

Jan Reuter Michael Frey

ÜBER  
1000  
FRAGEN

# FAQ

# Psychiatrie und Psychotherapie

Antworten – prägnant und praxisnah

Leseprobe

F  
A  
Q



# Inhaltsverzeichnis

|          |                                                                       |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b> | <b>Notfälle, Krisen und Interventionen</b>                            | <b>1</b>   |
|          | <i>Jan Reuter und Michael Frey</i>                                    |            |
|          | Überblick und Triage                                                  | 1          |
|          | Akutmedizinische Notfälle                                             | 4          |
|          | Suizidalität                                                          | 9          |
|          | Psychiatrische Notfälle unterschiedlicher Ätiologie                   | 14         |
|          | Pharmakologische Notfälle                                             | 19         |
|          | Psychische Krisen und Krisenintervention                              | 21         |
|          | Arbeitsmedizinische Notfälle und Ereignisse                           | 27         |
|          | Gewalt in der Psychiatrie                                             | 29         |
|          | Großschadensereignisse                                                | 32         |
| <b>2</b> | <b>Anamnese, Befund und Diagnostik in der Psychiatrie</b>             | <b>37</b>  |
|          | <i>Jan Reuter</i>                                                     |            |
|          | Begriffe                                                              | 37         |
|          | Anamnese und Befund                                                   | 38         |
|          | Diagnostik                                                            | 44         |
| <b>3</b> | <b>Organische psychische Störungen</b>                                | <b>59</b>  |
|          | <i>Jan Reuter</i>                                                     |            |
|          | Einführung                                                            | 59         |
|          | Demenzielle Syndrome                                                  | 60         |
|          | Delir                                                                 | 81         |
|          | Sonstige organisch bedingte psychische Störungen                      | 83         |
| <b>4</b> | <b>Abhängigkeit</b>                                                   | <b>95</b>  |
|          | <i>Jan Reuter</i>                                                     |            |
|          | Allgemeine Aspekte                                                    | 95         |
|          | Störungen durch Alkohol                                               | 102        |
|          | Störungen durch Opioide                                               | 110        |
|          | Störungen durch Cannabinoide                                          | 115        |
|          | Störungen durch Sedativa oder Hypnotika                               | 117        |
|          | Störungen durch Kokain und andere Stimulanzien einschließlich Koffein | 120        |
|          | Störungen durch Halluzinogene                                         | 121        |
|          | Störungen durch Tabak                                                 | 122        |
|          | Störungen durch flüchtige Lösungsmittel                               | 124        |
|          | Schädlicher Gebrauch nicht abhängigkeitserzeugender Substanzen        | 126        |
| <b>5</b> | <b>Psychosen</b>                                                      | <b>133</b> |
|          | <i>Jan Reuter und Michael Frey</i>                                    |            |
|          | Wahnhaftes Erleben                                                    | 133        |
|          | Schizophrenie                                                         | 137        |
|          | Psychosen und Stigma                                                  | 160        |

|           |                                                               |            |
|-----------|---------------------------------------------------------------|------------|
| <b>6</b>  | <b>Affektive Störungen und Erschöpfungssyndrome</b>           | <b>165</b> |
|           | <i>Jan Reuter und Michael Frey</i>                            |            |
|           | Einführung: Affektive Störungen                               | 165        |
|           | Epidemiologie und Ätiologie affektiver Störungen              | 166        |
|           | Diagnostik affektiver Störungen                               | 172        |
|           | Klinik und Verlauf affektiver Erkrankungen                    | 177        |
|           | Therapie affektiver Erkrankungen                              | 180        |
|           | Erschöpfungssyndrome                                          | 201        |
| <b>7</b>  | <b>Angst- und Zwangsstörungen</b>                             | <b>209</b> |
|           | <i>Jan Reuter und Michael Frey</i>                            |            |
|           | Angststörungen                                                | 209        |
|           | Zwangsstörungen                                               | 215        |
| <b>8</b>  | <b>Trauma und Belastungsstörungen</b>                         | <b>221</b> |
|           | <i>Jan Reuter</i>                                             |            |
|           | Belastende Ereignisse                                         | 221        |
|           | Belastungsreaktionen und Traumafolgestörungen                 | 227        |
| <b>9</b>  | <b>Essstörungen</b>                                           | <b>241</b> |
|           | <i>Michael Frey</i>                                           |            |
|           | Allgemeines                                                   | 241        |
|           | Anorexie                                                      | 242        |
|           | Bulimie                                                       | 252        |
|           | Binge-Eating-Störung                                          | 253        |
|           | Adipositas                                                    | 255        |
| <b>10</b> | <b>Schlafstörungen</b>                                        | <b>261</b> |
|           | <i>Michael Frey</i>                                           |            |
|           | Allgemeines                                                   | 261        |
|           | Insomnie                                                      | 264        |
|           | Parasomnien                                                   | 275        |
|           | Innere und äußere Uhr                                         | 280        |
| <b>11</b> | <b>Sexualität und Psychiatrie</b>                             | <b>285</b> |
|           | <i>Jan Reuter</i>                                             |            |
|           | Sexualität und sexuelle Funktionsstörungen                    | 285        |
|           | Paraphilien                                                   | 290        |
| <b>12</b> | <b>Persönlichkeitsstörungen</b>                               | <b>297</b> |
|           | <i>Jan Reuter</i>                                             |            |
|           | Grundlagen                                                    | 297        |
|           | Symptome der Persönlichkeitsstörungen nach Cluster A, B und C | 300        |
|           | Umgang mit und Therapie der Persönlichkeitsstörungen          | 311        |

- 13 Verhaltenssüchte und Impulskontrollstörungen 317**  
*Jan Reuter*  
Definition und Kategorisierung 317  
Verhaltenssüchte 318  
Glücksspielsucht 319  
PC- und Internetsucht 323  
Impulskontrollstörungen 324
- 14 Intellektuelle Beeinträchtigung 329**  
*Jan Reuter*
- 15 Schnittstellen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie 339**  
*Michael Frey*  
Transition 339  
Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung 341  
Ticstörungen 348  
Autismus 353  
Psychische Folgen von Medienkonsum bei Kindern und Jugendlichen 359  
Rechtliche Fragen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen 360
- 16 Geschlechtsspezifische Psychiatrie 367**  
*Jan Reuter*  
Frauen und Psychiatrie 367  
Transpersonen und Psychiatrie 375  
Männer und Psychiatrie 376
- 17 Transkulturelle Psychiatrie und Migration 381**  
*Jan Reuter*  
Transkulturelle Psychiatrie 381  
Migration und Psychiatrie 383
- 18 Medizinisch nicht begründbare Symptome 395**  
*Jan Reuter*
- 19 Psychotherapie 405**  
*Jan Reuter und Michael Frey*  
Allgemeine Aspekte 405  
Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie 408  
Methoden der Psychotherapie 410  
Kognitive Verhaltenstherapie 413  
Psychodynamische Verfahren 415  
Systemische Therapie 418

**20 Psychopharmakologie 425***Jan Reuter und Michael Frey*Allgemeine Aspekte **425**Antidepressiva **431**Phasenprophylaktika **433**Antipsychotika **434**Anxiolytika und Hypnotika **435**Nootropika **436**Stimulanzien **437**Placebos und Nocebos **438****21 Musik-, Ergo- und Sporttherapie 445***Jan Reuter*Musiktherapie **445**Ergotherapie **448**Bewegungs- und Sporttherapie **451****22 Recht und Ethik in der Psychiatrie 457***Jan Reuter*Rechtliche Aspekte der Psychiatrie **457**Ethik in der Psychiatrie **466****23 Ärztliche Weiterbildung 471***Jan Reuter***Register 477**

## 1.50 Wie wird eine Lithiumintoxikation initial im psychiatrischen Behandlungssetting versorgt?

- Absetzen der Lithiummedikation
- Prüfung des Lithiumspiegels, der renalen Funktionsparameter und Elektrolyte
- Symptomatische Behandlung und Indikationsprüfung einer intensivmedizinischen Intervention (Entscheidung anhand des klinischen Bildes, möglicher Vor-erkrankungen/Vorschädigungen und des Lithiumspiegels)
- Verlegung auf eine somatische Station, wenn sich das klinische Bild nicht ausreichend beherrschen lässt

## 1.51 Welcher Notfall kann sich aus der Kombination von Escitalopram und Venlafaxin ergeben?

Alle Substanzen, die eine serotonerge Wirkung haben, können ein serotonerges Syndrom auslösen. Insbesondere die Kombination von unterschiedlichen serotonergen Agonisten erhöht das Risiko für ein serotonerges Syndrom. Die Symptome entsprechen einer sympathikotonen Übererregung mit psychischen Veränderungen und neuromuskulären Symptomen. Die Erstsymptome sind häufig diffus, z. B. Angst, Schwindel, Übelkeit, Mydriasis, Tachykardie, Schwitzen, Nervosität, Fieber und Röte der Gesichtshaut. Im weiteren Verlauf können eine Rigidität der Muskulatur und Bewusstseinsstörungen auftreten. Das serotonerge Syndrom kann kaum wahrnehmbar sein (und dann übersehen werden), aber auch delirante oder komatöse Zustände verursachen und tödlich verlaufen. Zur Prävention sollten Patienten, die Serotonin-Agonisten erhalten, über Wechselwirkungen mit anderen Serotonin-Agonisten aufgeklärt werden. Viele Patienten mit einer Depression, die einen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) erhalten, leiden unter komorbider Migräne. Hier ist der Hinweis auf die serotonerge Wirkung von Triptanen zur Migränebehandlung mit der Gefahr eines serotonergen Syndroms relevant. In der Literatur finden sich jedoch Hinweise, dass Triptane und serotonerge Antidepressiva kombiniert werden können. Auch der Konsum von Ecstasy (MDMA) und anderen Stimulanzien unter serotonergen Antidepressiva ist eine klinisch relevante Gefahr für ein serotonerges Syndrom.

Das therapeutische Prozedere beinhaltet das Absetzen der verursachenden Medikation und eine (ggf. intensivmedizinische) symptomatische Behandlung.

## 1.52 Wie werden Mund-, Schlund- und Zungenkrämpfe unter Antipsychotika behandelt?

Extrapyramidalmotorische Symptome (EPMS) können auch unter atypischen Antipsychotika auftreten, z. B. unter Risperidon. Mund-, Schlund-, Zungen- oder Augenmuskelkrämpfe sind akute EPMS, die einen Notfall darstellen. Sie werden durch i. v. Gabe von Biperiden (Akineton®) behandelt. Die Wirkung tritt sehr rasch ein, Symptome können sich aber möglicherweise nach der ersten Gabe wieder protrahiert manifestieren und eine erneute Behandlung erforderlich machen. Bei der i. v. Gabe ist darauf zu achten, dass Biperiden langsam appliziert wird, um keinen akuten Blutdruckabfall zu provozieren. Die antipsychotische Medikation muss nach dem Vorfall gewechselt oder reduziert werden. Eine begleitende Gabe von oralem retardiertem Biperiden kann sinnvoll sein.

## 1.53 An welche übergreifende Institution sollten relevante Nebenwirkungen von Medikamenten gemeldet werden?

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sammelt Meldungen von Patienten und Behandlern zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen und schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen. Zum Schutz aller an der medikamentösen Behandlung Beteiligten sollte diese Koordinations- und Auswertungsstelle bei entsprechenden Vorkommnissen genutzt werden. Kontakt und weiterführende Informationen sind unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) verfügbar.

## Psychische Krisen und Krisenintervention

### 1.54 Was ist eine psychische Krise?

Der Begriff Krise bezieht sich auf einen zeitlich begrenzten Zustand, der von den Betroffenen als bedrohlich erlebt wird, da er mit den zur Verfügung stehenden Mitteln bzw. Fertigkeiten als nicht zu bewältigen erscheint. Psychische Krisen werden in der Psychiatrie meist von psychiatrischen Notfällen (z. B. Erregungszustände, akute Suizidgefahr) abgegrenzt, können aber miteinander einhergehen. Dabei können Entwicklungskrisen (normative Krisen) von situativen/traumatischen (nicht-normativen) Krisen unterschieden werden. Entwicklungskrisen kommen in klassischen Übergangssituationen der menschlichen Entwicklung vor (Geburt, Pubertät, Heirat etc.). Diese Veränderungen haben meist einen längeren Vorlauf und erfordern eine Anpassungsleistung, die gelingen, an der man aber auch scheitern kann. Eine nichtnormative Krise hingegen bricht über Einzelne (z. B. schwere körperliche Erkrankung) oder manchmal auch Gruppen (z. B. Naturkatastrophe) herein. Diese unerwarteten Geschehnisse führen bei raschem Eintreten in der Regel zunächst zu einer Schockreaktion.

### 1.55 Welche Formen der Krisenintervention können unterschieden werden?

Es gibt keine einheitliche Einteilung der Kriseninterventionsformen, denn diese kann unter verschiedenen Aspekten vorgenommen werden und es bestehen Überschneidungsbereiche.

Grob können drei Formen der Krisenintervention abgegrenzt werden (► Abb. 1.3):

1. Psychiatrische Krisenintervention
2. Suizidprävention
3. Intervention nach traumatischen Ereignissen

Eine lange Tradition hat die Unterstützung von Menschen in suizidalen Krisen, mit dem Ziel, sie vor einem Suizid zu bewahren. **Suizidprävention** umfasst dabei sowohl individuelle Angebote für Hilfesuchende als auch gesundheitspolitische und gesellschaftliche Maßnahmen wie z. B. die Sicherung von sogenannten Hotspots, also Orten, die von Menschen gehäuft zum Selbstmord genutzt werden. Aber auch die Packungsgrößen frei verkäuflicher Medikamente, die ggf. zum Suizid genutzt werden können, stellen eine Interventionsebene dar.

Eine Form der Krisenintervention, die gerade vor dem Hintergrund von Terrorakten und Naturkatastrophen eine Rolle spielt, bezieht sich auf Ereignisse mit meist vielen Betroffenen, sogenannte **Großschadenslagen** oder -ereignisse. Der Fokus liegt

|                          | Psychiatrische Krisenintervention                                                                                                                      | Suizidprävention                                | Kriseninterventionsteams                                                                                  |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Historischer Hintergrund | <p>Lebensmüdenhilfe<br/>(1928 W. Börner, Wien)</p> <p>Caplan, G.<br/>An approach to community mental Health (1961)</p> <p>Psychiatrie-Enquête 1975</p> | Telefonseelsorge<br>(erstmals 1896 in New York) | <p>Lindemann, E.<br/>Symptomatology and management of acute grief (1944)</p> <p>Notfallseelsorge</p>      |
| Zielgruppe               | Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in psychosozialen Notlagen                                                                                   | Menschen in suizidalen Krisen                   | Opfer von Katastrophen, Hinterbliebene                                                                    |
| Ziel                     | Menschen mit psychischen Erkrankungen niederschwellige Unterstützung und Behandlung anbieten                                                           | Suizidprävention                                | Begleitung, Orientierung und Unterstützung nach traumatischen Ereignissen. Traumafolgestörungen vermeiden |
| Dienstleister            | Psychiatrische Fachkräfte                                                                                                                              | Psychosoziale Einrichtungen                     | Blaulichtorganisationen, Seelsorger, Ehrenamtliche                                                        |

Abb. 1.3 Krisenintervention [P492/L231]

dabei auf akuter Entlastung, Begleitung und Orientierung sowie darauf, nach Möglichkeit das Auftreten einer Traumafolgestörung zu verhindern. Aber auch bei Todesfällen im Rahmen von Unfällen, Suiziden oder Gewalttaten kommen Krisenhelpher zur Unterstützung der Hinterbliebenen und vor Ort Beteiligten zum Einsatz. Die Durchführung dieser Form von Krisenintervention ist häufig mit Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben assoziiert (z. B. Feuerwehr, Rettungsdienst). Speziell geschulte Einsatzkräfte unterstützen die Betroffenen. Die Tätigkeit ist häufig ehrenamtlich. Hierbei geht es immer um nichtnormative Krisen (→ Frage 1.1, Frage 1.54).

Die **psychiatrische Krisenintervention** hingegen hat ihren Ausgangspunkt in dem Wissen, dass chronische psychiatrische Erkrankungen einen phasischen Verlauf haben und Zeiten relativer Stabilität von krisenhaften Zuspitzungen durchbrochen werden. Aufgrund einer erhöhten Vulnerabilität können bereits kleine Belastungsfaktoren bei chronisch psychisch Kranken zu einer Krise führen. Individuelle, rasch verfügbare und effiziente Unterstützung soll dazu dienen, wieder ein Funktionsniveau herzustellen, das zu möglichst viel Autonomie, Lebensqualität und Teilhabe an der Gesellschaft befähigt. Die psychiatrische Krisenintervention wird dabei von psychiatrischen Fachkräften durchgeführt. Aber auch Menschen ohne psychiatrische Vorgeschichte, die durch akute Lebensereignisse oder erste Symptome einer psychiatrischen Erkrankung Beratung, Orientierung und Behandlung benötigen, sind Zielgruppe einer psychiatrischen Krisenintervention. Wie die Hilfe genau aussieht, ist individuell von der Problemlage, den Ressourcen und den zur Verfügung stehenden Versorgungsstrukturen abhängig.

**INFO****Geschichtliche Eckpunkte der Krisenintervention**

1896 bot der Baptistenpfarrer Harry Warren in New York erstmals eine Form von Telefonseelsorge an, die sich an Suizidgefährdete richtete, und 1928 gründete der Arzt und Pädagoge Wilhelm Börner in Wien die erste „Lebensmüdenstelle“, an die sich Menschen in suizidalen Krisen wenden konnten.

Wissenschaftliche Arbeiten in den 1940er-Jahren beschäftigten sich mit den Folgen von Traumata. Während der Psychiater Erich Lindemann die Folgen bei Überlebenden eines Großbrandes untersuchte, ging es dem Anthropologen und Psychoanalytiker Abram Kardiner vor allem um die Auswirkungen von Kriegserfahrungen.

Der Arzt und Psychoanalytiker Gerald Caplan entwickelte in den 1960er-Jahren wesentliche Grundlagen für eine Theorie psychischer Krisen und Präventionsmaßnahmen hinsichtlich psychischer Gesundheit. Seine Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention hat bis heute Gültigkeit und gilt nicht nur für den psychiatrischen Bereich.

## 1.56 Was sind Konzepte der psychiatrischen Krisenintervention?

Psychiatrische Krisenkonzepte sind meist in die bestehende Versorgungslandschaft eingebettet. Sie reichen von stationären Kurzzeitbehandlungen über niedrigschwellige ambulante Angebote bis hin zu aufsuchenden Ansätzen wie z. B. dem Home Treatment (→ Frage 1.57). Für Betroffene besteht das Problem jedoch meist darin, dass es nicht leicht ist, sich in diesen oft komplexen Strukturen zurechtzufinden und das passende Unterstützungsangebot zu finden. Da in einer Krisensituation aber rasche Hilfe erforderlich ist, haben sich an vielen Orten Krisendienste etabliert. 2014 gab es in Deutschland ca. 20 psychiatrische bzw. psychosoziale Krisendienste mit jedoch sehr unterschiedlichen Strukturen und Schwerpunkten. Seit Ende 2017 ist beispielsweise in ganz Oberbayern und damit für fast 4,5 Mio. Einwohner unter einer Telefonnummer von 9–24 Uhr psychiatrische Soforthilfe verfügbar. Dies beinhaltet neben telefonischer Beratung und Vermittlung in ambulante und (teil-)stationäre Behandlungsangebote oder passende Beratungsstellen auch aufsuchende Krisenhilfe und damit die Möglichkeit zur psychiatrischen Krisenintervention vor Ort.

## 1.57 Was ist Home Treatment?

Home Treatment (HT) gehört zu den aufsuchenden Modellen psychiatrischer Versorgung. Im Rahmen von HT ist es möglich, Patienten für einen überschaubaren Zeitraum (ca. 2–6 Wochen) vor dem Hintergrund einer krisenhaften Zuspitzung einer psychischen Erkrankung eine intensive Behandlung zu Hause anzubieten. Die notwendige Unterstützung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team im häuslichen Umfeld. Die HT-Teams sind dabei an 7 Tagen in der Woche rund um die Uhr erreichbar. Die Häufigkeit der Hausbesuche und die Intensität der Behandlung richten sich innerhalb gewisser Rahmenbedingungen nach den Bedarfen des Patienten. Ziele dieses Behandlungsansatzes sind die Reduktion von stationären Aufnahmen, eine höhere Behandlungsfriedenheit und damit auch eine Verbesserung der Bereitschaft zur Behandlung. Ausschlusskriterien sind insbesondere akute Selbst- und Fremdgefährdung oder fehlende Kooperation aufseiten des Patienten. Die Effektivität dieser Behandlungsmethode ist durch Metaanalysen belegt. Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) wurde HT 2017 für schwer psychisch Kranke als Krankenhausleistung eingeführt.

**INFO****Psychiatrie-Enquete 1975**

Die Umstände, unter denen psychisch Kranke und Behinderte noch in den 1970er-Jahren in Deutschland lebten, waren häufig unzumutbar oder gar menschenunwürdig. Rund 60 % der Patienten verbrachten mehr als 2 Jahre ihres Lebens in Anstalten – Einrichtungen, in denen fast 40 % in riesigen Schlafsaalen mit mehr als zehn Betten untergebracht waren. Daher wurden mit der Psychiatrie-Enquete Reformen initiiert. Die wichtigsten Ziele waren:

- Enthospitalisierung
- Gewährleistung einer gemeindenahen Versorgung
- Kooperation der Versorgungsdienste vor Ort
- Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch kranken Menschen
- Aus- und Aufbau von ambulanten Diensten
- Einbindung psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäuser und damit die Gleichstellung der psychisch Kranken mit somatisch erkrankten Menschen

Seither sind viele Ziele erreicht worden. Um jedoch auch schwer psychisch kranken Menschen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, bedarf es einer gemeindenahen Versorgung, in der ambulanten Maßnahmen Vorrang eingeräumt wird. Akute Krisen müssen durch entsprechende zeitnah verfügbare Angebote abgefangen werden können. Das Ziel flächendeckender Angebote aufsuchender ambulanter und stationärer Krisenintervention für Menschen mit psychischen Erkrankungen über 24 Stunden an 7 Tagen der Woche liegt dabei jedoch noch in weiter Ferne.

### **1.58 Was grenzt Krisenintervention von Psychotherapie ab?**

Psychische Krisen entstehen, wenn belastende Lebensereignisse die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Bewährte Strategien zur Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts versagen. Die Betroffenen erleben dies als bedrohlich und sich selbst als hilflos. Die Ziele der Krisenintervention sind daher eine rasche Stabilisierung und Verhinderung einer weiteren Eskalation. Es geht darum, akute Symptome der Belastung zu mildern und Handlungsfähigkeit wiederherzustellen. Mit Blick auf diese Ziele ist Krisenintervention durch zeitnahe, intensive und zeitlich begrenzte Hilfestellung gekennzeichnet. Krisenintervention kann Bestandteil einer Psychotherapie sein, ist jedoch vom gesamten psychotherapeutischen Prozess vor allem durch die zeitlich komprimierte, intensive Hilfestellung abzugrenzen. Außerdem kann es im Rahmen von Kriseninterventionen notwendig sein, direktiver vorzugehen, als dies in Psychotherapien sonst üblich ist.

### **1.59 Wie ist das Vorgehen zur Krisenintervention nach traumatischen Ereignissen?**

Grundsätzlich ist zu sagen, dass keine ausreichende Evidenz für ein spezielles Vorgehen vorliegt. Hobfoll et al. (2007) haben jedoch fünf Prinzipien formuliert, die in zahlreiche Leitlinien und Empfehlungen Eingang gefunden haben:

1. Ein Gefühl der Sicherheit vermitteln
2. Beruhigung
3. Ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und Wirksamkeit der Gemeinschaft schaffen
4. Verbundenheit
5. Hoffnung

Außerdem gibt es die TENTS Guidelines, die im Rahmen eines Delphi-Prozesses entwickelt wurden. Daraus gehen folgende Empfehlungen hervor:

1. Es wird *nicht* empfohlen, unselektierte Frühinterventionen für alle Betroffenen anzubieten, wie z. B. „Psychological First Aid“ oder Debriefings (→ Frage 1.60).
2. Es wird *nicht* empfohlen, alle Betroffenen einem Screeningverfahren zu unterziehen. Als Begründung werden fehlende Evidenz und effektiverer Einsatz der meist sowieso begrenzten Ressourcen angegeben.
3. Es wird *nicht* empfohlen, dass eine medikamentöse Behandlung Bestandteil der Krisenintervention sein sollte. Evidenz für die Wirksamkeit – wenn auch in geringem Ausmaß – einer medikamentösen Behandlung gibt es nur für die chronische Phase einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Für die Frühphase ist die Evidenz bisher unzureichend.
4. Psychoedukation wird trotz fehlender Wirksamkeitsnachweise empfohlen. Der Fokus sollte dabei neben allgemeinen Informationen zu Traumafolgestörungen auf Resilienzfaktoren und Ressourcen liegen.
5. Interventionen, um ein Gefühl der sozialen Unterstützung zu fördern, werden empfohlen. Dabei werden die fünf von Hobfoll et al. (2007) aufgestellten Prinzipien von Experten unterstützt.
6. Es wird ein gestuftes Vorgehen empfohlen, d. h., die Betroffenen sollten entsprechend ihres Hilfebedarfs behandelt werden. Personen, die Symptome einer Traumafolgestörung entwickeln, profitieren von therapeutischer Unterstützung, insbesondere von einer traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie innerhalb der ersten 3 Monate. Aber auch alternative – ansonsten Second-Line-Interventionen – sollten ggf. angeboten werden (z. B. EMDR).

## 1.60 Ist Debriefing als Erstmaßnahme nach traumatischen Ereignissen indiziert?

Nein. Der Begriff Debriefing wird für unterschiedliche Vorgehensweisen benutzt. Eine sehr standardisierte Form ist das von Mitchell und Everly entwickelte Critical Incident Stress Debriefing (CISD), ein siebenstufiges Programm für Kleingruppen. Der Grundgedanke ist, dass in der Akutphase, meist 24–72 h nach dem Ereignis, eine Gruppe Betroffener zusammenkommt und unter Anleitung Fakten des Ereignisses, persönliche Gedanken, Gefühle und Reaktionen austauscht. Psychoedukative Elemente über posttraumatische Stressreaktionen sollen dabei helfen, mögliche Symptome und Reaktionen einzurunden und zu verstehen. In den letzten Jahren gibt es jedoch immer mehr Zweifel an diesem Vorgehen und sogar Untersuchungen, die zeigen, dass ein Debriefing den Verarbeitungsprozess nach einem traumatischen Ereignis verlängert oder zu einer verstärkten Symptomausprägung führt. Die Befragung in der Gruppe kann die Teilnehmer untereinander noch weitergehend traumatisieren. In den meisten Leitlinien wird daher von diesem Vorgehen abgeraten.

## 1.61 Wie sieht das Vorgehen im Rahmen einer psychiatrischen Krisenintervention aus?

Folgende Schritte können bei einer psychiatrischen Krisenintervention abgegrenzt werden.

- **Vorbereitung:** Im Vorfeld der Intervention sollten nach Möglichkeit alle notwendigen Informationen, insbesondere im Hinblick auf Selbst- oder Fremdge-

fährdung eingeholt werden. Je nach Ausgangssituation müssen ggf. weitere Helfer (Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr) hinzugezogen werden.

- **Beziehungsaufbau und Verstehen der Situation:** Kontaktaufnahme mit dem Betroffenen und ggf. seinem Umfeld. Einschätzung der Kontaktfähigkeit und Kooperationsbereitschaft. Notwendige Informationen einholen, um die aktuelle Situation einordnen zu können, insbesondere auch im Hinblick auf die akute Gefährdungslage. Dazu sind neben aktuellen Informationen auch anamnestische Angaben zu Vorerkrankungen, Medikation etc. erforderlich. Zum Verständnis der Situation und auch zum Beziehungsaufbau ist es hilfreich, frühere Bewältigungsversuche zu erfragen und diese auch zu würdigen.
- **Zieldefinition und Intervention:** Ist die Problemlage analysiert, ist es wichtig, Ziele für die aktuelle Krisenintervention zu definieren. Die Zielvereinbarung sollte nach Möglichkeit immer mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet werden. Ausnahmen stellen Situationen dar, in denen die Garantenstellung des Arztes ein Vorgehen zur Abwendung von Gefährdungen erfordert. Dies kann ggf. auch Maßnahmen gegen den Willen des Patienten erforderlich machen. Bei akuter Suizidalität oder Fremdgefährdung, von der sich der Patient nicht distanzieren kann, ist eine stationäre Einweisung notwendig. Auch akute Erregungszustände, z. B. im Rahmen einer Psychose, können ein eher direktes Vorgehen erforderlich machen. Bei Krisen, denen ein traumatisches Ereignis vorausging, ist schnellstmögliche Entlastung und die Schaffung des Gefühls von Sicherheit notwendig (→ Frage 1.59).
- **Vernetzung:** Vernetzung bezieht sich hier sowohl auf das persönliche Umfeld als auch auf eine Weitervermittlung innerhalb der zur Verfügung stehenden Versorgungslandschaft. Die Einbeziehung des privaten Umfelds ist in den meisten Fällen hilfreich. Sollte ein soziales Netz bestehen, kann dies als Ressource genutzt werden. Die Anbindung und Vermittlung an adäquate Hilfs- und Behandlungsangebote stellt Unterstützung über die akute Krisenintervention hinaus sicher.
- **Evaluation:** Vor dem Abschluss der Krisenintervention ist eine erneute Standortbestimmung notwendig. Erneut sollte die akute Selbst- bzw. Fremdgefährdung in den Blick genommen werden, um ggf. eine Veränderung seit Beginn der Intervention festzustellen. Eine gemeinsame Reevaluation der getroffenen Absprachen und erarbeiteten Pläne mit dem Patienten stellt die notwendige Kooperation sicher und hilft, Missverständnisse zu vermeiden.

## 1.62 Was ist bei Krisenintervention am Telefon zu beachten?

Nicht selten findet Krisenintervention zu Beginn oder auch ausschließlich am Telefon statt. Ein Telefonanruf ist ein besonders niedrigschwelliger und leicht verfügbarer Zugang zu Beratung und Hilfe. Für die Behandler kann es aber auch eine Herausforderung sein, zumal man auf einen Sinneskanal beschränkt ist und alle notwendigen Informationen nur darüber zu erhalten sind. Es gilt also viel nachzufragen, um die Situation vor Ort richtig einzuschätzen. So können Fragen danach, wo sich der Anrufer befindet oder ob andere Personen vor Ort sind, hilfreich sein, um mögliche Ressourcen oder Gefahren auszumachen. Es ist zudem empfehlenswert, möglichst zu Beginn des Telefonats wesentliche Daten wie Name, Adresse und Telefonnummer abzufragen, denn sollte das Gespräch abbrechen oder einen Verlauf nehmen, der eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung erkennen lässt, ist es dann möglich, weitere Schritte einzuleiten.

**P R A X I S T I P P****PTBS bei Nothelfern und der Polizei**

Berufe, in denen man häufig mit Unfällen und Gewalt konfrontiert ist, stellen ein Risiko für die Entwicklung einer PTBS dar. Da diese Berufe häufig von Männern ausgeübt werden und es in diesen Professionen oftmals als Stigma gilt, Verletzlichkeit („Schwäche“) zu zeigen, bleibt eine PTBS nicht selten unbehandelt. Dies gilt insbesondere für die Polizei und Rettungssanitäter, wo Bedarf für eine verbesserte Psychoedukation besteht.

### **8.17 Wie unterscheidet sich die Erinnerung an Katastrophen bei einer PTBS von „normalen Erinnerungen“?**

Gewöhnliche Erinnerungen werden in ein zerebrales Netzwerk (und damit in das persönliche Weltbild) eingebunden. Die regelmäßige Konsolidierung von Erlebnissen benötigt Zeit und zerebrale Kapazität. Erinnerte Geschehnisse und damit assoziierte Gefühle können weitgehend durch den Betreffenden reguliert werden. Dies gilt nicht für katastrophale Erlebnisse, die oft plötzlich passieren und sofortige Reaktionen erfordern, die gänzlich nicht in das eigene bisherige Weltbild passen und jegliche eigenen Kapazitäten überfordern. Ein Modell beschreibt die Entstehung von PTBS-Symptomen durch eine „im Ausnahmezustand stehende“ Verarbeitung der erlebten Katastrophe(n). Schockierende Erlebnisse, die über die individuelle Bewältigungskapazität hinausgehen, seien reflexartig „über die Feuerleiter“ gespeichert worden, statt in ein regulierendes Netzwerk integriert zu werden. Stresshormone, die durch das Ereignis ausgeschüttet wurden, tragen zu einer eingeschränkten Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen bei. Das überwiegend subkortikal gespeicherte Traumagedächtnis des PTBS-Patienten entzieht sich der an die neue Realität angepassten Neubewertung und der eigenen Kontrolle. Die Verbindung des Traumagedächtnisses mit bewussten (kortikalen) Hirnarealen ist unzureichend. Aus diesem Konzept folgt die übergreifende Methodik der meisten Traumatherapien. Unter einer erneuten (meist gedanklichen) Exposition gegenüber dem Trauma in sicherer Umgebung kann eine Umstrukturierung stattfinden, welche die kortikalen Areale integriert. Dieser korrigierende Prozess führt zu einer vollständigeren Bewusstwerdung und somit Kontrolle und Umbewertung des Erlebten.

8

### **8.18 Kann ein Trauma auch konstruktive Folgen für den Betroffenen haben?**

Überwundene Krisen gelten als Stärkung des Betroffenen. Der Mensch hat evolutionsbiologische Ressourcen, um erhebliche Schwierigkeiten zu überwinden und psychische und somatische Verletzungen zu heilen. Das Ziel von Krisen und Kriseninterventionen kann als eine Stärkung interpretiert werden, die über den Status der Ausgangssituation hinausgeht. Diese Sicht gibt der therapeutischen Arbeit einen Aspekt, der über bloße „Wiederherstellung“ hinausgeht und dem Patienten eine positive Perspektive für den Mut und die Mühe geben kann. Zur Sinnhaftigkeit und Wachstumschance im Zusammenhang mit Krisen existiert diverse Literatur, die für Patienten bedeutsam sein kann. Trauer, Verlust und Sterblichkeit lassen sich jedoch nicht durch „therapeutische Tricks“ wegreden.

## 8.19 Durch welche Kriterien wird eine akute Belastungsreaktion diagnostiziert?

Die akute Belastungsreaktion ist „*eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörtem Menschen auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt, und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt*“ (ICD-10). Es muss ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang (sofort bis einige Minuten) zwischen der Belastung und dem Symptombeginn vorliegen. Das in der ICD-10 geforderte klinische Bild ist gemischt und gewöhnlich wechselnd; nach dem anfänglichen Zustand von „Betäubung“ werden Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug beobachtet. Kein Symptom ist längere Zeit vorherrschend. Die Symptome müssen für die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion innerhalb von 24–48 h abklingen und dürfen nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden sein. Eine akute Belastungsreaktion tritt nicht zwingend nach einer schwerwiegenden Belastung auf.

## 8.20 Welche Gefahren bringt eine akute Belastungsreaktion für die Betroffenen mit sich?

Zu den Symptomen einer akuten Belastungsreaktion gehören nach ICD-10 eine Veränderung und Einengung des Bewusstseins, eingeschränkte Aufmerksamkeit, eine Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientierung. Diese Symptome können sich bis zu stuporösen Zuständen („der Patient ist wie gelähmt bzw. eingefroren“) zuspitzen. Patienten, die unter diesen Symptomen leiden, sind oft hilflos und der Gefahr von Unfällen ausgesetzt. Jede Teilnahme am Straßenverkehr oder risikanten beruflichen Tätigkeiten ist in diesem akuten Zustand mit Risiken verbunden; die eigene Fahr- und Arbeitstüchtigkeit ist meist nicht vorhanden.

Patienten mit einer akuten Belastungsreaktion sollten im Straßenverkehr unterstützt und begleitet werden, bis die Symptome abgeklungen sind. Begleitende und sichernde Maßnahmen können z. B. durch Freunde/Familie erfolgen. Die Ausführung von Tätigkeiten, die verlässliche kognitive Fähigkeiten benötigen und mit hoher Verantwortung einhergehen, sollte vermieden werden.

Aufgrund der vorübergehenden kognitiven Beeinträchtigung kann eine (Zeugen-) Aussage für die Polizei oder die Eigenanamnese bei der medizinischen Erstversorgung fehlerhaft sein. Eine Studie berichtet, dass über 50 % der Betroffenen eines Verkehrsunfalls eine verzerrte Zeitwahrnehmung haben.

## 8.21 Welche Beschwerden definieren eine Anpassungsstörung?

Die Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) ist eine breit gefasste, häufig diagnostizierte und relevante psychische Störung. Ob es sich um eine Störung oder eine angemessene Reaktion handelt, ist nicht immer eindeutig zu differenzieren; relevant ist die **Beeinträchtigung** durch die Reaktion. Gefordert wird ein „*Zustand subjektiven Leidens und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern*“ (ICD-10). Die Diagnose verlangt ein zeitnahe (1 Monat) vorangegangenes belastendes Ereignis, das verschiedenartige psychische Symptome auslöst. Diese bleiben aber zu schwach ausprägt, um eine eigenständige Diagnose zu stellen (z. B. eine Depression oder Angststörung). Die Heterogenität der Diagnose erschwert die Durchführung ausreichend validier Studien oder Metaanalysen, die eine Grundlage für eine therapeutische Empfehlung darstellen könnten.

## 8.22 Welche Kriterien müssen nach DSM-5 und ICD-10 für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erfüllt sein?

Die PTBS wurde erst nach dem Vietnamkrieg als psychiatrische Diagnose (im DSM-III) etabliert. Zuvor wurden verschiedene deskriptive Begriffe verwendet, um die Symptome der Opfer von Krieg und Gewalt zu benennen (z. B. Kriegszitterer oder Shell-shock-Syndrom). Die sichere Diagnose einer PTBS kann schwierig zu stellen sein, da die Symptome 1.) vielfältig sind (z. B. kognitiv, affektiv und somatisch), 2.) auch erst nach langer Zeit nach dem Trauma ausbrechen können und 3.) die PTBS mit zahlreichen komorbiden oder differenzialdiagnostischen Störungen einhergeht (z. B. Insomnie, Depression oder Angst). In der Regel ist die anhaltende und relevante Beeinträchtigung durch traumatische Erinnerungen das Leitsymptom, das die Diagnose einer PTBS rechtfertigt. Weitere Symptome können dann unter dem Aspekt der PTBS sinnvoll zugeordnet werden.

Eine PTBS kann nur diagnostiziert werden, wenn der Betroffene ein Geschehnis von „außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß“ erlebt hat, „das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD-10). Das DSM-5 legt den Schwerpunkt auf das (ätiologisch relevantere) *subjektive* Erleben der Bedrohung statt auf die objektive Gefährdung. Auch kann nach DSM-5 das Trauma als Zeuge oder indirekt (nahestehende Person) erlebt worden sein. Die Symptome einer PTBS werden nach DSM-5 in vier Cluster (DSM-IV verlangte nur drei Gruppen) unterteilt:

- Traumaspezifisches Vermeidungsverhalten gegenüber inneren und externen Triggern, die an das Trauma erinnern
- Anhaltende Erinnerungen an das Trauma (intrusive Gedanken, Flashbacks, Albträume)
- Negative innere Einstellungen und Emotionen (Schuld- und Schamerleben, Anhedonie, Dysphorie)
- Veränderungen in vegetativem Erregungsniveau, das sich in erhöhter Wachsamkeit, Übererregung, Schlafstörungen und Anspannung zeigt

Die Symptome müssen nach ICD-10 und DSM-5 innerhalb von 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis auftreten; das DSM-5 erlaubt den Zusatz „mit verzögertem Beginn“, wenn sich das volle klinische Bild erst nach 6 Monaten entfaltet. In diesem Fall müssen aber vor Ablauf dieser Zeitdauer bereits initiale Symptome vorhanden gewesen sein, die aber nicht für eine Diagnose gereicht hätten. Die ICD-10 nennt für eine PTBS-Diagnose vergleichbare Kriterien, die jedoch in nur drei Clustern gefasst werden (Intrusionen, Vermeidungshalten und Symptome der anhaltenen Übererregung).

Die ständig wiederkehrenden Erinnerungen an ein traumatisches Ereignis sind ein Kernkriterium, ohne das keine PTBS diagnostiziert werden kann. Intrusionen (vor allem sich aufdrängende Gedächtnisinhalte) können in jeder Situation auftreten, aber besonders häufig in Ruhephasen (Einschlafen, Pausen) oder durch Trigger (spezifische Auslöser). Trigger sind meist spezifisch für das erlebte Trauma und können jede Sinnesmodalität ansprechen, z. B. Sirenen als akustischer Auslöser oder der Geruch von verbranntem Fleisch (nach einem schweren Unfall) als olfaktorischer Trigger. Vermeidung bestimmter Situationen ist meist auf Trigger bezogen. Je nach Art und Intensität der Trigger werden nur ganz bestimmte Situationen vermieden (z. B. in Bezug auf verbranntes Fleisch: Fleischerei, Grillen, u. Ä.). In schweren Fällen kann schließlich ein völliger Rückzug aus der Gesellschaft stattfinden.

## 8.23 Wie unterscheidet sich die klassische von der komplexen PTBS?

Da es unterschiedliche Auswirkungen auf den Betroffenen hat, ob ein einmaliger Vorfall (Monotraumatisierung) oder eine andauernde Bedrohung (komplexes Trauma) stattgefunden hat, wurde im DSM-5 die komplexe PTBS als eine neue Diagnose aufgenommen (KPTBS). Auch in der neuen ICD-11 soll diese Unterscheidung getroffen werden. Dabei entspricht die neue Diagnose einer komplexen PTBS am ehesten der „anhaltenden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ des ICD-10 (F62.0). Die häufigste Form der andauernden Bedrohung sind Gewalterfahrungen in der Kindheit.

Die KPTBS umfasst ebenfalls die unter Frage 8.22 beschriebenen Cluster der klassischen PTBS, es kommen jedoch weitere Symptome dazu. Die lang andauernde Bedrohung geht mit einer Veränderung des Charakters einher. So ist oft die Selbstwahrnehmung negativ getönt und die Emotionsregulierung gestört. Damit verbunden sind chronisch depressive Gefühle, Suizidalität, Selbsthass und selbstverletzendes Verhalten sowie eine gestörte Beziehungsgestaltung. Viele Symptome haben Überlappungen zur emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Es werden auch Abspaltungen von negativ besetzten seelischen Anteilen beschrieben, die sich in einer dissoziativen Identitätsstörung äußern können. Mit den ausgeprägten und oft chronifizierten Symptomen der KPTBS gehen komorbide Störungen wie Suchterkrankungen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen noch häufiger einher als bei der klassischen PTBS.

## 8.24 Welche subsyndromalen Beschwerden können durch Traumata verursacht werden?

Chronische Traumatisierungen (z. B. durch psychische häusliche Gewalt oder Verfolgung als Minderheit) wird oft sehr lange kompensiert und ohne Ausbruch von Symptomen oder Erkrankungen toleriert. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Patienten erst Jahre nach belastenden Ereignissen oder Lebensphasen dekompensieren und Krankheitssymptome präsentieren. Die Auswirkungen von Trauma und Gewalt auf ein Individuum sind jedoch auch ohne akute Symptome prägend. In erster Linie leidet das Selbstbild. Der Betroffene sieht sich als für die Ereignisse verantwortlich („Ich habe es so verdient“) und verliert zusehends an Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeiterleben. Diese Defizite erhöhen die Verletzlichkeit für erneute negative Erfahrungen. Die Symptome, welche die Betroffenen zeigen, können durch Überkompensationsverhalten (z. B. hohe Arbeitsbelastung) gekennzeichnet sein. In partnerschaftlichen Beziehungen (z. B. in der Sexualität oder im Bindungsverhalten) zeigen sich oft Hinweise auf frühe Verletzungen auch ohne klinisch manifeste Symptome.

## 8.25 Warum verursachen Belastungsstörungen, insbesondere die PTBS oft chronische Schmerzen?

Patienten mit einer PTBS leiden an einem chronischen Stresserleben („Verharren im Schock“). Stresserleben führt zu einem kontinuierlich erhöhten Sympathikotonus sowie zu einer anhaltenden Erhöhung stressassozierter Hormone und inflammatorischer Mediatoren, die Einfluss auf Schmerzen haben. Die psychische Anspannung erhöht chronisch den Muskeltonus, sodass es zu Rückenschmerzen und weiteren

Verspannungen kommt. Diese können langfristig das gesamte muskuloskelettale System betreffen (z. B. Fehlhaltungen, Gelenkschäden, Bandscheibenvorfälle). Außerdem können begleitende depressive Symptome das Schmerzerleben verstärken.

Der oft zusätzlich bestehende Rückzug schwer traumatisierter Menschen aus dem beruflichen und sozialen Leben lenkt zusätzlich die Wahrnehmung oftmals auf den Schmerz. Für Menschen, die aus kulturellen oder persönlichen Gründen nur reduzierte „psychologisch orientierte Ausdrucksmöglichkeiten“ gelernt haben, ist Schmerz zudem eine Ausdrucksform, um anderen ihre Sorgen und Not mitzuteilen.

## 8.26 Welche initialen Hilfsmaßnahmen sind für Patienten nach einem Trauma durch professionelle Therapeuten angemessen?

Für Anamnese und Hilfe soll eine orientierende und ruhige Atmosphäre angeboten werden. Der Therapeut sollte sich vorstellen, Anlass und Ort der Intervention darlegen und individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen eingehen. Ein *Debriefing* (Aufforderung, den Betroffenen den katastrophalen Hergang verbal wiederholen zu lassen) wird nicht mehr empfohlen. Die Gabe von Sedativa, insbesondere Benzodiazepinen, ist nicht empfohlen und kann die Verarbeitung des Traumas behindern. Eine Anamnese sollte knapp die psychische und die soziale Situation umfassen. Praktische Fragen wie „Wer passt auf Sie in den nächsten Stunden auf? Wer bringt Sie nun nach Hause?“ sollten beantwortet werden. Ihre Dokumentation zu den Vorkommnissen und den Aussagen des Patienten kann für spätere Begutachtungen von wesentlicher Relevanz sein.

8

Bei Arbeitsunfällen mit relevantem Schaden an Menschen bieten größere Firmen mit prädisponierten Berufen (z. B. U-Bahn-Fahrer) oft eine spezifische Unterstützung an. Eine sinnvolle Intervention beantwortet Fragen des Patienten, objektiviert den Vorfall und schützt ihn vor Folgen akuter Verwirrung und heftiger Gefühle. Auch eine knappe Psychoedukation über den Umgang mit belastenden Ereignissen ist wichtig. Dies muss Hinweise über die vorübergehende eingeschränkte Auffassungsgabe, Fahrtüchtigkeit und das mögliche Auftauchen protrahierter Symptome umfassen. Die Nachsorge des Patienten besteht in der Empfehlung einer anhaltenden Betreuung durch Angehörige oder Professionelle bis zum Nachlassen der Symptome.

## 8.27 Welche Maßnahmen sind zur Behandlung von Folgen sexueller Gewalt zu empfehlen?

Die akute Behandlung der Folgen sexueller Gewalt ist multidisziplinär und mehrzeitiig. Eine psychologische Krisenintervention ist akut und im Verlauf anzubieten, am besten durch gleichgeschlechtliches Personal. Hierzu bedarf es geschulten Personals. Haben die betroffenen Patienten einen Migrationshintergrund, ist eine kultursensible Betreuung wichtig. Die Intervention dient sowohl der gynäkologischen und infektiologischen Betreuung als auch der forensischen Beweisaufnahme für eine polizeiliche Verfolgung des Täters. Viele notwendige Maßnahmen sind dringlich; sie alle orientieren sich an der seit dem sexuellen Übergriff vergangenen Zeit. Nach Klärung der Relevanz einer Beweissicherung mit den Betroffenen sollten die betroffenen Körperregionen durch entsprechend geschultes Personal fotografiert werden. Urteilsfähige Patienten müssen einer Bilddokumentation per Unterschrift zustimmen.

Zur forensischen Bilddokumentation existieren technische Standards, die online eingesehen werden können und eingehalten werden sollten. Forensische Abstriche

sollten sachgemäß erfolgen. Bei entsprechender Exposition sollte eine Postexpositionsprophylaxe gegen sexuell übertragbare Krankheiten und bei Frauen eine Notfallkontrazeption besprochen und dokumentiert werden. Nach Verstreichen der entsprechenden Zeitfenster sind mögliche Infektionen festzustellen und ggf. zu behandeln. Auch für die Zeit, in der Ungewissheit über eine Infektion herrscht, ist diesbezüglich eine Betreuung anzubieten. Die Vielseitigkeit der Nöte der Betroffenen erfordert eine gut abgestimmte Zusammenarbeit, die Schwerpunkte auf Empfänglichkeit und medizinisch-forensische Professionalität legt.

## 8.28 Was sind die Grundsätze in der Therapie der PTBS?

Patienten müssen zur Therapie von Katastrophen- oder Gewalterfahrungen an einem sicheren Ort sein. Falls ein Täter vorhanden ist, muss im Umfeld des Patienten ein weiterer Täterkontakt ausgeschlossen werden. Im Allgemeinen wird empfohlen, dass jede Traumatherapie in drei Phasen ablaufen sollte:

- Stabilisierung (Fähigkeit zum Management heftiger Gefühle, Ausschluss von psychotischen, selbstverletzenden und suizidalen Zuständen)
- Exposition (meist im Gespräch und Imagination)
- Integration und Rehabilitation (psychosoziale Maßnahmen)

Traumafokussierte Psychotherapien wirken durch Exposition. Eine Exposition kann aber nur auf dem Boden einer Psyche geschehen, die grundsätzlich stabil genug ist. Als evidenzbasierte Methode gelten traumafokussierte Psychotherapien, die auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten basieren. Zusätzlich kommen Psychoedukation und ggf. Relaxationsmanagement zum Einsatz. Der Erfolg der Therapie hängt von der richtigen Kombination aus Stabilisierung und Exposition ab.

## 8.29 Welche Maßnahmen sind zu ergreifen, wenn ein Patient in einer Traumatherapie dissoziiert?

Im Rahmen des Wiedererlebens belastender Ereignisse (Exposition) kann es zu beeinträchtigenden Reaktionen kommen. Häufig ist die wiederholte Einengung des Bewusstseins bis zum Versinken in einem tranceähnlichen Zustand (Dissoziation) bei Konfrontation mit belastenden Gedanken. Patienten, die zum Dissoziieren neigen, sollten Techniken (Skills) lernen, um ihre Aufmerksamkeit zu lenken und Emotionen zu regulieren. Als Skills eignen sich alle Interventionen, welche die gewünschte Intensität an Reiz erzeugen und durch den Patienten wiederholt angewendet werden können. Häufig werden Schmerzreize durch Gummibänder oder olfaktorische Reize durch Riechstoffe benutzt. Ein Patient, der dem Therapeuten bekannt ist, fällt diesem durch typische Vorzeichen, die eine Dissoziation ankündigen (z. B. Blick, Haltung, Sprechduktus) auf, sodass er oder der Patient selbst eine Dissoziation abwenden kann.

Kommt es dennoch zu einer Dissoziation, ist es wichtig, den Betroffenen rasch in die Realität und das Hier und Jetzt „zurückzuholen“. Sinnvoll ist hierzu eine klare und orientierende Ansprache mit Namen und aktueller Situation. Körperkontakte (Schütteln, Stoßen) sind riskant, da diese fehlinterpretiert werden und retraumatisierend wirken können. Im Rahmen von traumassoziiertem Dissoziieren kann es in dramatischen Fällen auch zur Verkennung und Fehlhandlungen kommen. So vermag der Betroffene z. B. einen Impuls zur dringend notwendigen Flucht oder heftigen Gegenwehr spüren und ausagieren, was vor allem deeskalierende und schützen-

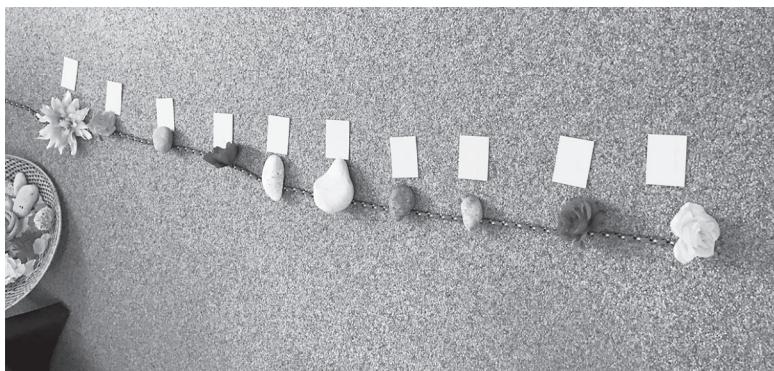
de Maßnahmen notwendig macht. Diese können je nach Situation und Ausmaß ein Talk-down (beruhigendes Gespräch), physisches Sichern (z. B. vorsichtiges An-der-Hand-Halten) oder eine anxiolytische Medikation erforderlich machen.

### 8.30 Wieso können Steine und Blumen in der Traumatherapie zur Anwendung kommen?

Steine und Blumen können als Symbole im Rahmen einer speziellen Psychotherapie eingesetzt werden. Steine können ein Symbol für ein Trauma darstellen, das es fassbarer macht. Vielen Patienten fehlen die Worte für schlimme Ereignisse („unfassbar“), sodass Symbole hier unterstützend wirken können. Dies geschieht z. B. in der traumafokussierten **narrativen Expositionstherapie** (NET). NET benutzt narrative Methoden und eine intensive Exposition, um die Geschehnisse in eine Ordnung und den Organismus in eine Habituation zu bringen.

In der NET werden symbolhaft unterschiedliche Steine und Blumen neben anderen Symbolen verwendet, die belastende (Steine) und positive Geschehnisse (Blumen) darstellen. Diese Symbole werden in einer einmaligen 90–120 Minuten andauernden Sitzung entlang eines Seils (sogenannte Lifeline) gelegt, das den bisherigen Lebensweg des Patienten darstellt.

8



In den weiteren Sitzungen erfolgt die chronologische Aufarbeitung der „Steine“ und „Blumen“ in der Lebensgeschichte. Der Therapeut stellt dann im Rahmen der Exposition ganz konkrete Fragen zu perzeptiven Erinnerungen („Wie hat es gerochen?“) und zu den damaligen sowie aktuellen Körperwahrnehmungen des Patienten. Neben den somatischen Bezügen werden auch kognitive Assoziationen („Was haben Sie in dem Moment gedacht?“) abgerufen und nach möglichen Interpretationen gefragt („Hatten Sie eine Erklärung für ihr Schicksal?“). In der intensiven Befragung soll ein möglichst vorstellbarer und spürbarer „Film“ des Traumas entstehen. Dieser Prozess ist sehr anstrengend für den Patienten und kann durch Rückversicherungen auf den aktuell sicheren Ort gestützt werden. Dem Patienten sollten jedoch seine für den therapeutischen Prozess benötigten negativen Gefühle nicht genommen werden. Eine Sitzung darf nicht ohne eine „Rückkehr“ aus dem Traumaerleben enden. Ziel dieses Abrufens unterschiedlicher Assoziationen und Kognitionen ist die zerebrale Neuordnung und Habituation des Erlebnisses. Um Retraumatisierungen oder andere Komplikationen mit dieser „schmerhaften“ Methode zu vermeiden, sollte das Vorgehen professionell geübt sein und mit regelmäßiger Supervision erfolgen.

NET findet auch unter erschweren Bedingungen wie z. B. in Flüchtlingscamps mit großen Patientenzahlen schwer traumatisierter Individuen statt. Für Kinder und Jugendliche gibt es eine angepasste Variante KIDNET. Für Anwendungen im forensischen Bereich, wo der Patient als Täter agiert hat, gibt es ebenfalls spezifische Anwendungen, die auf NET basieren. Die Anwendung von NET ist nicht auf Ärzte und Psychologen beschränkt und wird daher in sehr unterschiedlichen Konstellationen mit guten Erfolgen eingesetzt. NET ist im Allgemeinen auf 8–12 h begrenzt.

### 8.31 Auf welchem Konzept gründet die Methode des EMDR?

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine Methode der Traumatherapie und verwendet die Kombination aus gedanklicher Exposition und positiver Umbewertung unter wechselnder Aktivierung beider Hirnhälften. Dazu werden meist wechselnde Blickrichtungen zur alternierenden Aktivierung der beiden Hemisphären genutzt. Dieser Effekt soll den physiologischen Verarbeitungs- und Speicherungsprozess der imaginierten Bilder und der damit assoziierten ehemaligen (hilflosen) und neuen (kompetenten) Gefühle unterstützen. Neben Augenbewegungen wirken auch andere Methoden der wechselnden Hemisphärenaktivierung (Berührung, Bewegung). EMDR ist evidenzbasiert, wird in Leitlinien durchgehend empfohlen und findet weite Verbreitung in verschiedenen Institutionen. EMDR wird auch zunehmend für andere psychische Störungen, z. B. Angst- und affektive Erkrankungen, angewendet.

### 8.32 Wie genau läuft die standardisierte EMDR-Therapie ab?

Die EMDR-Behandlung hat einen standardisierten achtstufigen Ablauf, der von der Urheberin der Methode, Francine Shapiro, festgelegt wurde. Die Phasen bestehen aus der Vorbereitung (Anamnese, Behandlungsplanung, Stabilisierung), der eigentlichen Intervention (Einschätzung, Durcharbeiten/Prozessieren, Verankerung und Körpertest) und dem Abschluss (Abschluss und Nachbefragung). Die Traumanamnese soll kurz und sachlich bleiben, um nicht zu früh die emotionalen Komponenten mit auszulösen. Die Auswahl einer Stimulationsmethode fällt in die Phase der Vorbereitung. Die alternierende Aktivierung der Hemisphären kann durch Blickrichtungswechsel, Musik oder Berührungen durchgeführt werden. Eine vertrauensvolle Patient-Therapeut Beziehung soll in der vorbereitenden Phase etabliert werden. Der Ort der Therapie muss als sicherer Ort wahrgenommen werden.

Die Kernphase beginnt mit der Einschätzung der auslösenden Krisensituation, in der die Belastung auf mehreren Ebenen aktiviert wird: in der Erzählung, als Bild, emotional, in Bezug auf körperliche Wahrnehmungen. Dabei müssen auch vorbestehende negative Assoziationen und Schuldzuweisungen des Betroffenen mit der Krisensituation erkannt werden. Ein Beispiel dafür wäre die Erkenntnis, sich die Schuld des Ereignisses nur sich selbst zuzuschreiben, obwohl dies objektiv unberechtigt ist. In Bezug auf diese Überzeugung wird ein positiver Gegengedanke entworfen und verinnerlicht „Ich bin nicht schuldig – ich habe mein Bestes gegeben“. Nun folgt die alternierende Stimulation, während die Gedanken an das Trauma und Reaktionen darauf anhalten (Durcharbeiten/Prozessieren), bis es zu einer Rückbildung der Reaktion (Entspannung) kommt. Dieser Prozess wird mehrfach durchlaufen.

Bei anhaltender Entlastung soll ein positives Selbstbild und konstruktiver Gedanke festgehalten (verankert) werden. Auch zur Verankerung wird die bilaterale Stimula-

tion eingesetzt. Die Überprüfung von körperlichen Reaktionen (z. B. Schwitzen oder Tachykardie) zeigt bei erneuter Konfrontation des Traumas, ob der Umstrukturierungsprozess zu geringerer Reaktivität geführt hat. Der Abschluss und die Nachbefragung bestehen aus dem Aufgreifen und Bearbeiten anhaltender Beschwerden. Auch werden in dieser Phase adjuvante Stressmanagementtechniken vermittelt.

#### INFO

##### EMDR

Für den Einsatz einer EMDR-Therapie bei einer komplexen PTBS liegt weniger Evidenz vor als für die monotraumatisch ausgelöste „klassische“ PTBS.

### 8.33 Welche internetbasierten Interventionen (IBI) sind wirksam zur Behandlung einer PTBS?

Es gibt eine wachsende Zahl unterschiedlichster internetbasierter Angebote für Betroffene von psychischen Beschwerden. Auch für die PTBS nimmt die Anzahl von IBI, die meist auf den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie basieren, zu.

Die Therapie läuft nach einem festen Schema an Aufgaben und Sitzungen ab. Statt dem Gespräch mit dem Therapeuten folgen schriftliche Mitteilungen. Diese „Briefe“ haben unterschiedliche Intentionen. Die Grundlage bildet meist die Offenbarung und Beschreibung des erlebten Traumas. Mittelpunkt dieses Prozesses ist die eigentliche Exposition mit darauf aufbauender Gewöhnung (Habituation). Darauf bauen Überlegungen und Wünsche auf, wie in Bezug auf die aktuelle Lebenssituation das Trauma in die Biografie zu integrieren und zu überwinden ist. Ein positiver Ausblick in die Zukunft soll geschaffen werden.

Die Methode basiert zum Teil auf der schon lange vor dem Internet zur Anwendung kommenden Methode der *Schreibtherapie* („Expressive Writing“). In Kombination mit der eigentlichen Therapie können IBI auch Psychoedukation, Fallbeispiele, Erinnerungen an Termine und Stressmanagement inkl. Relaxationstraining enthalten. IBI werden mit und ohne therapeutische Begleitung angeboten. Die therapeutische Begleitung erfolgt meist durch Antwort und Reaktion auf die schriftlichen Aussagen des Patienten. Auch eine ausbleibende Remission, eine Verschlümmierung und Notfälle können durch einen begleitenden Therapeuten flankiert werden.

Die Wirksamkeit von IBI, die auf traumafokussierter KVT oder Expressive Writing basieren, wurde in einer Metaanalyse nachgewiesen. Es ist davon auszugehen, dass IBI für PTBS und weitere Störungen optimiert und fester Bestandteil der Therapieoptionen werden. IBI werden die persönliche Psychotherapie nicht ersetzen, stellen aber eine sinnvolle Ergänzung oder Alternative dar. IBI können Patienten, die keinen Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben, Hilfe anbieten.

#### INFO

##### Psychoedukation bei Belastungsstörungen

Psychoedukation ist Bestandteil jeder PTBS-Behandlung. Eine ausführliche Aufklärung über die Zusammenhänge des Erlebten und der Symptome kann dazu dienen, die Eigenstigmatisierung „Schuld“ zu reduzieren. Viele Betroffene schämen sich für ihre Beschwerden oder können sie nicht richtig zuordnen. Sie befürchten, „verrückt“ zu werden, und ziehen sich noch weiter zurück.

Da sich die Störungsbilder der PTBS oft sehr ähnlich sind, können wenige Informationen bereits einen Großteil der Beschwerden dieser Patientengruppe abdecken. Wichtige Themen der Psychoedukation sind: Aggressions- und Stressmanagement, Schlafhygiene, Zusammenhang von Denken, Fühlen und Handeln, Emotionsregulation, Umgang mit Schmerzen, Trauer und Vermeidung dysfunktionaler Strategien wie Missbrauch von Alkohol, Analgetika oder Sedativa. Die Psychoedukation in einer Gruppe durchzuführen ist sinnvoll, da die Betroffenen untereinander die Ähnlichkeiten ihrer Beschwerden erkennen. Dadurch erscheinen diese Symptome „normaler“. Für die Psychoedukation bei PTBS existieren gute Manuale.

### 8.34 Welche medikamentösen Interventionen sind zur Behandlung einer PTBS zugelassen?

Eine Zulassung für die Behandlung einer PTBS hat der SSRI Sertraline. Die medikamentöse Behandlung orientiert sich jedoch weitgehend an den individuellen Leitsymptomen des Patienten, z. B. Insomnie, Depressionen oder Aggressivität. Die meisten Anwendungen erfolgen in diesen Fällen off-label. Es gibt Studien, die Beta-blockern einen positiven Effekt gegen Albträume und Flashbacks bei PTBS-Patienten zuschreiben. Eingesetzte Medikamente sollen nicht das Vermeidungsverhalten mit den erlebten Geschehnissen behindern, sondern dienen überwiegend der Stabilisierung, die eine Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und die Teilnahme am sozialen Leben ermöglicht. Patienten mit einer PTBS haben ein erhöhtes Risiko, einen Missbrauch mit sedierenden Substanzen zu betreiben, daher ist der Einsatz von abhängigkeitserzeugenden Substanzen besonders kritisch zu sehen und in den allermeisten Fällen kontraindiziert.

#### Quellen

- Bannink R, et al. Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. PLoS One 2014; 9(4): e94026.
- Berger M. Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie – enhanced ebook. München: Elsevier Urban & Fischer 2015.
- Breiding MJ, et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization – National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. MMWR Surveill Summ 2014; 63(8): 1–18.
- Buhmann CB. Traumatized refugees: morbidity, treatment and predictors of outcome. Dan Med J 2014; 61(8): B4871.
- Burg MM, Soufer R. Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. Curr Cardiol Rep 2016; 18(10): 94.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (2004); [www.bmfsj.de](http://www.bmfsj.de) (letzter Zugriff: 20.12.2017).
- Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. CNS Spectr 2009; 14 (1 Suppl 1): 32–43.
- Dilling H, Freyberger HJ. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber 2012.
- Doering C. Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen (Gewaltschutzgesetz – GewSchG), 2017; [www.stalking-justiz.de](http://www.stalking-justiz.de) (letzter Zugriff: 20.12.2017).
- Droždek B. Challenges in treatment of posttraumatic stress disorder in refugees: towards integration of evidence-based treatments with contextual and culture-sensitive perspectives. Eur J Psychotraumatol 2015; 6: 24750.

## 18.18 Wie unterscheiden sich Simulieren und Aggravieren?

Simulation im medizinischen Sinne beschreibt das Vortäuschen *nicht* vorhandener Defizite, um Vorteile daraus zu erwirken. Aggravation bezeichnet die übertriebene Darstellung tatsächlich vorhandener Defizite.

### MERKE

#### **Psychosomatik: Bedürfnisse beantworten statt ausschließlich auf Begründungen zu schauen**

Patienten mit „medizinisch nicht begründbaren Symptomen“ können mit den vorhandenen diagnostischen Systemen nicht ausreichend verstanden werden. Die einzelnen Diagnosen sind umstritten, überschneiden sich und unterliegen anhaltender Veränderung. Von „medizinisch nicht begründbaren Symptomen“ Betroffene haben Bedürfnisse, die der therapeutischen Intervention bedürfen. Dies unterscheidet sie nicht von Patienten mit begründbaren Defiziten. Um Beschwerden ohne bekannte Ursache zu behandeln, sind Offenheit, Sorgfalt, Teamarbeit und Erfahrung wichtig. Hilfe sollte primär an den zugrunde liegenden – oft unbewussten – Bedürfnissen der Betroffenen ansetzen.

### Quellen

- American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-5®. Göttingen: Hogrefe 2014.
- Bailer J, et al. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. Anxiety Stress Coping 2016; 29(2): 219–239.
- Berger M. Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie. 5. A. München: Elsevier Urban & Fischer 2015.
- Brünahl C, et al. Mental disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS). J Psychosom Res 2017; 98: 19–26.
- Deter HC, et al. Psychological treatment may reduce the need for healthcare in patients with Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis 2007; 13(6): 745–752.
- Dilling H, Freyberger HJ. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber 2012.
- Edwards TM, et al. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. Ment Health Fam Med 2010; 7(4): 209–221.
- Fliege H, et al. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. Psychosomatics 2007; 48(1): 60–64.
- Guthrie E, et al. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. Am J Gastroenterol 2002; 97(8): 1994.
- Krahn LE, et al. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. Am J Psychiatry 2003; 160(6): 1163–1168.
- Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. Psychosom Med 1998; 60(2): 150–155.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosom Med 2007; 69(9): 881–888.
- Kurt H, et al. Spannungsfeld Psychosomatik und Psychiatrie. Nervenarzt 2012; 83(11): 1391–1398.
- Löwe B, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30(3): 191–199.
- McKenna L, et al. A scientific cognitive-behavioral model of tinnitus: novel conceptualizations of tinnitus distress. Front Neurol 2014; 5: 196.
- Newby, JM, et al. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. J Psychosom Res 2017; 101: 31–37.

- Schaefer R, et al. Nichtspezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Psychotherapeut 2014; 59(2): 155–174.
- Stores G, et al. Sleep and psychological disturbance in nocturnal asthma. Arch Dis Child 1998; 78(5): 413–419.
- Sturdy PM, et al. Psychological, social and health behaviour risk factors for deaths certified as asthma: a national case-control study. Thorax 2002; 57(12): 1034–1039.
- Ten Brinke A, et al. Similar psychological characteristics in mild and severe asthma. J Psychosom Res 2001; 50(1): 7–10.
- Van Dessel N, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014; 11: CD011142.
- Wolever RQ, et al. Complementary therapies for significant dysfunction from tinnitus: treatment review and potential for integrative medicine. Evid Based Complement Alternat Med 2015; 2015:93141.

---

### Zitierte Leitlinien

- Haenel F et al. SK2-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Nervenarzt 2015; 86(1): 72–73.
- Hausteiner-Wichle C. Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden: S3-Leitlinien mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie. Stuttgart: Schattauer 2013.
- Schaefer R, et al. Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(47): 803–813.



# 19 Psychotherapie

Jan Reuter und Michael Frey

|                                               |     |                              |     |
|-----------------------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| Allgemeine Aspekte                            | 405 | Kognitive Verhaltenstherapie | 413 |
| Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie | 408 | Psychodynamische Verfahren   | 415 |
| Methoden der Psychotherapie                   | 410 | Systemische Therapie         | 418 |

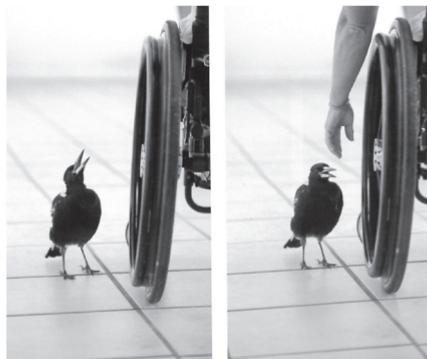
19

## Allgemeine Aspekte

### 19.1 Wiese können Hunde psychotherapeutisch erfolgreich sein?

Hunde werden auch offiziell in psychotherapeutische Interventionen eingebunden. In Kliniken gibt es nicht selten „Stationshunde“ (Stationsskatzen), die bei Personal und Patienten beliebt sind (► Abb. 19.1). Sie tragen zu einer positiven Atmosphäre und zur Reduzierung von Anspannung bei. Tiere, die mit Menschen interagieren können, bieten Eigenschaften, die in der Psychotherapie geschätzt werden:

- Ehrliche und unmittelbare Reaktionen
- Intuition für Gefühle und Stimmungen
- Unkomplizierte, angemessene Wärme und Nähe
- Weniger Blicke auf die Uhr



**Abb. 19.1** Tiere können Menschen eine Hilfe sein  
(aus: „Penguin Bloom“) [G726]

### 19.2 Ist jeder Psychologe ein Psychotherapeut?

Nein. *Psychotherapeut* ist ein geschützter Begriff. Als Psychotherapeuten dürfen sich in Deutschland nur Ärzte und Psychologen nach Abschluss einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung bezeichnen. (Zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind auch Sozialpädagogen und Pädagogen zugelassen.) Der sehr ähnliche Begriff Psychotherapie dagegen ist nicht geschützt, sodass auch andere Berufe diesen Begriff benutzen können.

### 19.3 Was bedeutet „Delegation“ bezüglich einer beruflichen Ausübung der Psychotherapie?

Bis zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1999 war es Psychologen in Deutschland nicht gestattet, ohne ärztliche Aufsicht zu arbeiten. Sie waren „Delegierte“ des Arztes. Nach der Gesetzesänderung durften entsprechend ausgebildete Psychologen nun selbstständig Psychotherapie ausüben und abrechnen. In einigen

anderen europäischen Staaten (z. B. Schweiz) gilt das vormalige Modell auch heute noch und verschärft den Mangel an psychotherapeutischem Personal.

## 19

### 19.4 Wo liegen die historischen Wurzeln der Psychotherapie?

Lehren und Methoden zur Heilung von psychischen und seelischen Beschwerden begleiten die Entwicklung der Menschheit in ihrer Entwicklung. Die Methoden orientieren sich dabei stets am jeweiligen kulturellen Rahmen, der definiert,

- wie die Seele beschaffen ist und wo sie lokalisiert ist („großer Zeh“),
- was seelische Störungen sind („Besessenheit“) und
- wer sie verursacht („der Mond“).

Die angenommenen Ursachen waren zu Beginn magischer Natur (Einfluss durch die Natur und Ahnen) und später Folge des Wirkens unterschiedlicher bzw. eines Gottes. Die Aufklärung hat den Weg für eine naturwissenschaftliche Betrachtungsweise geebnnet. Therapeutische Methoden haben sich aus diesen Glaubens- oder Evidenzmodellen abgeleitet. Das Konzept und die Metaphern der Psyche und ihrer Pathologie unterliegen einem steten Wandel und sind mit dem Zeitgeist verzahnt.

### 19.5 Wie bestimmen Setting und Frequenz die Wirkung der Psychotherapie?

- **Setting:** Die räumliche Anordnung und die Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Behandler und Patient, die Beleuchtung und das Mobiliar, die Mitpatienten im Wartebereich und alle anderen bewusst oder unbewusst wahrgenommenen Faktoren haben einen Einfluss auf die Therapie. Die Psychoanalyse hat z. B. bewusst die liegende Haltung des Patienten gewählt, da man hier verletzlicher, aber auch entspannter ist. Der Patient liegt zudem so, dass er das Gesicht des Therapeuten nicht sehen kann. Dies ist gewollt, damit der sprechende Patient nicht von der Mimik des Therapeuten abgelenkt wird. Eine bewusste Gestaltung dieser Einflussvariablen im Sinne einer funktionierenden Psychotherapie ist wichtig.
- **Frequenz:** Es gibt keine eindeutige Empfehlung zur Frequenz. Ein sinnvoller Abstand ergibt sich aus Akuität, Diagnose, Verlaufsstand der Therapie und den Möglichkeiten der Beteiligten. Die Psychotherapie sollte die richtige „Temperatur“ haben, um arbeiten zu können. Das heißt, dass zu große Abstände die stattgefunden Arbeit verblassen lassen. So kann ein Gefühl der Offenheit nach über 2 Wochen wieder in die Ferne gerückt sein. Werden hingegen mehr Termine angesetzt, als der Patient verarbeiten kann, findet keine Entwicklung statt. Eine gängige Frequenz einer Psychotherapie ist ein Termin pro Woche. Zu diesen Ansichten unterscheiden sich jedoch die Meinungen deutlich; so setzen einige niederfrequente Therapieverfahren auf die selbstständige Entwicklung zwischen den Terminen. In der Traumatherapie, die mit oftmals unerträglichen Gefühlen einhergeht, können eine höhere Frequenz und eine kürzere Gesamtdauer der Therapie sinnvoll sein. Patienten, die weniger belastbar sind oder weniger verarbeiten können (z. B. Menschen mit einer Intelligenzbeeinträchtigung), profitieren von kürzeren Therapieeinheiten. In der Ausleitung einer Therapie können die Termine immer seltener stattfinden.

## 19.6 Ist die Beziehung zum Psychotherapeuten für die Wirksamkeit wichtiger als die angewandte Methode?

Nicht die Nähe, aber die Qualität der Beziehungsgestaltung des Psychotherapeuten gilt als wichtiges therapeutisches Werkzeug. Die Kriterien der Qualität sind in ihrer Bedeutung jedoch umstritten. Vertrauen und Authentizität gelten als Grundlage einer erfolgreichen psychotherapeutischen Allianz. Über die Nähe der Beziehungsgestaltung gehen die Meinungen auseinander.

Der Aspekt des professionellen Abstands („Abstinenz“) ist eine wichtige Variable innerhalb dieser Diskussion. Ein zu nahes oder privates Verhältnis zwischen Therapeut und Patient (enge psychologische und/oder körperliche Nähe) werden abgelehnt. Mit zunehmender Nähe mag sich der Patient erwünschter und besser fühlen, dieselbe Nähe kann jedoch auch sozial erwünschtes Verhalten des Patienten fördern, das einer wirksamen Therapie im Wege stehen kann. Ein anhaltender sozialer Austausch und Nähe mit dem Therapeuten, die der Patient eigentlich im „echten Leben“ finden sollte, kann den Betroffenen auch in eine Abhängigkeit bringen und ihm dadurch schaden. Die Beziehung gilt zudem auch als wichtiges *Werkzeug* in der Psychotherapie, mit der sowohl die Erkundung als auch die Entwicklung des Patienten vorangetrieben werden sollen.

## 19.7 Warum ist die psychotherapeutische Selbsterfahrung ein wichtiger Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung?

Die Selbsterfahrung soll dem Therapeuten ermöglichen, sich selbst so weit zu kennen, dass seine therapeutische Arbeit nicht durch eigene Anteile ungünstig beeinflusst wird und dass die Beziehungsgestaltung professionalisiert wird. Übertragung und Gegenübertragung, unbewusste Handlungsmotive und Projektionen zwischen Therapeut und Patient können unerkannt Schaden anrichten, in bewusstem Erleben jedoch zur Therapie wesentlich beitragen.

### PRAKTISTIPP

#### Sie oder Du?

Sie. Die Du-Form im psychotherapeutischen Kontakt zum Patienten ist trotz großer Ehrlichkeit und Menschlichkeit in der beruflichen Beziehung unüblich.

## 19.8 Wann und wie sollte eine Psychotherapie beendet werden?

Eine Therapie endet in der Regel mit einer Teilremission innerhalb des genehmigten einfachen oder verlängerten Stundenkontingents. Ein initial festgelegtes (Teil-)Behandlungsziel hilft besonders bei chronisch oder schwerer erkrankten Patienten, einen Erfolg und Abschluss zu finden. Im Verlauf der Therapie erfolgt in der Regel eine schrittweise Reduktion der Therapiefrequenz, z. B. auf einen Termin pro Monat oder Quartal. In dieser Phase sollte ein Abschluss vorbereitet werden. Dazu gehört die Zusammenfassung des gemeinsam erarbeiteten Konzepts über Ursache, Ausdruck und Linderung der Beschwerden. Die innerhalb der Therapie erreichten Veränderungen bilden das Ergebnis der langfristigen Arbeit und Vertrauensaufbau. Der Abschied aus der gewachsenen therapeutischen Beziehung kann schwerfallen und Patienten verunsichern. Nach Abschluss der Psychotherapie kann die weitere Besserung der Symptomatik anhalten und sich eine Stabilisierung auch ohne erneute Intervention konsolidieren (Carry-over-Effekt).

Krisen- und Rückfallmanagement unterscheiden sich je nach Krankheitsbild und sollten mit dem Patienten festgelegt werden. Es kann für den Patienten sehr hilfreich sein, auch nach vielen Jahren nochmals eine Kurzintervention bei dem Behandler seines Vertrauens durchzuführen. Bei chronischen Erkrankungen wie der bipolaren Störung oder Schizophrenie kann eine lebenslange Begleitung angemessen sein.

## Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie

### 19.9 Wie werden Nebenwirkungen einer Psychotherapie definiert?

*„Nebenwirkungen sind unerwünschte, aber unvermeidliche negative Folgen einer korrekt angewendeten Psychotherapie.“* (Linden und Strauß 2013) Sie können in ihrer Ausprägung leicht (Weinen während einer Therapiesitzung), mittelgradig (z. B. Konflikte in der Partnerschaft), schwer (z. B. Kündigung eines sicheren Arbeitsplatzes), sehr schwer (z. B. ein Herzinfarkt während einer Exposition) oder extrem (z. B. Suizidversuch) sein. Grundsätzlich sollten Therapeuten zu Beginn einer Therapie über mögliche Nebenwirkungen aufklären und Kontraindikationen ausschließen. Die großen individuellen Unterschiede der möglichen Nebenwirkungen fordern eine individuelle Beschreibung.

### 19.10 Wieso wird im Vergleich zu anderen Interventionen in der Medizin so wenig über die Nebenwirkungen von Psychotherapie diskutiert und publiziert?

Insgesamt fehlt ein Bewusstsein für Nebenwirkungen und Komplikationen außerhalb des Bereichs konkreter medizinischer Eingriffe und pharmakologischer Interventionen. Für Physio-, Ergo- und Musiktherapie, aber auch für Psychotherapie ist eine Diskussion über Nebenwirkungen und Komplikationen noch wenig verbreitet. Psychotherapie ist ein besonders persönliches Produkt des Therapeuten. Während eine Tablette von anderen produziert und ggf. fehlerhaft durch den Patienten angewendet wurde, ist die Psychotherapie eine individuell erstellte und verabreichte Dienstleistung. So können ungünstige Folgen einer Psychotherapie nicht auf die Hersteller oder Patienten abgeschoben werden, sondern sind ein Zeichen persönlicher Verwicklung und Verantwortung. Dementsprechend wird die Ausübung der Psychotherapie durch die Anwender eher subjektiv und in einem bestimmten Ausmaß verzerrt gesehen. Es wird weniger Fokus auf Effekte gelegt, die in anderen Therapiedomänen als Nebenwirkungen und Komplikationen bezeichnet würden. Inter- und Supervision sind Maßnahmen, die psychotherapeutische Fehlentwicklungen aufdecken können.

### 19.11 Was können negative Folgen einer Psychotherapie sein?

Negative Folgen gehören zu Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie. Negative Folgen können bei methodisch richtiger (Nebenwirkung) und fehlerhafter Anwendung (Kunstfehler) von Psychotherapie vorkommen. Sie müssen definitionsgemäß in kausalem Zusammenhang mit der Therapie stehen. Psychotherapie versucht Veränderungsprozesse anzustoßen und zu begleiten; dadurch zielt sie darauf ab, die psychische Homöostase des Patienten vorübergehend aus dem Gleichgewicht zu bringen. Um ein neues Gleichgewicht zu finden, wird dem Patienten einiges

abverlangt; Gewohnheiten müssen verändert, Denkmuster durchbrochen und Emotionen ausgehalten werden. Das kann gelingen, manchmal aber – vor allem wenn die Rahmenbedingungen ungünstig sind oder nicht genügend Ressourcen zur Verfügung stehen – auch misslingen.

Vor diesem Hintergrund können negative Gefühle und Verschlimmerungen für vorübergehende Zeiträume therapeutisch gewollt sein, z. B. im Rahmen von Expositionen bezüglich traumatischer Geschehnisse. Die Behandlung zielt dabei darauf ab, dass Gefühle und Erinnerungen verarbeitet und integriert werden können. Gelingt dies nicht, kann es zu einer anhaltenden Verschlechterung der Gefühlslage und Lebensqualität kommen.

#### INFO

##### **Unerwünschte Ereignisse der Psychotherapie**

Im Unterschied zu negativen Folgen der Psychotherapie stehen die „unerwünschten Ereignisse“ zwar in einem zeitlichen, aber nicht kausalen Zusammenhang mit einer Psychotherapie. Ein Beispiel wäre z. B. die Kündigung eines Arbeitsplatzes während einer Psychotherapie (vgl. Linden und Strauß 2013)

## **19.12 Was sind mögliche Kontraindikationen einer Psychotherapie?**

Kontraindikationen einer Psychotherapie sind alle Umstände, die eine ernsthafte Schädigung des Patienten im Verlauf der Therapie wahrscheinlich machen. Dies kann z. B. eine sexuelle Anziehung zwischen Therapeut und Patient sein oder eine schwere Herzkrankheit, welche die emotionale Aufregung während einer Expositionstherapie nicht zulässt. Auch akute Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten sind Kontraindikationen für bestimmte Psychotherapie-Interventionen. Das Erwarten von schweren, sehr schweren oder extremen Nebenwirkungen stellt, insoweit sie abzusehen sind, ebenfalls eine Kontraindikation dar.

#### PRAKTIKUM

##### **Aufklärung und Verlaufsprüfung über Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie**

Die Frage an den Patienten nach Nebenwirkungen sollte auch ohne Anlass und regelmäßig erfolgen. Die Besprechung von Nebenwirkungen muss Teil der Supervision und Intervision sowie des therapeutischen Selbstmonitorings sein. Nebenwirkungen treten auch in erfolgreichen Therapien auf und bedeuten nicht, dass ein Kunstfehler vorliegt.

## **19.13 Was sind möglicherweise „gut gemeinte“ Grenzverletzungen im Kontakt zu Psychotherapie-Patienten?**

Das mit positiven Absichten geschehene Verlassen des Psychotherapierahmens kann durch vielfältige Verhaltensweisen und fast unbemerkt geschehen. So kann der zeitliche Rahmen über das für das Verfahren übliche Maß hinaus ausgedehnt, der Stundensatz erhöht/erniedrigt, aber auch die therapeutische Arbeit inhaltlich auf geschäftliche oder private Themen ausgeweitet werden. Auch ohne negative Absichten sind derartige Veränderungen des Therapiesettings oftmals grenzverletzendes Verhalten des Psychotherapeuten und bedürfen einer kritischen Beleuchtung und Korrektur.

### 19.14 Was sind Kunstfehler in der Psychotherapie?

Nicht akzeptable Kunstfehler („fehlerhaft angewendete Methode“) müssen von Nebenwirkungen („unvermeidbare Nebenwirkung einer korrekten Methode“) abgrenzt werden.

Das Machtgefälle in der psychotherapeutischen Beziehung ist ein Risikofaktor für Kunstfehler im Sinne von Verfehlungen und Missbrauch. Therapeuten in einer dominanten Stellung können als Fehlverhalten den Patienten schwächen, sodass es zu einem Abhängigkeitsverhältnis kommen kann. Diese Abhängigkeit kann dann für finanzielle, emotionale oder sexuelle Ausbeutung missbraucht werden.

Die Erschaffung sogenannter Paramnesien ist ebenfalls ein Kunstfehler. Hier kommt es durch wiederholte Suggestionen seitens des Therapeuten zu neu konstruierten, als wahr angenommenen Fehlerinnerungen in der Biografie von Patienten. Aus pseudoplausiblen Vermutungen („Es muss doch etwas vorgefallen sein“) können bei suggestiblen Patienten im Laufe der Therapie nachweislich vermeintliche Erinnerungen entstehen. Diese können schlimmstenfalls mit schwerwiegenden Vorwürfen (Missbrauch) gegenüber anderen Personen einhergehen.

#### MERKE

##### Kunstfehler in der Psychotherapie

Weicht ein Psychotherapeut in erheblichem Maße von den Methoden ab, die andere Therapeuten üblicherweise in einer vergleichbaren Situation angewandt hätten, ist das Vorliegen eines Kunstfehlers wahrscheinlich (vgl. Linden und Strauß 2013).

## Methoden der Psychotherapie

#### INFO

##### Psychotherapie

Ein tieferes Verstehen von Methoden, Indikation und Nutzen der unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen stellt sich meist erst mehrere Jahre nach Abschluss der eigentlichen Ausbildung mit entsprechender Erfahrung ein. Die meisten Therapeuten benutzen Elemente aus unterschiedlichen Methoden. Die wichtigsten Methoden der Psychotherapie basieren auf verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch orientierten Konzepten.

Die Ausrichtungen der Psychotherapie verändern sich stetig und sind gefärbt von den Institutionen und Personen, die sie nutzen. Symptomorientierte Ansätze der Psychotherapie fokussieren auf störungsspezifische Konzepte (z. B. für chronische Depressionen oder Psychosen), statt einer bestimmten Schule zu folgen. Die Psychotherapie muss sich den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin stellen; wichtige Wirkfaktoren (z. B. Vertrauen zum Therapeuten) können jedoch nur unzureichend operationalisiert werden.

## 19.15 Sollten die Methoden der Psychotherapie zugunsten einer allgemeinen Psychotherapie abgeschafft werden?

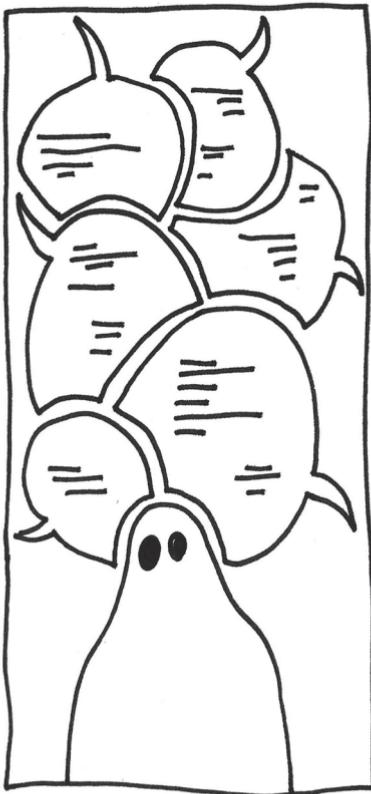
Vorteile der Methodenvielfalt und Spezialisierungen:

- Der Patient hat die Möglichkeit zur Auswahl einer Therapieform.
- Unterschiedliche Methoden können die Spezialisierung auf bestimmte Störungen positiv fördern (Spezialisierung).
- Der anhaltende Entwicklungsprozess der Psychotherapie trägt zu deren Vielfalt bei.
- Keine Methode bildet das unangefochtene Paradigma (Diversität).
- Die Methoden stehen in Konkurrenz zueinander und müssen sich untereinander behaupten (Evolution).

Nachteile der Methodenvielfalt und Spezialisierungen:

- Der Patient hat wenig Überblick und auch kein ausreichendes Verständnis bezüglich der besten Auswahl einer Methode oder eines Therapeuten.
- Die Vielfalt erschwert die Etablierung von Standards zur Qualität, zur Wirkung und zum Schutz von Patienten.
- Jede Methode beinhaltet ihre spezielle Terminologie, sodass der Austausch untereinander missverständlich sein kann.

19

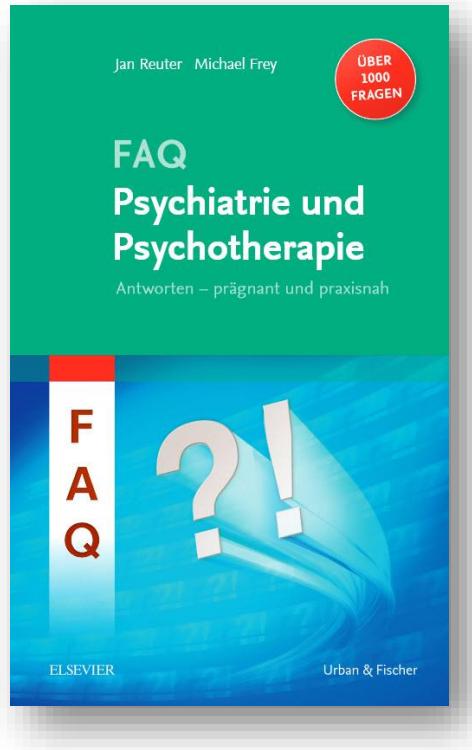


### P R A X I S T I P P

#### Welche Psychotherapiemethode ist die beste?

Psychotherapie sollte eine konstruktive Verbindung aus allgemeingültigen Prinzipien und spezialisierten Aspekten darstellen. Die Auswahl der indizierten Methode richtet sich vor allem nach den Beschwerden und der Diagnose des Patienten. Für einige Diagnosen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung oder posttraumatische Belastungsstörung) sind störungsspezifische Konzepte zu empfehlen. Niedrigschwellige und kürzere Interventionen (z. B. Beratung, Psychoedukation oder supportive Therapie) können bei weniger ausgeprägten Beschwerden die überlegene Intervention sein.

# Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder im Elsevier-Webshop



Mit mehr als 1.000 Fragen und Antworten.

Abgedeckt ist die ganze Bandbreite der Psychiatrie und Psychotherapie. In 23 Kapitel aufgeteilt, erfahren Sie alles über die Themen, die von Notfällen und Anamnese über einzelne Störungsbilder bis hin zu Therapieformen, ethische Fragen und Fragen zur Weiterbildung gehen. Alle Themen in Frage- und Antwortstruktur.

Ob Weiterbildungsassistent oder Facharzt, das Buch gibt Ihnen Sicherheit im Klinikalltag und ist der ideale Begleiter für die tägliche Arbeit, zur Wissensauffrischung und zum Vorbereiten auf Prüfungen.

Kurze, knappe Antworten auf die häufigsten und wichtigsten Fragen, die dem Assistenzarzt in seiner praktischen Tätigkeit begegnen - gut geeignet auch zum Auffrischen des Wissens oder für Fachärzte, die sich in ein neues Fachgebiet einarbeiten möchten.

## FAQ Psychiatrie und Psychotherapie

2018. 490 S., 60 farb. Abb., kt.

ISBN: 978-3-437-15340-2 | € [D] 50,- / € [A] 51,40



[elsevier.de](http://elsevier.de)

Empowering Knowledge