



**GESUNDHEITLICHE
LANGZEITFOLGEN
VON SED-UNRECHT**

Tolou Maslahati & Lisa Arnhold

Trauma und Traumafolgestörungen

Gefördert durch:



Der Beauftragte der Bundesregierung
für Ostdeutschland

Kooperationspartner

Diese Modulbrochure zur Weiterbildung wurde erstellt in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. Stefan Röpke).

Impressum

Das Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht" ist eine Kooperation der Universitätskliniken Jena, Leipzig, Magdeburg und Rostock. Es wurde für vier Jahre vom Beauftragten der Bundesregierung für Ostdeutschland (Förderzeichen: 411-AS 05/2021 und 411-AS 06/2024) gefördert. www.sed-gesundheitsfolgen.de

Titelbild: ©[https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Lupus_in_Saxonia_-__\(Street_Photographer\)](https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Lupus_in_Saxonia_-__(Street_Photographer))

Zitationshinweis

Maslahati, T. & Arnhold, L. (2025). Trauma und Traumafolgestörungen. Modulbrochure zur Weiterbildung. Jena, Leipzig, Magdeburg und Rostock: Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht". Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie.

Zu den Autorinnen

Tolou Maslahati, M.Sc. Psychologie, MAS Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeutin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Von 2019 bis 2023 war sie im Verbundprojekt »Landschaften der Verfolgung« in Berlin tätig.

Lisa Arnhold, M.Sc. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT), ist Promotionsstudentin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Von 2021 bis 2023 war sie im Verbundprojekt »Landschaften der Verfolgung« in Berlin tätig.

Trauma und Traumafolgestörungen

Inhaltsverzeichnis

1. <i>Definition Trauma</i>	1
2. <i>Traumafolgestörungen</i>	2
3. <i>Prä-, Peri- und Post-Trauma-Faktoren: Risiko- und Schutzfaktoren bei einer Traumatisierung</i>	5

1. Definition Trauma

Als ein psychisches Trauma wird laut der 11. Internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (Englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) ein „extrem bedrohliches Ereignis bzw. Serie von Ereignissen“ bezeichnet (World Health Association, 2019).

Weiterhin lassen sich Traumata nach Typ-I- und Typ-II unterscheiden. Ein Typ-I-Trauma ist ein einmaliges, kurzfristiges Ereignis, wohingegen ein Typ-II-Trauma aus multiplen oder langfristigen Ereignissen besteht. Typ-I- und Typ-II-Traumata lassen sich wiederum in akzidentelle und interpersonelle Traumata aufteilen. Akzidentelle Traumata sind meist Unfälle oder Naturkatastrophen, wohingegen interpersonelle Traumata menschengemacht sind (Maercker & Hecker, 2016). Einige Beispiele für die verschiedenen Traumaformen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Je nachdem, welche Art von Trauma erlebt wurde, sind die Risiken für Traumafolgestörungen unterschiedlich hoch. Die Traumata mit dem höchsten Risiko für Traumafolgestörungen sind Typ-II-Traumata vom interpersonellen Typ (Maercker et al., 2013).

Bezogen auf die politische Haft in der DDR ist es wichtig anzumerken, dass sich die Haftbedingungen im Laufe der Jahre geändert haben und zunehmend weniger körperliche Gewalt berichtet wurde. Dennoch wurden die Haftumstände weiterhin als extrem belastend und potenziell traumatisch wahrgenommen. Die psychischen Belastungen durch Isolation, psychischen Druck und Demütigung erfüllten die Kriterien interpersoneller Typ-II-Traumata und hatten häufig schwerwiegende Folgen für die Betroffenen (Maercker, Gähler & Schützwohl, 2013). Darüber hinaus gibt es Stressoren, die nicht das Kriterium für ein Trauma erfüllen, so z.B. Zersetzungsmaßnahmen. Dennoch wird davon ausgegangen, dass chronischer Stress, wie er auch bei Betroffenen von Zersetzungsmaßnahmen in der DDR auftrat, ebenfalls mit negativen gesundheitlichen Folgen assoziiert ist (Marheinecke, Strauss & Engert, 2023).

Tabelle 1: Typologien von Trauma nach Maercker (2019).

	Akzidentelle Trauma	Man-made Traumata (Interpersonell)
Typ-I Traumata Einmalige, akute Lebensgefahr, unerwartet	• Unfälle • Kurzandauernde Naturkatastrophen (z.B. Wirbelsturm)	• Kriminelle und körperliche Gewalt • Vergewaltigung • Zivile Gewalterlebnisse (z.B. Banküberfall)
Typ-II Traumata Wiederholt, langanhaltend, unvorhersehbarer Verlauf	• Langanhaltende Naturkatastrophen (z.B. Flut) • Technische Katastrophen (z.B. Giftgasunfall)	• Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit • Geiselhäft • Folter und politische Inhaftierung

2. Traumafolgestörungen

Einschub 1: Welche Traumafolgestörungen sind Ihnen bekannt? (an Tafel sammeln)

Ein erlebtes Trauma kann verschiedene Traumafolgestörungen hervorrufen. Unter diesen nimmt die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eine besondere Rolle ein. Sie ist nicht nur die bekannteste Traumafolgestörung, sondern auch die einzige anhaltende psychische Störung, deren Diagnose ein eindeutig definiertes traumatisches Ereignis voraussetzt.

Eine PTBS besteht aus dem Symptomkomplex von Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und chronischen Übererregungssymptomen (Hyperarousal). Das Wiedererleben besteht vor allem aus lebhaften Erinnerungen in Form von Intrusionen, Flashbacks und Alpträumen über die erlebten traumatischen Erfahrungen. Dabei fühlt es sich beim Erleben eines Flashbacks für die Betroffenen so an, als würden sie das Trauma erneut durchleben. Unter dem Vermeidungsverhalten versteht man die Vermeidung Trauma-bezogener Gedanken und Gefühle, aber auch die Vermeidung von Allem, was an das Trauma erinnern könnte. Dazu können z.B. Orte oder Menschen gehören. Die chronischen Übererregungssymptome äußern sich in einer erhöhten Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit (World Health Organization, 2019). Die Erstmanifestation einer PTBS tritt typischerweise in den drei Monaten nach der Traumatisierung auf, sie kann jedoch bis hin zu Jahrzehnten nach einem Trauma auftreten (World Health Organization, 2019). In Deutschland liegt die Gesamtprävalenz für die PTBS zwischen 0.70 % und 1.50 % (Bachmann et al., 2021; Maercker et al., 2018). Im ICD-11, wurden die komplexe PTBS (kPTBS) neu als eigenständige Diagnose aufgenommen, um die besonderen Merkmale dieser Störung besser abzubilden. Im Vergleich zur PTBS beinhaltet kPTBS zusätzlich zu den zuvor beschriebenen Symptomen auch Schwierigkeiten bei der Regulation von Gefühlen, zwischenmenschliche Beziehungsprobleme sowie eine negative Selbstwahrnehmung. Diese Form der PTBS tritt besonders häufig im Zusammenhang mit wiederholten oder langanhaltenden Traumata auf, wie sie bei sogenannten Typ-II-Traumata vorkommen. In Deutschland liegt die Prävalenz der kPTBS bei etwa 0,5 % (Maercker et al., 2018).

Die akute Belastungsreaktion ist eine weitere Traumafolgestörung, welche in direktem Zusammenhang mit dem Trauma oder einem anderen belastenden Ereignis steht. Bei dieser Diagnose

handelt es sich um eine vorübergehende Störung als Reaktion auf eine physische oder psychische Belastung (Sendera & Sendera, 2013). Die Symptome können körperlich, emotional und dissoziativ sein. Die Symptomatik tritt meist Minuten bis Stunden nach dem erlebten Trauma ein und klingt in den meisten Fällen nach Stunden oder Tagen wieder ab (Dilling et al., 2019; Maercker et al., 2013).

Es ist allerdings durchaus möglich, dass Betroffene keinerlei PTBS-Symptomatik entwickeln oder sich die Belastungen durch die traumatischen Erfahrungen in der Entwicklung anderer Störungsbilder, wie z.B. Depressionen zeigen (Perkonig et al., 2000). Wichtig hierbei ist es zu erwähnen, dass diese zwar im Zusammenhang mit einer Traumatisierung als Traumafolgestörung auftreten können, jedoch auch unabhängig davon vorkommen können. Weiterhin weisen jüngere wissenschaftliche Daten auch auf einen Zusammenhang zwischen psychischen Traumata und nachfolgenden körperlichen Erkrankungen hin (Klinger-König et al., 2024; McFarlane, 2010).

Zu den häufigsten psychischen Traumafolgestörungen gehören die Depressionen. Diese treten entweder als eigenständige Diagnose oder gemeinsam mit einer PTBS auf (Maercker et al., 2004). Diese zeichnen sich aus durch eine anhaltend niedergeschlagene Stimmung, einen Verlust des Interesses an nahezu allen Aktivitäten, die zuvor Freude bereitet haben, sowie durch eine Reihe weiterer Symptome wie Schlafstörungen, Appetitveränderungen, Energiemangel und Konzentrationsprobleme (World Health Organization, 2019). In einer Studie von Tagay et al. (2004) lag die Prävalenz der Depression bei Personen mit einem erlebten Trauma bei ca. 20 %. Weitere häufige Traumafolgestörungen sind Angststörungen, Störungen durch Substanzmissbrauch (inkl. Alkohol), dissoziative Störungen sowie somatoforme Störungen (Perkonig et al., 2000). Angststörungen zeichnen sich durch anhaltende Ängste und Sorgen aus, die oft unverhältnismäßig auf reale oder auch vermeintliche Bedrohungen reagieren. Dazu gehören unter anderem die generalisierte Angststörung, soziale Angststörung, Panikstörung und spezifische Phobien. Dissoziative Störungen betreffen das Gefühl, sich von sich selbst oder der Umgebung abzukoppeln. Menschen mit dissoziativen Störungen können das Gefühl haben, dass sie nicht wirklich „in ihrem Körper“ sind oder dass die Welt um sie herum nicht real ist. Diese Symptome treten oft nach extrem belastenden oder traumatischen Erfahrungen auf, als eine Art „Schutzmechanismus“ des Gehirns. Somatoforme Störungen äußern sich durch körperliche Beschwerden, für die keine körperliche Ursache gefunden werden kann, aber die oft mit innerem Stress oder Traumata zusammenhängen (World Health Organization, 2019).

Häufige körperliche Erkrankungen, die mit traumatischen Erfahrungen in Verbindung gebracht werden, sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskuloskelettale Beschwerden und Übergewicht (McFarlane, 2010).

Einschub 2: Fallbeispiel lesen „Patient mit PTBS und komorbider Alkoholabhängigkeit“; dazugehörige Fragen:

- Welche Symptome psychischer Erkrankungen erkennen Sie? Markieren Sie diese im Text.
- Warum ist das Risiko für Substanzkonsumstörungen bei traumatisierten Personen erhöht? → Selbstmedikationshypothese diskutieren

Selbstmedikationshypothese

Nach einem traumatischen Erlebnis können sich Symptome einer PTBS entwickeln, wie zum Beispiel das Wiedererleben der Ereignisse, eine chronische Übererregung (Hyperarousal), allgemeine oder soziale Ängste sowie Vermeidungsverhalten. Dadurch kann es den Betroffenen zunehmend schwerfallen, beruflichen und sozialen Anforderungen gerecht zu werden.

Viele Betroffene entdecken irgendwann, dass sich diese belastenden Situationen scheinbar leichter ertragen lassen, wenn sie beispielsweise ein Glas Wein trinken, eine Beruhigungstablette einnehmen oder Cannabis rauchen. Plötzlich wirken Meetings weniger einschüchternd, im Kontakt mit anderen Personen fühlen sie sich wieder gelassener und souveräner und können abends auf dem Sofa scheinbar besser entspannen.

Durch den Konsum dieser Substanzen versuchen sie, die Symptome unter Kontrolle zu bringen. Dieser Ansatz scheint zunächst wirksam, führt jedoch im Laufe der Zeit dazu, dass sich aus dem Verhalten eine eigenständige Abhängigkeit entwickelt und die eigentlichen Belastungen nicht verarbeitet werden.

Fallbeispiel von Roland M.: PTBS mit Komorbidität Abhängigkeitserkrankung

Roland M. wurde in den 1980er Jahren in der DDR aus politischen Gründen verhaftet. Die Monate in Untersuchungshaft waren geprägt von psychischer Gewalt, Erniedrigung und ständigen Verhören, die ihn bis heute belasten. Roland M. spricht mit niemandem über diese Zeit. Nicht mit seiner Familie, nicht mit Freunden – und schon gar nicht mit Kollegen:innen.

In den Ort der ehemaligen Haftanstalt fährt er nie, selbst wenn dort Veranstaltungen oder Gedenkfeiern stattfinden, die eigentlich ihm und anderen Betroffenen gewidmet sind. Zu groß ist die Angst, wieder mit den Erinnerungen an diese Zeit konfrontiert zu werden. Bestimmte Geräusche oder Gerüche reichen aus, um ihn innerlich zurück in den Verhörraum zu versetzen.

Im Alltag funktioniert Roland M. scheinbar gut. Er ist pünktlich, erledigt seine Aufgaben zuverlässig und vermeidet auffällige Konflikte. Doch abends, wenn der Trubel des Tages abflaut, wird es schwierig: Die starke Anspannung kriegt er kaum reguliert und versucht so spät, wie möglich Schlafen zu gehen- zu quälend sind die Alpträume. Vor dem Fernseher greift er regelmäßig zu Bier.

Soziale Kontakte meidet Roland immer mehr. Er sagt Treffen mit Freund:innen ab, vermeidet größere Zusammenkünfte und zieht sich zunehmend zurück. Seine Familie bemerkt, dass er verschlossener und distanzierter geworden ist, doch er blockt jede Nachfrage ab. "Alles gut", sagt er kurz angebunden, wenn er auf sein Verhalten angesprochen wird.

Die Bilder und die Erinnerung an die Vergangenheit sind vor allem seit dem Auszug seiner Tochter wieder aufgekommen. Die enge Bindung zu ihr war für Roland immer ein Anker in seinem Leben. Ihr Weggang hinterließ eine Leere, die ihn mehr belastete, als er sich eingestehen wollte. Ohne ihre regelmäßige Nähe fühlte er sich zunehmend isoliert, und die Erinnerungen an die Haftzeit drängten sich mit neuer Intensität auf.

Vor einigen Monaten stellte Roland einen Antrag auf Rehabilitierung, um seine politischen Verurteilungen offiziell aufarbeiten zu lassen. Doch die damit verbundenen Anhörungen, bei denen er die damaligen Ereignisse schildern müsste, setzen ihm massiv zu. Schon Tage vor den Terminen spürt

er eine innere Anspannung, der er kaum entkommen kann. Abends, vor solchen Terminen, trinkt Roland besonders viel. Es hilft ihm, die Furcht und die drängenden Bilder zu unterdrücken, zumindest für eine Weile.

Seine Familie hat bemerkt, dass sich sein Verhalten verändert hat. Sie machen sich Sorgen um seine Gesundheit und drängen ihn, Hilfe zu suchen. Doch Roland M. blockt ab. Er will nicht über die Vergangenheit reden und fühlt sich von seinem Hausarzt ohnehin nicht verstanden. "Das bringt doch alles nichts", sagt er, "ich muss das allein schaffen." Innerlich kämpft er jedoch einen zermürbenden Kampf, der ihn immer mehr von seinem Umfeld isoliert.

3. Prä-, Peri- und Post-Trauma-Faktoren: Risiko- und Schutzfaktoren bei einer Traumatisierung

Die Entwicklung einer Traumafolgestörung, wie etwa einer PTBS, wird von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst, die in prätraumatische, peritraumatische und posttraumatische Kategorien unterteilt werden können. Diese Faktoren können entweder als Risiko- als auch als Schutzfaktoren wirken, je nachdem, wie sie die Fähigkeit der betroffenen Person beeinflussen, mit der Belastung umzugehen.

Prätraumatische Faktoren

Prätraumatische Faktoren umfassen alles, was vor dem traumatischen Ereignis vorhanden war und die Vulnerabilität oder Resilienz einer Person beeinflussen kann. Zu den Risikofaktoren zählen hier genetische Prädispositionen (Yehuda & LeDoux, 2007), eine belastende Kindheit mit z.B. Vernachlässigung oder Missbrauch (Brewin et al., 2000) sowie psychische Vorerkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen (Schnyder & Cloitre, 2015). Auf der anderen Seite können das Vorhandensein positiver Bewältigungsstrategien als Schutzfaktoren wirken und die Resilienz gegenüber traumatischen Ereignissen erhöhen (Carmassi et al., 2020).

Peritraumatische Faktoren

Die peritraumatischen Faktoren beziehen sich auf das Erleben und die Umstände während des traumatischen Ereignisses selbst. Risikofaktoren sind hier die Schwere und Dauer des Ereignisses, die erlebte Hilflosigkeit und Belastung (Kilpatrick et al., 2013). Schutzfaktor während des Ereignisses kann die Anwesenheit von unterstützenden Personen (z.B. Ersthelfer:innen) sein. Ebenso kann das Gefühl von Handlungsspielraum während des traumatischen Erlebnisses eine wichtige Rolle spielen. Wenn Betroffene die Empfindung haben, aktiv zur eigenen Sicherheit beizutragen, kann dies das subjektive Empfinden von Kontrolle stärken und das Risiko einer traumatischen Verarbeitung mindern (Bonanno, 2008). Auch Spiritualität hat einen protektiven Einfluss (Peres et al., 2007).

Posttraumatische Faktoren

Die Zeit nach dem traumatischen Ereignis ist entscheidend dafür, ob und in welchem Ausmaß eine Traumafolgestörung auftritt. Risikofaktoren in dieser Phase umfassen das Fehlen eines unterstützenden sozialen Netzwerks, anhaltenden Stress oder eine Retraumatisierung durch erneute traumatische Erlebnisse. Auch die Stigmatisierung von Betroffenen und die mangelnde Möglichkeit, über das Erlebte zu sprechen, können die Verarbeitung erschweren (Maercker & Horn, 2013). Schutzfaktoren in der posttraumatischen Phase sind hingegen ein stabiles soziales Umfeld, Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung und die Möglichkeit, über das Ereignis

zu sprechen und es einzuordnen.

Zusammengenommen zeigt sich, dass die Entstehung von Traumafolgestörungen nicht allein vom traumatischen Ereignis abhängt, sondern von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren, die vor, während und nach dem Trauma wirken.

Einschub 3: Überlegen Sie in 2er-Gruppen, welche Faktoren prä-, peri- und post-Trauma bei politisch Inhaftierten in der DDR eine Rolle gespielt haben/spielen? (Beispiele: Haftbedingungen, Entlassung in DDR, mangelnde gesellschaftliche Aufarbeitung/Stigmatisierung,...)

Lesen Sie noch einmal das o.g. Fallbeispiel und identifizieren Sie mögliche Schutzfaktoren.

Literatur

- Bachmann, C. J., Czwikla, J., Jacobs, H., Fegert, J. M., & Hoffmann, F. (2021). Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017 [Prevalence and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Germany: An Analysis of Nationwide Health Insurance Data, 2008 vs 2017]. *Psychiatr Prax*, 48(06), 316-323. <https://doi.org/10.1055/a-1347-5410>
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?
- Braun-Scharm, H., Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A., Bob, A., & Bob, K. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie* / by: Möller, Hans-Jürgen, Laux, Gerd, Deister, Arno (3., überarbeitete Auflage. ed.). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-002-6252>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748.
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Fiorillo, A., & Dell'Oso, L. (2020). Risk and Protective Factors for PTSD in Caregivers of Adult Patients with Severe Medical Illnesses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5888. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165888>
- Dilling, H., Freyberger, H. J., & Cooper, J. E. (2019). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen : mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabelle ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR : nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J. E. Cooper / Weltgesundheitsorganisation ; herausgegeben von H. Dilling und H.J. Freyberger (9., aktualisierte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (german modification) 2019 ed.). Hogrefe.
- Elstner, S., & Diefenbacher, A. (2009). Anpassungsstörungen. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 3(01), 21-32. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067567>
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547.
- Klinger-König, J., Erhardt, A., Streit, F., Völker, M. P., Schulze, M. B., Keil, T., ... & Grabe, H. J. (2024). Childhood Trauma and Somatic and Mental Illness in Adulthood: Findings of the NAKO Health Study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 121(1), 1.
- Maercker, A. (2019). Traumafolgestörungen. Springer.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Maercker, A., Gäbler, I., & Schützwohl, M. (2013). Verläufe von Traumafolgen bei ehemaligen politisch Inhaftierten der DDR. *Der Nervenarzt*, 84(1), 72-78.
- Maercker, A., & Hecker, T. (2016). Trauma-und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(1), 28-34.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *The Journal of nervous and mental*

- disease, 206(4), 270-276. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000790>
- Maercker, A., & Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(6), 465-481.
- Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S., & Margraf, J. (2004). Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *The British Journal of Psychiatry*, 184(6), 482-487. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.482>
- 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.
- Marheinecke, R., Strauss, B., & Engert, V. (2023). Visible wounds of invisible repression: A perspective on the importance of investigating the biological and psychological impact of political repression. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Kapfhammer, H.-P. (2017). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* / Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux, Hans-Peter Kapfhammer (Herausgeber) (5. Auflage ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52.
- Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2018). Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. In M. J. Pausch & S. J. Matten (Eds.), *Trauma und Traumafolgestörung: In Medien, Management und Öffentlichkeit* (pp. 3-12). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17886-4_2
- Peres, J. F., Moreira-Almeida, A., Nasello, A. G., & Koenig, H. G. (2007). Spirituality and resilience in trauma victims. *Journal of religion and health*, 46, 343-350.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Schauss, N., Maslahati, T., Weberling, J., Booß, C., Arnhold, L., Galve Gómez, M., Kapl, Z., Donth, S., Heuser-Collier, I. & Roepke, S. (in Press). Zufriedenheit mit der Aufarbeitung politischer Haft. Eine Untersuchung bei ehemaligen politisch Inhaftierten der Sowjetischen Besatzungszone und der Deutschen Demokratischen Republik. *Trauma & Gewalt*.
- Schnyder, U., & Cloitre, M. (2015). *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders*. Cham: Springer International Publishing.
- Schock, K., Rosner, R., Wenk-Ansohn, M., & Knaevelsrud, C. (2010). Retraumatisierung – Annäherung an eine Begriffsbestimmung. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(07), 243-249.
- Sendera, A., & Sendera, M. (2013). Die akute Belastungsreaktion. In *Trauma und Burnout in helfenden Berufen : Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills* (pp. 87-89). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1244-1_3
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., & Senf, W. (2004). Trauma, posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung [Trauma, Post-Traumatic Stress Disorder and Somatization]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 54(05), 198-205. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814866>
- World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56(1), 19-32.

Alle Weiterbildungsmodule im Überblick

Module	Benötigte Vorkenntnisse*
1 Geschichte und Aufarbeitung	
1a Opfergruppen und Repressionsformen in der DDR	1
1b Rehabilitierungs- und Entschädigungsmöglichkeiten	1
1c Akteneinsicht	1
2 Gesundheitliche (Langzeit-) Folgen von SED-Unrecht	
2a Schädigungen und gesundheitliche Folgen	1
2b Trauma und Traumafolgestörungen	1
2c Besonderheiten bei Traumatisierung im politischen Kontext	2
3 Psychosoziale Beratung für Betroffene von SED-Unrecht	
3a Beratung im Rahmen der Aufarbeitung von SED-Unrecht	3
3b Beratung für Betroffene von SED-Unrecht – Praxismodul	3
3c Schwierigkeiten bei sozialrechtlicher Begutachtung	3
3d Gesprächsführung	3
4 Die Regelversorgung	
4a Das Hilfesystem für psychische Krisen und Krankheiten	3
4b Psychotherapie und Gruppentherapie	3
5 Soziologische und sozialpsychologische Aspekte	
5a Stigma im Kontext SED-Unrecht	2
5b Unterschiedliche Perspektiven auf die Thematisierung von SED-Unrecht	2
6 Einzelne Opfergruppen im Fokus	
6a Minderjährig zwangsgedopte Leistungssportler*innen	2
6b Betroffene von Zersetzung	2
6c Betroffene der kontaminierten Anti-D-Prophylaxe	2
6d DDR-Heimkinder – Spätschäden staatlicher Zwangserziehung	2
6e Wenn ehemalige DDR-Heimkinder in Pflegeheime kommen	3

*Stufe 1 Basic: für alle Berufsgruppen geeignet, da keine Vorkenntnisse nötig. Stufe 2 erweiterter Basic: vertieftes Interesse/Basicmodule als Voraussetzung. Stufe 3 Vertiefung: speziell für Berufsgruppen, die intensiv mit Betroffenen arbeiten.



Gesundheitliche Langzeitfolgen
von SED-Unrecht