Posttraumatische Belastungsstörungen – Neues Fass im Gesundheitsmarkt

Im Gegensatz zur heute üblichen Meinung lautet meine bewusst provokativ formulierte These:

► **Die „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTSD) ist ein interessen-gesteuertes Modekonstrukt, an dem Sie Ihre Patienten nach Möglichkeit vorbeisteuern sollten.**

Ich begründe diese These einmal mit meinen langjährigen konsiliarärztlichen Erfahrungen und zum anderen mit historischen und soziologischen Überlegungen.

Historische und soziologische Überlegungen

Als Oppenheim 1889 die erste Version der PTSD als „traumatische Neurose“ beschrieb, war das die Reaktion auf die damals neuen Verkehrs- und Industrieunfälle sowie auf die Berentungsmöglichkeit der ebenso neuen Reichsversicherungsordnung.

Als die Ärzte im Ersten Weltkrieg Patrioten waren, lehnten sie es ab, die „Kriegszitterer“ als Krankheit anzuerkennen.

Als das Reichsversicherungsamt 1926 die traumatische Neurose nicht mehr als Krankheit anerkannte, verschwand auch die Diagnose.

In den 1960er Jahren brachten die Untersuchungen der KZ-Überlebenden die Erkenntnis, dass man an den Folgen von Extrembelastungen in der Tat auch seelisch lebenslang leiden kann.

Als aber die PTSD als eigene Krankheit in der heutigen Form 1980 in die DSM-III und 1991 in die ICD-10 aufgenommen wurde, war dies nicht nur eine Reaktion auf die Leiden der amerikanischen Vietnam-Veteranen, sondern auch – und das ist neu – ein Erfolg der Interessen der Psychotherapeuten und der Psychopharmakaindustrie; seither füllen sich die psychotherapeutischen Praxen und Krankenhausbetten mit PTSD-Patienten, wovon angeblich in der Gesamtbevölkerung 10% der Frauen und 5% der Männer, 20–40% der Unfallopfer, 22% der Helferberufsgruppen und sogar 41% der Pflegenden auf Intensivstationen betroffen sein sollen – ein Milliardengeschäft, von dem viele leben wollen [1].

■ **Es ist bis heute nicht möglich, das Konstrukt PTSD von politischen und historischen Wertungen, von ökonomischen Interessen der Betroffenen und neuerdings auch von ökonomischen Interessen der Helfer zu trennen.**

Aber auch

- wegen der Unspezifität des Syndroms (wer wäre nicht nach einer Katastrophe unfreiwilligen Erinnerungen daran ausgeliefert?),
- wegen der Unspezifität der Traumata (es werden immer neue anspruchsberechtigte Traumata erfunden) und
- wegen der Gefahr monokausaler Wahrnehmungseinengung

gehen immer mehr Wissenschaftler davon aus, dass sich das Konstrukt PTSD in dieser Form nicht mehr lange halten lässt [3].

Empfehlungen

1. Glauben Sie kein Wort von den wissenschaftlichen Untersuchungen über die inflationäre Verbreitung der PTSD.
2. Unterlassen Sie die präventive PTSD-Fahndung; Sie werden mit aktivem Fragen nach „sich aufdrängenden Erinnerungen“ und mit der Umzingelung der Patienten mit einem (professionellen) „Helfersystem“ [1] – durch Aufmerksamkeitsfixierung in einer hochsuggestiblen Situation – mehr PTSD-Fälle züchten als verhindern.
3. Verzichten Sie nach Möglichkeit auch auf Psychopharmaka, damit der Patient seine Gefühle durchleben kann.
4. Führen Sie Ihre Patienten nicht zu der hoffnungsvollen Erwartung, dass es tolle Spezialisten gäbe, die ihnen ihren Kummer wegnehmen könnten, schon gar nicht stationär.
5. Beschränken Sie sich statt dessen darauf, die Emotionen des Patienten anteilnehmend zu teilen und zurückzuspiegeln; erinnern Sie sie daran, dass das Leben nie nur aus aktiven Erfahrungen, sondern auch aus passiven und widrigen Widerfahrnissen besteht, womit die Menschen heute meist nicht rechnen; und geben Sie

Trauma Berufskrankh
2004 · 6 [Suppl 3] : S327–S328
DOI 10.1007/s10039-003-0741-0
© Springer-Verlag 2003

K. Dörner

Posttraumatische Belastungsstörungen – Neues Fass im Gesundheitsmarkt

Zusammenfassung

Die „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTSD) ist das Konstrukt einer Krankheit, das in der Praxis nicht von politischen und historischen Bedingungen sowie von ökonomischen Interessen der Patienten und – neuerdings auch – der Psychohelferberufe zu trennen ist. Daher wird es zunehmend kritisiert. Unfallchirurgen wird deshalb Zurückhaltung beim Gebrauch der Diagnose PTSD empfohlen.

Schlüsselwörter

Posttraumatische Belastungsstörung · PTSD · Unfallchirurgie

Posttraumatic stress disorder – the latest on the healthcare market

Abstract

„Posttraumatic stress disorder“ (PTSD) is a disease construct that it is virtually impossible to separate from political and historical conditions or also from the economic interests of the patients – and recently – also of professionals working in the field of psychology. Therefore, this construct is coming in for increasing criticism. Surgeons in accident and emergency departments are therefore advised to exercise caution in diagnosing PTSD.

Keywords

Posttraumatic stress disorder (PTSD) · Trauma surgery

diese ihre Grundhaltung an wenige Vertrauenspersonen (Angehörige oder Freunde) weiter.

Denn in einer Zeit, in der wir alle mehr als früher die Opfer so sehr lieben, gehört zu unserer ärztlichen Professionalität auch das Wissen, dass wir solche Patienten auch mit zu viel Liebe, zu vielen Rechtsansprüchen und zu viel Mitleid auf ihre Opferrolle fixieren und somit lebenslänglich schädigen und chronifizieren können.

Dem Psychotherapeuten Bert Hellinger ist Recht zu geben:

„Wer ein wirklich schweres Schicksal hat, ist in der Regel stark genug, es zu tragen.“ [2]

Es genügt, zwar für die Ausnahmen stets wach zu sein, im Übrigen aber auf die Regel zu vertrauen und sie zu fördern.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. K. Dörner

Nissenstraße 3, 20251 Hamburg,
Tel.: 040-46774042

Literatur

1. Albus Ch (2003) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Hontschik B (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Chirurgie. Marseille, München, S 123–130
2. Hellinger B (2002) Warum ich? Die Zeit vom 23.11.2000
3. Priebe S, Nowak M, Schmiedebach HP (2002) Trauma und Psyche in der deutschen Psychiatrie seit 1989. Psychiatr Prax 29: 3–9