

Auch nach Intensivtherapie

Traumafolgestörungen in der Allgemeinmedizin

Konrad Schmidt^{a,b}, Rebekka Gehringer^a, Sabine Gehrke-Beck^b, Jochen Gensichen^c

^a Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Friedrich Schiller Universität, Jena; ^b Institut für Allgemeinmedizin, Charité, Universitätsmedizin, Berlin; ^c Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Traumatische Erfahrungen können sich langfristig auf die seelische, aber auch auf die körperliche Gesundheit auswirken. Viele Patienten mit Traumafolgestörungen werden in der hausärztlichen Praxis versorgt. Wenig bekannt ist, dass auch medizinische Interventionen wie eine Intensivtherapie posttraumatische Belastungsstörungen nach sich ziehen können.

Fallvignette

Clara Wiener (Name geändert) war 25, als sie 2006 auf dem Weg zur Arbeit in einen Verkehrsunfall geriet. Sie erlitt ein Polytrauma mit Schädel-Hirn-Beteiligung, Lungenkontusion und folgendem Hämatothorax. Mit dem Rettungshelikopter wurde sie in die nächste Intensivstation transportiert und dort künstlich beatmet. Bald erlitt sie nach einer nosokomialen Infektion einen septischen Schock mit Delir.

Erst nach 25 Tagen konnte sie auf die Abteilung entlassen werden. Die physische Wiederherstellung war weitgehend gelungen, doch Clara Wiener ist heute nicht mehr dieselbe junge Frau wie vor dem Unfall. Ängstlich und schreckhaft reagiert sie auf alles, was sie an die Zeit auf der Intensivstation erinnert, oft wacht sie nachts schweißgebadet auf: «Ich habe eine phobische Angst vor den Geräuschen eines Helikopters entwickelt.» Oder: «Wenn ich rote Körperflüssigkeit oder ähnliches sehe ...» Das sind für sie die schlimmsten Trigger. «Die Bilder in meinem Kopf sind so furchtbar real ... Mittlerweile kann ich nicht mehr allein nach draussen». Über Jahre folgten Krankenschreibungen, sogar ein Rentenverfahren wird eingeleitet [1].

Prävalenz

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zählt zu den häufigen psychischen Erkrankungen. Die Prävalenz in einer Bevölkerung hängt vor allem von der kumulativen Häufigkeit traumatischer Erlebnisse ab und variiert weltweit daher erheblich. Schätzungen für die Prävalenz in der Primärversorgung variieren deswegen zwischen 8 und 23%, je nach sozioökonomischem Hintergrund, Herkunft und demographischen Unterschieden in der Studienpopulation [2–4]. Eine schwedische Querschnittstudie ergab 2004 eine Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Normalbevölkerung von 5,6% mit einem Geschlechterverhältnis von 2:1 für Frauen zu Männern. In dem Bürgerkriegsgebeutelten

Ruanda lag 2012 hingegen bereits die Punktprävalenz bei 26,1% [5]. Für die Schweiz zeigte eine Querschnittstudie im Kanton Zürich für Menschen über 65 Jahre 2008 Punktprävalenzen von nur 0,7% für das PTBS-Vollbild sowie von 4,2% für eine unterschwellige PTBS, was sich möglicherweise auf die fehlende direkte Kriegseinwirkung in der Schweiz zurückführen lässt [6]. Auf die heutige Situation mit steigenden Migrations- und Flüchtlingszahlen können diese Daten allerdings nicht übertragen werden.

Die PTBS wird nur selten erkannt und meist unzureichend behandelt: Laut Studien aus den USA und Israel wurde diese nur bei etwa 3–11% aller Patienten in der Hausarztpraxis mit PTBS auch tatsächlich diagnostiziert [3, 4]. Im Schnitt dauert es zwölf Jahre, bis ein erstes professionelles Gespräch über die Erkrankung geführt wird [7].

Psychotraumata schränken oft umfassend die psychische und physische Gesundheit ein: Bis zu 90% der Patienten mit PTBS weisen Symptome weiterer psychiatrischer Erkrankungen auf [8], vor allem Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Beschwerden und Substanzmissbrauch. Chronifizierte posttraumatische Belastungen können über den Mechanismus der traumaassoziierten Stressaktivierung den Verlauf körperlicher (z.B. kardiovaskulärer) Erkrankungen mitbedingen und beeinflussen. Nicht selten finden sich bei schweren chronischen Organerkrankungen lang zurückliegende traumatische Erlebnisse [9].

Auslösende Ereignisse

Im ICD-10 wird das Psychotrauma als auslösendes Ereignis für eine PTBS definiert als: «ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer

Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden». Nach einer US-amerikanischen Studie werden etwa 50–90% einer Population zumindest einmal in ihrem Leben mit einem solchen Erlebnis konfrontiert, am häufigsten im Rahmen eines Verkehrsunfalls [10]. Doch längst nicht alle Menschen entwickeln darauf psychische Symptome, meist können die Erfahrungen integriert werden. Die Verläufe sind sehr unterschiedlich, wie Abbildung 1 zeigt. Während akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sich nach einer Latenz von 1–6 Monaten wieder zurückbilden und in der Regel keine fachpsychiatrische Behandlung bedürfen [11], besteht die PTBS oft über Jahre [12].

Meist sind menschlich verursachte Traumata wie Vergewaltigung, Krieg sowie Misshandlungen und Vernachlässigung in der Kindheit mit hoher Angst, Hilflosigkeit und emotionaler Erregung verbunden, was das Risiko zur Entwicklung einer PTBS erhöht. Erst dann folgen Auslöser der «höheren Gewalt» wie Feuer- und Naturkatastrophen oder Unfälle [13]. Neben dieser ursachenbasierten Einteilung wird von Typ I Traumata gesprochen, wenn es sich um ein «kurzfristiges» Trauma durch akute Erlebnisse handelt, während man vom Typ II bei «langfristigen» Traumata spricht, bei denen wiederholt verschiedene Traumatisierungen erlebt

werden [14]. Eine grössere Anzahl erlebter Traumata führt mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einer lang anhaltenden Symptomatik [15].

Die Entstehung von Traumafolgestörungen wird neurophysiologisch durch sogenannte «Angstnetzwerke» erklärt, die während des traumatischen Ereignisses durch die Stressreaktion von Körper und Gedächtnis assoziativ anstatt kontextbezogen und geordnet angelegt werden. Die Erinnerung an solche Ereignisse sind darauf nur fragmentiert gespeichert, das gesamte «Angstnetzwerk» kann situativ und unbewusst durch «Trigger-Reize» wie Geräusche, Gerüche, Körperhaltungen oder vergleichbare Situationen unvermittelt aktiviert werden [16].

Symptome

Patienten mit PTBS leiden unter einer typischen Symptomkonstellation, die meist aktiv erfragt werden muss, da es viele Patienten vermeiden, darüber zu sprechen. Im Vordergrund stehen sogenannte Intrusionen, sich aufdrängende und real erlebte Erinnerungen an das traumatische Ereignis, auch in Alpträumen, meist ausgelöst durch traumaassoziierte Stimuli («Trigger-Reize»). Aktivitäten, Situationen oder Orte, die an die traumatisierenden Erfahrungen erinnern, werden von den Patienten deswegen bewusst vermieden (*avoidance*). Gleichzeitig leiden die Betroffenen unter dem Gefühl, betäubt zu sein und einer emotionalen «Abstumpfung» (*numbing*). Anderen Menschen gegenüber entwickeln sie eine zunehmende Teilnahmslosigkeit und Gleichgültigkeit. Psychodynamisch ist dies wohl als Schutzreaktion zu verstehen. Hinzu kommen vegetative Beschwerden der Übererregung (*arousal*), wie Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Herzrasen oder Schlafstörungen.

Patienten nach langanhaltender oder schwerer Traumatisierung leiden häufig unter zusätzlichen Beschwerden, für welche die Diagnose der komplexen Traumafolgestörung (cPTBS) vorgeschlagen wurde: Hier sind Störungen der Affektregulation, dissoziative Symptome, somatische Beschwerden, Veränderung der Selbstwahrnehmung, der Sexualität und Beziehungsgestaltung sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen möglich [17].

Beschwerden nach Intensivtherapie

Bislang wenig bekannt ist das Auftreten von posttraumatischen Beschwerden nach invasiven medizinischen Massnahmen, wie sie insbesondere im Rahmen einer Intensivtherapie auftreten. Durch das meist schwere Krankheitsgeschehen und die oft invasiven

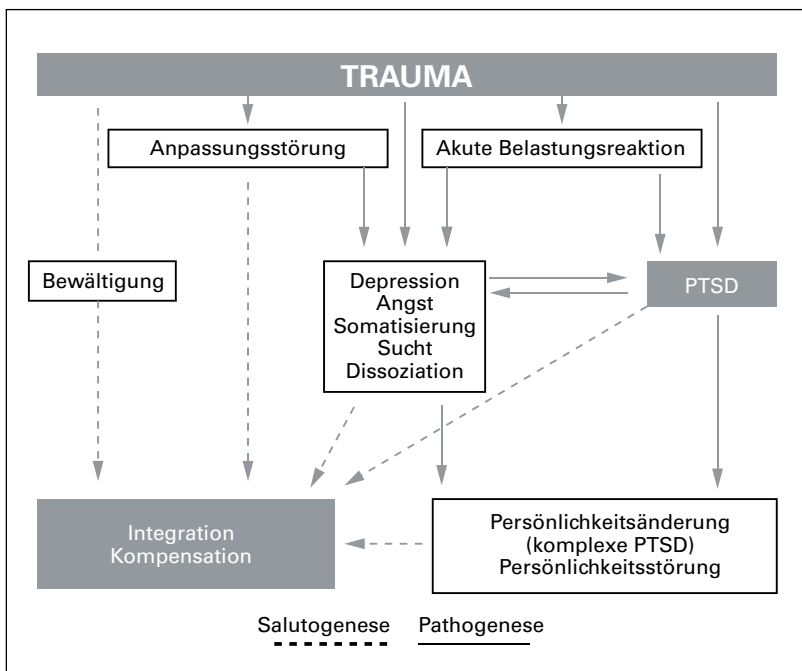


Abbildung 1: Traumareaktive Entwicklungen können multiple Verläufe aufweisen: Aus allen Krankheitsbildern unterschiedlicher Schweregrade kann eine Kompensation erfolgen. Zu beachten ist ebenfalls die meist hohe psychiatrische Komorbidität. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus: Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt, 2011. [12]

intensivtherapeutischen Massnahmen sind die Patienten extremem Stress ausgesetzt. Dazu gehören unter anderem die Aufhebung des Tag/Nachtrhythmus, der gerätebedingt konstant hohe Geräuschpegel, Intubation und maschinelle Beatmung. Auch durch die gravierende funktionelle Einschränkung bei Immobilisierung, die Ungewissheit über die eigene Prognose sowie eine mögliche Zeugenschaft schwerer Schicksale anderer Patienten können Hilflosigkeit und existentielle Angst entstehen. In dieser Stressbelastung können emotional belegte Bilder und Erlebnisse nicht mehr in den kognitiven Kontext von Raum und Zeit eingeordnet werden. Dieses Phänomen verstärkt sich durch die Gabe von Sedativa und das häufige intensivtherapeutisch bedingte Delirium. Wie nach anderen Psycho-traumata entsteht ein Angstnetzwerk, das noch nach Jahren durch einzelne Trigger-Reize wie das Piepen eines Monitors aktiviert werden kann und die Erlebnisse auf der Intensivstation immer wieder real durchleben lässt.

So sind posttraumatische Beschwerden mittlerweile als typische Symptome des sogenannten «*post-intensive care syndrome*» (PICS) anerkannt. Dieses beschreibt neu aufgetretene oder zunehmende physische, kognitive oder psychiatrische Einschränkungen, die – bedingt durch eine kritische Erkrankung – nach der Akutbehandlung weiterbestehen [18]. Die mediane Punktprävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen liegt für Überlebende einer kritischen, intensivpflichtigen Erkrankung etwa zwischen 17 und 44% [19]. Als Risikofaktoren sind die Dauer der Sedierung und der künstlichen Beatmung sowie die Gabe von Benzodiazepinen und vorbestehende psychiatrische Erkrankungen bekannt [20]. Jede bereits vorbestehende Traumaerfahrung in der Biographie erhöht die Vulnerabilität für PTBS deutlich [21].

Im Kindesalter kann die Symptomausprägung teilweise verändert sein (z.B. als wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens oder andere Verhaltensauffälligkeiten).

Auch Angehörige können durch die Zeugenschaft belastungsbedingt ähnliche Symptome zeigen [22], man spricht sogar vom «*post-intensive care syndrome-family*» (PICS-F) [23].

Diagnostik

Die Erstmanifestation tritt typischerweise verzögert und protrahiert nach dem traumatisierenden Ereignis auf; bis zu sechs Monate können vergehen. Da sich zu diesem Zeitpunkt der grösste Teil der Patienten bereits in hausärztlicher Behandlung befindet, sollten Screening und Identifikation der Traumatisierung in der

Primärversorgung erfolgen. Eine fehlende oder verspätete Diagnosestellung verhindert eine adäquate therapeutische Intervention. Demnach kommt dem Hausarzt/der Hausärztin eine Schlüsselrolle in der frühen Erkennung und Behandlung von Traumafolgestörungen zu. Eine subtile Wahrnehmung des Patienten sowie ein aktives Nachfragen sind dabei essenziell, da sich die Symptome oft nur verdeckt zeigen und von den Patienten durch das symptomatische Vermeidungsverhalten kaum kommuniziert werden. Hinweise für Traumafolgestörungen können sein: Sozialer Rückzug, Gefühle von Betäubung und Gleichgültigkeit, Kontrollbedürfnis, Schreckhaftigkeit, Unruhe oder auch Zeichen der Erstarrung [24].

Da das Beschwerdebild häufig parallel mit Komorbiditäten wie Depressionen, Angststörungen, Somatisierung und Substanzmissbrauch auftritt, ist es oft nicht leicht, die richtige Diagnose zu stellen (viele Patienten mit PTBS werden jahrelang wegen Depression, Reizdarmsyndrom oder chronischen Schmerzen behandelt). Das Fahnden nach traumatisierenden Ereignissen in der Vergangenheit kann hier richtungsweisende Hinweise geben [25].

PC-PTSD-Screen

Habe Sie in Ihrem Leben jemals eine Erfahrung gemacht, die so beängstigend, schrecklich oder erschütternd war, dass Sie im letzten Monat ...

1. Alpträume davon hatten oder daran gedacht haben, wenn Sie es nicht wollten?

Ja Nein

2. Sich sehr bemüht habe nicht daran zu denken oder sich grosse Mühe gegeben haben Situationen zu vermeiden, Sie daran erinnerten?

Ja Nein

3. Ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken waren?

Ja Nein

4. Sich wie abgestumpft gefühlt haben oder entfremdet von anderen Menschen, Aktivitäten oder Ihrer Umgebung?

Ja Nein

Abbildung 2: Der «Primary Care PTSD-Screen» als Beispiel eines praxistauglichen Screening-Instrumentes in der Primärversorgung: Werden drei oder mehr Fragen mit «Ja» beantwortet, wird eine weitergehende Diagnostik empfohlen. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus: Schäfer I, Schulze C (2010). Deutsche Version des «Primary Care Post-traumatic Stress Disorder screening questionnaire». Universität Hamburg. [27]

Erhärtet sich der Verdacht, dass eine PTBS vorliegen könnte, können zwei Fragebögen hilfreich sein, die zum Screening in der Primärversorgung entwickelt wurden und auf der Grundlage eines aktuellen systematischen Reviews empfohlen werden [26]: Sowohl der «*Primary Care-PTSD-Screen*» (Abb. 2) als auch die «*PTSD Checklist*» sind Selbstbeurteilungsinstrumente, einfach anwendbar und leicht zu interpretieren [27].

Im Falle eines positiven Screenings erfolgt im Anschluss ein diagnostisches Interview zur endgültigen Diagnosestellung. Diagnostische Kriterien einer PTBS (F43.1) nach ICD-10 sind [12]:

- Symptombeginn innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis;
- Aufdrängende Erinnerungen (Flashbacks, Intrusionen, Alpträume) an dieses Ereignis;
- Vermeidungsverhalten gegenüber Umständen, die der Belastung ähneln;
- Mindestens eines der folgenden Kriterien (1. oder 2.) ist erfüllt:
 1. Unfähigkeit, sich an Aspekte des belastenden Erlebnisses zu erinnern;
 2. anhaltende Symptome erhöhter psychischer Erregung, wobei mindestens zwei der folgenden Merkmale erfüllt sein müssen:
 - Ein- und Durchschlafstörungen
 - erhöhte Schreckhaftigkeit
 - Hypervigilanz
 - Konzentrationsschwierigkeiten
 - Reizbarkeit und Wutausbrüche

Akute Belastungsreaktionen (F43.0) und Anpassungsstörungen (F43.2) sollten hierbei abgegrenzt werden. Eine akute Belastungsreaktion tritt nur kurzfristig und direkt nach einem traumatischen Ereignis auf, was die Abgrenzung zur PTBS bereits durch den zeitlichen Verlauf gut möglich macht. Es besteht häufig eine initiale Verwirrtheit gefolgt von entweder Rückzug oder Hyperaktivität. Bedingt durch die spontane Remission sind bei der akuten Belastungsreaktion nur kurzfristige therapeutische Massnahmen wie unterstützende Gespräche oder eine kurzfristige sedierende Medikation notwendig. Im weiteren Verlauf kann sich jedoch noch eine PTBS entwickeln, so dass die weitere aktive Beobachtung durch den Hausarzt sinnvoll erscheint.

Eine Anpassungsstörung entsteht nach Lebensveränderungen, die nicht notwendigerweise die Schwere der Trauma-Definition nach ICD 10 erfüllen. Auch sie kann verzögert auftreten und Patienten psychisch beeinträchtigen. Eine PTBS-typische Symptomkonstellation mit Intrusionen und Vermeidungsverhalten besteht jedoch nicht. Kriseninterventionen und Gesprächstherapien können hilfreich sein [28].

Bei allen Patienten sollte nach einer möglicherweise anhaltenden Traumatisierung gefragt werden (zum Beispiel bei häuslicher Gewalt), um gegebenenfalls entsprechende Unterstützungsmassnahmen einzuleiten.

Therapie

Zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen sollte eine Psychotherapie gegebenenfalls mit begleitender Pharmakotherapie zur unterstützenden Symptomkontrolle zur Anwendung kommen [12]. Eine alleinige Pharmakotherapie ist obsolet.

Mittlerweile gibt es viele verschiedene Formen evidenzbasierter Psychotherapie. Am weitesten verbreitet sind kognitive und verhaltenstherapeutische Ansätze, mit oder ohne Traumafokussierung/Exposition [29–31]. Zu nennen ist neben der Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) vor allem EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), eine auf den ersten Blick ungewöhnliche Therapieform, bei der sich der Patient auf die traumatischen Erinnerungen konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten mit den Augen folgt [32]. Die an der Universität Konstanz entwickelte Narrative Expositionstherapie (NET) kombiniert eine detaillierte Dokumentation der Lebensgeschichte (*testimony therapy*) mit einer detaillierten Erzählung (*narration*) durch den Patienten, wodurch die belastenden Erinnerungsfragmente in das Gedächtnis reintegriert werden sollen [16, 33]. Ziel aller Therapien ist, dem Patienten die Neuorganisation seiner traumatischen Erinnerungen zu ermöglichen und auftretende Begleitreaktionen zu reduzieren und gegebenenfalls zu kontrollieren [34].

Doch auch im besten Falle einer zügigen Diagnosestellung sind die Wartezeiten für Psychotherapien lang. In Deutschland dauert es im Schnitt sechs Monate, bis eine indizierte Therapie begonnen werden kann [35]. Neue Behandlungsmodelle, die bereits in der Primärversorgung angewendet werden können, wurden bisher nur in den US-amerikanischen Studien getestet, vor allem für kriegstraumatisierte Veteranen [36].

An fünf deutschen Universitätskliniken startete in diesem Jahr eine Interventionsstudie, in der Patienten mit posttraumatischen Beschwerden nach Intensivtherapie von ihren Hausärztinnen behandelt werden, auf Basis der Narrativen Expositionstherapie [37].

Bevor solche Modelle die Regelversorgung möglicherweise erreichen, sollten Hausärzte im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erste unterstützende Massnahmen initiieren [24]. Dabei ist wichtig, die Anamnese achtsam zu erheben, da schon das Erwähnen des Erlebten eine Retraumatisierung auslösen

	PTBR	PTBS	cPTBs
Beratungsanlässe	Symptome (s. u.) in erkennbarem oder berichteten Zusammenhang mit akutem Trauma	Schlafstörungen, Schwindel, Palpitationen, lokalisierte oder generalisierte Schmerzen, Verdauungsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, verschiedenste psychische Beschwerden u.v.a.	
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 im Verlauf von spätestens drei Monaten abklingend, sonst liegt eine PTBS vor		selbstverletzendes Verhalten Somatisierung chronische Persönlichkeitsveränderung
hausärztliche Interventionen	Herstellen äusserer und innerer Sicherheit Würdigung des Leidens Ressourcen des sozialen Netzwerkes ermitteln, Verbundenheit/sichere Beziehungen stärken und fördern Behutsame Anamnese Stressreduktion / Beruhigung Stabilisierung des Selbstwertes, Hoffnung stärken Psychoedukation Vermittlung von Distanzierungstechniken Erkundung, Anerkennung und Bestärkung der Ressourcen und bereits vorhandenen 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	

Abbildung 3: Mögliche hausärztliche Interventionen bei posttraumatischen Beschwerden. Abkürzungen: PTBR = posttraumatische Belastungsreaktion; PTBS = posttraumatische Belastungsstörung; cPTBS = komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Mit freundlicher Genehmigung nach: Reddemann O. Psychotrauma, (post)traumatischer Stress und Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Versorgung, Ärztliche Psychotherapie 2016;11 4:192–8. [11].

kann. Hier sollte es dem Betroffenen zunächst selbst überlassen werden, ob und was er erzählen möchte und kann. Vor der späteren therapeutischen Exposition kann die Hausärztin versuchen, die persönlichen Ressourcen des Patienten zu ermitteln und gegebenenfalls zu verstärken. Allerdings führt die alleinige Stabilisierung häufig nicht zu einer Besserung des Krankheitsbildes [38]. Da Patienten einer Therapie mit Exposition aufgrund ihres Vermeidungsverhaltens häufig ambivalent gegenüberstehen, kann der Hausarzt hier gezielt motivieren: Sinnvoll ist Psychoedukation über den Zusammenhang zwischen Trauma und psychischen wie somatischen Symptomen [39] sowie die Aussicht auf Beschwerdereduktion bei Auseinandersetzung mit dem Erlebten [38]. Die in der Regel langjährige empathische Arzt-Patient-Bindung in der Hausarztpraxis mit guter Kenntnis der individuellen Biographie des Patienten stellt hierfür eine gute Basis dar. Regelmässige Termine auch ohne Bezug auf aktuelle Beschwerden haben sich als hilfreich bewährt [11]. Das Vorhandensein sozialer Unterstützung ist ein wichtiger protektiver Faktor zur Herstellung einer sicheren Umgebung. Auch bei der Vernetzung des Patienten in einem lokalen psychosozialen Helfersys-

Korrespondenz:
Dr. med. Konrad Schmidt
Bachstrasse 18
DE-07743 Jena
Konrad.Schmidt[at]
med.uni-jena.de

tem kommt dem Hausarzt/der Hausärztin eine wichtige Funktion zu – unter Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen, Hilfsorganisationen, Beratungsstellen, Seelsorgern u.a. Um einen Patienten auf seinem Weg zu begleiten, braucht es mitunter viel Geduld und Frustrationstoleranz, unter ständiger Reflexion möglicher Verstrickungen in der Arzt-Patienten-Beziehung (Abb. 3) [40].

Letztlich bleibt jedoch die traumaspezifische Psychotherapie durch speziell geschulte Therapeuten die bisher einzige kurative Methode. Zur Vermittlung und Auswahl des adäquaten Angebotes (Psychotherapeut oder Psychiater, ambulant, stationär oder teilstationär, welches Therapieverfahren etc.) ist ebenfalls hausärztliche Kompetenz gefragt. Bei älteren und mobilitätseingeschränkten Patienten bleibt bisweilen nur die niedrigschwellige und wertschätzende Unterstützung des Hausarztes [41].

Als medikamentöse Behandlung werden insbesondere bei komorbider Depression selektive Serotonin (bzw. Noradrenalin)-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) empfohlen [34, 42]. Sie reduzieren bei manchen Patienten Ängste und Flashbacks, aber auch Gefühle von Betäubung und Interessenverlust. Bei Schlafstörungen kann gegebenenfalls Mirtazapin verschrieben werden. Andere Medikamente sollten aufgrund ihrer Nebenwirkungen nur in Rücksprache mit spezialisierten Therapeuten verordnet werden. Benzodiazepine beispielsweise sind kontraindiziert – sie verstärken dissoziative Phänomene und weisen ein erhöhtes Abhängigkeitspotenzial auf [12].

Fazit

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist ein oft schweres und spät diagnostiziertes Krankheitsbild. Auch medizinische Massnahmen wie die Intensivtherapie können traumatisierend wirken. Zum Screening in der Primärversorgung gibt es mittlerweile leicht anwendbare und evaluierte Fragebögen. Diagnostisch ist die aktive Exploration von traumatischen Ereignissen und der typischen Symptomatik erforderlich. Der Hausarzt/die Hausärztin kann als früher Ansprechpartner nach potenzieller Traumatisierung bereits wichtige psychosoziale Unterstützung leisten.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.