

sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Gewalt – alte und neue Herausforderungen für die Psychiatrie

Autor:
Markus J. Pausch
Seite 28–31

Behandlung von Gewalterfahrungen Sozialpsychiatrie, Gewalt, Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung

Zusammenfassung Gewalt und traumatische Erfahrungen spielten im Leben von Menschen schon immer eine Rolle. Über Jahrhunderte wurden die seelischen Reaktionen auf solche Erfahrungen unter verschiedensten Bezeichnungen beschrieben. Erst in den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts fand eine Operationalisierung unter dem Begriff Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) statt. Seitdem werden die (neuro-)physiologischen, (neuro-)biochemischen und psychologischen Prozesse im Gehirn während und nach Traumata wissenschaftlich untersucht. Zudem wurden und werden Verfahren zur Behandlung der PTBS konzeptualisiert und auf ihre Wirksamkeit geprüft. Mittlerweile stehen sehr effektive Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, mit denen eine PTBS erfolgreich und nachhaltig behandelt und geheilt werden kann.

ISSN 0171 - 4538

Verlag: Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

Erscheinungsweise: Januar, April, Juli, Oktober

Abonnement: Print für Privatkunden jährlich 42 Euro einschl. Porto, Ausland 42 Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

Redaktionsanschrift: beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

Redaktionssekretariat: Peter Weber
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299
E-Mail: si@psychiatrie.de

Redaktion:

Peter Brieger, Kempten
Michael Eink, Hannover
Hermann Elgeti, Hannover
Eva-Maria Franck, Hannover
Uwe Gonther, Bremen

Silvia Krumm, Ulm
Klaus Nuißl, Regensburg
Annette Theißing, Hannover
Samuel Thoma, Berlin
Dyrk Zedlick, Glauchau

Behandlung von Gewalterfahrungen

Sozialpsychiatrie, Gewalt, Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung

Autor: Markus J. Pausch



Zusammenfassung Gewalt und traumatische Erfahrungen spielten im Leben von Menschen schon immer eine Rolle. Über Jahrhunderte wurden die seelischen Reaktionen auf solche Erfahrungen unter verschiedensten Bezeichnungen beschrieben. Erst in den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts fand eine Operationalisierung unter dem Begriff Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) statt. Seitdem werden die (neuro-)physiologischen, (neuro-)biochemischen und psychologischen Prozesse im Gehirn während und nach Traumata wissenschaftlich untersucht. Zudem wurden und werden Verfahren zur Behandlung der PTBS konzeptualisiert und auf ihre Wirksamkeit geprüft. Mittlerweile stehen sehr effektive Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, mit denen eine PTBS erfolgreich und nachhaltig behandelt und geheilt werden kann.

Was ist überhaupt ein Trauma und eine PTBS?

Traumatische Erfahrungen gehören zum Menschsein, seit es den Menschen gibt. Die Konfrontation mit existenzieller Bedrohung, mit Gewalt, mit dem scheinbar Nicht-Aushaltbaren, durch Mensch oder Natur, war immer auch ein Teil des Lebens.

Gewalt in Form von verbal- oder tätlich-aggressiven Übergriffen, oder in Form von länger oder kürzer bestehender Bedrohung stellt sowohl für PatientInnen als auch für MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen, besonders aber der Psychiatrie, einen wichtigen Risikofaktor dar.

Die Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik führt häufig dazu, dass aufgrund der behandlungs-/aufenthaltsbegründenden Diagnose die individuelle Freiheit der PatientInnen eingeschränkt werden muss, sei es zum Selbstschutz oder zum Schutz anderer, oder deren (wichtigeren) Rechtsgütern. Diese Einschränkung der Freiheit erleben die Betroffenen als einen gewaltvollen Akt gegen sich. Dies löst in ihnen handlungsleitende Emotionen und Impulse aus, was dazu führen kann, dass die Betroffenen Versuche unternehmen, um die verloren gegangene Freiheit zurückzuerlangen. Diese Versuche sind nun häufig, auch wieder aufgrund der behandlungs-/aufenthaltsbegründenden Grunderkrankungen der PatientInnen, überschießende, häufig inadäquate, und führen

zu einem verbal- oder gar tätlich-aggressiven Übergriff gegen KlinikmitarbeiterInnen.

Dies kann zu einer weiteren, noch größeren Sanktion der Freiheiten der PatientInnen führen, die wiederum mit noch stärkeren Gegenreaktionen antworten. Der Teufelskreis ist geschlossen und jeder Akteur in diesem System wird zum »Täter« und zum »Opfer« in einem.

Die Psychiatrie hat sich mit dem Phänomen »Gewalt im Gesundheitswesen« in den letzten fünfzig Jahren in Deutschland intensiv beschäftigt und die Situation in psychiatrischen Kliniken hat sich im Sinne der PatientInnen und MitarbeiterInnen deutlich verbessert. Deeskalationsschulungen, Shared-Decisions-Making, Frühinterventionen nach Gewalterfahrungen durch PatientInnen, u.v.w. gehören heute (hoffentlich) zum Alltag in Psychiatrischen Kliniken.

Gewalt ist dennoch ein zentraler Risikofaktor, eine weiterhin permanent vorhandene Bedrohung und stellt für alle Beteiligten in der Psychiatrie eine große Herausforderung dar.

Gewalterfahrungen, welche als traumatisch erlebt werden, sind dadurch charakterisiert, dass sie in den Betroffenen seelischen, kognitiven, körperlichen und emotionalen Stress auslösen. Es kann sich das Gefühl von Hilflosigkeit einstellen, von Überforderung, Machtlosigkeit. Es kann aber auch sein,

dass ein Mensch in oder nach einer traumatischen Situation erst mal gar nichts fühlt. Viele unterschiedliche Reaktionen sind denkbar, möglich und vor allem normal.

Der Umstand, dass eine Person eine oder mehrere Gewalterfahrungen gemacht hat, welche vielleicht auch als Traumata bezeichnet werden können, bedeutet aber nicht, dass diese Person auch automatisch eine PTBS entwickelt. Es gilt ganz klar der Grundsatz: Trauma bedeutet nicht gleich PTBS!

Macht man sich auf die Suche nach einer einheitlichen Definition für den Begriff Trauma, wird man vergeblich suchen, da es diese nicht gibt. Der Begriff Trauma, der sich aus dem Griechischen für »Wunde« ableitet, unterlag in den letzten Jahrzehnten und bis heute einem Veränderungsprozess. Die Grundidee hinter dem Begriff ist, dass es sich, wie bei einer physischen Wunde, um eine Verletzung der menschlichen Seele handelt.

Folgt man der WHO mit ihrer Definition aus der ICD-10, dann ist ein Trauma ein »kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde« (ICD-10, Dilling et al. 2011).

Die American Psychiatric Association (APA) weitete in der 5. Version des Klassifikations-

system DSM («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders») den Begriff des Traumas aus und charakterisiert ihn als die »tatsächliche oder drohende Konfrontation mit dem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt«. Es wird des Weiteren noch genauer unterschieden, in welcher Art und Weise eine solche Konfrontation stattfinden kann: nämlich durch »direkte Erfahrung«, »persönliche Zeugenschaft«, »in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden« oder durch die »wiederholte Konfrontation mit aversiven Details« (American Psychiatric Association 2013). Eine traumatische Situation ist dadurch charakterisiert, dass es zu einer Diskrepanz zwischen subjektiv erlebter Bedrohung und individuellen Bewältigungsstrategien kommt.

Die subjektive Bewertung des Ereignisses und der subjektive Verlust von Kontrolle spielen bei der Entwicklung der PTBS eine zentrale Rolle. Der Stellenwert dieser subjektiven Parameter ist größer zu bewerten als der von objektiven.

Es gibt mittlerweile sehr viele unterschiedliche Systeme zur Einteilung von Traumata. Eine sehr häufige und gängige Einteilung ist die nach Auftretenshäufigkeit. Tritt ein traumatisches Ereignis singulär, plötzlich und kurzfristig auf, so spricht man von einem Trauma Typ I. Treten jedoch mehrere traumatische Ereignisse auf, welche auch über längere Zeit, manchmal viele Jahre, und manchmal auch vorhersehbar sind, dann spricht man von einem Trauma Typ II.

Eine andere, wichtige Einteilung ist jene nach verursachender Instanz. Traumata, welche zufällig und/oder durch die Natur verursacht sind, werden als non-intentionale, bzw. akzidentielle Traumata bezeichnet. Hierunter fallen z.B. Verkehrsunfälle oder Naturkatastrophen. Wird die traumatische Erfahrung durch einen Menschen verursacht, so spricht man von einem intentionalen Trauma, bzw. man-made-disaster oder einer Beziehungstraumatisierung.

Diese Einteilung ist insofern interessant, da sich gezeigt hat, dass die menschliche Seele akzidentielle Traumata besser verarbeiten kann als Beziehungstraumatisierungen.

Die noch sehr junge Geschichte der PTBS

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung ist, im Vergleich mit anderen psychiatrischen Diagnosen, eine sehr

junge. Obgleich bereits in den Schriften der Griechen und Römer der Antike Fälle mit den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörungen beschrieben wurden, so z.B. bei Herodot (The History of Herodotus, 44. v. Chr., Liber 6, Caput 117) oder bei Plutarch, so wurde es nicht als eigene Diagnoseentität angesehen. Bezeichnungen für diese Diagnose waren »Melancholie«, »mal de corazon« (= »Herzschmerz«), »Da Costa-Syndrom« (auch »Soldatenherz« genannt) oder das vielseitig bekannte »Railway Spine«.

Während und nach dem Ersten Weltkrieg zeigten die zurückkehrenden Soldaten die klassischen Symptome einer PTBS und wurden als sogenannte »Kriegszitterer« beschrieben. Ein ähnliches Symptombild zeigten die Kriegsrückkehrer aus dem Zweiten Weltkrieg oder dem Vietnamkrieg. 1980 wurde die Diagnose erstmalig in das US-amerikanische Diagnosemanual DSM, damals DSM-III, aufgenommen. In das Klassifikationssystem der WHO, die ICD, wurde die Diagnose der PTBS erstmalig 1991, mit der Veröffentlichung der 10. Version, aufgenommen.

Die PTBS stellt als Störungskategorie eine Reaktion auf (Extrem-)Stress dar. Und hiermit nimmt sie, zusammen mit der akuten Belastungsreaktion, der Anpassungsstörung und der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung in der ICD-10 eine besondere Stellung ein, da diese Diagnosen jeweils psychische Erkrankungen darstellen, die eine klare Ursache, eine eindeutig definierbare Entstehungssituation haben, nämlich die originäre Stress-/Belastungssituation, bzw. das traumatische Ereignis (sog. A- oder Ereigniskriterium), ohne deren Bestehen sie gar nicht diagnostiziert werden dürfen.

Die Symptome der PTBS

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist durch die Kernsymptom-Trias aus Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal gekennzeichnet.

Als Intrusionen werden sich immer wieder aufdrängende »Erinnerungen« bezeichnet, wobei es immer wieder zum Wiedererleben des Traumas, sei es im Wachen (Flashback) oder im Schlaf (Albtraum), kommt. Intrusionen stellen keine »normalen« Erinnerungen dar, sondern besitzen einen Hier-und-Jetzt-Charakter. Die Betroffenen erinnern sich also nicht an das Schlimme,

was passiert ist, sondern erleben es wieder, so, als ob es gerade im Moment nochmals passiert. Während einer Intrusion können die Erinnerungen entweder nur in einer, in mehreren oder sogar allen Sinnesmodalitäten wahrgenommen werden.

Im Rahmen des Vermeidungsverhaltens werden zunächst traumaassoziierte Reize im Außen wie auch im Innen vermieden. Der Ort, an dem das Trauma stattfand, oder ähnliche Orte, werden vermieden. Zudem wird vermieden, über das traumatische Ereignis zu reden, oder gar darüber nachzudenken. Kurzfristig können so Intrusionen vermieden, die Anspannung und damit das Hyperarousal reduziert werden. Langfristig kommt es jedoch über die Generalisierung zu einer Ausweitung des Vermeidungsverhaltens, hierdurch zu einer Einengung des Bewegungsradius der Betroffenen und zu einer Ausweitung des Leidensdrucks.

Hyperarousal wird als Übererregbarkeit bzw. Übererregung verstanden. Es kommt zu einer permanenten »Hab-Acht-Stellung«, um potenzielle (Lebens-)Gefahren zu erkennen. In der traumatischen Situation wurde sozusagen »gelernt«, dass es jederzeit zu einer Lebensgefahr kommen kann. Physiologisches Korrelat für diese Übererregung sind die überaktiven Amygdalae, die »Angstzentren«, bzw. die körpereigene Alarmanlage. Hyperarousal führt, neben der »Hab-Acht-Stellung«, auch zu Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit, Aggressivität, Schreckhaftigkeit.

In der ersten Zeit direkt nach dem traumatischen Ereignis kann es bereits zu heftigen psychischen Reaktionen kommen. Hierbei zeigen sich oft eine Übererregung, eine psychomotorische Unruhe, Angst, Wut, Panik oder sozialer Rückzug. Zum Teil kommt es auch zu dissoziativen Symptomen in Form von Amnesien, Gefühl der Gefühllosigkeit, Erstarrung, aber auch zu Derealisationserleben oder Depersonalisationserleben.

Behandlung der PTBS – Traumasynthese durch Traumakonfrontation

Bei der Behandlung der PTBS ist häufig ein schulensübergreifendes Verständnis der Störung sowie die Zuhilfenahme verschiedener hilfreicher Strategien aus unterschiedlichen Therapieschulen nötig. Die Behandlung der PTBS gliedert sich klassischer Weise in drei Phasen, die Stabilisierung-, Konfrontations- und Reorientierungsphase.

Ziel der Stabilisierungsphase ist das Erreichen einer ausreichend guten Affektregulation sowie eine ausreichende Sicherheit im Leben der Betroffenen. Gemeint ist hier, dass es zu keinem schwerwiegenden selbstverletzenden Verhalten, Suizidversuchen, Hochrisikoverhalten oder schwerwiegenden Problemen mit Fremdaggressivität kommt. Mit den Betroffenen sollte zudem in dieser Phase der Behandlung ein individuelles Störungs-, Krankheits- und Gesundheitsmodell erarbeitet werden und sie sollten alle wichtigen Informationen über die Erkrankung, inkl. Symptomentstehung und Symptomaufrechterhaltung erhalten. Zudem steht im Mittelpunkt, dass die Betroffenen wieder eine Selbstwirksamkeit erleben, sie also Kontrolle über inneres Erleben und äußeres Verhalten erlangen.

In der Konfrontationsphase kommt es dann zur Traumasyntese durch eine gezielte Traumakonfrontationsbehandlung mittels eines spezifischen Konfrontationsverfahrens.

In der Kognitiven Verhaltenstherapie haben sich die prolongierte Exposition nach Foa, die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie nach Ehlers und Clark und die Imagery Rescripting and Reprocessing Therapie (IRRT) nach Smucker etabliert. Von Luise Reddemann wurde unter der psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) ein psychodynamischer und ein hypnotherapeutischer Ansatz zusammengeführt. Als ein Verfahren, das nicht direkt aus einer Therapieschule hervorging, sondern speziell für die Behandlung einer PTBS entwickelt wurde, ist das von Francine Shapiro entwickelte Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zu nennen. Die auf ihre Wirksamkeit am besten evaluierten Therapieverfahren sind die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und das EMDR.

Nach erfolgreichem Abschluss der Konfrontationsbehandlung sollte es zu keinen Intrusionen mehr kommen, die Betroffenen sollten erleben, dass wieder Ruhe und Sicherheit in ihr Leben eingekehrt sind und somit kein Vermeidungsverhalten mehr nötig ist. Dennoch bleiben häufig Fragen und Herausforderungen, welche therapeutisch begleitet werden sollten. In diesem Teil wird noch mal einen Blick zurückgeworfen und das Trauma, die Traumafolgestörung und die Behandlung in die eigene Biografie eingewoben.

Was tun bei einer akuten Traumatisierung? – Frühinterventionen

Als Frühinterventionen werden im Allgemeinen Hilfen und Interventionen bezeichnet, welche in den ersten drei Monaten nach einem belastenden Ereignis einsetzen.

Zum Umgang mit Betroffenen einer akuten Traumatisierung gibt es gute Grundregeln, welche helfen, dass das Erlebte möglichst gut verarbeitet werden kann:

- Vermitteln Sie den Betroffenen Schutz und Sicherheit, vor allem zunächst einmal im Außen.
- Informieren Sie die Betroffenen über das Passierte, soweit dieses gewünscht wird.
- Was die Betroffene (nicht) fühlen, (nicht) denken, (nicht) tun, ist normal. Es gilt der Grundsatz: Die Symptome sind eine normale Reaktion auf ein un-normales Ereignis.
- Klären Sie über Symptome einer akuten Belastungsreaktion und einer PTBS auf und zeigen Sie Bewältigungsmechanismen auf.
- Versuchen Sie, so gut wie möglich, das soziale Netz der Betroffenen zu aktivieren. Ziehen Sie Familie, Freunde, Bekannte hinzu. Das alleinige »Da-sein« von vertrauten Bindungspersonen hilft bei der Verarbeitung.
- Bieten Sie den Betroffenen professionelle Hilfe an. Geben Sie Kontaktdaten.

Was ist mit dem Debriefing??

Ein Gruppenpsychotherapieverfahren, welches als »Erste-Hilfe-Konzept« nach Traumata konzipiert wurde, ist das Psychologische Debriefing. Hierbei sollten nach traumatischen Ereignissen, welche mehrere Menschen gemeinsam betrafen, z.B. Naturkatastrophen, diese einige Tage nach dem Ereignis sich in Gruppengesprächen über ihre Gedanken, Emotionen und Erinnerungen austauschen. Zudem sollten die Betroffenen detaillierte Fakten über das traumatische Ereignis erhalten sowie Informationen darüber, was akuter Stress mit dem menschlichen Körper und der Seele macht, welche Symptome auftreten können und wie man mit diesen umgehen kann.

Eine derartige Unterstützung ist gut gemeint und die Grundidee des Ansatzes nachvollziehbar. Wenn man sich die Studienlage zu den Erfolgen eines solchen Debriefings jedoch ansieht, stellt man fest, dass es nicht zu weniger PTBS-Diagnosen im weiteren

Verlauf führt (Bisson et al. 2004; Cuijpers et al. 2005; Litz et al. 2008; Mitte et al. 2005; Rose et al. 2001; van Emmerik et al. 2002). In einigen Untersuchungen zeigte sich sogar eine Verstärkung der Symptome (Hobbs et al. 1996; Mayou et al. 2000; Sijbrandij et al. 2006). Aufgrund dessen wird von einem obligatorischen Debriefing abgeraten.

Resilienz – Was uns vor einer PTBS schützen kann!

Viele Jahre und Jahrzehnte wurde der Betrachtungsfokus im Rahmen von Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen auf die Vulnerabilität und die Pathogenese gelegt. In den epidemiologischen Untersuchungen zeigte sich aber immer wieder ganz deutlich, dass nicht jeder, der einer traumatischen Situation ausgesetzt ist, im weiteren Verlauf die Symptome oder sogar das Vollbild einer PTBS entwickelt. Zwar zeigen unterschiedliche Trauma-Cluster unterschiedlich hohe Prävalenzen (besonders hoch zeigt sie sich bei Folter und sexualisierter Gewalt), dennoch gibt es keine Form des Traumas, bei der 100 Prozent der Betroffenen im Anschluss eine PTBS entwickeln. Es stellt sich also die Frage, was diejenigen, welche keine PTBS entwickeln, von jenen unterscheidet, die eine entwickeln, obwohl dasselbe oder ein ähnliches Trauma erlebt wurde. An diesem Punkt kommt die Resilienz eines Menschen ins Spiel.

Das Wort Resilienz leitet sich von dem lateinischen Wort »resilire« ab, was so viel heißt wie »abprallen«. Deshalb könnte man Resilienz mit »Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischen Belastungen« übersetzen. Das Gegenteil von Resilienz stellt die Vulnerabilität, also die Verwundbarkeit, dar. Die Forschungsergebnisse, welche seit den 1980er- und 1990er-Jahren auf dem Gebiet der Resilienz erzielt wurden, zeigen, dass Resilienz nicht etwa eine feste Persönlichkeitseigenschaft ist. Vielmehr zeichnen sich resiliente Menschen dadurch aus, dass sie sich gut an die verändernden Situationen ihrer Außenwelt anpassen können. Sie können ihre bestehenden Lebenskonzepte erweitern. Faktoren, welche für eine hohe Resilienz sprechen, liegen zum einen in der Person selbst, zum anderen in deren Außenwelt. Resiliente Menschen haben die Erfahrung gemacht, dass sie selbstwirksam sein können und vertrauen auf sich, sie können auf ein positives Selbstwertgefühl zurückgreifen. Zudem verfügen sie über

soziale Kompetenz, sie können also Empathie empfinden, zeigen eine Freundlichkeit und Ausgeglichenheit im interpersonellen Kontakt. Auch scheint ein Glaube oder Glaubensgrundsätze und -überzeugungen zu einer hohen Resilienz beizutragen. Des Weiteren fand man bei Menschen mit einer hohen Resilienz eine gute Schulbildung, das Vorhandensein von Coping-Strategien/Behältigungsmechanismen und eine optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung.

Als äußere Faktoren, welche die Resilienz stärken, sind stabile Beziehung und ein gutes soziales Netz (z. B. Familie, Freunde, Kollegen) zu nennen, welche eine realistische Selbsteinschätzung fördern. Resilienz ist also nicht statisch und von Geburt an in dem einen oder anderen Ausmaß vorhanden, sondern stellt eine dynamische, sich über die gesamte Lebensspanne hinweg verändernde und veränderbare Größe dar. Es ist also gut möglich, dass man seine eigene Resilienz ausbaut. Was dazu nötig ist, hat die amerikanische Psychologinnenvereinigung (American Psychological Association) zusammengetragen, und 2008 dazu 10 mögliche Wege zur Resilienzsteigerung veröffentlicht:

— Zehn mögliche Wege zur Resilienzsteigerung (American Psychological Association, 2008)

1. Habe gute soziale Beziehungen!
2. Mache Dir klar, dass Krisen überwindbar sind!
3. Veränderung ist ein Teil des Lebens!
4. Wende Dich Deinen Zielen zu!
5. Treffe Entscheidungen!
6. Halte Ausschau nach Möglichkeiten, um Dich selbst zu erforschen!
7. Pflege einen positiven Blick auf Dich selbst!
8. Bewahre den richtigen Blickwinkel!
9. Erhalte Dir die Hoffnung!
10. Kümmere Dich um Dich!

Komorbiditäten

Zur Diagnose einer PTBS gehört es fast regelhaft, dass weitere psychische Erkrankungen bestehen. Bei ca. 80% aller Betroffenen einer PTBS kommt es zu mindestens einer zusätzlichen psychischen Erkrankung. Die häufigsten vier komorbiden Diagnosen sind hier die Depression, die Angsterkrankungen, die Suchterkrankungen und die Somatisierungsstörung.

Es ist also durchaus sinnvoll, bei Betroffenen einer PTBS aktiv nach weiteren Symptomen

bzw. Diagnosen zu fragen, da die Behandlung der Komorbiditäten eine wichtige Rolle spielt. Es sollte, nachdem geklärt ist, welche weiteren psychischen Diagnosen vorliegen, eine Entscheidung darüber getroffen werden, welche vor, während oder nach der PTBS behandelt werden müssen, bzw. sollten.

Sekundäre Traumatisierung

Von einer sekundären Traumatisierung wird dann gesprochen, wenn es zu PTBS-Symptomen kommt, nachdem eine Person, einmalig und mehrfach, mit aversiven Details einer traumatischen Situation einer anderen Person konfrontiert wurde. Die sekundärtraumatisierte Person hat also das Trauma nicht selbst erlebt. Häufig betroffen sind Personen, welche, meist im beruflichen Kontext, mit Traumatisierten in Kontakt kommen, also z. B. ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychologInnen, Pflegepersonal. Beschäftigte von psychiatrischen Institutionen sind damit nicht nur dahin gehend gefährdet, dass sie selbst eine traumatische Erfahrung machen, sondern auch dahin gehend, dass es durch ihre tägliche Arbeit mit PatientInnen zu einer sekundären Traumatisierung kommt. Sekundärtraumatisierung muss in diesen Institutionen deshalb überall da offen thematisiert werden, wo MitarbeiterInnen mit den Geschichten von Traumatisierten konfrontiert werden können. Zu dem Thema Sekundärtraumatisierung zählt auch, dass sich in der Haltung der Institution und deren (leitenden) Mitarbeitern widerspiegelt, dass es ein Zeichen von Professionalität ist, wenn eigene Grenzen, Belastungen und Überforderungen erkannt und benannt werden.

Zur Prävention einer sekundären PTBS empfehlen sich deshalb folgende Maßnahmen:

1. Die Selbstbeobachtung und Selbstverbalisierung der Mitarbeiter muss verbessert werden, damit Grenzen, Überforderungen und Belastungen erkannt werden können.
2. Selbstfürsorge und Selbstschutz müssen in den Behandlungsteams thematisiert werden.
3. Es muss zu einem regelmäßigen Austausch in den Teams kommen, am besten in Form von Super- und Intervention.

Literatur

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2008). The road to resilience. www.apahelpcenter.org/dl/the_road_to_resilience.pdf. Zugriff: 28.8.2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.

BISSON, J.I.; SHEPHERD, J.P.; JOY, D.; PROBERT, R.; NEWCOMBE, R.G. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184 (1), 63–69.

CUJPERS, P.; VAN STRATEN, A.; SMIT, F. (2005). Preventing the incidence of new cases of mental disorders: A metaanalytic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (2), 119–125.

DILLING, H.; MOMBOUR, W.; SCHMIDT, M.H.; SCHULTE-MARKWORT, E. (Hg.) (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (5. Aufl.). Bern: Huber.

HOBBS, M.; MAYOU, R.; HARRISON, B. et al. (1996). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438–1439.

LITZ, B.T. (2008). Early intervention for trauma: Where are we and where do we need to go? A commentary. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (6), 503–506.

MAYOU, R.; EHLERS, A.; HOBBS, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: three year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589–593.

MITTE, K.; STEIL, R.; NACHTIGALL, C. (2005). Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 1–9.

ROSE, S.; WESSELY, S.; BISSON, J. (2001). Brief psychological interventions (»debriefing«) for trauma-related symptoms and prevention of post traumatic stress disorder (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, (2).

SIJBRANDIJ, M.; OLFF, M.; REITSMA, J.B.; CARLIER, I.V.E.; GERSONS, B.P.R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189 (2) 150–155.

VAN EMMERIK, A.; KAMPHUIS, J.; HULSBOSCH, A.; EMMELKAMP, P. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, 360, 766–771.

Der Autor

Dr. Markus J. Pausch

Oberarzt, Leiter des Traumazentrum und der Frauenstation mit Mutter-Kind-Einheit, Klinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie im kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost.