


UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Universitätsklinikum
Leipzig
Anast öffentliches Recht

Psychische und körperliche Folgen traumatischer Erfahrungen

PD Dr. Heide Glaesmer
Universitätsmedizin Leipzig
Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie



23.09.2015 – Fachtag Psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen

UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Hintergrund

Universitätsklinikum
Leipzig
Anast öffentliches Recht

- 2014 waren fast 60 Millionen Menschen auf der Flucht, davon ca. 20 Millionen über Landesgrenzen hinweg und fast 40 Millionen innerhalb ihrer Herkunftsländer
- größte Zahl an Flüchtlingen seit dem II. Weltkrieg
- Aktuelle Krisenregionen sind u.a. Syrien, Irak, Ukraine, aber auch verschiedene Länder Afrikas (z.B. Nigeria) ...
- „Serielle Flucht“ mit mehrfacher Vertreibung durch verschiedenen Regionen und Länder auf der Suche nach Schutz und Sicherheit
- Häufig langanhaltende Konflikte und Postkonfliktszenarien führen zu längeren Aufenthalten der Flüchtlinge in den Aufnahmeländern
- Psychische Belastungen und gesundheitliche Einschränkungen sind relativ häufig, belastbare Zahlen zur aktuellen Situation fehlen weitestgehend

UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Flucht als Prozess

Universitätsklinikum
Leipzig
Anast öffentliches Recht

Belastungen vor der Flucht	Belastungen während der Flucht	Belastungen im Aufnahmeland
<ul style="list-style-type: none"> Naturkatastrophen Armut und Mangel an Nahrung Bewaffnete Konflikte (Ausbombung, Beschuss, Belagerung) Genozid oder Verfolgung aufgrund von Religion, ethnischer Zugehörigkeit usw. Organisierte Gewalt Verfolgung und Gewalterleben bzw. Zeugenschaft Inhaftierung, Folter Sexualisierte Kriegsgewalt, Zwangsverheiratung Verlust von Angehörigen Mangel an Informationen über Verbleib von Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> Armut und Mangel an Nahrung Bewaffnete Konflikte (Ausbombung, Beschuss, Belagerung) Verfolgung und Gewalterleben bzw. Zeugenschaft Abschiebehaft Leben in Flüchtlingslagern Trennung von Angehörigen Mangel an Informationen über Verbleib von Angehörigen Angst vor Abschiebung Leben in Illegalität Obdachlosigkeit Lebensbedrohliche Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> Drohende Abschiebung/unklarer Aufenthaltsstatus/unklare Perspektiven Leben in Illegalität Beengte Wohnverhältnisse Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten Verständigungsschwierigkeiten Probleme mit Kommunikation mit Behörden Gefühl der Unerwünschtheit Anfeindungen Gefühl der Fremdheit Verlust der sozialen Bezüge „Anpassungsanforderungen“

Flucht als Prozess
→ Risiko kumulativer und andauernder Belastungen

UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Hintergrund

Universitätsklinikum
Leipzig
Anast öffentliches Recht

Flüchtlingen erleben oft schwere und mehrfache/vielfältige Traumatisierungen und Belastungen über längere Zeiträume (→ kumulative Traumatisierungen)

THESE

Die gesundheitlichen Folgen der „Flucht“ werden oft

- (1) vielfältig,
- (2) langfristig,
- (3) komplex und
- (4) schwerwiegend sein

Fehlende verlässlichen Zahlen zu psychischen Belastungen und psychischen Störungen bei Flüchtlingen

- Gäbel et al. (2006): 40% mit PTBS (N=76)
- Metaanalyse von Steel et al. (2009): 30,6% PTBS, 30,8% Depression
- Systematisches Review von Lindert et al. (2008): 5% bis 35% PTBS

Aktuelle Studie an syrischen Flüchtlingskindern in einer Erstaufnahmeeinrichtung

- 100 Kinder bis 14 Jahre in Erstaufnahmeeinrichtung in München untersucht
- 22% PTBS, 16% Anpassungsstörung → Risiko der Erhöhung der PTBS-Rate im Verlauf
- 63% der Kinder hatten Karies, 25% Erkrankungen der Atemwege, 11% infektiöse und parasitäre Erkrankungen, bei 42% fehlten Impfungen, jedes 10. Kind musste akut behandelt werden
- 60% der Untersuchten waren länger als 10 Monate auf der Flucht
- 59% fühlen sich sozial isoliert, 25% berichten Diskriminierungen

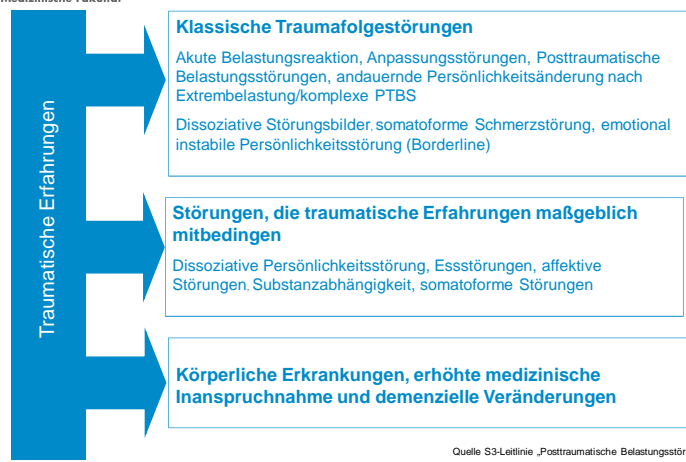
Traumatische Erfahrungen und deren gesundheitliche Folgen auf Bevölkerungsebene

Tabelle 1. Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse*

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
Akzidentielle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> schwere Verkehrsunfälle, berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr), kurz dauernde Katastrophen 	<ul style="list-style-type: none"> lang andauernde Katastrophen (Erdbeben, Überschwemmung), technische Katastrophen
Interpersonelle Traumata („man made“)	<ul style="list-style-type: none"> Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigungen), kriminelle und körperliche Gewalt, zivilen Gewalterleben (z.B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter, Kriegserleben, Geiselnhaft, Folter, politische Inhaftierung

*modifiziert nach (Maercker, 2009)

- Übergangswahrscheinlichkeit Trauma → PTBS bis zu 50% (z.B. Vergewaltigung/Folter)
- Interpersonelle und langfristige Traumata sind besonders schwerwiegend



Quelle: S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“

UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Posttraumatische Belastungsstörungen in der Bevölkerung

Universitätsklinikum Leipzig
Anast. öffentlichen Rechts

TABLE 4. Prevalence of PTSD and Partial PTSD

	Sex					Age, yrs					Total			
	Male		Female		χ^2	14-29		30-59		>60		χ^2		
	n	%	n	%		n	%	n	%	n			%	df=2
PTSD	27	2.4	47	3.4	2.50	10	2.2	35	2.7	29	3.9	3.82	74	2.9
PTSD II	6	0.5	21	1.5	5.96*	6	1.3	14	1.1	7	1.0	0.35	27	1.1
Partial PTSD	61	5.3	79	5.8	0.222	14	3.1	53	4.0	73	9.9	38.0**	140	5.6
Partial PTSD II	71	6.2	67	4.9	2.08	29	6.3	74	5.6	35	4.8	1.43	138	5.5
Trauma (A1) without PTSD	162	14.2	178	13.0	0.732	32	7.0	120	9.1	188	25.6	123**	340	13.5
No Trauma and no PTSD	815	71.4	976	71.3	0.00	366	80.1	1022	77.5	403	54.8	139**	1791	71.4

For diagnoses of PTSD II and partial PTSD II, DSM-IV A-Criterion was not included.
Subjects were classified to the highest possible of the diagnostic categories.
*p < 0.05.
**p < 0.01.
PTSD indicates posttraumatic stress disorder.

- ca. 25% der Bevölkerung berichtet mindestens ein traumatisches Ereignis, in der WK-II-Generation bis zu 60%
- 2-3% der Bevölkerung erfüllen die Kriterien einer PTBS
- In der WK-II-Generation erfüllen 3-4% die Kriterien einer PTBS
- PTBS nimmt unbehandelt häufig einen chronisch-fluktuierenden Verlauf

Hauffa R, Rief W, Braehler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H (2011). Traumatic life events and posttraumatic Stress disorder in the German general population – Results of a representative population survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 934-939.

UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Konditionale Prävalenzen der Posttraumatischen Belastungsstörung

Universitätsklinikum Leipzig
Anast. öffentlichen Rechts

TABLE 3. Worst Events and PTSD Prevalence in the Exposed

Traumatic Life Event	Worst Event (N = 599)		Prevalence in the Exposed			
	n	%	PTSD		Partial PTSD	
			n	%	n	%
War-related trauma						
War effort	40	6.7	8	20.0	15	37.5
Bombing	23	3.8	0	0	5	21.7
Displacement from home/eviction	34	5.7	3	8.8	16	47.1
Prisoner/hostage	4	0.7	0	0	2	50.0
Civilian trauma						
Rape	7	1.2	3	42.9	2	28.6
Childhood abuse	15	2.5	8	53.3	5	33.3
Physical violence	16	2.7	4	25.0	5	32.2
Natural catastrophe	4	0.7	1	25.0	0	0
Serious accident	36	9.3	7	12.5	28	50.0
Life-threatening illness	59	9.8	13	22.0	22	37.3
Witnessed trauma	74	12.4	8	10.8	29	39.2
Other trauma	87	14.5	20	23.0	27	31.0
None of the above	180	30.1	7	3.9	19	10.6

PTSD indicates posttraumatic stress disorder.

Übergangswahrscheinlichkeiten Trauma → PTBS variiert nach Art des Traumas stark

Hauffa R, Rief W, Braehler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H (2011). Traumatic life events and posttraumatic Stress disorder in the German general population – Results of a representative population survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 934-939.

UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Konditionale Prävalenzen der Posttraumatischen Belastungsstörung

Universitätsklinikum Leipzig
Anast. öffentlichen Rechts

Tab. 2 Art und Anzahl der traumatischen Erfahrungen nach Alter und Geschlecht

	Gesamt (n=2510)	Alter			χ^2 -Test	Geschlecht		χ^2 -Test	PTBS	Partielle PTBS
		14-34 Jahre (n=625)	35-60 Jahre (n=1195)	61-93 Jahre (n=690)		Frauen (n=1368)	Männer (n=1142)			
Traumata ^b										
Interpersonell	196 (7,8%)	23 (3,7%)	27 (2,3%)	146 (21,2%)	236,75***	108 (7,9%)	88 (7,7%)	0,03	26 (13,3%)	45 (22,9%)
Akzidentieil	145 (5,8%)	13 (2,1%)	71 (5,9%)	61 (8,8%)	27,65***	64 (4,7%)	81 (7,1%)	6,66*	21 (14,5%)	43 (29,7%)
Traumazugehörigkeit	100 (4,0%)	22 (3,5%)	52 (4,4%)	26 (3,8%)	0,85	59 (4,3%)	41 (3,6%)	0,85	8 (8%)	27 (27%)
Kein Trauma ^a	2069 (82,4%)	567 (90,7%)	1045 (87,4%)	457 (66,2%)	-	1137 (83,1%)	932 (81,6%)	-	-	-
Anzahl der Traumata										
0	1913 (76,2%)	530 (84,8%)	991 (82,9%)	392 (56,8%)	198,43***	1052 (76,9%)	861 (75,4%)	0,78	-	-
1	323 (12,9%)	52 (8,3%)	138 (11,5%)	133 (19,3%)	38,65***	165 (12,1%)	158 (13,8%)	1,75	31 (9,6%)	61 (18,9%)
2-3	197 (7,8%)	32 (5,1%)	53 (4,4%)	112 (16,2%)	92,73***	114 (8,3%)	83 (7,3%)	0,98	31 (15,7%)	52 (26,4%)
4+	77 (3,1%)	11 (1,8%)	13 (1,1%)	53 (7,7%)	68,73***	40 (3,5%)	37 (2,7%)	1,33	12 (15,6%)	27 (35,1%)

*p<0,01; ***p<0,001 ^aAlle Studienteilnehmer, die kein schwerstes traumatisches Ereignis benannt haben oder nur „anderes schreckliches Ereignis“ angegeben oder generell keine traumatischen Ereignisse angegeben haben. ^bDie als „schwerste Traumata“ angegebenen Ereignisse wurden hier gruppiert.
PTBS Posttraumatische Belastungsstörung.

Mehrfachtraumatisierungen wiegen schwerer

Glaesmer H, Matern B, Rief E, Kuwert P, Brähler E (2015). Anzahl und Art traumatischer Erfahrungen und deren Bedeutung für das Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen auf Bevölkerungsebene. *Neuropsychiatrie*, 86, 800-806.

UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Traumatische Erfahrungen, PTBS und somatoforme Störungen (14-93 Jährige)

Universitätsklinikum Leipzig
Anast. öffentlichen Rechts

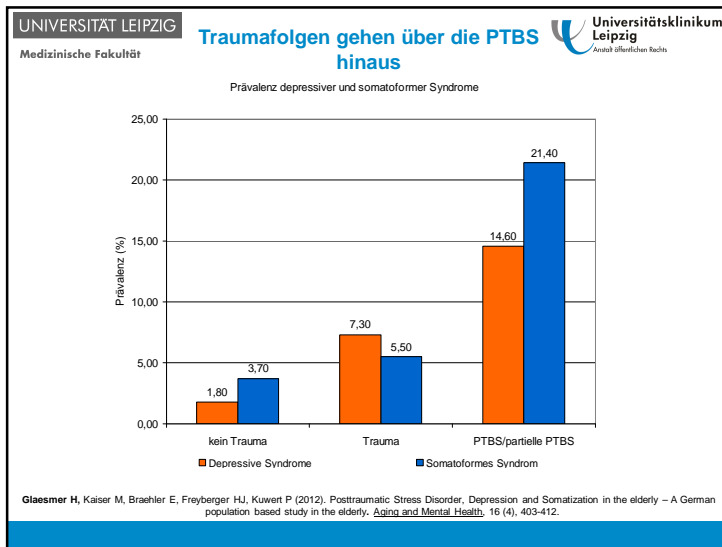
TABLE 5. Prevalence of Comorbid Syndromes Measured by PHQ

Diagnostic Category	PHQ-Syndrome								
	Major Depressive Syndrome			Other Depressive Syndrome			Somatization Syndrome		
	Prevalence	χ^2	p	Prevalence	χ^2	p	Prevalence	χ^2	p
PTSD	20.3%	118	0.000*	13.7%	38	0.000*	27%	99.3	0.000*
PTSD II	18.5%	34.6	0.000*	19.2%	29.8	0.000*	29.6%	44.1	0.000*
Partial PTSD	2.9%	0.359	0.549	6.5%	9.36	0.002	10.7%	15.8	0.000*
Partial PTSD II	6.6%	13.5	0.000*	5.9%	6.61	0.010	9.4%	9.99	0.002
Trauma (A1) without diagnosis	3.3%	2.22	0.137	3.9%	2.83	0.093	6.5%	5.13	0.023
Neither trauma nor diagnosis	0.6%	75.8	0.000*	1.0%	58.6	0.000*	1.5%	111	0.000*
Total	2.2%	2.5%		2.5%			4.2%		

χ^2 and p-values are given for 2 x 2 tables "Diagnostic Category" versus "PHQ-Syndrome".
*p < 0.0005 (after Bonferroni correction with $\alpha = 0.05$, $df = 1$ for all tests.
PTSD indicates posttraumatic stress disorder; PHQ, Patient Health Questionnaire.

Traumatische Erfahrungen und PTBS erhöhen das Risiko weiterer psychischer Erkrankungen, z.B. Depressionen und somatoforme Störungen.

*Hauffa R, Rief W, Braehler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H (2011). Traumatic life events and posttraumatic Stress disorder in the German general population – Results of a representative population survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 934-939.



- UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät
- Traumatische Erfahrungen, PTBS und Schmerzstörungen (Fibromyalgie)**
- Universitätsklinikum Leipzig
Anast. öffentlichen Rechts
- Klinische Stichprobe von 359 Fibromyalgiepatienten
 - 66,5% der Patienten: Trauma und PTSD vor FMS
 - 29,5% der Patienten: Trauma und PTSD nach FMS
 - 4% Auftreten innerhalb eines Jahres
 - PTSD und FMS sind komorbid und assoziiert mit vorangehenden traumatischen Ereignissen
 - PTSD ist häufiger ein Risikofaktor für FMS (2/3 der Fälle)
- **Schmerzstörung oft als Komplexitätserhöhung des klinischen Bildes einer Traumafolgesymptomatik**
- Häuser W, Galek A, ... Glaesmer H (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress- and fibromyalgia symptoms and impact on clinical outcome. *Pain*, 154, 1216-1223.

UNIVERSITÄT LEIPZIG
Medizinische Fakultät

Körperliche Erkrankungen (60+)

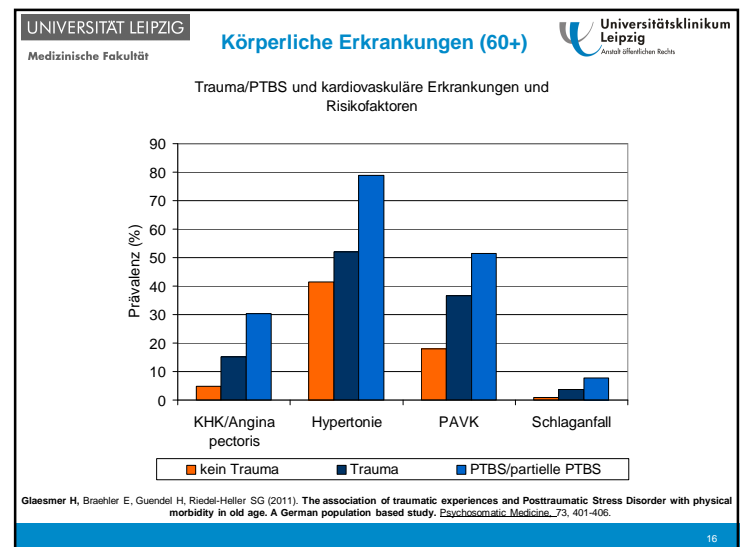
Universitätsklinikum Leipzig
Anast. öffentlichen Rechts

TABLE 2. Association Between Several Diseases, Trauma Exposure, and PTSD

Medical Conditions	No Trauma ^a (n = 966)		Trauma ^b (n = 423)		PTSD ^c (n = 67)		χ ²	Trauma		PTSD	
	n	%	n	%	n	%		OR (95% CI) ^d	OR (95% CI) ^e		
Angina/coronary artery disease	46	4.8	61	15.2	20	30.3	76.65***	3.19 (2.09-4.87)***	2.61 (1.42-4.78)**		
Asthma	42	4.4	35	8.6	12	18.5	25.59***	1.65 (1.02-2.69)**	2.54 (1.23-5.26)**		
Back pain	284	30.0	179	43.4	42	62.7	45.76***	1.77 (1.38-2.26)***	2.20 (1.29-3.76)**		
Bronchitis or COPD	23	2.4	32	7.9	10	15.2	36.84***	3.25 (1.84-5.76)***	2.25 (0.99-4.64)		
Cancer (within the last 5 y)	9	1.0	20	4.9	10	14.9	55.63***	5.12 (2.25-11.60)***	3.61 (1.59-8.18)**		
Elevated Cholesterol level	312	32.7	170	41.6	48	72.7	47.29***	1.42 (1.11-1.82)**	3.76 (2.11-6.70)***		
Calm problems	46	4.9	48	11.9	13	19.7	34.39***	2.76 (1.78-4.29)***	1.82 (0.92-3.58)		
Competitive heart failure	76	8.0	79	19.4	26	39.4	76.95***	2.18 (1.53-3.11)***	2.94 (1.62-5.17)***		
Diabetes	138	14.5	103	25.1	21	31.8	29.88***	1.69 (1.26-2.29)**	1.42 (0.80-2.52)		
Hard of hearing	136	14.4	112	27.6	28	42.4	55.04***	1.68 (1.25-2.27)**	2.18 (1.25-3.81)**		
Hypertension	395	41.5	274	62.1	52	78.8	42.20***	1.37 (1.07-1.75)**	3.53 (1.89-6.89)***		
Osteoarthritis	217	28.5	177	43.0	35	53.0	38.16***	1.68 (1.30-2.16)**	1.54 (0.90-2.63)		
Osteoporosis	101	10.7	68	16.7	20	30.3	26.19***	1.63 (1.14-2.32)**	2.29 (1.24-4.23)**		
Overweight	233	24.5	142	34.8	30	45.5	24.77***	1.90 (1.46-2.48)**	1.52 (0.89-2.57)		
Poor circulation (e.g., peripheral vascular disease)	120	18.0	147	36.3	34	51.5	77.68***	2.24 (1.71-2.95)***	1.94 (1.14-3.31)*		
Rheumatic disease and others	46	4.9	46	11.3	10	15.2	23.99***	2.42 (1.53-3.77)***	1.41 (0.47-2.95)		
Stomach problems (e.g., gastritis and peptic disease)	91	9.6	67	16.5	22	33.3	38.75***	1.89 (1.33-2.71)**	2.51 (1.41-4.47)**		
Stroke	9	1.0	15	3.7	5	7.7	21.43***	3.52 (1.47-8.39)**	2.23 (0.81-6.09)		
Thyroid disorder	47	7.1	43	10.5	17	25.8	28.10***	1.65 (1.08-2.51)*	2.96 (1.54-5.68)***		
Vision problems	361	37.8	208	51.0	39	59.1	27.89***	1.51 (1.18-1.93)**	1.42 (0.84-2.42)		
M (SD)	M (SD)	M (SD)	β ^f		β ^g						
No. conditions	3.2 (2.7)	5.0 (3.6)	7.8 (4.2)	—	1.58***	2.84***					
Disease burden	7.9 (7.9)	13.9 (11.4)	23.4 (14.9)	—	5.26***	9.59***					

^a p < .05, ** p < .01, *** p < .001.
^b A's are slightly differing for the different medical conditions because of missing data.
^c Results for the logistic regression analyses additionally including age and sex.
^d Results of the linear regression analyses including age and sex.
 PTSD = posttraumatic stress disorder; OR = odds ratio; CI = confidence interval; COPD = chronic obstructive pulmonary disease; SD = standard deviation; M = mean.

Glaesmer H, Braehler E, Guendel H, Riedel-Heller SG (2011). The association of traumatic experiences and Posttraumatic Stress Disorder with physical morbidity in old age. A German population based study. *Psychosomatic Medicine*, 73, 401-406.



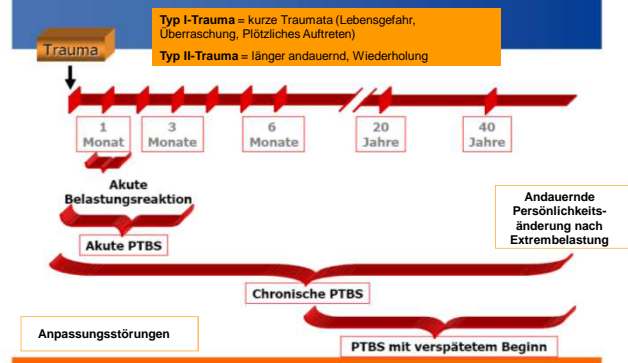
THESE

Die gesundheitlichen Folgen der „Flucht“ werden oft

- (1) vielfältig
- (2) langfristig
- (3) komplex und
- (4) schwerwiegend sein.

Langzeitverläufe der psychischen Folgen traumatischer Erfahrungen

Zeitverlauf - PTBS



Delayed-onset PTSD („Verzögert auftretende PTBS“)

- ⇒ Begriffliche Abgrenzung unklar:
 - ⇒ Symptomfreiheit → Vollbild-PTSD
 - ⇒ Subklinische Symptomatik → Vollbild PTSD
- ⇒ Metaanalyse prospektiver Studien (Smid et al., 2009)
 - ⇒ ca. 25% aller PTSD-Fälle sind delayed-onset-Fälle
 - ⇒ Prävalenz der delayed-onset-Fälle nimmt mit zunehmender Untersuchungsdauer zu
 - ⇒ Die Follow-up-Zeiträume sind eher kurz (24 Studien, davon 8 länger als 24 Monate, maximal 60 Monate)
 - ⇒ Evidenz weist eher darauf hin, dass eine vorbestehende subklinische Symptomatik („Brückensymptomatik“) zum Vollbild wird

Delayed-onset PTSD

Risikofaktoren (vgl. Smid et al., 2009)

⇨ Ereignisbezogene Faktoren:

- ⇨ Traumatische Erfahrungen aus Kriegshandlungen sind eher mit delayed-onset PTSD assoziiert als andere traumatische Ereignisse → Adaptivität des verspäteten Symptombeginns?
- ⇨ Geringere PTSD-Inzidenz ist mit höherer Prävalenz von delayed-onset PTSD assoziiert

⇨ Faktoren nach dem Ereignis: Prodromalsymptome oder subklinische Symptome; Sekundärer Krankheitsgewinn (Pensionen etc.) eher umstritten

⇨ Kritische Lebensereignisse: leichte bis mittelschwere kritische Lebensereignisse triggern delayed-onset PTSD

Smid, G. E., Mooren, T. T. M., van der Mast, R. C., Gersons, B. P. R., & Kleber, R. J. (2009). Delayed Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression Analysis of Prospective Studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1572-1582.

Pietrzak et al., 2013 - Studie an Hurrikane-Ike-Opfern (N=206) über 15 Monate

- 78,7% keine oder sehr geringe PTSD-Symptome
- 16,0 % chronisch erhöhte PTSD-Symptome
- **5,3% verzögert auftretende Symptomatik** (vgl. Smid et al., 2009 → 1/4 delayed-onset-Fälle)

Pietrzak et al. (2013). Trajectories of posttraumatic stress symptomatology in older persons affected by a large-magnitude disaster. *J Psychiatr Res*, 47(4), 520-26.

- Die psychischen und körperlichen Folgen der Traumatisierungen und Belastungen von Flüchtlingen werden oft lang anhaltend, vielfältig und schwerwiegend sein
- Eine genaue Abschätzung der Prävalenzen psychischer Belastungen ist nicht möglich, es ist aber davon auszugehen, dass der Anteil sehr hoch sein wird.
- Es besteht psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützungsbedarf.
- Eine genaue Bedarfsabschätzung ist derzeit kaum möglich.
- Mit Blick auf die aktuellen Flüchtlingszahlen ist der Bedarf keinesfalls auch nur andeutungsweise mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen.

- Früherkennung und Monitoring?
- Subjektiver und objektiver Bedarf?
- Fehlende Evidenz von Frühinterventionen zur Vermeidung von PTBS
- Verfügbarkeit von Sprachmittlern?
- Alternative Versorgungs- und Behandlungskonzepte?

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

