

Gibt es Posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Schweizerinnen und Schweizern?

Andreas Maercker, Laura Pielmaier

Psychologisches Institut der Universität Zürich, Schweiz

Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Das Einverständnis aller befragten Personen liegt vor.

Summary

Maercker A, Pielmaier L. Does Posttraumatic Stress Disorder exist in Swiss elderly people? Results from an epidemiological study. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2010; 161(2):64–8.

To date, there is only one representative study providing epidemiological data on posttraumatic stress disorder (PTSD) in Switzerland, showing zero or fairly low prevalences for PTSD in Switzerland [1]. However in a representative study with elderly people (65–96 years) living in Zurich, we recently reported prevalences of 0.7% for full PTSD according to DSM-IV criteria and 4.2% for partial PTSD using clinical interviews as well as questionnaires [2]. In this paper we present trauma constellations of this sample in a case-related and detailed way. 36% of the sample indicated having experienced at least one potentially traumatizing event; primarily severe accidents, physical violence and war-related events. Three of four participants suffered from PTSD due to war-related events or political persecution – they were all naturalized persons and had immigrated to Switzerland from different European countries. For participants with partial PTSD, traumas such as severe accidents, violence, and war-related events occurred almost equally frequent. In the discussion we point out that for the clinical routine both full and partial PTSD should be assessed as full PTSD diagnosis according to the more liberal criteria defined by ICD-10. Furthermore we draw attention to the great number of Swiss with war-related experiences stemming from different immigration waves and their specific therapeutic needs.

Key words: trauma; PTSD; elderly; prevalence

Einführung

In welchem Umfang und nach welchen Arten psychischer Traumata kommt es zu krankheitswertigen Beeinträchtigungen im Sinne einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)? Epidemiologische Studien zur Prävalenz der PTSD gab es in der Schweiz bzw. in Europa viel seltener und erst viel später als in den USA. Daher orientierten sich viele Fachkollegen zunächst an den Prävalenzzahlen aus den USA. In der National-Comorbidity-Studie war eine Lebenszeitprävalenz von 8% gefunden worden [3] und in der Detroit-Area-Study eine von 9% [4].

Europäische Studien, die erst in den letzten Jahren durchgeführt wurden, fanden anhand der DSM-IV-Kriterien vergleichsweise niedrige Prävalenzen von rund 1,4% (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders [ESEMeD], u.a. Frankreich, Belgien, Spanien [5]).

2006 publizierte die Arbeitsgruppe J. Angst aus der Zürcher Kohortenstudie erstmals ein Ergebnis zur PTSD-

Prävalenz für die Schweiz [1]. In den Jahren 1993 und 1999, als die Untersuchten 34/35 bzw. 40/41 Jahre alt waren, hatte man in diesem Sample auch die PTSD-Kriterien nach dem DSM-System erfasst. Hepp et al. [1] beschrieben für dieses Sample im Jahr 1993 eine 12-Monats-Prävalenz von 0% für das PTSD-Vollbild und eine 1,9%-Prävalenz für subsyndromale PTSD. Im Jahr 1999 fanden sich ebenfalls 0% für das PTSD-Vollbild und 1,3% für subsyndromale PTSD. Diese Ergebnisse zeigen damit die absolut niedrigsten Prävalenzraten im internationalen Vergleich.

Die eigene Arbeitsgruppe untersuchte im Jahr 2005 in einer repräsentativen Studie mit Zürcherinnen und Zürchern im Alter von 65 bis 96 Jahren (N = 570) diverse Trauma-Spektrum-Störungen [2]. Hierbei erfüllten vier Personen die DSM-IV-Kriterien einer PTSD, 24 weitere Personen wiesen eine partielle PTSD auf. Dies entspricht einer Punktprävalenz von 0,7% für das PTSD-Vollbild und 4,2% für subsyndromale PTSD. Damit werden Unterschiede zur Zürcher Kohortenstudie [1] deutlich, die zwar nicht übermässig, aber dennoch substantiell sind. Ein genauerer Blick auf die biografischen Informationen der Personen mit PTSD-Vollbild oder subsyndromaler Störung soll im Folgenden illustrieren, wie sich die Altersgruppen- bzw. Kohortenunterschiede beider Studien auf die Ergebnisse ausgewirkt haben könnten.

Zuvor soll noch in Erinnerung gerufen werden, dass es ein lang bekannter Fakt der Trauma- und PTSD-Forschung ist, dass PTSD-Prävalenzen in politischen Konflikt-, Krisen- und Kriegsgebieten höher sind als in Ländern, die davon verschont blieben [6]. So fanden wir in einer gross angelegten Studie mit 14- bis 93-Jährigen in Deutschland, dass die PTSD-Raten bei den Personen, die den Zweiten Weltkrieg miterlebt hatten, zwei bis drei Mal höher waren, als die der jüngeren Altersgruppen, die nach dem Krieg geboren wurden [7].

Auf einem fallbezogenen und vergleichsweise detaillierten Analyse-Niveau sollen in diesem Beitrag die Traumakonstellationen der Personen mit PTSD (Vollbild oder subsyndromal) aus der Zürcher Altersstudie beschrieben werden.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Dr. A. Maercker

Psychologisches Institut der Universität Zürich

Abteilung für Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestrasse 14/ Box 17

8050 Zürich

sekmck@psychologie.uzh.ch

Methoden

Stichprobe

Die Rekrutierung der Zürcher Altersstudie fand in einem zweiphasigen Prozess statt [8]. Eine Zufallsstichprobe älterer Personen (65–96 Jahre), die nach Alter, Geschlecht und Wohnsituation (allein lebend; mit Partner oder in Familie; in Alteinrichtung) stratifiziert worden war, wurde vom Einwohneramt der Stadt Zürich zur Verfügung gestellt. Von 1225 verifizierbaren Adressen konnten in der ersten Phase mit 712 Personen (58,1%) Telefoninterviews zum Screening für psychische Störungen durchgeführt werden. Dabei wurde für das nachfolgende intensive Interview ein Termin vereinbart. Für die Interviewphase reduzierte sich das Sample auf 570 Personen, von denen vollständige Datensätze vorliegen. Bei der Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe zeigte sich, dass die Teilnehmer der Interviewphase vergleichsweise etwas jünger waren, die Stichprobe mehr Männer und mehr Personen beinhaltete, die mit ihren Partnern lebten sowie weniger Personen, die in Alteinrichtungen lebten, als die stratifizierte Zufallsstichprobe vorgegeben hätte (Effektstärken der Unterschiede allerdings $d < 0,16$) [8].

Erhebung der klinischen und biografischen Angaben

Liste mit traumatischen Ereignissen

Entsprechend der Traumaliste des PTSD-Moduls des Münchener Composite International Diagnostic Interviews (M-CIDI) [9] wurden acht potentiell traumatisierende Ereignisse vorgegeben (z.B. «Sie haben bei einem Kriegeinsatz schreckliche Erfahrungen gemacht»; «Sie wurden ernsthaft körperlich bedroht [z.B. mit einer Waffe], angegriffen, verletzt oder gequält»; «Sie waren Opfer einer Vergewaltigung»; «Sie wurden als Kind sexuell missbraucht»; «Sie waren Opfer einer Naturkatastrophe»; «Sie hatten einen schwerwiegenden Unfall»; «Sie waren in Gefangenschaft, wurden als Geisel gehalten oder waren Opfer einer Entführung»; «Sie waren Zeuge, wie eines der oben genannten Ereignisse einer anderen Person passierte») sowie eine offene Frage über «ein anderes schreckliches Ereignis oder eine Katastrophe» gestellt. Auf diese Angaben folgten die Nachfrage nach dem am meisten belastenden Ereignis (falls mehrere Ereignisse angegeben wurden) und die Abklärung des DSM-IV A2-Kriteriums (intensive Furcht, Entsetzen und Hilflosigkeit). Die anschliessende Symptomerfassung bezog sich ebenfalls auf das am meisten belastende Ereignis.

Modifizierte PTSD-Symptomskala

Zur Erfassung der PTSD-Symptome wurde die kurze Screeningskala PTSD von Breslau et al. [10] eingesetzt, mithilfe derer, wie bereits in früheren epidemiologischen Studien [7, 11], sowohl das Vollbild nach DSM-IV als auch subsyndromale PTSD festgestellt werden können. Die sieben Items der Skala umfassen fünf Vermeidungs- und Numbingsymptome (C2, C4, C5, C6, C7) sowie zwei der Übererregungssymptome (D1, D5). Das C2-Kriterium (Anstrengungen zur Vermeidung von Aktivitäten, Situationen usw.) wurde in dieser Studie durch das C1-Kriterium (An-

strengungen, Gedanken und Emotionen zu vermeiden) ersetzt. Alle Fragen bezogen sich auf dasjenige Ereignis der Traumaliste, welches von den Befragten als das am meisten belastende angegeben wurde, und auf den letzten Monat. Im Unterschied zum ursprünglichen dichotomen Format wurde eine vierstufige Antwortskala gewählt (überhaupt nicht; einmal pro Woche oder seltener; zwei- bis viermal pro Woche; fünfmal pro Woche/die meiste Zeit).

Diagnose: Vollbild und partielle PTSD

Das PTSD-Vollbild wurde in Übereinstimmung mit den DSM-IV-Kriterien bestimmt, indem der Algorithmus der modifizierten PTSD-Symptomskala angewendet wurde [10]: Vorliegen des A1- und A2-Kriteriums sowie mindestens vier von sieben Symptomen nach Breslau et al. [10] mit Skalenwerten ≥ 2 («zwei bis vier Mal pro Woche»).

Da sich in epidemiologischen und in klinischen Studien die Miterfassung der partiellen (subsyndromalen) Störungsbilder eingebürgert hat [12] und die DSM-IV-Kriterien eine engere Definition als die weiter gefasste ICD-10-Beschreibung der PTSD beinhalten [13], wurden in der vorliegenden Surveystudie auch die weiter gefassten Kriterien für partielle PTBS erhoben. Dazu erforderlich waren A1- und A2-Kriterium sowie jeweils mindestens ein Symptom der C-Gruppe (Vermeidung und Numbing) und der D-Gruppe (Übererregung) mit Skalenwerten ≥ 2 («zwei bis vier Mal pro Woche»).

Biografische Informationen

In einem kurzen halbstrukturierten Interview wurden Informationen erfragt, die mit den potentiell traumatisierenden Ereignissen biografisch zusammenhängen.

Ergebnisse

Potentiell traumatisierende Lebensereignisse

Insgesamt 38% ($n = 124$) der Frauen und 34,4% ($n = 83$) der Männer berichteten mindestens ein traumatisches Ereignis (Geschlechtsunterschied $\chi^2 = .64$, n.s.). Es gab folgende Verteilung von Mehrfachtraumatisierungen: 10,8% aller Untersuchten ($n = 123$) gaben nur ein Trauma an, 3,7% ($n = 42$) berichteten zwei, 2,6% ($n = 30$) drei, 0,5% ($n = 6$) vier und 0,6% ($n = 6$) nannten fünf oder mehr Traumata.

Tabelle 1 gibt die Häufigkeiten der traumatischen Lebensereignisse an. Bei Frauen waren die häufigsten spezifischen Ereignisse körperliche Gewalt (11,2%), schwere Unfälle (10,0%) sowie kriegsbezogene Traumen (8,5%). Bei Männern waren die häufigsten spezifischen Traumata schwere Unfälle (15,8%), körperliche Gewalt (10,8%) sowie in gleicher Ausprägung kriegsbezogene Traumen und Zeugenschaft eines Traumas (8,3%). Vergewaltigungen wurden ausschliesslich von Frauen und sexueller Kindesmissbrauch von Frauen mehr als doppelt so häufig wie von Männern angegeben. Diese Geschlechtsunterschiede waren jedoch (vermutlich aufgrund der geringen Fallzahlen) nicht signifikant.

Tabelle 1Lebenszeitprävalenzen traumatischer Ereignisse^a und Geschlechtsvergleich.

	Gesamt N = 570		Frauen N = 329		Männer N = 241		Test für Geschlecht
	N	%	N	%	N	%	Chi ² (p)
Traumata, gesamt	207	36,3	124	37,7	83	34,4	,64 (.42)
Kriegserlebnisse	48	8,4	28	8,5	20	8,3	,01 (.93)
Körperliche Gewalt	63	11,1	37	11,2	26	10,8	,03 (.86)
Vergewaltigung	5	,9	5	1,5	0	0	3,70 (.0,8)
Kindesmissbrauch	19	3,3	14	4,3	5	2,1	2,05 (.15)
Naturkatastrophe	8	1,4	4	1,2	4	1,7	,20 (.73)
Schwerer Unfall	71	12,5	33	10,0	38	15,8	4,20 (.04*)
Inhaftierung/Geiselhaft	10	1,8	4	1,2	6	2,5	1,31 (.34)
Zeugenschaft	45	7,9	25	7,6	20	8,3	,09 (.76)
Andere	86	15,1	58	17,7	28	11,6	3,98 (.05*)

^a Mehrfachangaben möglich, * p < 0,05**Die vier Personen mit einem PTSD-Vollbild**

Zwei der vier Personen mit PTSD-Vollbild gaben *kriegsbedingte Traumen* als die sie am meisten belastenden Lebensereignisse (d.h. als Indexereignis für die PTSD) an. Eine Person gab ein *Trauma durch politische Verfolgung* an, die Vierte ein weniger als zehn Jahre zurückliegendes *physisches Gewalterlebnis*. Die erstgenannten drei Personen waren eingebürgerte Schweizer, nur die vierte Person war gebürtige Schweizerin.

Aufgrund der geringen Anzahl von Personen mit PTSD-Vollbild können diese Personen hier kurz näher beschrieben werden (Einverständnis der Studienteilnehmenden liegt vor):

75-jährige Frau – Kriegstrauma

Gebürtige Polin, sexueller Missbrauch in der Kindheit durch einen Priester und Vergewaltigung 1945 mit 18 Jahren durch russische Soldaten. Zusätzliche traumatische Lebensereignisse während der Flucht aus Polen in die Schweiz mit 19 Jahren.

69-jährige Frau – Kriegstrauma

Gebürtige Tschechin, Kriegserfahrungen und Gefangenschaft als Kind (6-jährig) in der Tschechoslowakei, die sie danach durch Flucht mit den Eltern verliess.

79-jähriger Mann – Trauma durch politische Verfolgung

Gebürtiger Ungar, 1953 als 32-jähriger in seinem Heimatland in revolutionären Volksaufstand und lebensbedrohliche Kampfhandlungen verwickelt. Weitere lebensbedrohliche Situationen während der Flucht aus Ungarn.

67-jährige Frau – rezente physische Gewalt

Gebürtige Schweizerin, Gewalterlebnis im Alter von 60 Jahren mit physischen Schädigungsfolgen durch Ehemann.

Subsyndromale PTSD

Zur Analyse der Traumakonstellationen der 24 Personen mit subsyndromal ausgeprägter PTSD wurden die subjektiv am meisten belastenden Traumatisierungen zunächst nach Art des erlebten Traumas in folgende Kategorien eingeteilt: kriegsbezogene Traumen, Gewalterlebnisse (Kindesmissbrauch vor dem 14. Lebensjahr, Vergewaltigung, physische Gewalt, Gefangenschaft), Unfälle (Naturkatastrophe, schwerer Unfall) und andere Traumen (Zeuge eines Traumas, andere Traumen wie z.B. schwere Erkrankungen). Ausserdem wurde nach dem Lebensalter bei Traumatisierung unterschieden: Kindheit (bis 13. Lebensjahr), Jugend und junges Erwachsenenalter (14–24 Jahre), mittleres Erwachsenenalter (25–59 Jahre) und höheres Erwachsenenalter (60–96 Jahre).

Sowohl die Traumaart ($\chi^2 = 1,67$; $p = ,64$) als auch die jeweilige Altersgruppe zum Zeitpunkt der Traumatisierung ($\chi^2 = 1,00$; $p = ,80$) unterschieden sich nicht signifikant in den Häufigkeitsverteilungen. Die Zellenbelegung der Kreuztabelle (Tabelle 2) erscheint ebenfalls gleichförmig und lässt damit auf Unabhängigkeit der beiden Dimensionen Altersgruppe und Traumatisierungsart schliessen (aufgrund der geringen Fallzahlen ist keine Testung möglich).

Die zur Verfügung stehenden biografischen Angaben zeigen, dass alle fünf Personen mit Kriegstraumen und

Tabelle 2

Angaben zu den Indextraumen der 24 Personen mit subsyndromaler PTSD.

Art des Traumas	Traumatisierungsalter				
	in der Kindheit	in der Jugend	im mittleren Erwachsenenalter	im höheren Erwachsenenalter	
Krieg	2	3	–	–	21%
Gewalt	2	–	2	3	29%
Unfall	1	2	1	4	33%
Andere	–	–	3	1	17%
	21%	21%	25%	33%	

subsyndromaler PTSD aus verschiedenen Ländern und zu jeweils verschiedenen Zeiten in die Schweiz immigriert waren (50 bis 70-er Jahre aus ehemals kommunistischen Ländern, 80 bis 90-er Jahre aus Balkanländern).

Diskussion

Die Untersuchung begann mit der Frage, ob es in der Schweiz (ältere) Personen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen gibt und aus welchen potentiell traumatisierenden Erlebnissen diese herrühren. Nach DSM-IV-Algorithmus fanden sich Prävalenzen von 0,7% für das PTSD-Vollbild und 4,2% für subsyndromale PTSD (Punktprevalenzen). Für die klinische Praxis in der Schweiz, in der weitgehend nach ICD-10-Kriterien diagnostiziert wird, kann man aufgrund der liberaleren Kriterien für PTSD, die im Wesentlichen den DSM-IV-Kriterien für subsyndromale PTSD entsprechen, diese Prävalenzen zusammenfassen (vgl. [13]). Demnach bekämen insgesamt rund 5% der befragten Personen nach den in der Praxis gängigen Kriterien eine PTSD diagnostiziert.

Damit stehen die Ergebnisse der Studie im Kontrast zur bisher einzigen epidemiologischen Studie in der Schweiz, die 0% für das PTSD-Vollbild und 2,9% für subsyndromale PTSD gefunden hatte [1]. Allerdings waren für diese entwicklungspsychopathologische Längsschnittsstudie viele Personen mit Migrationshintergrund ausgeschlossen worden und das Alter der Untersuchten beschränkte sich auf das mittlere Lebensalter.

In der vorliegenden Studie fällt die relativ hohe Anzahl der Personen auf, deren PTSD auf Kriegstraumatisierungen zurückzuführen ist. Bei drei der geschilderten vier Fallvignetten lagen traumatisierende Kriegs- bzw. Verfolgungserlebnisse aus anderen europäischen Ländern vor. Anlässlich des 50. Jahrestages des Aufstands in Ungarn war 2006 darauf hingewiesen worden, dass die Schweiz damals 14 000 politische Migrantinnen und Migranten aufgenommen hatte [14]. Ähnlich ausgeprägte Migrationswellen gab es 1968 aus der damaligen Tschechoslowakei und in den 80-er und 90-er Jahren vom Balkan. Diese älteren Menschen mit Kriegserfahrungen leben heute in der Schweiz und haben aufgrund ihrer damaligen Erlebnisse bis heute eine PTSD-Symptomatik.

Weiterhin lagen (subsyndromale) PTSD nach schweren Unfällen, körperlichen Gewalterfahrungen und anderen Traumata (z.B. eigene lebensbedrohliche Erkrankung oder die naher Angehöriger) vor, wie dies bei einer Gruppe älterer Personen mit kumulierten Lebenserfahrungen auch zu erwarten war. Die Prävalenzen waren damit etwas geringer als diejenigen einer Repräsentativstudie für Deutschland, die mit identischer Methodik bei älteren Personen in 1,9% der Fälle das PTSD-Vollbild und bei weiteren 3,8% subsyndromale PTSD fand (im Vergleich zu 1,3% PTSD-Vollbild und 1,3% subsyndromaler PTSD bei jüngeren Erwachsenen [7]). Bei älteren Menschen finden sich damit höhere Störungsbelastungen, als dies unter den meisten Fachkolleginnen und -kollegen angenommen wird.

Klinisch-therapeutisch weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass ein signifikanter Teil älterer Patienten an Flash-

backs, Intrusionen, Alpträumen, Gefühls- und Erinnerungsvermeidung, Schlafstörungen, Pavor nocturnus und anderen Hypervigilanz- bzw. Hyperarousalsymptomen leiden [15]. Möglicherweise wird ein Teil dieser Patientinnen und Patienten anstelle der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit einer Diagnose des depressiven Spektrums (fehl-)diagnostiziert. In einer zuvor publizierten Analyse der hier vorgestellten Studie fand sich, dass Psychotherapie nur bei 14% und Pharmakotherapie nur bei 10% derjenigen Personen mit PTSD oder subsyndromaler PTSD in Anspruch genommen worden war [2]. Daraus ergibt sich, dass vermehrt geprüft werden sollte, ob der Einsatz psychotherapeutischer und pharmakotherapeutischer Möglichkeiten indiziert ist, wenn ältere Menschen die entsprechende Symptomatik zeigen. Über altersadaptierte psychotherapeutische Verfahren wie der strukturierte Lebensrückblick [16] sowie altersspezifische Dosierungen [17] gibt es ein zunehmendes praktisches Wissen.

Abschliessend soll auf methodische Beschränkungen der Studie eingegangen werden. Es wurde eine vergleichsweise restriktive Traumaereignisliste vorgelegt. Dies mag erklären, dass mit 36% eine relativ geringe Häufigkeit traumatischer Ereignisse gefunden wurde. Die Traumaereignisliste hat in den vergangenen 15 Jahren verschiedene Überarbeitungen und Erweiterungen erfahren [18] und scheint in der vorgelegten älteren Form einen relativ grossen Bereich derjenigen Traumatisierungen nicht abzudecken, die im Zusammenhang mit schrecklichen Ereignissen bei nahe stehenden Personen auftreten könnten. Weiterhin ist bei Untersuchungen dieser Art immer eine Erinnerungsverzerrung bzw. Gedächtnisproblematik in Betracht zu ziehen, wenn weit zurückliegende Ereignisse erfasst werden sollen. Dem kann jedoch bei der vorliegenden Studie entgegengehalten werden, dass die Angaben zur PTSD sich nur auf die aktuelle Symptomatik beziehen. Trotz dieser Restriktionen zeigen die Studie und ihre Ergebnisse aber, dass Daten aus anderen Ländern einerseits und mit Stichproben unterschiedlicher Altersgruppen (bzw. Ausschlusskriterien) andererseits nur mit Vorbehalt für Prävalenzaussagen zur Posttraumatischen Belastungsstörung herangezogen werden können. Dass die aktuelle Fachliteratur zur PTSD nach wie vor von epidemiologischen Befunden aus dem US-amerikanischen Raum dominiert wird, scheint vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse nicht gerechtfertigt. Weitere europäische Studien, die den Fokus auf regionale und altersgruppenspezifische Unterschiede sowie deren individuell-biografische und kollektiv-zeitgeschichtliche Erklärungsmöglichkeiten lenken, wären daher wünschenswert.

Literatur

- 1 Hepp U, Gamma A, Milos G, Eich D, Ajdacic-Gross V, Rossler W et al: Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. The Zurich Cohort Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(3):151–8.
- 2 Maercker A, Forstmeier S,ENZLER A, Krüsi G, Hörler E, Maier C, Ehlerl U: Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49(2):113–20.
- 3 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048–60.

- 4 Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC: Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry*. 1999;156(6):902–7.
- 5 Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al: Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004(420):21–7.
- 6 de Jong JTVM, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, et al: Lifetime events and posttraumatic stress disorder in four postconflict settings. *JAMA*. 2001;286(5):555–62.
- 7 Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Braehler E: Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*. 2008;79(5):577–86.
- 8 Maercker A,ENZLER A, Grimm G, Helfenstein E, Ehler U: Psychotherapy service utilization and psychotherapy motivation in a representative community sample of the elderly - results of the zurich older age study. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2005;55(3-4):177–82.
- 9 Wittchen H-U, Pfister H: DIA-X-Interviews: Manual für Screeningfragen und Interview, Interviewheft. Frankfurt: Swets & Zeitlinger; 1997.
- 10 Breslau N, Peterson EL, Kessler RC, Schultz LR: Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(6):908–11.
- 11 DeAlbuquerque A, Soares C, DeJesus PM, Alves C: Post-traumatic stress disorder. Assessment of its rate of occurrence in the adult population of Portugal. *Acta Med Port*. 2003;16:309–20.
- 12 Schützwohl M, Maercker A: Effects of varying diagnostic criteria for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 1999;12:155–65.
- 13 Rosner R, Powell S: Überschätzt die ICD-10 die PTBS-Prävalenz? Auswirkungen unterschiedlicher Diagnosekriterien auf Diagnoseraten der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegstraumatisierung. *Trauma und Gewalt*. 2007;1:46–61.
- 14 Mihok B, Wagner R: 1956 in die Schweiz. Wie ungarische Flüchtlinge die Identität des Landes stärkten. *Neue Zürcher Zeitung*, 2006, October 19th.
- 15 Maercker A: Posttraumatische Belastungsstörungen. Heidelberg: Springer; 2009.
- 16 Kuwert, Knaevelsrud: Gerontopsychotraumatologie. In Maercker A, editor. *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 2nd edition. Heidelberg: Springer; 2009.
- 17 Leopold, Priebe, Bauer: Psychopharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. In Maercker A, editor. *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 2nd edition. Heidelberg: Springer; 2009:278–87.
- 18 Perkonig A, Pfister H, Lieb R, Wittchen H-U: Traumatic events and PTSD among adolescents and young adults in Germany: prevalence and specific characteristics in a representative community sample. Paper presented at the 22nd Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies, November 2005, Toronto, Canada 2005.