

Zur Bedeutung von Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Praxis

Regarding the Relevance of Posttraumatic Stress Disorders in Family Practice

Olaf Reddemann¹, Verena Leve², Christiane Eichenberg³, Markus Herrmann⁴

Zusammenfassung: Lange ist bekannt, dass traumatische Erfahrungen erhebliche Bedeutung für die Entstehung psychischer, aber auch körperlicher Störungen besitzen. Weder der Relevanz der primärärztlichen Versorgung noch den Spezifika der hausärztlichen Arbeitsweise wird dabei in der Debatte um adäquate Versorgungs- und Therapiekonzepte bisher Rechnung getragen. Die Behandlungsrealität zeigt, dass Posttraumatische Belastungsreaktionen (PTBR) in der hausärztlichen Versorgung häufig auftreten. Aber auch für komplexe Traumafolgestörungen (cPTBS) und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist bekannt, dass eine erhöhte Komorbidität und Wechselbeziehungen mit Erkrankungen bestehen, die in der hausärztlichen Versorgung von Relevanz sind. Dieser Beitrag bietet einen Einblick in psychotraumatologische Grundbegriffe und die Entstehung von Traumafolgestörungen. Dabei steht die Frage nach der Bedeutung dieser Erkenntnisse für die hausärztliche Versorgung im Fokus. Auch werden mögliche Beratungs- und Behandlungsansätze für Hausärzte/innen skizziert. Die vorliegende Datenlage deutet darauf hin, dass die Entwicklung angemessener Versorgungskonzepte notwendig ist. Erklärte Ziele sind dabei, die Versorgungssituation traumatisierter Patienten/innen zu verbessern sowie zur Entlastung im hausärztlichen Praxisalltag beizutragen.

Schlüsselwörter: Psychotrauma; akute Belastungsreaktion; Posttraumatische Belastungsstörung; Allgemeinmedizin

Summary: From the early 1990s it has become more accepted in Germany, that traumatic experiences play a very important role in the genesis of psychological, psychiatric and somatic disorders. But neither the important role of family physicians nor the specific mode of operation in primary care are taken into account adequately. Acute stress disorders (ASD) as well as posttraumatic stress disorders (PTSD) and complex posttraumatic stress disorders (cPTSD) are of relevance in the family practitioner's every day practice. This article offers an insight in elementary psychotraumatic terms and concepts. The authors try to clear up on the prevalence of psychotraumatic matters in family practice and to outline the clinical signs. Data seem to indicate, that the development of adequate concepts for the management of ASD, PTSD and cPTSD in primary care is necessary to optimize care for patients and produce relief in family practitioners' daily routine.

Keywords: Acute Stress Disorder; Posttraumatic Stress Disorder; Family Medicine

¹ Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Overbeck/Reddemann, Köln

² Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

³ Department Psychologie, Sigmund Freud Privatuniversität Wien

⁴ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Peer reviewed article eingereicht: 21.10.2013, akzeptiert: 02.01.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0123-0128

Hintergrund

Lange ist bekannt, dass traumatische Erfahrungen erhebliche Bedeutung für die Entstehung psychischer Störungen besitzen. Eine deutsche Leitliniengruppe zum Thema „Posttraumatische Belastungsstörungen“ (PTBS) existiert seit 1996 und 2010 wurde erstmals eine „S3-Leitlinie PTBS“ publiziert [1]. Zusätzlich existiert eine S2-Leitlinie zur „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ [2]. Diese Entwicklungen sind weitestgehend ohne allgemeinmedizinische Beteiligung von statten gegangen.

Aber Patienten/innen wenden sich in der Folge traumatischer Erfahrungen – wie auch bei anderen psychischen Problemen – meist zuerst an ihre Hausärzte/innen [3]. Nicht selten ist dabei der vordergründige Beratungsanlass ein anderer; die ätiologisch bedeutsame Traumatisierung muss erst erkannt werden.

Auch haben traumatische Erfahrungen und posttraumatische Störungen große Relevanz für die Entstehung und den Verlauf zahlloser chronischer somatischer Erkrankungen. Eine der zahlreichen Studien mit Kriegsveteranen aus dem Vietnamkrieg zeigt bspw. erhöhte Odds Ratios (OR) für arterielle Hypertonie (1,86) und für Asthma bronchiale (5,38) bei an PTBS erkrankten Personen [4]. Studien in der „Normalbevölkerung“ kamen zu ähnlichen Ergebnissen: Eine amerikanische Arbeit aus dem Jahre 2004 ermittelt aus Daten des National Comorbidity Survey (N = 5877) für Menschen nach körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit statistisch signifikant erhöhte Risiken für viele körperliche Erkrankungen im Erwachsenenalter. Es fanden sich Assoziationen zwischen wiederholter Misshandlung in der Kindheit mit erhöhten Risiken für Lungenerkrankungen (OR = 1.5 (1.1–2.2)), peptische Ulcera (OR = 1.5 (1.03–2.2)) und arthritische Erkrankungen (OR = 1.5 (1.1–2.2)). Sexueller Missbrauch in der Kindheit war assoziiert mit erhöhtem Risiko für Herzkrankheiten (OR = 3.7 (1.5–9.4)), Vernachlässigung in der Kindheit mit einem erhöhten Risiko für Diabetes (OR = 2.2 (1.1–4.4)) und Autoimmunerkrankungen (OR=4.4 (1.7–11.6)) [5].

Inzwischen existieren eine Vielzahl psychoneuroendokrinologischer und neurobiologischer Daten und Theorien zum Verständnis dieser Phänomene. Zusammenfassend kann gesagt werden: Die Betroffenen leben oft in einem dauerhaft oder sehr leicht auslösbaren angespannten Zustand von Übererregung (sog. **traumatischer Stress**), in dem sämtliche emotionale und körperliche Reaktionen der traumatisierenden Erfahrung(en) besonders schnell und vollständig wiedererlebt werden [6].

Daraus wiederum resultieren häufig erhöhtes Risikoverhalten, mangelnde Adhärenz (z.B. in Bezug auf therapeutische Maßnahmen nach kritischen Erkrankungen [7]) und nicht selten schädlicher Nikotin-, Alkohol- oder sonstiger Substanzgebrauch [7, 8].

Das Verständnis einer posttraumatisch veränderten Stressverarbeitung und seiner möglichen Erscheinungsformen ermöglicht es Hausärzten/innen, ihre betroffenen Patienten/innen besser zu erkennen, ihr Verhalten angemessener einzuordnen sowie verständnisvoller und zielführender zu beraten [9]. Da sowohl eindeutige epidemiologische Daten als auch Interventionsstudien für die hausärztliche Versorgung fehlen, müssen die Empfehlungen dieses Artikels auf der eigenen klinischen Erfahrung in der hausärztlichen Versorgung als auch auf Forschungsergebnissen aus nicht hausärztlichen Kontexten fußen.

Psychotrauma: Definition und Folgen

Psychisches Trauma wird definiert als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ [10: S. 142].

Epidemiologische Daten für die Lebenszeitprävalenz, *mindestens eine traumatisierende Erfahrung* zu machen, variieren stark in Abhängigkeit von konkret angewandter Traumadefinition, angewandtem Diagnosemanual (ICD 10 oder DSM IV) und nach untersuchter Population [11]. Für die USA oder Australien

werden sie mit 40–70 % angegeben [1, 11]. Konkrete Zahlen für Deutschland fehlen. Für einzelne, in behördlichen Registern erfasste Trauma-Ereignisse existieren absolute Zahlen, die für 2005 mit ca. 3 Millionen angegeben sind [2].

Nach traumatischen Erfahrungen setzt bei fast allen Betroffenen zunächst eine Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBR) ein (ICD 10: F43.0), die bei 60–75 % der Menschen in einer Verarbeitung und Integration der traumatischen Erfahrung mündet [11]. Die Symptome der Betroffenen und das klinische Bild ähneln dem einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), schwächen sich aber innerhalb von Tagen bis Wochen ab (Tab. 1). Die PTBR ist also primär als eine normale Bearbeitungsreaktion anzusehen, die bei fast allen Menschen vorkommt und mehrheitlich auch nicht zu bleibenden Störungen führt.

Umgang mit PTBR

Die PTBR ist wechselweise von intrusiven und konstruktiven Reaktionsmustern geprägt (Tab. 1: Symptome und Zeichen). Grundvoraussetzung für eine vollständige Integration der Erfahrung – und damit „Gesundung“ – ist die nach dem Trauma wieder hergestellte äußere Sicherheit.

Ein stabiles Netzwerk sicherer sozialer Beziehungen kann zur Integration einer traumatisierenden Erfahrung beitragen [2]. Hausärzte/innen verfügen häufig über gute Kenntnisse über Lebensbedingungen und Ressourcen ihrer Patienten/innen. Diese können für die Einschätzung der Situation und die Empfehlungen zur Stabilisierung hilfreich sein. Ziel ist es, einen sicheren und verständnisvoll unterstützenden Rahmen unter Bezugnahme auf die individuell gegebenen Möglichkeiten und Ressourcen herzustellen.

Die Anamneseerhebung sollte behutsam erfolgen. Patienten/innen und ggf. auch deren Angehörige sollten aktiv darauf hingewiesen werden, dass sowohl das Besprechen der traumatischen Erfahrungen als auch das Nicht-darüber-Sprechen-Wollen Bestandteile einer normalen Traumaverarbeitung sind, also die Patienten/innen dies situativ selbst steuern sollten [1, 2, 9].

	PTBR*	PTBS*	cPTBS*
Ätiologie	Akutes Monotrauma	Isolierte zurückliegende Trauma(ta)	Wiederholte personale Traumatisierung (oft frühkindliche Vernachlässigung oder [vielfach sexualisierte] Gewalt)
Beratungsanlässe	Symptome in sofort erkennbarem oder berichtetem Zusammenhang mit akutem Trauma	Schlafstörungen , Schwindel, Palpitationen, lokalisierte oder generalisierte Schmerzen , Verdauungsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen , verschiedenste psychische Beschwerden u.v.a.m.	
Symptome und Zeichen	Intrusion (z.B. Flashbacks, Alpträume) Konstriktion (z.B. Schweigen, Rückzug, Ablenkung, aber auch Erstarrung) Kontrollbedürfnis , Misstrauen, vegetative Übererregung, starke Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit und Unruhe, aber auch Erstarrung bis hin zur Dissoziation im Gespräch oder bei der Untersuchung Cave: Komorbidität (Depression, Suchterkrankung etc.)		
	Symptomatik bei PTBR klingt im Verlauf von spätestens drei Monaten ab, sonst liegt eine PTBS vor.	Selbstverletzendes Verhalten Somatisierung chronische Persönlichkeitsveränderung	
Hausärztliche Aufgaben	Ggf. Diagnostik [15]		
	Stabilisierung Vermeidung einer PTBS Ggf. kürzerfristige Folgekonsultationen	Somatische Behandlung Begleitung in Krisensituationen, wenn Mitbehandelnde nicht existieren oder nicht verfügbar, Unterstützung der Selbstberuhigungskompetenz/Stabilisierung	
Hausärztliches Vorgehen / Interventionen	Herstellen äußerer und innerer Sicherheit (ggf. Erstellung einer Liste mit Adressen von lokalen Hilfsangeboten, z.B. Traumaambulanzen, Beratungsstellen, Notunterkünften etc.) Würdigung des Leidens Ressourcen des sozialen Netzwerkes ermitteln, Verbundenheit/ sichere Beziehungen stärken und fördern Behutsame Anamnese Stressreduktion /Beruhigung Stabilisierung des Selbstwertes, Hoffnung stärken Information (hier können auch Ratgeberbücher oder -hörmedien hilfreich sein [16]) Vermittlung von Distanzierungstechniken Erkundung, Anerkennung und Bestärkung der Ressourcen und bereits vorhandener Lösungen		
	Auch Nicht-Darüber-Sprechen-Wollen kann Teil der Verarbeitung sein „Normale Reaktionen auf ein unnormales Ereignis“	Sprechen über traumatische Erfahrung sollte nicht forciert werden	
Mitbehandlung durch Spezialisten	Nur wenn Risikofaktoren** für PTBS vorliegen	Möglichst immer: Ambulant: psychotraumatologisch qualifizierte psychotherapeutische und/oder psychiatrische Fachkräfte (www.psychotraumatologie.de; www.emdria.de; www.degpt.de) Stationär (wenn ambulante Hilfen nicht verfügbar/nicht ausreichend)	
Pharmakotherapie	Nur ggf. sedierende Antidepressiva (z.B. Mirtazapin), insb. bei Schlafstörungen Benzodiazepine sind kontraindiziert!	nur begleitend zu traumaadaptierter Psychotherapie: ggf. SSRI	

* PTBR: Posttraumatische Belastungsreaktion, PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung, cPTBS: komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
 ** Erläuterung im Text (Abschnitt „PTBS und komplexe PTBS“)

Tabelle 1 Traumafolgestörungen und hausärztliches Handeln

PTBS und komplexe PTBS

Eine PTBS (ICD 10: F43.1) entwickelt sich nach traumatischen Erfahrungen lediglich in einem Viertel bis einem Drittel der Fälle [1, 11]. Die Wahrscheinlichkeit hierfür hängt u.a. von der Art des traumatischen Situationstyps ab. Laut PTBS-Leitlinie entwickeln so z.B. ca. 50 % der Betroffenen nach einer Vergewaltigung eine PTBS, ca. 25 % nach anderen Gewaltverbrechen und ca. 10 % nach Verkehrsunfällen [1]. Für Hausärzte/innen besonders relevant ist, dass ca. 10 % der Betroffenen im Rahmen schwerer Organerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Malignome) eine PTBS entwickeln [1, 12, 13].

Das Entstehungsrisiko für eine PTBS ist insbesondere für Patienten/innen erhöht, die bereits (häufiger) zuvor im Leben traumatische Erfahrungen gemacht haben, insbesondere bei schweren (auch körperliche Versehrtheit) Traumatisierungen. Als davon unabhängige wichtigste **Risikofaktoren** für die Entstehung einer PTBS gelten ein hohes Ausmaß psychopathologischer Symptome, an Dissoziation (Erläuterung s.u.) und prämorbid psychische Erkrankungen, außerdem ein hohes Maß an Vermeidungsverhalten [2].

Ein weiterer **Prädiktor für erhöhtes Erkrankungsrisiko** ist fehlende soziale Unterstützung [2].

Für die PTBS wird in der deutschen Bevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von 1,5–2 % angenommen [1].

Traumatische Erfahrungen, insbesondere personale (durch Menschen zugefügte) Traumata kumulativer Art in Kindheit und Jugend, spielen auch bei der Entstehung anderer im ICD 10 klassifizierter Störungsbilder eine maßgebliche Rolle. Hierzu zählen Anpassungsstörungen (F43.2), Persönlichkeitsstörungen (F60, F62), insbesondere die „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ (F62.0), aber auch Persönlichkeitsstörungen vom emotional instabilen (Borderline) Typ (F60.3), somatoforme Schmerzstörung (F45.4.), dissoziative Störungen (F44) u.a. [1]. Konkrete Zahlen zur Prävalenz (insbesondere in Hausarztpraxen) fehlen auch hier.

Der hausärztlichen Arbeitsweise entspricht es in der Regel nicht, die genannten Störungen gemäß der ICD-Vorgaben zu differenzieren. Unserer Auffassung nach ist dies meist auch nicht erforder-

lich. Auch in Fachkreisen werden die in den genannten ICD-Diagnosen gefassten komplexen Symptom-Matrices heute gemeinsam als **komplexe** Posttraumatische Belastungsstörung (**cPTBS**) konzeptualisiert [1].

Erst-Präsentation

Die Beratungsanlässe, aufgrund derer die betroffenen Patienten/innen Hausärzte/innen aufsuchen, sind sehr unterschiedlich (Tab. 1). Häufig zeigt sich eine starke vegetative Symptomatik mit subjektiver, sich leicht übertragender Angst; somatische Störungen sind häufig. Das Traumageschehen ist den Patienten/innen mitunter nicht bewusst oder wird nicht angesprochen. Es kann sich aber durch Gegenübertragungserleben im Sinne traumatischen Stresses oder seiner direkten Zeichen dem/der Hausarzt/Hausärztin als ätiologisch bedeutsam erschließen und sollte dann behutsam exploriert werden (s.u.) [9, 14].

Beispiel: *Frau K., 32 Jahre, stellt sich erstmals nach stattgehabter Synkope vor. Unmittelbar nach der Synkope wurde stationär internistisch ein pathologischer Organbefund ausgeschlossen. Die Patientin wirkt unruhig und „auf der Hut“. Während einer angekündigten Blutdruckmessung mit Einverständnis der Patientin empfindet der Hausarzt ein sehr großes unbestimmtes Unbehagen, das er als Gegenübertragung deutet. Als es an der Tür klopf, erschreckt sich die Patientin „zu Tode“ und läßt fortan die Tür nicht mehr aus den Augen. Der Arzt teilt seine Beobachtungen mit und kann mit der Patientin jetzt darüber ins Gespräch kommen. Sie berichtet nun von Schlafstörungen und schließlich davon, dass durch die „harmlose Lektüre eines Zeitungsberichtes“ plötzlich Erinnerungen an eine versuchte Vergewaltigung mit elf Jahren durch einen älteren Nachbarjungen wiedergekommen seien. Diese hatte sie bis vor vierzehn Tagen völlig vergessen.*

Sehr deutliche Zeichen traumatischen Stresses und damit mögliche Hinweise auf eine (nicht selten auch komorbide (s.o.)) (c)PTBS sind vor allem Kontrollbedürfnis, Misstrauen, vegetative Übererregung, starke Ängstlichkeit und Unruhe aber auch Erstarrung bis hin zur Dissoziation im Gespräch oder bei der Untersuchung [9].

Dissoziationen stellen eine Abschwächung bzw. Unterbrechung der

normalerweise integrativen Funktion des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung dar. Hinweise auf Dissoziationen können sein:

- Amnesien im Alltagserleben (z.B. Pat. findet regelmäßig Spuren (z.B. Essensreste) eigener Handlungen, an die er/sie sich nicht erinnern kann)
- Wiederholte oder chronische Derealisation (z.B. vertraute Personen oder das eigene Spiegelbild erscheinen fremd oder ungewollte Trancezustände) oder Depersonalisation (z.B. das Gefühl, getrennt oder außerhalb des eigenen Körpers zu sein)
- Stimmenhören **im** Kopf (z.B. entwertende Stimmen; bei der Schizophrenie befinden sich die Stimmen außerhalb!)
- Anzeichen für Identitätswechsel (z.B. plötzlich spricht Pat. mit völlig anderer Stimme und es ist, als säße schlagartig eine andere Person vor einem)

Hausärztliches Handeln

Umfangreichere, evaluierte Testverfahren zur Diagnostik der PTBS existieren [1], sind aber für den Routineeinsatz in der hausärztlichen Praxis nicht geeignet. Als rasche Orientierungshilfe auch in der hausärztlichen Praxis können die Screeningfragen nach Breslau et al. dienen, die auch als deutscher Test validiert wurden. Der Test ist online frei verfügbar [15].

Ein Mindestmaß an Stabilität der Patienten/innen ist Voraussetzung für jede Therapie. An diesem Ziel können Hausärzte/innen aufgrund der häufig lang vorangegangenen Beziehungsarbeit und Vertrauensposition beträchtlich mitwirken.

Bestimmte Interventionen haben sich hierbei auch in der hausärztlichen Praxis bewährt (Tab. 1). Sie zielen insbesondere auf die Förderung der Selbstwirksamkeit ab [9]. Vermeidungsverhalten sollte möglichst entgegengewirkt werden. Dabei sollte psychoedukativ ermutigend vorgegangen und kein Druck ausgeübt werden, da – vor allem unmittelbar nach traumatischen Erfahrungen – Vermeidung zunächst traumakompensatorisch zu verstehen und entsprechend zu würdigen ist. Immer ist natürlich die individuelle Vorgeschichte zu berücksichtigen.

Formulierungsbeispiel: „Es ist eine normale Reaktion nach einem solchen Autounfall, dass Sie das Autofahren meiden, es zeigt sich allerdings, dass es langfristig umso besser wieder gelingt, je früher Sie es wieder tun. Lassen Sie uns gemeinsam überlegen, was Ihnen dabei helfen könnte.“

Benzodiazepine sind kontraindiziert [1, 2]! Psychopharmaka sollen überhaupt nur als begleitende Maßnahme zusätzlich zur Psychotherapie zum Einsatz kommen. Für die Primärversorgung werden Mirtazapin und Paroxetin empfohlen [1]. Aber auch die Weitergabe von **Informationen** über die Störung (Psychoedukation) und sozial stützende Hilfsangebote sind sehr wichtig.

Auf eine sichere, störungsfreie Gesprächsatmosphäre sollte geachtet werden. Adäquates Eingehen auf für Traumatisierte notwendige Rituale (z.B. ausreichender körperlicher Abstand zur Untersuchungsperson, Türen offen lassen, Mitnehmen einer Vertrauensperson, Entfernen von Triggern im Gesprächsraum) ist oft notwendig, damit sie sich überhaupt mitteilen können. Ihr meist großes Bedürfnis nach Kontrolle sollte gewürdigt und respektiert werden [1].

Formulierungsbeispiel: „Ich habe den Eindruck, dass Sie beunruhigt/wie abwesend/erschreckt/besorgt sind ... können wir etwas ändern, damit Sie sich sicherer/wohler fühlen? Es ist gut, wenn Sie mir mitteilen, wenn Ihnen etwas zu viel ist.“

Misstrauen bei Traumatisierten ist oft zu verstehen als Reaktion auf die häufige Erfahrung des nicht respektierten Kontrollbedürfnisses oder von unkontrollierten Gegenübertragungsreaktionen (z.B. abweisende Haltung gegenüber der Mitteilung traumatischer Materials). Die Gegenübertragungen wahrzunehmen und nicht zu agieren, ist deshalb von großer Bedeutung.

Das Wiederberichten traumatischer Erfahrungen ist in sehr vielen Fällen belastend für die Betroffenen und kann sogar retraumatisierend wirken. Deshalb sollte vorsichtig anamnestiziert werden. Zu wissen, dass überhaupt Traumatisierung stattgefunden hat, reicht im hausärztlichen Setting völlig aus. Wenigstens sollten, wenn Patienten/innen von sich aus beginnen, traumatische Erfahrungen zu berichten, Distanzierungstechniken angeboten werden [1, 9].

Formulierungsbeispiel: „Wenn Sie weiter erzählen möchten, könnten Sie es vielleicht in der dritten Person tun, auch

wenn Sie über sich selber sprechen. So, als würden Sie das Ganze aus der Ferne beobachten. Und erzählen Sie nur, wenn Sie es möchten ...“ Vielleicht können Sie sich vorstellen, dass Sie die Geschichte auf einem Bildschirm sehen, die Sie mir erzählen. Dann können Sie mit einer Fernbedienung (hier z.B. Taschenrechner oder Telefon o.ä. in die Hand drücken) das Bild kleiner und größer, schwarz-weiß oder sonstwie machen, ganz so, wie es für Sie erträglicher ist. Auch den Ton können Sie leiser stellen oder sogar ausmachen. Vielleicht kennen Sie noch mehr Funktionen?“

Die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit kann erforderlich sein, wenn die Alltagsfunktionalität zu stark beeinträchtigt ist. Arbeit kann aber auch als Ressource stabilisierend wirken und eine AU-Empfehlung dann gerade kontraproduktiv sein. Diese Entscheidungen können nur in individueller Abstimmung gemeinsam mit dem/der Patienten/in erfolgen. Vorsicht ist insbesondere im Falle konfrontativer Behandlungstechniken bei Suchterkrankungen und (häufiger) Komorbidität einer PTBS geboten [1, 9].

Überweisung zu Spezialisten

Wenn der Verdacht auf eine PTBS oder gar cPTBS besteht, ist in aller Regel traumadaptierte fachpsychotherapeutische und nicht selten auch psychiatrische Hilfe für die Patienten/innen notwendig (Tab. 1).

Auf die speziellen psychotraumathe-rapeutischen Verfahren mit zum Teil guter Evidenz kann in diesem Rahmen nicht eingegangen werden. Wir verweisen diesbezüglich auf die Leitlinien [1] und Fachliteratur [9–11].

Wenn Fälle kompliziert verlaufen, eine ausreichende Alltagsstabilität nicht erreicht werden kann oder ambulante qualifizierte Hilfe nicht schnell verfügbar ist, können stationäre Aufenthalte sinnvoll sein. Dennoch werden Hausärzte/innen für eine beträchtliche Zahl gerade der an cPTBS leidenden Patienten/innen mindestens für längere Phasen die wesentlichen Ansprechpartner/innen sein. Insbesondere bei chronischen somatoformen Störungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen kann bei langen Wartezeiten für spezialisierte Versorgungsangebote und Richtlinienpsychotherapie, somatischen Begleiterkrankungen oder in Abwesenheitszeiten anderer

Behandler/innen Unterstützungsbedarf auftreten. Viele der Betroffenen haben einen primär langfristigen Begleitungsbedarf. Unserer Kenntnis nach existieren keine studienabgesicherten Handlungsempfehlungen für diese Situationen. Erfahrungsgemäß hilft es, entsprechende Patienten/innen auch in stabilen Phasen regelmäßig ein- bis zweimal im Quartal einzubestellen, um die Behandlungsbeziehung zu stärken und ressourcenorientiert und selbstwirksamkeitsstärkend zu intervenieren. Gemeinsam können so die guten eigenen Lösungen und Bewältigungsstrategien der Patienten/innen ausgemacht werden. Wird eine zunehmende Destabilisierung erkennbar, bewähren sich vorübergehend ein- bis zweimal wöchentliche ausreichend bemessene Termine im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (z.B. evtl. am Ende der Sprechstunde). Es gilt im Sinne der beschriebenen Prinzipien möglichst zu stabilisieren und die Selbstwirksamkeit insbesondere mithilfe bewährter und bekannter Lösungen der Patienten/innen zu stärken (vergl. Tab. 1).

Schlussbetrachtung

Hausärzte/innen sind in der Regel erste Ansprechpartner ihrer Patienten/innen nach akuten traumatischen Erfahrungen. Nur ein Teil dieser Patienten/innen entwickelt eine PTBS. Insbesondere diese sollten identifiziert und betreut werden; dazu stehen einfache Screeningfragen zur Verfügung. Insbesondere Störungsbilder, denen komplexe Folgen (oft wiederholter) traumatischer Erlebnisse zugrunde liegen, oder die mit solchen oft vergesellschaftet sind (z.B. Suchterkrankungen), spielen im hausärztlichen Praxisalltag jedoch eine bedeutende Rolle. Da traumatische Erfahrungen als bedeutender Kofaktor in der Entstehung chronischer körperlicher Erkrankungen ermittelt werden konnten, sind die diskutierten Überlegungen nicht nur für die adäquate Versorgung von Patienten/innen mit psychischen Störungen, sondern insgesamt für die hausärztliche Praxis von wesentlicher Bedeutung.

Wenn der Umgang und die Beziehungsgestaltung gelingen sollen, gilt es, Stabilisierung zu unterstützen und das Wiederauflösen traumatischen Stresserlebens zu verhindern bzw. die Selbstwirksamkeit in der Stressregulation zu

Olaf Reddemann ...



... geb. 1970, Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Homöopathie. In hausärztlicher Gemeinschaftspraxis niedergelassen seit 2006. Lehrpraxis. Lehrbeauftragter am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seit ca. 10 Jahren intensive Beschäftigung mit psychotraumatologischen Themen.

stärken. Das verbessert nicht nur die Aussicht auf gute Behandlungsergebnisse, sondern auch auf größere Zufriedenheit von Behandler/innen und Patienten/innen.

Die vorliegenden Ausführungen dienen der Anregung zur Öffnung für die Diskussion um die Begleitung traumatisierter Patienten/innen in der hausärztlichen Praxis, die bei den zu vermuten-

den Prävalenzen längst Behandlungsrealität hausärztlich tätiger Kollegen und Kolleginnen ist. Der Forschungsbedarf ist groß und betrifft sowohl epidemiologische Fragestellungen als auch die Entwicklung oder Anpassung und Evaluierung von bestehenden oder neuen Praxisinstrumenten für eine bessere Versorgung. Hier wären insbesondere symptomevaluierende Studien hilf-

reich. Das Ziel kann allerdings nicht sein, traumatherapeutische Arbeit in die hausärztliche Praxis zu verlagern, wohl aber durch angemessene Begleitung durch Hausärzte/innen zur Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten/innen beizutragen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Olaf Reddemann
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Homöopathie, Psychotherapie
An Groß St. Martin 6
50667 Köln
Tel.: 0221 2772870
o.reddemann@overmed.de

Literatur

1. Flatten G, Gast U, Hofmann A, et al. Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer, 2013
2. Flatten G, Bär O, Becker K, et al. S2-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Trauma & Gewalt 2011; 5: 214–221
3. Harfst T, Marstedt G. Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt, Gesundheitsmonitor. Newsletter der Bertelsmann-Stiftung, 2009; 1
4. O'Toole B, Catts S. Trauma, PTSD, and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. J Psychosom Res 2008; 64: 33–40
5. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. Psychol Med 2004; 34: 509–520
6. Klaver P. Neurobiologische Theorien zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.). Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2011: 61–72
7. Shemesh E, Yehuda R, Milo O, et al. Posttraumatic stress, nonadherence and adverse outcome in survivors of myocardial infarction. Psychosom Med 2004; 66: 521–526
8. Schäfer I. Traumatisierung und Sucht. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.). Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2011: 245–254
9. Reddemann O, Reddemann L. Traumatischer Stress in der Hausarztpraxis. In: Reddemann L (Hrsg.). Psychotraumata. Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten. Köln: Dt. Ärzteverlag, 2006: 117–168
10. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München, Basel: Ernst Reinhardt, 2009
11. Wagner F. Posttraumatische Belastungsstörung. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.). Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2011: 166–177
12. Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, et al. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude if the problem. Crit Care 2007, 11: R27
13. Reddemann O, Reddemann L. Traumatisierung im Rahmen der medizinischen Versorgung. In: Bering R, Reddemann L (Hrsg.). Jahrbuch Psychotraumatologie. Kröning: Asanger Verlag, 2007: 37–41
14. Herrmann M. Der Hausarzt, sein Patient und die unspezifischen Beschwerden – Erkenntnis durch Beziehungsarbeit. Z Allg Med 2006; 82: 214–218
15. Siegrist P, Maercker A. Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. Aktueller Stand der Validierung. Trauma & Gewalt 2010; 4: 208–213. Fragebogen online: www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/ForschungTools/Fragebogen/7itemskalafb.pdf (letzter Zugriff am 21.10.2013)
16. Reddemann L, Dehner-Rau C. Trauma. Stuttgart: TRIAS, 2004; auch als Hörbuchbearbeitung erhältlich