

# Trauma bei Kriegsopfern

PD Dr. med. Stefan Vetter  
PD Dr phil Naser Morina

# Was Sie nach dem Vortrag verstehen sollten:



- Der Mensch kann psychische Traumata auch im Krieg mehrheitlich meist ohne professionelle Hilfe bewältigen;
- Körperliche Verletzungsmuster, infektiöse Begleiterkrankungen, Ernährungszustand und Sterberaten in den Kriegen beeinflussen die Entstehung von posttraumatischen Belastungsstörungen;
- Führung und Aufrechterhaltung der sozialen Netzwerke beeinflussen die Prävalenz von posttraumatischen Folgestörungen signifikant;
- Versorgungsansätze unterscheiden sich zwischen der Zivilbevölkerung und den Kämpfenden und
- Zentrale Rolle spielt während des Krieges die individuelle Funktionalität und nicht Psychotherapie

# Inhaltsübersicht



- Entwicklung der Kriegspsychiatrie
- Einflussfaktoren des Krieges
- Auswirkungen von Kriegstraumata
- Begleiterscheinungen bei Kämpfenden
- Psychiatrische Versorgung

# **Entwicklung der Kriegspsychiatrie**

von der Schlacht bei Solferino bis heute

# Die Schlacht von Solferino/Lombardei im Sardinischen Krieg



- 24. Juni 1859; 05:30 bis 18:00 Uhr:
  - 30'000 Tote und Verwundete
  - 10'000 Vermisste
  - 40'000 Folgeerkrankte
- Gründung des IKRKs durch Henry Dunant im Jahr 1863
  - Prinzipien der Unparteilichkeit, Neutralität und Unabhängigkeit
  - Schutz des Lebens und der Würde der Opfer von Kriegen
- Genfer Konventionen von 1864
- Deshalb wird die Schlacht von Solferino als Ausgangspunkt für die Humanisierung des Krieges angesehen



# Entwicklung der Kriegspsychiatrie als Spezialgebiet

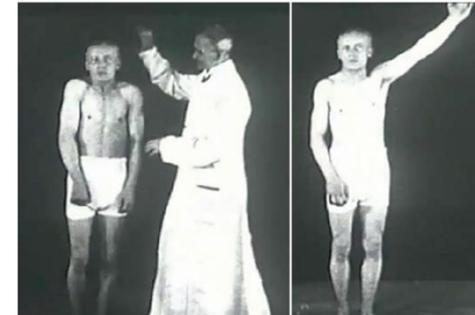
- Entstehung der Kriegspsychiatrie während des Krimkrieges (1856-1863)
- Professionalisierung und Institutionalisierung der Kriegspsychiatrie im Amerikanischen Bürgerkrieg (1861-1865)
- Institutionalisierte Wehrpsychiatrie in D/CH/A ab dem Deutsch-Französischen Krieg (1870-1871)
- Spanisch-Amerikanischer Krieg (1898)
- Zweiter Burenkrieg (1899-1902) und
- Russisch-Japanischer Krieg (1904-1905)

# Jeder Krieg hat seine eigenen psychischen Störungen



- Bei jeder kriegsführenden Nation können unterschiedliche Störungsbilder auftreten. Hier aufgezeigt am Beispiel 1. Weltkrieg:

- D/A: «Kriegsneurose» mit «Kriegszitterern»
- UK: «shell shock»
- F: «commotion» und «émotion de la guerre»
- I: «emozione di guerra» und «psiconervosi emotive»
- R: «voennaja kontuzija» (Kriegskontusion) und «travmatičeskij nevroz»

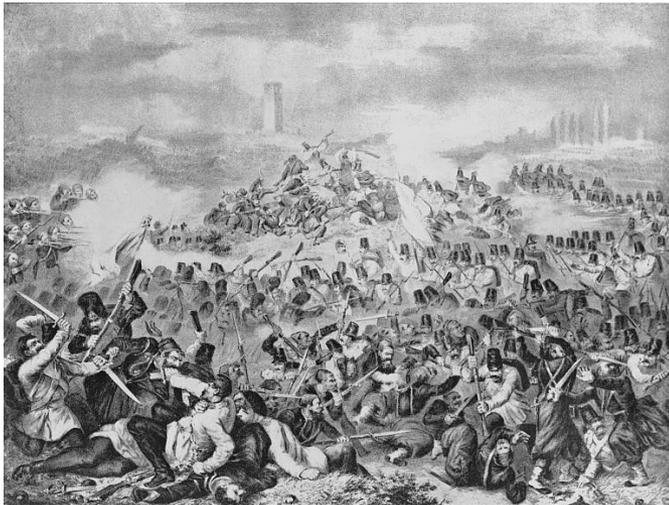


Ausschnitte aus einem Lehrfilm von 1917: Der Hamburger Psychiater Max Horney suggeriert einem traumatisierten Soldaten unter Hypnose, nicht obem zu moosen.

- Modernere Begriffe:
  - Battle Stress (aktueller Begriff NATO 2023)
  - Posttraumatische Belastungsstörungen
  - Traumatic Brain Injuries (TBI und mTBI) wurde vorallem in den Irak Kriegen verwendet

# Kriegsführung, Material und Gesellschaft

# Mortalität und Versehrtheit mit Auswirkung auf psychische Erkrankungen



Improved Outer Tactical Vest (IOTV)



# Weitere Einflussfaktoren für die Entwicklung einer PTBS bei Kriegsteilnehmern

- Höhe der Verluste in der Einheit
- Höhe der körperlichen Belastung
- Extreme Wetterbedingungen
- Schlafentzug
- Minderernährung
- Isolation und Einsamkeit
- Verlust oder Unterbruch zum angestammten sozialen Kernnetzwerk (disruptiv)

Karstoft et al., 2013; Goldmann et al., 2012)

- Intensität der Kampfhandlungen
- Form der Kampfhandlungen
- Anzahl der Kampfeinsätze

Boasso et al., 2015; Marx et al., 2009

# Führer und Führung bedingen posttraumatische Folgestörungen



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

Die Rate von posttraumatischen Folgestörungen zwischen guter Führung zu schlechter Führung beträgt:

**1 : 10**

Jones et al., 2012

# Soziopolitische und versicherungsrechtliche Einflussfaktoren

- Kommt es gesellschaftlich-juristisch während/nach einem Krieg zu einer Diskussion über die Deutung von psychischen Kampffolgen:
  - Malingering
  - Kriegsdienstverweigerung
  - Rentenschwindel
- desto höhere Prävalenzraten an posttraumatischen Folgestörungen sind zu erwarten. Anstatt die Gesamtgesundheitskosten zu minimieren, werden diese deshalb eher erhöht.

# **Auswirkungen Kriegstraumata**

Kämpfende im Vergleich zur Zivilbevölkerung

# PTSD Inzidenzen



Kriegsbetroffene Bevölkerung

6-7%

Kriegserfahrene Soldaten

10-40%

# PTBS Inzidenz der Truppe neuerer Kriege

- Israelische Truppen im Kampfeinsatz Libanon-Krieg 1982: **56%** chronifiziertes PTBS

Solomon et al., 1989

- Amerikanische Truppen in den Irak-Kriegen je nach Truppengattung: **6%** bis **31%** PTBS

Richardson et al., 2010; Dohrenwend et al., 2006

- UK Truppen im 2003 Irak Krieg: **3%** bis **6%**

Hotopf et al. 2006

- Aktuelle provisorische Zahlen der Ukrainischen Streitkräfte – Kommunikation der Inspektorin/Oberfeldärztin der Ukrainischen Sanitätstruppen (London August 2023):

«Battle Stress» Reaktionen: **24%**  
PTBS in Soldaten nach Rotation: **52%**

# PTBS Inzidenz bei der Zivilbevölkerung

- Review zum Nahen Osten mit 71 eingeschlossenen Studien/Papers, welche die PTBS Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen in Israel, Palestina, Libanon und Irak verglich, zeigte folgende Inzidenzraten:

Israel: 5% bis 8%

Irak: 10% bis 30%

Palestina & Libanon: 23% bis 70%

Mendoza et al., 2015

- Risikofaktoren im Gazastreifen
  - PTBS: Gewaltexposition, weiblich, höheres Alter und arbeitsloser Vater (PTBS Inzidenzen mit Exposition 53%, ohne 6.3%)
  - Angststörung: Gewaltexposition, weiblich, höheres Alter
  - Depression: weiblich

Krupnick, 2010

# Geschlechtsunterschiede bei der Entwicklung von Traumafolgestörungen in der Zivilbevölkerung durch Kriegstraumata

- Östrogen, Progesteron und Dehydroepiandrosteron kontrollieren die Ausschüttung des ACTH und die Aktivierung des GR

Corticotropin Releasing Factor (CRF)

Interleukin-6 (IL-6)

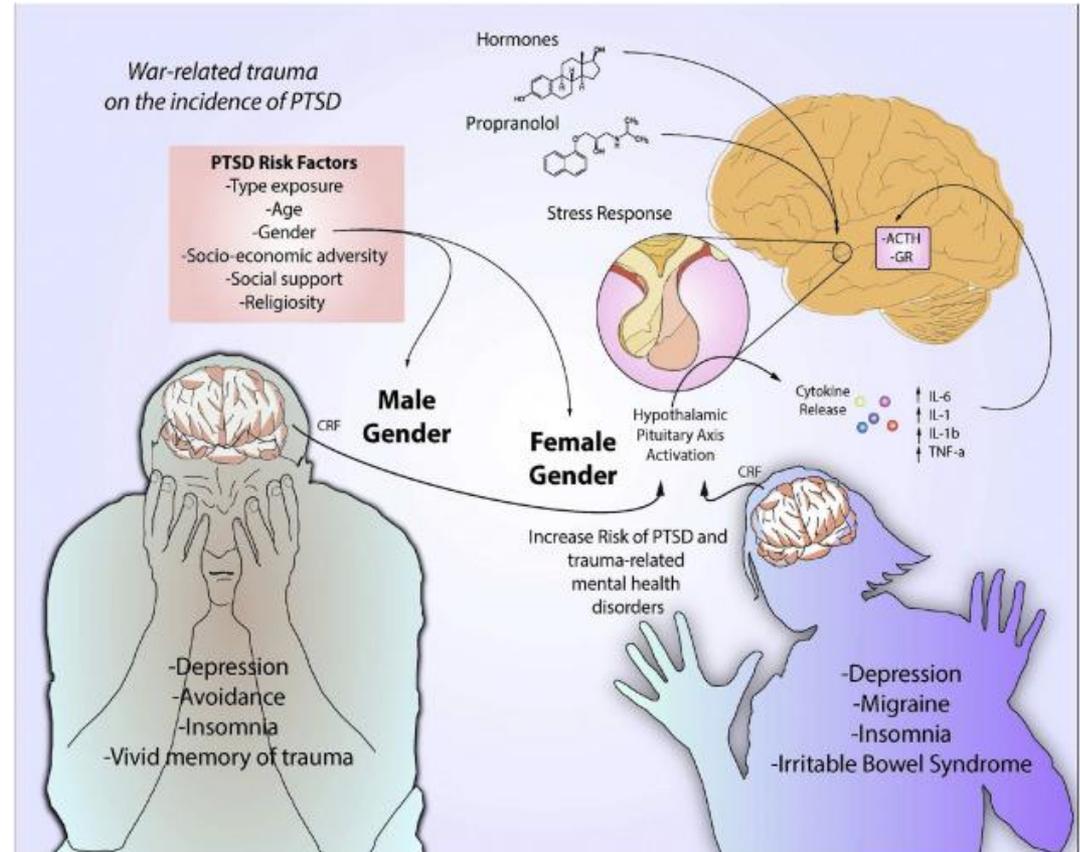
Interleukin-1 (IL-1)

Interleukin-1b (IL-1b)

Tumornekrosefaktor (TNF- $\alpha$ )

Glucocorticoid Rezeptor (GR)

Adrenocorticotropes Hormon (ACTH)



Mendoza et al., 2015

# Begleiterscheinungen bei Kämpfenden

# Begleiterkrankungen bei Kriegsveteranen



- Schwierigkeiten in der Intimbeziehung
- Vermindertes sexuelles Verlangen
- Vermehrt sexuelle Dysfunktionen

Solomon & Dekel, 2008

- Vergleichbar höhere Wahrscheinlichkeit für Wutausbrüche
- Höhere Aggressivität
- Häusliche Gewalt
- Stark verminderte Funktionsniveaus und Vernetzung im familiären Setting

Kirby et al., 2012; Glenn et al., 2002 und Beckham et al., 1997

- Vergleichbar höhere Inzidenz an Drogenkonsum

Calhoun et al. 2000

# Psychiatrische Versorgung

- Die Masse respektive Menge:
  - Schweizer Armee: 25'000 Behandlungen
  - Schweizer Bevölkerung: 270'000 Behandlungen
- Unklare Rollen: PTBS Betroffene häufig auch Täter
- Disruptive soziale Netzwerke und Ersatznetzwerke
- Negative sich selbsterfüllende Prophezeiung

# Therapeutische Strategie während dem Krieg

- ✓ Lebenssicherung
- ✓ Erhalt der individuellen und sozialen Basisfunktionalität
- ✓ Erhalt oder Rekonstruktion der sozialen Netzwerke
- ✓ So spät wie möglich Therapie
- ✓ Konzentration der Therapieressourcen auf die exazerbierten, vorbestehenden psychischen Erkrankungen

## Battle Stress:

- Wird bei der Truppe, in der angestammten Einheit, behandelt.
- Kurze Erholungszeit
- Einsatz bei Supportfunktionen
- Peersystem (mit zunehmender Funktionalität übernimmt man Verantwortung für frisch Betroffene)

## PTBS und protrahierter Battle Stress:

- Psychische Rekonvaleszenz Bataillone/Lager
- Keine Verlegung ins zivile Gesundheitssystem

# Therapeutische Methoden für die Truppe nach den Kampfeinsätzen

- Cognitive Processing Therapy (CPT)
- Virtual Reality (VR) Prolongierte Expositionen
- Psychopharmakologische Ansätze
- Screening, Beratung und Selbsttherapieansätze auf dem Internet oder via App  
(teilweise auch nur auf Ebene von Einzelsymptomen)

# Behandlungserfolge bei Veteranen



- Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie und psychopharmakologische Behandlungen sind bei Kriegsteilnehmern weniger erfolgreich, als bei Zivilisten;
- Es sind hohe/höhere Drop-out Raten über sämtliche Verfahren feststellbar:

12-39%

Mendoza et al., 2015

- Trotz «erfolgreich» symptomreduzierender Cognitive Processing Therapy (CPT) bei 49% bis 70%,
- qualifizieren zwischen 60% bis 72% dieser Patienten weiterhin für PTBS.

Steenkamp & Litz, 2014, Steenkamp et al., 2015

# Zentrale Entscheidungsfragen zur Versorgung der Zivilbevölkerung

- Was sollten Behörden versuchen zu erreichen, um die Bedürfnisse von **tausenden** Menschen zu erfüllen, die von Traumata / Widrigkeiten / Krisen betroffen sind?

*Rüsten wir einige Kliniken/Zentren auf?*

*Helfen wir nur Menschen in wenigen Communities sehr gut?*

*Wenden wir viele Ressourcen auf, um einigen 100 Menschen mit max. klinischer Wirksamkeit zu helfen?*

*Wie setzt man Prioritäten?*

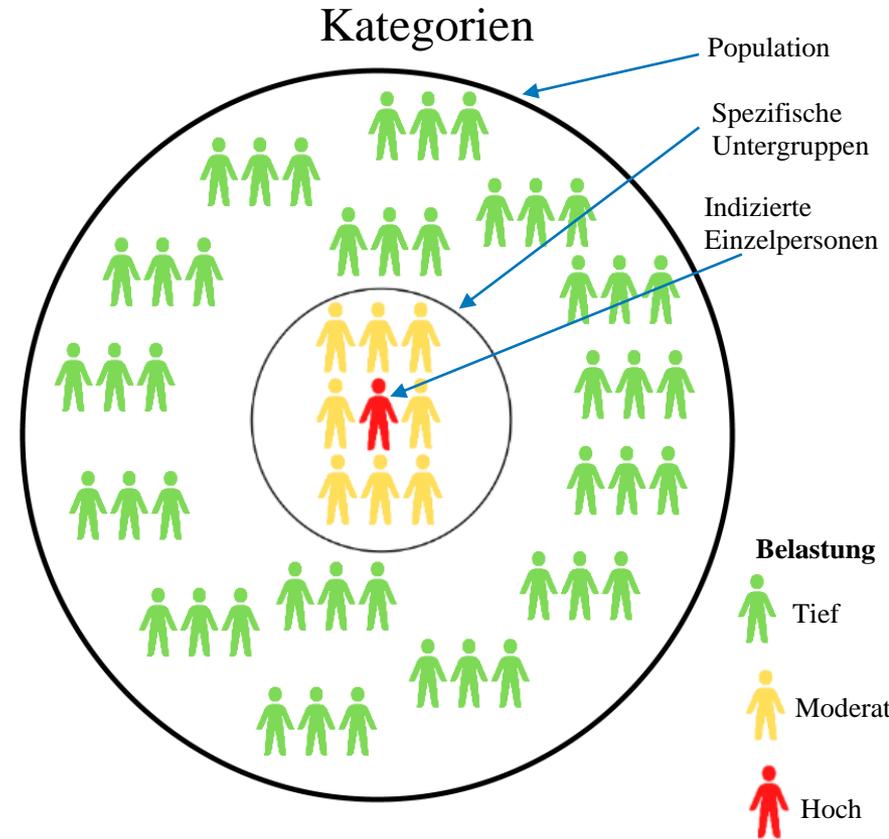
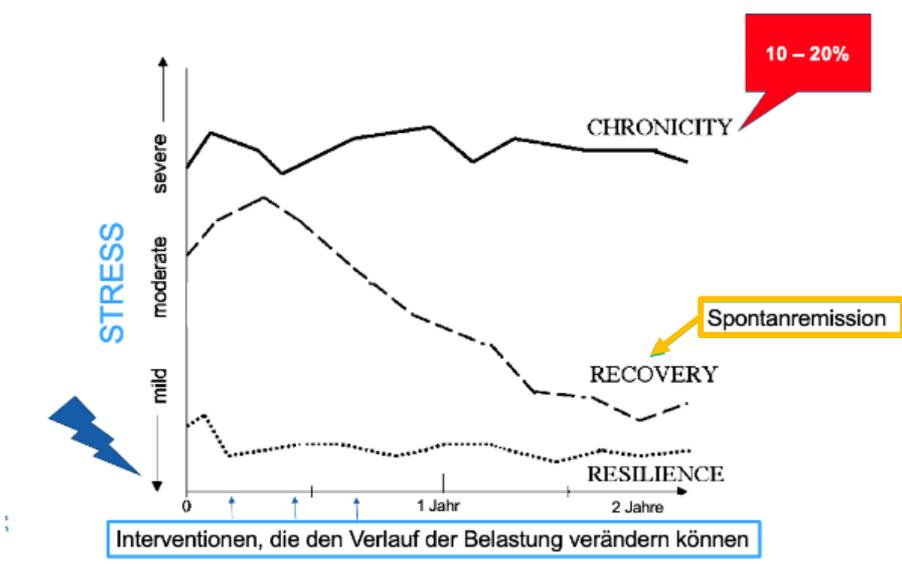


# Wer braucht welche Behandlung?



## Identifikation: Screening/Triage

# Stepped Care: Indizierte Interventionen



(vgl. Artikel zur Prävention von PTSD von Bisson et al, (2021), Clin Psychol Rev, 86 102004)

# Behandlungspyramide – Stepped Care



# Niederschwellige Interventionen der WHO

(eine Auswahl)



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

Self-Help Plus (SH+)

Friendship Bench (FB)

Counselling Relationships (CS)

Caregiver Skills Training (CST)

Early Adolescent Skills for Emotions (EASE)

Happy Families Program Children's (8-12) Manual  
(HFP)

Healthy Activity Program (HAP)

Counselling for Alcohol Problems (CAP)

Common Elements Treatment Approach (CETA)

Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-  
CBT)

WHO Interpersonal Therapy (IPT)

Group WHO Brief Interventions (SBI)

WHO Problem Management Plus (PM+)

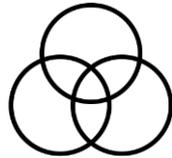
WHO Thinking Healthy Program (THP)

Recharge: Brief Psychological Intervention for Health  
Care Workers

# Kernelemente: niederschwellige Interventionen



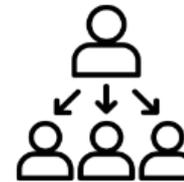
Evidence Based,  
innovativ



Transdiagnostisch



Kurz, schnell,  
einfach,  
angepasst



Task-Shifting/  
Capacity Building/  
Laien-Therapeuten



Skalierbar/  
kosteneffektiv

*... ersetzen nicht eine Fachtherapie und Spezialisten!*

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Ihr Interesse!



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich



[stefan.vetter@pukzh.ch](mailto:stefan.vetter@pukzh.ch)