in Deutschland eine Reihe von Psychosozialen Zentren zur Versorgung von Geflüchteten, die überwiegend in großen Städten zu finden sind, zum Teil auch in ländlichen Regionen mitversorgen und mit interdisziplinären Teams die spezifischen Bedürfnisse der Geflüchteten adressieren (z. B. psychotherapeutische Behandlungen mit Sprachmittlung). Sie stellen eine Ergänzung zur Regelversorgung dar und leisten einen wichtigen Beitrag in der psychosozialen Versorgung traumatisierter Geflüchteter (Mohammed & Karato, 2022).

Unabhängig von den Schwierigkeiten und Engpässen in der Versorgung geflüchteter Menschen mit Traumafolgestörungen in Deutschland (Mohammed & Karato, 2022) existieren gut untersuchte und wirksame Behandlungsansätze für PTBS und andere psychische Störungen (Kip, Priebe, Holling & Morina, 2020; Sambucini, Aceto, Begotaraj & Lai, 2020; Tribe, Sendt & Tracy, 2019). Häufig ist es so, dass wirksame Behandlungsansätze auch bei Geflüchteten angewendet werden und deren Wirksamkeit in diesen spezifischen Patient*innengruppen nachgewiesen wurde. Hervorzuheben sind aber Behandlungsansätze, die für die Anwendung in Konflikt- und Postkonfliktregionen speziell entwickelt oder angepasst wurden. Hierzu zählt unter anderem die „Narrative Expositionstherapie“ (Schauer, Elbert & Neuner, 2017), die einen biographisch-traumaaufarbeitenden Ansatz verfolgt und in einem Behandlungsmanual detailliert beschrieben ist (Schauer et al., 2011). Das Manual sieht eine Behandlung in bis zu 15 Sitzungen von 90-120 Minuten vor. In den ersten ein bis zwei Sitzungen wird eine ausführliche Diagnostik durchgeführt. Dabei werden Lebensereignisse, aktuelle Probleme und Symptome erfasst und es erfolgt eine Psychoedukation über Entstehung und Legitimität der Symptome sowie der geplanten Behandlung. Im zweiten Schritt, der eine Sitzung umfasst, wird dann mit einer sog. „Lifeline“ ein biographischer Überblick geschaffen. Die Patient*innen legen dazu eine Schnur aus, die ihren Lebensverlauf symbolisch darstellt, und verorten wichtige positive und negative persönliche Ereignisse entlang dieser Linie. Dabei werden Steine für negative Ereignisse und Blumen für positive Ereignisse genutzt. Im dritten Schritt findet dann die narrative Exposition statt. Je nach Komplexität der traumatischen Erfahrungen kann sich dieser Schritt über 6-12 Sitzungen erstrecken. Im Rahmen einer chronologischen Erzählung der Lebensgeschichte auf Basis der Lifeline wird ein intensiviertes Erinnern bedeutsamer wie traumatischer Ereignisse initiiert. Über weite Strecken geschieht die biographische Erzählung zusammenfassend. Bei den zentralen traumatischen Ereignissen unterstützt der Behandler die Vertiefung der Erzählung unter Einbeziehung aller Sinnesmodalitäten, der Emotionen und der Gedanken. Wichtig ist es hier, das „Damals“ vom „Hier und Jetzt“ zu unterscheiden und diese Trennung der Traumarealität von der Gegenwart gezielt zu unterstützen. Die narrative Expositionstherapie nutzt ein imaginatives Wiedererleben der traumatischen Sequenz oder auch mehrerer solcher Sequenzen nacheinander. Ziel ist es, eine autobiographische Einordnung des Traumas zu fördern und damit eine Verortung in der Vergangenheit und eine Differenzierung von der Gegenwart vorzunehmen. Die Aufgabe des Therapeuten bzw. der Therapeutin besteht in einer empathischen Begleitung und Führung des Patienten durch das intensive Wiedererleben während der Versprachlichung der traumatischen Ereignisse. Die erzählte Geschichte wird von dem Therapeuten bzw. der Therapeutin oder von dem Beisitzer bzw. der

Beisitzerin niedergeschrieben und in der jeweils nächsten Sitzung vorgelesen und ggf. korrigiert. Wenn möglich wird das Trauma-Narrativ, also die Mitschrift, dem Patienten bzw. der Patientin am Ende der Behandlung übergeben. Sie stellt eine Art persönliches Zeugnis dar. Es liegen inzwischen gute Wirksamkeitsnachweise für die NET vor (Schauer et al., 2017; Wei & Chen, 2021). Vorteile des Verfahrens sind in relativ niedrigen Abbruchraten und einem guten Disseminationspotential zu sehen. So wurde die NET auch mit geschulten und supervidierten Laienberater*innen in Konflikt- und Postkonfliktregionen erfolgreich durchgeführt (Ertl, Pfeiffer, Schauer, Elbert & Neuner, 2011; Jacob, Neuner, Maedl, Schaal & Elbert, 2014; Neuner et al., 2008; „Vivo international“, n. d.).

Wie bereits oben erwähnt sind die psychischen Folgen traumatischer Erfahrungen i. d. R. vielfältig und komplex und häufig finden sich komorbide psychische Störungen. Aus diesem Grund gewinnen transdiagnostische Ansätze zunehmend an Bedeutung. Beispielhaft sei hier auf den Common Elements Treatment Approach (CETA; „Common Elements Treatment Approach“, n. d.; z. B. Murray et al., 2014) verwiesen. Es handelt sich dabei um ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm, welches transdiagnostisch konzipiert ist, also nicht nur eine einzelne psychische Störung adressiert, und modular und flexibel aufgebaut ist und damit an die individuellen Problemlagen angepasst werden kann. Es wird inzwischen in verschiedensten Ländern angewendet und in klinischen Studien untersucht („Common Elements Treatment Approach“, n. d.).

Abschließende Bemerkungen

Nicht zuletzt der anhaltende Krieg in der Ukraine führt uns auf unmissverständliche Weise vor, wie brüchig unsere, in der westlichen Welt in den letzten Jahrzehnten etablierten Vorstellungen von Frieden und Sicherheit waren und wie wichtig es dennoch ist, sich für Frieden und Sicherheit einzusetzen. Insbesondere mit Blick auf die langfristigen und komplexen psychischen Folgen und deren Bewältigung bei jeder und jedem der Betroffenen bleiben wir in der Pflicht, bestmögliche Konzepte zur Früherkennung, Akutversorgung und Behandlung in langfristiger Perspektive bereitzustellen bzw. deren Entwicklung und Implementierung zu unterstützen. Aus dem stetig wachsenden Wissen um die Komplexität der häufig langanhaltenden Wirkungen negativer Folgen interpersoneller Traumatisierungen, wie sie in jedem Krieg stattfinden, lässt sich der Bedarf an unterschiedlichen Versorgungskonzepten ableiten. Aus dieser Erkenntnis sowie der humanitären Arbeit vornehmlich westlicher Initiativen in vielen Krisengebieten weltweit ist in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl an spezifischen Versorgungs- und Behandlungskonzepten entstanden.

Doch neben den zahlreichen psychosozialen und psychotherapeutischen Bedarfen der Betroffenen, die primär auf die Behandlung individueller Symptome abzielen und folgerichtig traumafokussierte Interventionen erfordern, bleiben nach wie vor sowohl für die Forschung als auch die Versorgungspraxis viele offene Fragen. Diese beziehen vornehmlich die kollektive Ebene bzw. den gesamtgesellschaftlichen Kontext ein, in dem sich das Trauma ereignet hat

und in dem die Menschen mit den Traumafolgen leben. Die beschriebenen Konzepte der Versöhnungsbereitschaft und der sozialen Anerkennung stellen wegbereitende Beispiele in dieser Frage dar. Blicken wir jedoch auf die Themen, die gesamtgesellschaftlich eher verschwiegen werden, wie beispielsweise konfliktbezogene sexualisierte Gewalt oder Extremtraumatisierungen infolge von Inhaftierungen und Folter, so werden allein aufgrund der Tabuisierung der Themen und häufiger Stigmatisierung der Betroffenen viele Forschungs- und Versorgungslücken offenbar. Nicht unerwähnt sollte jedoch an dieser Stelle auch die Rolle der Politik bleiben – eine gesamtgesellschaftliche Aufarbeitung kollektiven Leids, das als Folge vieler bewaffneter Konflikte zu sehen ist, kann nur unter bestimmten politischen Bedingungen stattfinden, deren Schaffung und Wahrung die Aufgabe eines funktionierenden Rechtsstaates sein muss. Hier ist insbesondere die internationale Staatengemeinschaft in die Pflicht zu nehmen, entsprechende Bemühungen voranzutreiben und die Einhaltung friedenssichernder Rahmenbedingungen in der jeweiligen Konflikt- bzw. Postkonfliktregion zu unterstützen. Ebenso ist es als eine der primären Aufgaben der politisch Verantwortlichen gerade in den westlichen Industriestaaten zu sehen, ihren humanitären Verpflichtungen gemäß der Genfer Konvention mit Blick auf die Versorgung von Geflüchteten aus Kriegsgebieten nachzukommen. Mit anderen Worten, die Wiederherstellung und Wahrung von Frieden und Sicherheit wird immer eine globale und komplexe Anstrengung bleiben, die einer koordinierten Zusammenarbeit von Staaten, ebenso wie Expert*innen unterschiedlichster Disziplinen erfordert. Wichtig bleibt zu betonen, dass sich der Fokus dieser Zusammenarbeit nicht nur auf die Frage der individuellen und gesamtgesellschaftlichen Verarbeitung von Kriegstraumata beschränken darf, sondern auch die internationale Verantwortung und humanitäre Verpflichtungen der Staatengemeinschaft beinhalten muss. Letzten Endes steht hier die Frage, wie ernst wir es mit der Solidarität mit den betroffenen Individuen, den betroffenen Kollektiven oder betroffenen Ländern meinen, wenn wir uns aus unserer westlichen Perspektive um Frieden und Sicherheit in der globalen Welt bemühen.

Literatur

- Andersen, S. B., Karstoft, K.-I., Bertelsen, M. & Madsen, T. (2014). Latent trajectories of trauma symptoms and resilience: The 3-year longitudinal prospective USPER study of Danish veterans deployed in Afghanistan. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 1001-1008. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08914>
- Anderson, K., Avdibegović, E., Delić, A., van Ee, E., Glaesmer, H. & Komproe, I. (2020). A dual-model of posttraumatic stress and posttraumatic growth in a community sample of female conflict-related sexual violence survivors from Bosnia and Herzegovina. *Journal of Human Trafficking, Enslavement and Conflict-Related Sexual Violence*, 1(1), 65-86. <https://doi.org/10.7590/266644720X15989693725702>
- 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>

- Bayer-Topilsky, T., Itzhaky, H., Dekel, R. & Marmor, Y. N. (2013). Mental health and posttraumatic growth in civilians exposed to ongoing terror. *Journal of Loss and Trauma*, 18(3), 227-247. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.687325>
- Bischoff, A. & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 10, 248. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-248>
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 97-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G. ... Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Bockers, E., Stammel, N. & Knaevelsrud, C. (2011). Reconciliation in Cambodia: Thirty years after the terror of the Khmer Rouge regime. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 21(2), 71-83.
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S. & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 599-620. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2336-5>
- Brown, R. P. (2003). Measuring individual differences in the tendency to forgive: Construct validity and links with depression. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(6), 759-771. <https://doi.org/10.1177/0146167203029006008>
- Chopra, M. P., Zhang, H., Pless Kaiser, A., Moye, J. A., Llorente, M. D., Oslin, D. W. & Spiro III, A. (2014). PTSD is a chronic, fluctuating disorder affecting the mental quality of life in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 22(1), 86-97. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.064>
- Common Elements Treatment Approach (n. d.). Verfügbar unter: <https://www.cetaglobal.org/>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C. ... Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 8). Göttingen: Hogrefe.
- Ehring, T., Hofmann, A., Kleim, B., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A. ... Schellong, J. (2020). Psychotherapeutische -Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen. *Trauma & Gewalt*, 14(2), 92-100. <https://doi.org/10.21706/tg-14-2-92>

- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J. & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 645-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- Equit, M., Maurer, S., Michael, T. & Koellner, V. (2018). Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie*, 28(1), 7-14. <https://doi.org/10.1159/000477418>
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., Elbert, T. & Neuner, F. (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: A randomized controlled trial. *JAMA*, 306(5), 503-512. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1060>
- Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y. & Liu, X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45(13), 2885-2896. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000884>
- Foa, E. B. & Hembree, E. A. (2014). *Handbuch der prolongierten Exposition. Basiskonzepte und Anwendung: Eine Anleitung für Therapeuten*. Lichtenau (Westfalen): Probst.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. (1994). Posttraumatic stress disorder among Vietnam Theater Veterans. A causal model of etiology in a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(12), 677-684. <https://doi.org/10.1097/00005053-199412000-00001>
- Freedman, S. R. & Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(5), 983-992. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.983>
- Galatzer-Levy, I.R., Huang, S. H. & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>
- Gerger, H., Munder, T., Gemperli, A., Nuesch, E., Trelle, S., Jueni, P. & Barth, J. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: Relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 44(15), 3151-3164. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000853>
- Giacco, D., Laxhman, N. & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 77, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.semcd.2017.11.030>
- Glaesmer, H. (2014). Traumatische Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung : Bedeutung für die psychische und körperliche Gesundheit auf Bevölkerungsebene. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(3), 194-201. <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0624-y>
- Glaesmer, H. (2018). Transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen. In E. Brähler & W. Herzog (Hrsg.), *Sozialpsychosomatik – Das vergessene Soziale in der Psychosomatik* (S. 253-270). Stuttgart: Schattauer.

- Glaesmer, H. & Braehler, E. (2012). The differential roles of trauma, posttraumatic stress disorder, and comorbid depressive disorders on suicidal ideation in the elderly population. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(8), 1141-1146. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m07598>
- Glaesmer, H., Braehler, E., Guendel, 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>
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Braehler, 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. <https://doi.org/10.1017/S104161021000027X>
- Glaesmer, H., Kaiser, M., Braehler, E., Freyberger, H. J. & Kuwert, P. (2012). Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly – A German community-based study. *Aging & Mental Health*, 16(4), 403-412. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615740>
- Glaesmer, H., Reichmann-Radulescu, A., Braehler, E., Kuwert, P. & Muhtz, C. (2011). Transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen – Wissenstand und theoretischer Rahmen und deren Bedeutung für die Erforschung transgenerationaler Folgen des Zweiten Weltkrieges in Deutschland. *Trauma & Gewalt – Forschung und Praxisfelder*, 5, 330-341.
- Glaesmer, H., Sierau, S. & Boettche, M. (2020). Die Konsequenzen traumatischer Erfahrungen. *Trauma & Gewalt*, 14(4), 266-276. <https://doi.org/10.21706/tg-14-4-266>
- Gold, A. W., Weis, J., Janho, L., Biddle, L. & Bozorgmehr, K. (2021). *Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende: Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz*. <https://doi.org/10.11588/heidok.00030347>
- Haagen, J. F. G., Smid, G. E., Knipscheer, J. W. & Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 184-194. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.008>
- Hauffa, R., Rief, W., Braehler, E., Martin, A., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2011). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: Results of a representative population survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(12), 934-939. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182392c0d>
- Hebl, J. & Enright, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(4), 658-667. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.4.658>
- Hofmann, A. & Hofmann, A. (Hrsg.) (2014). *EMDR: Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Stuttgart: Georg Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-002-96276>
- Jacob, N., Neuner, F., Maedl, A., Schaal, S. & Elbert, T. (2014). Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: A randomized controlled trial in Rwanda. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 354-363. <https://doi.org/10.1159/000365114>

- Jakel, R. J. (2018). Posttraumatic stress disorder in the elderly. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(1), 165-175. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.013>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Kaminer, D., Stein, D. J., Mbanga, I. & Zungu-Dirwayi, N. (2001). The Truth and Reconciliation Commission in South Africa: Relation to psychiatric status and forgiveness among survivors of human rights abuses. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 178, 373-377. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.4.373>
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zu Schicksal jüdischer Kriegswaisen*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Kellermann, N. P. F. (1999). Diagnosis of Holocaust survivors and their children. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 36(1), 56-65.
- Kellermann, N. P. F. (2001a). Psychopathology in children of Holocaust survivors: A review of the research literature. *Israel Journal of Psychiatry*, 38(1), 36-46.
- Kellermann, N. P. F. (2001b). Transmission of Holocaust trauma – An integrative view. *Psychiatry – Interpersonal and Biological Processes*, 64(3), 256-267.
- Kip, A., Priebe, S., Holling, H. & Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(4), 489-503. <https://doi.org/10.1002/cpp.2446>
- Koenig, J., Resick, P. A., Karl, R. & Rosner, R. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung. Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, J. E. & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 28-37. <https://doi.org/10.1037/cou0000048>
- Lamparter, U. & Holstein, C. (2013). Was ist gefolgt? – Erste Ergebnisse zur Transmission der Erfahrung des „Hamburger Feuersturms“ (1943) zwischen der ersten und der zweiten Generation. In U. Lamparter, S. Wiegand-Grefe & D. Wierling (Hrsg.), *Zeitzeugen des Hamburger Feuersturms 1943 und ihre Familien* (S. 274-292). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M. & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*, 33(9), 792-806. <https://doi.org/10.1002/da.22511>
- Lohr, J. B., Palmer, B. W., Eidt, C. A., Ailaboyina, S., Mausbach, B. T., Wolkowitz, O. M. ... Jeste, D. V. (2015). Is post-traumatic stress disorder associated with premature senescence? A review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 23(7), 709-725. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.04.001>

- Luo, J., Beam, C. R. & Gatz, M. (2022). Is stress an overlooked risk factor for dementia? A systematic review from a lifespan developmental perspective. *Preventive Science*. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01385-1>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Braehler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577-586. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 345–351. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038484.15488.3d>
- Maercker, A., Zoellner, T., Menning, H., Rabe, S. & Karl, A. (2006). Dresden PTSD treatment study: Randomized controlled trial of motor vehicle accident survivors. *BMC Psychiatry*, 6, 29. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-29>
- McEwen, B. (2000). Allostasis and allostatic load implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 22(2), 108-124. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(99\)00129-3](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(99)00129-3)
- Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V. (n. d.). Verfügbar unter: <https://www.fluechtlingshilfe-goettingen.de/organisationen/medizinische-fluechtlingshilfe-goettingen-e-v/>
- Mohammed, L. & Karato, Y. (2022). *Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2022*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Verfügbar unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/07/BAfF_Versorgungsbericht-2022.pdf
- Mueller, J., Moergeli, H. & Maercker, A. (2008). Disclosure and social acknowledgement as predictors of recovery from posttraumatic stress: A longitudinal study in crime victims. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 53(3), 160-168. <https://doi.org/10.1177/070674370805300306>
- Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiary, M. M., Haydary, A. ... Bolton, P. (2014). A common elements treatment approach for adult mental health problems in low- and middle-income countries. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 111-123. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.06.005>
- Nesterko, Y. & Glaesmer, H. (2016). Migration und Flucht als Prozess. *Trauma & Gewalt*, 10(04), 270-286. <https://doi.org/10.21706/tg-10-4-270>
- Nesterko, Y., Jaeckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L. & Glaesmer, H. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e40. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325>
- Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686-694. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.686>

- Newbold, B. (2009). The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: Evidence from LSIC. *Ethnicity & Health, 14*(3), 315-336. <https://doi.org/10.1080/13557850802609956>
- Nguyen, T. P., Guajardo, M. G. U., Sahle, B. W., Renzaho, A. M. N. & Slewa-Younan, S. (2022). Prevalence of common mental disorders in adult Syrian refugees resettled in high income Western countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 22*(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03664-7>
- Noll-Hussong, M., Glaesmer, H., Herberger, S., Bernardy, K., Schoenfeldt-Lecuona, C., Lukas, A. ... Nikolaus, T. (2012). Die Früchte des Krieges: Somatoforme Schmerzstörungen und Vorgeschichten von früher Kriegstraumatisierung bei Älteren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45*(5), 404-410. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0303-9>
- Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W. ... Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 12*(2), e0171030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030>
- Olson, J. A. (1994). Janoff-Bulman, Ronnie (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press, pp. 256. *American Journal of Clinical Hypnosis, 36*(3), 222-225. <https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403078>
- Pawils, S., Nick, S., Metzner, F., Lotzin, A. & Schaefer, I. (2017). Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit sexuellen Gewalterfahrungen in Deutschland: Ein kritischer Überblick. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 60*(9), 1046-1054. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2601-2>
- Pham, P. N., Weinstein, H. M. & Longman, T. (2004). Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: Implications for attitudes toward justice and reconciliation. *JAMA, 292*(5), 602-612. <https://doi.org/10.1001/jama.292.5.602>
- Radebold, H. (2004). Kriegsbeschädigte Kindheiten. In H. Radebold (Hrsg.), *Kindheiten im zweiten Weltkrieg und ihre Folgen*. (S. 17-30). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sambucini, D., Aceto, P., Begotaraj, E. & Lai, C. (2020). Efficacy of psychological interventions on depression, anxiety and somatization in migrants: A meta-analysis. *Journal of Immigrant and Minority Health, 22*(6), 1320-1346. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01055-w>
- Schaefer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. ... Wöller, W. (2019). *S3-Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT): Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin: Springer. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf
- Schauer, M., Elbert, T. & Neuner, F. (2017). Narrative Expositionstherapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht. *Psychotherapeut, 62*(4), 306-313. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0212-x>
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy. A short-term treatment for traumatic stress disorders* (2nd ed.). Cambridge, MA: Hogrefe.

- Schellong, J., Frommberger, U., Liebermann, P., Bering, R. & Schaefer, I. (2020). Pharmakotherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 14(2), 102-111. <https://doi.org/10.21706/tg-14-2-102>
- Seidler, G. H. (2009). Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (Bd. 40; S. 3-12). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-88489-7_1
- Shapiro, F. & Solomon, R. M. (2010). Eye movement desensitization and reprocessing. In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Hrsg.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (Bd. 13; S. 159). Hoboken, NJ: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0337>
- Solomon, Z. & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-pows. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 303-312. <https://doi.org/10.1002/jts.20216>
- Solomon, Z., Horesh, D., Ein-Dor, T. & Ohry, A. (2012). Predictors of PTSD trajectories following captivity: A 35-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 199(3), 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.035>
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Flum, H. (1989). The implications of life events and social integration in the course of combat-related post-traumatic stress disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(1), 41-48. <https://doi.org/10.1007/BF01788199>
- Spitzer, C., Barnow, S., Voelzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a German community study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 693-700. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0501>
- Spitzer, C., Barnow, S., Voelzke, 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. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5>
- Stammel, N., Neuner, F., Boettche, M. & Knaevelsrud, C. (2012). Construction of a questionnaire for readiness to reconcile in victims of human rights violations. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 15785. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.15785>
- Steenkamp, M. M., Dickstein, B. D., Salters-Pedneault, K., Hofmann, S. G. & Litz, B. T. (2012). Trajectories of PTSD symptoms following sexual assault: Is resilience the modal outcome? *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 469-474. <https://doi.org/10.1002/jts.21718>
- Subkoviak, M. J., Enright, R. D., Wu, C.-R., Gassin, E. A., Freedman, S., Olson, L. M. & Sarinopoulos, I. (1995). Measuring interpersonal forgiveness in late adolescence and middle adulthood. *Journal of Adolescence*, 18(6), 641-655. <https://doi.org/10.1006/jado.1995.1045>
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Target article: "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tribe, R. H., Sendt, K.-V. & Tracy, D. K. (2019). A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *Journal of Mental Health*, 28(6), 662-676. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322182>

- United Nations (Hrsg.). (2020). *A new era of conflict and violence*. Verfügbar unter: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/01/un75_conflict_violence.pdf
- United Nations High Commissioner for Refugees (2013). *Global Trends 2012*. Verfügbar unter: <https://www.unhcr.org/statistics/country/51bacb0f9/unhcr-global-trends-2012.html>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2022a). *Figures at a glance*. Verfügbar unter: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2022b). *Refugee data finder*. Verfügbar unter: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentoft, M. ... Bonde, J. P. (2014). Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(3), 215-229. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3420>
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 459-469. <https://doi.org/10.1023/A:1025706427300>
- van Zelst, W. H., Beurs, E. de, Beekman, A. T. F., van Dyck, R. & Deeg, D. D. H. (2006). Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 180-188. <https://doi.org/10.1002/gps.1448>
- Vivo international. (n. d.). Verfügbar unter: <https://www.vivo.org/>
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L. & Westerling, R. (2018). Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: A Swedish cross-sectional study. *International Journal of Public Health*, 63(3), 409-419. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1074-2>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B. & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541-e550. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>
- Wei, Y. P. & Chen, S. L. (2021). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Trauma – Theory Research, Practice and Policy*, 13(8), 877-884. <https://doi.org/10.1037/tra0000922>
- Yehuda, R. & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, 17(3) 243-257. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>

Prof. Dr. Heide Glaesmer, geb. 1973, Psychologische Psychotherapeutin und stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Sie hat an der Universität Leipzig Psychologie studiert und 2004 an der FU Berlin promoviert. Sie leitet an dieser Abteilung gemeinsam mit Dr. Yuriy Nesterko die Forschungsgruppe „Psychotraumatologie und Migrationsforschung“ und beschäftigt sich seit vielen Jahren mit den gesundheitlichen Folgen von Traumatisierungen, vor allem im Kontext bewaffneter Konflikte und von Flucht und Vertreibung. Sie ist Herausgeberin der Zeitschrift „Trauma und Gewalt“ und des Handbuches Psychotraumatologie.

Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig, Tel.: 0341-9718811, E-Mail: Heide.Glaesmer@medizin.uni-leipzig.de

Dr. Yuriy Nesterko, geb. 1984, leitet gemeinsam mit Prof. Dr. Heide Glaesmer die Forschungsgruppe „Psychotraumatologie und Migrationsforschung“ an der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig und ist zudem Co-Leiter der Wissenschaftlichen Abteilung am Zentrum ÜBERLEBEN in Berlin.. Er hat an der Universität Leipzig Psychologie studiert und an der Medizinische Fakultät der Universität Leipzig 2016 promoviert. Er beschäftigt sich mit Migrations- und Fluchtforschung und den psychischen Folgen von Traumatisierungen in diesem Kontext. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Erforschung sexualisierter Kriegsgewalt.