

Dirk Richter

**Patientenübergriffe –
Psychische Folgen für Mitarbeiter**

– Theorie

– Empirie

– Prävention



Dirk Richter

**Patientenübergriffe –
Psychische Folgen für
Mitarbeiter**

- Theorie
- Empirie
- Prävention

Psychiatrie-Verlag

Dirk Richter: Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention

1. Auflage 2007

978-3-88414-446-6

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek

Anschrift des Verfassers:

PD Dr. Dirk Richter

LWL-Klinik Münster

Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30

D-48147 Münster

E-Mail: dirk.richter@uni-muenster.de

© Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Layoutkonzept: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck und Bindung: Clausen & Bosse, Leck

7	Vorwort
9	Posttraumatische Belastungsstörung und Gewalt gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen: Eine Literaturübersicht
9	Einleitung
11	Posttraumatische Belastungsstörungen: Geschichte und Konzept
15	Posttraumatische Belastungsstörungen: Symptome, Epidemiologie und Verlauf
23	Posttraumatische Belastungsstörungen: Risikofaktoren
28	Posttraumatische Belastungsstörungen und andere psychische Folgen durch zivile arbeitsbedingte Ereignisse
31	Psychische Belastungen nach einem Patientenübergreif: Vorliegende Studienergebnisse
34	Ansätze zur Prävention psychischer Folgen traumatisierender Ereignisse: Debriefing vs. soziale Unterstützung
38	Behandlungsmöglichkeiten bei posttraumatischen Belastungsstörungen
41	Studiendesign und Methode
41	Studienziele
42	Studiendesign
44	Untersuchungsinstrumente
46	Studiendurchführung Phase 1
48	Studiendurchführung Phase 2
50	Ergebnisse
50	Vorbemerkung zur Ergebnisdarstellung
50	Beschreibung der Stichproben der Teilnehmer/-innen
52	Arbeitsklima und Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen
53	Traumatisierungen vor dem aktuellen Patientenübergreif
54	Die Übergreifssituation
56	Ausmaß und Behandlung des Körperschadens
57	Psychische Befindlichkeit unmittelbar nach dem Übergreif

- 59 Ausmaß der posttraumatischen Belastungsstörung und anderer psychischer Symptome
- 62 Verhalten nach dem Übergriff und soziale Unterstützung
- 65 Weitere arbeitsplatzbezogene Folgen
- 69 Verlauf der psychischen Belastung in Phase 1
- 72 Zusammenhänge zwischen der posttraumatischen Belastung und anderen Merkmalen
- 75 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

77 **Diskussion der Studienergebnisse und Schlussfolgerungen**

83 **Prävention und Nachsorge nach Patientenübergriffen**

- 84 Ist eine Primärprävention möglich?
- 86 Unterstützung und Nachsorge nach Patientenübergriffen:
Grundsätze der Sekundärprävention
- 92 Psychologische Erste Hilfe: Der Erstkontakt
- 97 Psychologische Erste Hilfe: Richtlinien für Ersthelfer und Nachsorgeteams
- 99 Selbsthilfe-Tipps für Übergriffsoffer
- 101 Wann sollte medizinische bzw. therapeutische Hilfe in Anspruch
genommen werden?
- 103 Ausbildung von Ersthelfern und Nachsorgeteams

105 **Literatur**

123 **Anhang**

- 123 Tabellen
- 127 Abbildungen

Vorwort

Die vorliegende Studie ist das Ergebnis einer langjährigen Kooperation zwischen verschiedenen Personen und Institutionen, die sich wissenschaftlich und praktisch um die Verhinderung von Gewalt und ihren Folgen im Gesundheitswesen bemühen.

Ich möchte mich herzlich bedanken bei allen Beteiligten. Dr. Manfred Dreier, Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (GUVV-WL), und Dipl.-Ing. Theo Blättler, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband (RGUVV), haben diese Studie gemeinsam mit dem Verfasser initiiert und begleitet. Bei den beiden Unfallversicherungsverbänden GUVV-WL und RGUVV, die zukünftig gemeinsam unter dem Namen der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen firmieren, bedanke ich mich für die fachliche und finanzielle Unterstützung dieses Forschungsvorhabens.

Die Durchführung der Studie erfolgte mit einem sehr gut funktionierenden Team von wissenschaftlichen Kollegen und Interviewerinnen. Nach vielen Jahren funktioniert die wissenschaftlich-freundschaftliche Kooperation mit Prof. Dr. Klaus Berger, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Münster, immer noch hervorragend. Stellvertretend für das Interviewerinnen-Team bedanke ich mich für die mit viel Engagement und Empathie geführten Interviews bei Dipl.-Psych. Andrea Bischof und Dipl.-Psych. Anna Raab. Mein Sohn Tim Richter hat mit großer Sorgfalt die Grafiken in diesem Buch erstellt. Schließlich ist die vorbildliche Unterstützung meiner wissenschaftlichen Arbeit durch die Krankenhausleitung der LWL-Klinik Münster zu erwähnen.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei den kooperierenden Einrichtungen, in denen die Interviews durchgeführt wurden, bedanken und ganz besonders bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Studie. Für viele betroffene Übergriffsoffer hat es große Überwindung gekostet, sich für Interviews zur Verfügung zu stellen, da dies die Übergriffssituation und ihre psychischen Folgen wieder präsent gemacht hat. Daher ist die

Beteiligung der Studienteilnehmer nicht hoch genug einzuschätzen. Ich hoffe, das Ergebnis der Untersuchung hat den Einsatz gerechtfertigt.

Dirk Richter
Münster, im Oktober 2007

Posttraumatische Belastungsstörung und Gewalt gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen: Eine Literaturübersicht

Einleitung

Gewalttätige Übergriffe gegen Mitarbeiter in Institutionen des Gesundheitswesens sind gegenwärtig ein gut dokumentiertes Problem (RICHTER 1999; RICHTER und WHITTINGTON 2006; SAUTER und RICHTER 1997). Vor allem Mitarbeiter in psychiatrischen Kliniken, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Altenheimen berichten über dieses arbeitsplatzbezogene Risiko, das nicht unerheblich zur beruflichen Unzufriedenheit und zur Aufgabe des Berufs beitragen kann (GERBERICH et al. 2004; ITO et al. 2001). In vielen Kliniken, Heimen und anderen Bereichen haben sich daher mittlerweile Trainingsprogramme etabliert, mit deren Hilfe Mitarbeiter präventiv tätig werden sollen, um Gewalt zu mindern, wenn nicht sogar zu vermeiden (RICHTER und NEEDHAM 2007; RICHTER et al. 2006).

Ebenfalls seit längerer Zeit gut dokumentiert in der Forschung zu aggressiven Übergriffen sind die körperlichen Folgeschäden (FOTRELL 1980; REID ET AL. 1989). In der Regel leiden die betroffenen Mitarbeiter unter weniger schweren physischen Schäden wie Kratzwunden, Bisswunden, Hämatomen oder ausgerissenen Haaren. Schwere Verletzungen wie Knochenbrüche oder Bewusstlosigkeit sind dagegen eher selten, kommen jedoch genauso wie Todesfälle vor. Diese internationalen Befunde wurden von deutschen Studien bestätigt (RICHTER und BERGER 2001; STEINERT et al. 1991).

Ein bisher nahezu vollkommen vernachlässigtes Themengebiet sind die psychischen Folgen von Übergriffen für die Mitarbeiter. Paradoxerweise haben gerade psychiatrische Einrichtungen der psychischen Gesundheit ihrer Angestellten bis dato kaum Aufmerksamkeit gewidmet. Gleiches gilt auch für die Forschung. Es gibt bis heute nur sehr wenige gute Studien, die sich mit der psychischen Befindlichkeit der Mitarbeiter nach

einem Übergriff befasst haben. Noch einmal schwieriger stellt sich die Datenlage in Deutschland dar. Ohnehin spielt arbeitsplatzbezogene Gewalt hierzulande nur eine sehr kleine Rolle in Politik und Wissenschaft (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2002; SCHATTE 1999). Über die psychischen Folgen von arbeitsplatzbezogener Gewalt ist ebenfalls relativ wenig geforscht worden, und das Gesundheitswesen ist nahezu vollständig außen vor geblieben.

Die nachfolgend berichtete Studie will diesem Umstand zumindest ansatzweise abhelfen. Die Untersuchung beschreibt das Ausmaß psychischer Belastungen und ihrer Zusammenhänge nach Übergriffen durch Patienten oder Bewohner in Gesundheits-Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen.¹ Schwerpunkt der Untersuchung war die Analyse sog. posttraumatischer Belastungsreaktionen. Bei der Planung der Studie waren die Auftraggeber und die Verfasser davon ausgegangen, dass Patientenübergriffe ähnliche psychische Folgen haben können wie Gewalterfahrungen außerhalb des Gesundheitswesens, etwa bei Opfern krimineller Handlungen. Hier sind posttraumatische Belastungsreaktionen im Allgemeinen und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) im Besonderen als mögliche Auswirkungen mittlerweile generell anerkannt.

Die PTBS ist eine noch recht junge diagnostische Kategorie, sie existiert formal weniger als 30 Jahre. Darüber hinaus ist die PTBS eine höchst umstrittene Diagnose. Um sowohl der nach wie vor nicht weit genug bekannten Diagnose als auch den damit zusammenhängenden Diskussion gerecht werden zu können, erfolgt anschließend ein kurzer Überblick über wesentliche Daten, Befunde und Streitpunkte hinsichtlich der PTBS. Trotz der noch relativ jungen Diagnose existiert eine heutzutage nicht mehr überschaubare Forschungsliteratur zu sämtlichen Aspekten dieses Störungsbildes, von der Psychologie über die Neurobiologie bis hin zur Epidemiologie. Die Literaturliste kann und will der Fülle nicht gerecht werden. Im Wesentlichen werden Resultate von Übersichten, systema-

¹ Zur Erleichterung der Lesbarkeit ist im Folgenden von ›Patientenübergriffen‹ die Rede, auch wenn nicht alle Personen, die an den Übergriffen beteiligt waren, Patienten im sozialversicherungsrechtlichen Sinne waren. Auch Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Altenheimen werden hier verkürzt als ›Patienten‹ benannt. Die Branche wird allgemein als Gesundheitswesen beschrieben, wenngleich etwa Behinderteneinrichtungen nicht im engeren Sinne dazu gehören.

tischen Übersichten, Meta-Analysen und besonders wichtigen Studien berichtet. Die geneigten Leserinnen und Leser seien auf eine Vielzahl von wissenschaftlichen Büchern, mehreren Zeitschriften mit exklusivem Bezug zur PTBS und eine spezielle Literaturdatenbank verwiesen. Das US-amerikanische Zentrum für Posttraumatische Belastungsstörungen (National Center for PTSD) hat eine eigene Literaturdatenbank aufgesetzt, die versucht, sämtliche Literaturangaben aus verschiedensten Bereichen zu dieser Thematik zu sammeln (PILOTS).

Posttraumatische Belastungsstörungen: Geschichte und Konzept

Wie schon angedeutet wurde, ist die Begrifflichkeit der posttraumatischen Belastungsstörung, zumindest in der offiziellen medizinischen Nomenklatur, noch sehr jung. Erst seit dem Jahr 1980 ist dieses Störungsbild durch die Aufnahme in das US-amerikanische Diagnosemanual DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual* der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft APA, 3. Revision) als Krankheit anerkannt (KINZIE und GOETZ 1996). Die für Europa geltende ICD-Klassifikation (*International Classification of Diseases* der Weltgesundheitsorganisation, WHO) hat die Begrifflichkeit ebenfalls übernommen. Der historische Hintergrund der ›Neuaufnahme‹ dieses Stresssyndroms in die Klassifikationen war das Ende des Vietnam-Krieges Mitte der 1970er Jahre. Viele US-amerikanische Vietnam-Veteranen kamen mit deutlichen psychischen Problemen nach Hause, die offensichtlich mit ihren Erlebnissen im Krieg zu tun hatten.

Dieser jungen begrifflichen Geschichte zum Trotz ist das Problem der psychischen Belastung nach extremen Ereignissen natürlich schon länger bekannt gewesen. Insbesondere in der Militär-Psychiatrie hat man sich schon seit Mitte des 19. Jahrhunderts damit auseinandergesetzt. Psychische Probleme durch Kriegseinwirkungen sind in verschiedener Terminologie als Kriegsneurose, *Shell-shock* und Ähnliches betitelt worden (JONES et al. 2003). Auch der Begriff der traumatischen Neurose wurde schon früh, nämlich gegen Ende des 19. Jahrhunderts, entwickelt (KLOOCKE et al. 2005). Außerhalb des militärischen Bereichs sind psychische Ex-

trembelastungen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts dann bei Opfern von Naturkatastrophen wie Erdbeben erstmals untersucht worden (McFARLANE 2004). Frühere Diagnosemanuale enthielten Bezeichnungen wie ›Stressreaktionen‹ oder ›Anpassungsstörungen‹, um die Symptome diagnostisch einzuordnen (KAMOLZ et al. 2003). Es war allerdings erst die schon angeführte Aufnahme der PTBS in das DSM-III, die im weiteren Verlauf die Forschung zu Stresserleben nach Extremereignissen angestoßen hat. Oder mit den Worten von Nancy Andreasen, einer der bekanntesten amerikanischen Wissenschaftlerinnen auf diesem Gebiet, die an der Entwicklung persönlich teilnahm: »The concept of PTSD took off like a rocket, and in ways that had not been initially anticipated.« (ANDREASEN 2004, S. 1322)

Seit nunmehr knapp 30 Jahren ist die PTBS als Folge für alle denkbaren Ereignisse untersucht (und gefunden) worden. Diese Ereignisse reichen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit über sämtliche Gewalterfahrungen bis hin zu Verkehrsunfällen und sogar zu normalen Geburten, die Mütter als traumatisch erlebt haben (AYERS 2004). Seit nahezu genauso langer Zeit, wie es die PTBS als Diagnose und Krankheit gibt, existiert allerdings auch eine so intensiv wie breit geführte Diskussion um das Konzept der PTBS. Die Mitwirkung von Aktivisten der Vietnam-Veteranen an der offiziellen Etablierung der Krankheit im DSM hat für alle Beteiligten deutlich gemacht, dass nicht nur medizinische oder psychologische Hintergründe eine Rolle spielten, sondern auch politische Motive. Wie dies bei anderen psychischen Krankheiten ebenfalls der Fall ist, haben Kritiker der PTBS vorgeworfen, diese sei eine ›erfundene‹ Krankheit, die spezifischen Interessen diene (SUMMERFIELD 2001). Letztlich werde mit der PTBS normales menschliches Leid ›medikalisiert‹ und einer Behandlung zugeführt (SUMMERFIELD 2004). Der Begriff des Psycho-Traumas ist mittlerweile eines der umstrittensten Konzepte in Psychiatrie und Psychologie, nicht zuletzt auch durch die Diskussion um ›falsche‹ bzw. induzierte Erinnerungen bei (vermeintlichen) Opfern von frühkindlichem sexuellen Missbrauch (McNALLY 2003 a).

Allerdings ist der Vorwurf der Erfindung einer psychischen Störung wie der PTBS nicht wirklich neu. Während der Psychiatrie-Geschichte

ist über sämtliche heute geltenden Diagnosen irgendwann das Verdikt der Konstruktion bzw. der ›sozialen Konstruktion‹ gefällt worden. Bei näherem Hinsehen kann der Umstand der begrifflichen Konstruktion bei psychiatrischen Krankheitsbildern in den meisten Fällen auch nicht widerlegt werden. Daraus kann jedoch nicht zwingend geschlossen werden, dass diese Krankheiten nicht existieren können (zur theoretischen Diskussion und Begründung dieses Sachverhalts siehe RICHTER 2000; RICHTER 2003). Ein besonderes Problem psychischer Störungen allgemein und besonders der PTBS, ist das fehlende organische Korrelat. Psychische Störungen sind eben nach wie vor nicht in der gleichen Weise objektivierbar wie körperliche Erkrankungen.

Hinsichtlich des schwer zu ermittelnden organischen Korrelats hat die Forschung in den letzten Jahren jedoch deutliche Fortschritte gemacht. Zu nennen sind beispielsweise Befunde aus bildgebenden Verfahren (z. B. Magnetresonanztomografie), die offenbar PTBS-spezifisch sind. Genannt werden etwa Hirnbereiche, die in neuronalen Netzwerken fungieren, welche für die emotionale Verarbeitung und die Aufmerksamkeit mit zuständig sind. Auffällige Befunde sind im Hippokampus und in der Amygdala gefunden worden (DAMSA et al. 2005; JATZKO et al. 2005). Darüber hinaus existiert offenbar eine spezifische psychophysiologische Reaktivität auf Reize, die mit dem Trauma zusammenhängen. Damit sind unter anderem Herzrasen, Schweißausbrüche, erhöhter Blutdruck oder messbare Elektromyogramm-Veränderungen gemeint (ORR et al. 2004). Allerdings sind sowohl die Bildgebungs-Befunde als auch die physiologischen Befunde nicht bei allen Personen nachweisbar, die nach Selbst-Auskunfts-Instrumenten als PTBS-Opfer klassifiziert werden müssten. Möglicherweise spielen hier die Schwere des Ereignisses sowie die Dauer der Erkrankung eine Rolle (BREMNER 2005), die nicht zwingend mit dem subjektiven Erleben der Betroffenen korrelieren müssen.

Selbst in der PTBS-Forschungsgemeinde ist man sich nicht vollständig sicher, ob die PTBS eine eigenständige Krankheit darstellt, oder wissenschaftlich ausgedrückt, ob die PTBS eine diskrete Entität ist (siehe etwa die Diskussion bei McNALLY 2004; MEZEY und ROBBINS 2001). Da die PTBS diverse Symptome beinhaltet, die theoretisch ebenso einer Angst-

störung oder einer affektiven Störung zuzurechnen wären und die PTBS zudem mit einer hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen verbunden ist, wären andere diagnostische Einteilungen denkbar. Zudem sind die PTBS-Symptome offenbar nicht spezifisch an traumatisierende Ereignisse gebunden, sondern können auch nach ›leichteren‹ kritischen Lebensereignissen auftreten, wie eine niederländische Studie jüngst zeigte (MOL et al. 2005). Ähnliche Unsicherheiten gibt es jedoch auch bei anderen psychiatrischen Diagnosen, beispielsweise bei der Schizophrenie, ohne dass diese in der Praxis vollkommen infrage gestellt würden.

Unter Abwägung der verschiedenen Pro- und Kontra-Argumente ist unlängst von führenden Protagonisten auf diesem Forschungsgebiet ein integrativer Ansatz gefordert und vorgestellt worden (STEIN et al. 2007). Auf der einen Seite sind die distinkten Eigenschaften der PTBS nicht komplett von der Hand zu weisen, auf der anderen Seite ist die PTBS-Konzeption – ebenso wie die anderer psychische Störungen auch – nicht frei von soziokulturellen Einflüssen. Die konzeptionellen Diskussionen um die PTBS wie auch die nicht ganz widerspruchsfreien ›objektivierbaren‹ Befunde geben Anlass, bei Studien über Psychotraumata, aber auch in praktischer Hinsicht, eine gewisse Vorsicht walten zu lassen. Auf jeden Fall darf das PTBS-Konzept nicht zu breit angelegt sein. Damit würde man weder der Problemstellung eine angemessene Bedeutung verleihen, noch würden die Betroffenen adäquat betreut und behandelt werden können. Eine Negierung der PTBS würde jedoch den tatsächlich von Psychotraumata betroffenen Menschen ebenso wenig helfen. Zumindest im westlichen Kulturkreis ist der Trauma-Begriff eine kaum noch wegzudenkende psychologische/psychiatrische Kategorie. Die nachfolgenden Ergebnisse und Überlegungen zur Prävention gehen somit ganz pragmatisch davon aus, dass die PTBS tatsächlich existiert, jedoch relativ ›harte‹ Kriterien bei ihrer Untersuchung und Diagnosestellung angelegt werden sollten.

Posttraumatische Belastungsstörungen: Symptome, Epidemiologie und Verlauf

Allen oben genannten Bezeichnungen, die eine Stressreaktion umschreiben, war gemeinsam, dass es eine Exposition gegenüber einem Stimulus geben musste, der in der Lage war, das Stresserleben auszulösen. Das ist bis heute der Fall, das traumatisierende Ereignis ist zwingende Voraussetzung für die Ausbildung einer PTBS. Das derzeit geltende amerikanische Diagnosemanual DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual* der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft APA, 4. Revision), das auch dem Diagnoseinstrument in dieser Studie zugrunde liegt, definiert die folgenden Kriterien für die Diagnose einer PTBS:

- ⊙ Kriterium A: Das Erleben von (lebens-)bedrohlichen Ereignissen der eigenen Person oder bei anderen Personen, verbunden mit einer unmittelbaren Schreck- oder Angstreaktion.
- ⊙ Kriterium B: Das ungewollte Wiedererleben dieser Situation oder damit verbundener Empfindungen wie Erinnerungen, Flashbacks, Alpträume.
- ⊙ Kriterium C: Der Vermeidungsverhalten gegenüber Gedanken, Gefühlen oder Handlungen, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen, unter Umständen verbunden mit der Unfähigkeit, sich überhaupt daran zu erinnern oder auch verbunden mit dem Gefühl, keine Zukunft mehr vor sich zu haben.
- ⊙ Kriterium D: Das anhaltend erhöhte Erregungsniveau als körperliche Reaktion auf das Ereignis, beispielsweise Herzrasen, Schweißausbrüche, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, Übervorsichtigkeit (Hypervigilanz) oder Schreckreaktionen.

Im DSM-IV muss jeweils eine bestimmte Anzahl von Symptomen innerhalb jedes Kriteriums vorliegen. Die für Europa gültige Klassifikation, die ICD-10, umschreibt die Symptome mehr, anders als beim DSM-IV, wo die Symptome stärker operationalisiert sind.

Die ICD-10 definiert die posttraumatische Belastungsstörung folgendermaßen:

»... eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit au-

ßergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.«

Als Symptome werden in der ICD-10 folgende Merkmale genannt:

»Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.«

Trotz kleinerer definitorischer Unterschiede, wird die PTBS in den führenden Diagnosemanualen also relativ ähnlich beschrieben. Es handelt sich um eine psychische Störung, die im Wesentlichen aus drei Syndromen besteht, dem Wiedererleben, dem Vermeidungsverhalten sowie den körperlichen Reaktionen der Übererregbarkeit.

Sowohl das DSM-IV als auch die ICD-10 sehen vor, dass die Dauer der Symptome über einen gewissen Zeitraum anhalten, wenn die Diagnose der PTBS zur Anwendung kommen soll. Kürzere Stressreaktionen werden im DSM als ›Akute Belastungsstörung‹ beschrieben und im ICD ist von einer ›Akuten Belastungsreaktion‹ die Rede. Gemeinhin hat sich die DSM-Definition durchgesetzt, die eine akute Belastungsstörung für einen Zeitraum von vier Wochen nach dem traumatisierenden Ereignis vorsieht. Länger andauernde Symptome werden dann eben als PTBS beschrieben. Bei bis zu drei Monate anhaltenden Symptomen ist von akuten PTBS zu sprechen, andauernde Erkrankungen werden chronische PTBS genannt.

Allerdings wird insbesondere das Konzept der akuten Belastungsstörung seit längerer Zeit heftig diskutiert (BRYANT 2004; BRYANT 2005; HARVEY und BRYANT 2002). Die akute Belastungsstörung war in die Manuale

aufgenommen worden, um vor allem die unmittelbar auftretenden dissoziativen Probleme zu beschreiben und einen Prädiktor für die PTBS zu benennen. Prinzipiell ist die Diagnose einer akuten Belastungsstörung auch in der Lage, diese Prädiktorenfunktion zu übernehmen. In einer Übersicht über verschiedene Prädiktionsstudien hat Bryant (BRYANT 2003) zusammenfassend berichtet, dass ungefähr drei Viertel aller von einer akuten Belastungsstörung betroffenen Personen eine spätere PTBS entwickeln. Aus Sicht der PTBS ist dieser Zusammenhang jedoch nicht so eindeutig. Der Anteil von Personen mit einer PTBS, die zuvor eine akute Belastungsstörung erlebt hatten, reicht in den publizierten Untersuchungen von 10 bis 72 Prozent, wobei viele Studienresultate um 40 bis 50 Prozent liegen. Mit anderen Worten: Die akute Belastungsstörung ist ein relativ guter Prädiktor für eine nachfolgende PTBS, jedoch ist die PTBS oftmals unabhängig von einer akuten Belastungsstörung aufgetreten.

Möglicherweise sind die Verlaufsformen heterogener als ursprünglich angenommen wurde. So berichten Schnyder und Moergeli von einer Verlaufsstudie unbehandelter PTBS-Fälle, dass eine Minderheit der Betroffenen viele Monate nach dem Ereignis ohne vorherige akute Belastungsstörung eine PTBS entwickelt (SCHNYDER und MOERGELI 2003). Zudem hat sich der mehr oder weniger starke Fokus auf die Dissoziation empirisch nicht halten lassen (MARSHALL et al. 1999). Auch Betroffene ohne vorheriges dissoziatives Erleben können eine nachfolgende PTBS ausbilden (McNALLY et al. 2003), und gerade dieser Umstand ist für die Differenzen zwischen akuter Belastungsstörung und PTBS offensichtlich verantwortlich. In den früheren PTBS-Theorien ist offenbar die Dissoziation als prädiktives Symptom deutlich überschätzt worden. Schließlich ist die zeitliche Trennlinie von vier Wochen auf den ersten Blick willkürlich und es ist zu fragen, ob man eine Diagnose braucht, um eine andere vorherzusagen.

Weiterhin wird auch von Wissenschaftlern, welche die PTBS als Konzept nicht ablehnen, kritisiert, dass mit dieser Diagnose der oben genannten Medikalisierung Vorschub geleistet wird. Ein akutes Stresserleben nach einem traumatisierenden Ereignis kann, so die Kritik, als eine ›normale‹ Reaktion beschrieben werden, deren Dauer in der Regel recht kurz bemes-

sen ist. Mit der Pathologisierung dieses natürlichen Verlaufs könnte unter Umständen die natürliche Gesundung behindert werden. Die meisten Betroffenen genesen innerhalb von drei Monaten nach dem Trauma und dies auch ohne therapeutische Hilfe (McNALLY et al. 2003).

Ein solch günstiger Verlauf ist insbesondere bei eher alltagsnahen Situationen und deren kritischen Folgen zu erwarten. Kriegserlebnisse sind dagegen in der Lage, lebenslängliche psychische Folgen hervorzurufen. Verschiedene Untersuchungen konnten nachweisen, wie sehr die direkten Kriegserlebnisse bei Soldaten des Zweiten Weltkriegs, des Korea-Kriegs oder des Vietnam-Kriegs noch nach 30 bis 50 Jahren nicht nur einzelne Symptome, sondern persistierende posttraumatische Belastungsstörungen verursachen (siehe zuletzt: IKIN et al. 2007). Gleiches gilt auch für Kinder, die während des Zweiten Weltkriegs kritischen Situationen ausgesetzt gewesen waren. Die Angehörigen der ›Kriegskinder‹-Generation sind heute nicht selten als Patienten in gerontopsychiatrischen Abteilungen anzutreffen, und möglicherweise werden über die Traumatisierung auch andere psychische Störungen des höheren Lebensalters mit ausgelöst (BÖWING et al. 2007).

In den Vereinigten Staaten spielt die Frage, wie hoch die PTBS-Rate bei den Vietnam-Veteranen (gewesen) ist, nach wie vor eine große mediale und wissenschaftliche Rolle. Verschiedene Studien hatten zu verschiedenen Zeitpunkten mit unterschiedlichen methodischen Designs – wie nicht anders zu erwarten war – erhebliche Differenzen in der Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen erhoben. Lange Zeit stand die Zahl der Lebenszeitprävalenz von 30 Prozent im Raum, diese Zahl wurde jedoch insbesondere von Militärhistorikern mit dem Befund kontrastiert, dass nur 15 Prozent aller in Vietnam eingesetzten Soldaten überhaupt in Kampfeinsätze verwickelt gewesen seien. Jüngst haben zwei Studien unabhängig voneinander versucht, diese Frage erneut zu beantworten (DOHRENWEND et al. 2006; THOMPSON et al. 2006). Auf der Basis historischer und zum Teil identischer Datensätze wurde ermittelt, dass sich die Prävalenz der PTBS 10 bis 15 Jahre nach dem amerikanischen Rückzug 1975 je nach Methode auf 12 bis 18 Prozent belief. Unter besonders strengen PTBS-Kriterien waren es jedoch nur knapp drei Prozent.

Während ältere Diagnosemanuale das traumatisierende Ereignis als eines definierten, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen sollte (z. B. Naturkatastrophen, Gewalterleben oder direkte Kriegserfahrungen), wurden in den neueren Versionen auch mehr oder weniger alltägliche Erlebnisse mit einbezogen, die unter Umständen traumatisierend wirken können, beispielsweise die schon angesprochenen Verkehrsunfälle oder Geburten. Entscheidend ist dabei neben dem relativ unscharf definierten Ereignis das subjektive Erleben der Traumatisierung, eine nicht unumstrittene konzeptuelle Veränderung. Nach Ansicht vieler Experten ist die unscharfe Ereignisdefinition jedoch dadurch zu begründen, dass auf diese Weise die entscheidende definitorische Schwelle der PTBS geschaffen wurde. Um eine ausreichend hohe Spezifität zu erreichen und um niemanden auszuschließen, der möglicherweise eine PTBS hat, sei dieses Vorgehen gerechtfertigt (WEATHERS und KEANE 2007).

Diese Erweiterung des Konzepts hatte, wie kaum anders zu erwarten war, eine erhebliche Ausweitung von Betroffenen und des Ausmaßes der PTBS zur Folge (BRESLAU 2002). Wurde in früheren bevölkerungsbezogenen Surveys bei 40 bis 60 Prozent der Bevölkerung angenommen, sie hätten ein potenziell traumatisierendes Ereignis erlebt, so stieg diese Rate auf 90 Prozent. Wie verschiedene Literaturübersichten gezeigt haben, sind in der Bevölkerung weitaus mehr Männer von derartigen Ereignissen betroffen als Frauen (BRESLAU 2002; SEEDAT und STEIN 2001). Dies gilt im Übrigen auch für deutsche Daten. In einer populationsbezogenen Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 25 Jahren zeigte sich, dass 26 Prozent der befragten Männer, aber nur 17 Prozent der Frauen ein traumatisierendes Ereignis erlebt hatten (PERKONIGG et al. 2000). Hintergrund dieser Forschungsergebnisse ist die Tatsache, dass Männer weitaus häufiger als Frauen in gewalttätige Auseinandersetzungen verwickelt sind, dass sie ›riskantere‹ Berufe wie bei der Polizei, Feuerwehr oder Armee häufiger bekleiden und dass sie grundsätzlich eher riskante Lebensweisen (z. B. körperliche Gewalt oder schnelles Autofahren) an den Tag legen.

Nur ein kleiner Teil der von einem traumatisierenden Ereignis betroffenen Personen entwickelt dann im Verlauf eine PTBS aus. Unter den etwas einge-

schränkteren Kriterien des DSM-III-R (Revidierte Version des DSM-III) ergaben US-amerikanische Studien eine Quote von 5–6 % der Männer sowie von 10–14 % der Frauen mit einer dem Ereignis folgenden PTBS (BRESLAU 2002). Bei der schon zitierten deutschen Studie unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen war die Rate nochmals deutlich niedriger als in den Vereinigten Staaten. Diese lag hierzulande bei 1 Prozent der Männer und 2,2 Prozent der Frauen (PERKONIGG et al. 2000). Die Unterschiede sind vermutlich mit dem deutlich geringeren Gewaltrisiko in Europa im Vergleich zu den USA zu sehen. Nicht häufig, aber möglich ist die Ausbildung einer verzögerten PTBS, selbst nach mehreren symptomfreien Monaten. Dies hängt vermutlich mit weiteren kritischen Lebensereignissen nach dem ursprünglichen Ereignis und einem sehr geringen Selbstwertgefühl zusammen (ADAMS und BOSCARINO 2006).

Die oben angesprochene Thematik der Akuten Belastungsstörung und die Tatsache der hohen Genesungsrate auch ohne therapeutische Hilfe wirft Fragen zum Verlauf der PTBS auf. In diesem Zusammenhang wurde schon angedeutet, dass in den Tagen nach dem Ereignis psychische Schreckreaktionen, Ängste und andere Symptome durchaus als »normal« betrachtet werden können. Offenbar handelt es sich um seelische Bewältigungsmechanismen, um mit den traumatisierenden Erfahrungen fertig zu werden. Problematisch kann die Symptomatik dann werden, wenn sie nicht innerhalb weniger Wochen abklingt. Nach ca. drei Monaten persistierender Symptome kann der Übergang in einen chronischen Verlauf vermutet werden. Und je länger die Belastungen anhalten, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit eines spontanen Abklingens. Hat sich eine chronische Form der PTBS erst einmal herausgebildet, wird sie bei einem großen Teil der Betroffenen – zumindest ohne therapeutische Hilfe – für längere Zeit andauern. Die Längsschnittuntersuchung der schon verschiedentlich angesprochenen deutschen Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat gezeigt, dass ungefähr die Hälfte der Betroffenen mit einer PTBS noch unter relevanten Symptomen über drei Jahre hinweg litt (PERKONIGG et al. 2005). Gleiches konnte auch bei Rettungspersonal festgestellt werden, das drei bis fünf Jahre nach einem Straßenzusammenbruch durch ein Erdbeben in vielen Teilen noch PTBS-

relevante Symptome aufwies (MARMAR et al. 1999). Und für Kriegsteilnehmer ist eine über mehrere Jahrzehnte anhaltende schwere chronifizierte PTBS verschiedentlich dokumentiert worden (DIRKZWAGER et al. 2001; IKIN et al. 2007).

Zusätzlich zur PTBS kann eine psychische Traumatisierung weitere psychische Folgeschäden und soziale Probleme hervorrufen. Die PTBS zeigt häufig eine Komorbidität mit anderen psychischen Störungen. In diesem Zusammenhang ist vorgeschlagen worden, von einem Trauma-Spektrum psychischer Störungen auszugehen (BREMNER 2005). Bei den komorbiden Störungen der PTBS finden sich die üblichen geschlechtsspezifischen Muster, die aus der Epidemiologie bekannt sind: Während für Frauen Angststörungen und depressive Reaktionen öfter gemeinsam mit der PTBS auftreten, spielt bei Männern der Konsum und die Abhängigkeit von Suchtmitteln, und hier insbesondere von Alkohol, eine große Rolle (JACOBSON et al. 2001; KUHN 2004; VOLPICELLI et al. 1999). Zumeist werden die Suchtmittel nach einer Traumatisierung als ›Selbstmedikation‹ genutzt, dies vor allem gegen die mit der PTBS einhergehenden körperlichen Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 20–40 Prozent der PTBS-Patienten im Laufe ihres Lebens abhängig von Suchtmitteln werden, diese Rate ist deutlich höher als bei nicht traumatisierten Menschen (JACOBSON et al. 2001). Hinsichtlich der Depression wird gegenwärtig spekuliert, dass eine gemeinsame Vulnerabilität für PTBS und depressiven Störungen existiert. Auch im Verlauf können die Symptome zum einen Zeitpunkt eher depressiv und zu einem anderen Zeitpunkt eher in Richtung PTBS gehen (O'DONNELL et al. 2004). Dieser Anteil depressiver Symptome ist einer neueren Studie zufolge auch ein zentraler Faktor für die erhöhte Suizidalität von PTBS-Patienten (TARRIER und Gregg 2004). Weiterhin werden unspezifische Stresssymptome wie etwa eine Demoralisierung häufig beobachtet (NORRIS et al. 2002). Zudem können soziale Folgen auftreten, beispielsweise negative Veränderungen in der Intimbeziehung bzw. zunehmende interpersonelle Konflikte. Viele Betroffene erleben auch den Verlust psychosozialer Ressourcen wie die soziale Einbindung in die Familie oder den Freundeskreis.

Ein häufig subjektiv sehr belastender Bereich sind Schlafprobleme. Traumatisierte Personen berichten über lang anhaltende Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen. Sie wachen auf, beginnen zu grübeln oder haben die traumatisierende Szenerie vor den ›inneren‹ Augen. Übersichtsarbeiten über Schlafprobleme bei PTBS betonen dabei den subjektiven Charakter dieser Erlebnisse (HARVEY et al. 2003; PILLAR et al. 2000). In objektivierenden Situationen wie dem Schlaflabor können diese Beschwerden nur zum Teil bestätigt werden. Ein Grund für die Differenz mag das sog. Arousal sein, also die erhöhte psychische und körperliche Erregung, unter denen PTBS-Patienten leiden. Die ›objektiv‹ geringere Schlafproblematik ändert jedoch nichts an der allgemeinen Problematik, da die Patienten sich hierdurch sehr belastet fühlen und auch tagsüber nicht das Erleben haben, ausgeschlafen zu sein. Zweifelsohne bedarf die Verbindung von Schlafproblemen und PTBS noch vielfältiger weiterer Forschungsaktivitäten.

Jedoch sind nicht in jedem Fall nach einer initialen Traumatisierung ausschließlich negative Folgen zu beobachten. Eine Reihe von Studien hat ergeben, dass sich bei bestimmten Traumaopfern nach einiger Zeit subjektiv eine positive Bewertung des Ereignisses einstellen kann (Übersicht bei: LINLEY und JOSEPH 2004). Das Überleben einer (lebens-) bedrohlichen Situation oder aber auch die Bewältigung der Krankheit selbst kann, wie dies auch von Patienten und Patientinnen somatischer Erkrankungen bekannt ist, zu einem erhöhten Selbstwertgefühl und anderen positiven Eigenschaften führen. Allerdings scheint diese Entwicklung eher bei geringer traumatisierten Personen der Fall zu sein, wie die genannte Literaturübersicht analysiert.

Wenn man den wissenschaftlichen Stand zum Verlauf der psychischen Traumareaktionen zusammenfassen sollte, so wird man von einer generellen Tendenz abnehmender Beeinträchtigungen bei den meisten von Ereignissen und Traumatisierungen betroffenen Personen ausgehen können. Gleichzeitig muss von heterogenen Verläufen ausgegangen werden, sodass Generalisierungen zwar in der Tendenz und auch aus wissenschaftlicher Sicht zulässig sind, aber den individuellen Fall nicht immer korrekt abbilden. Der Verlauf psychischer Belastungsreaktionen nach

einem traumatisierenden Ereignis kann einerseits in gewisser Weise als phasenhaft beschrieben werden, andererseits überlappen sich die verschiedenen Phasen, sodass im Einzelfall genau hingesehen und diagnostiziert werden muss, welcher exakte Verlauf genommen wurde (SHALEV und URSANO 2003).

Posttraumatische Belastungsstörungen: Risikofaktoren

Bei der Bestimmung der relevanten Risikofaktoren für eine psychische Traumatisierung ist zwischen verschiedenen Bereichen zu unterscheiden (YOUNG 2006). Zu nennen sind allgemeine Risiken wie Persönlichkeitsfaktoren, Geschlecht oder Sozialstatus. Sodann ist das Ereignis und sein Erleben durch die Betroffenen von hoher Relevanz. Hier sind beispielsweise die Dauer des Ereignisses, körperliche Verletzungen und die unmittelbaren Reaktionen wie Panikattacken von Bedeutung.

Der wichtigste Risikofaktor für eine PTBS liegt natürlich im traumatisierenden Ereignis selbst. Aus der entsprechenden Forschungsliteratur geht eindeutig hervor, dass es erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Ereignisbereichen gibt. Als ›schlimmste‹ Ursachen gelten massenhafte Gewalttaten, die einer Übersicht zufolge deutlich mehr negative Folgen hat als etwa eine Naturkatastrophe oder ein technischer Unfall (NORRIS et al. 2002). Von Menschen intendierte Gewalttaten erschüttern das Selbst- und Weltbild vieler Betroffene offensichtlich weitaus drastischer als andere Katastrophen oder nicht-intendierte Ereignisse.

Allerdings ist die in den Diagnose-Manualen postulierte Bedrohung des eigenen Lebens oder der eigenen Unversehrtheit keine zwingende Voraussetzung für PTBS-Reaktionen. Generell kann extremen und besonders unerwarteten Vorfällen ein erhebliches PTBS-Auslösungsrisiko zugesprochen werden. Folgende Elemente von Extremereignissen können relevant werden (SHALEV und URSANO 2003):

- ⊗ Bedrohungen,
- ⊗ körperliche Überanstrengung (Schmerz, Hunger, Durst),
- ⊗ körperliche Verausgabung,
- ⊗ Kapitulation gegenüber einem Gegner,

- ◎ Zwangsumsiedlungen,
- ◎ Isolation,
- ◎ Dehumanisierung und Erniedrigung,
- ◎ Unsicherheit (z. B. hinsichtlich Dauer oder Ursache),
- ◎ Inkongruenz des Erlebten (z. B. völlig neue und zugleich schreckliche Erfahrungen),
- ◎ groteske Erfahrungen (z. B. die Entfernung von vielen Leichen aus einem Katastrophengebiet wie dem Tsunami in Südostasien).

Eine nahezu überall erhobener Befund besteht in dem höheren PTBS-Risiko von Frauen im Vergleich zu Männern. Abgesehen von Studien mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern an militärischen Kampfeinsätzen, wo Männer ein ähnlich hohes PTBS-Risiko hatten (NEMEROFF et al. 2006), war insbesondere in Untersuchungen nach alltäglichen Traumata die Rate der Betroffenen unter Frauen deutlich größer. Möglicherweise haben Frauen eine erhöhte Vulnerabilität (seelische Verletzlichkeit) gegenüber traumatisierenden Ereignissen. Es wird spekuliert, dass diese Vulnerabilität auf bestimmte biologische Faktoren zurückgeführt werden kann (NEMEROFF et al. 2006).

Die Tatsache, dass nur ein Teil der von einem traumatisierenden Ereignis betroffenen Personen eine PTBS ausbilden, lässt natürlich die Frage auftreten, welche Menschen dies betrifft bzw. welche Risikofaktoren dazu beitragen. Die Antworten auf diese Fragen müssen zweifelsohne noch einen Schritt eher ansetzen, nämlich bei dem Problem, wer traumatisierende Ereignisse erlebt. Anders als man vermuten könnte, bleibt dies nur zu einem Teil dem Zufall überlassen. So setzen sich – wie oben schon angedeutet wurde – Männer, und vor allem jüngere Männer, mehr Risiken aus als das bei Frauen der Fall ist. Der männliche Lebensstil, wenn man dies überhaupt so vereinfachen darf, ist in den jüngeren Jahren bekanntlich mit riskanterem Verkehrsverhalten sowie mehr körperlichen Auseinandersetzungen verbunden, und beides wird durch einen erhöhten Alkohol- und Drogenkonsum noch begünstigt.

Gerade deshalb stellt sich die Frage, warum Frauen trotzdem ein höheres PTBS-Risiko haben, umso dringender. Möglicherweise liegt ein Faktor in den unterschiedlichen Formen von Gewalt und Traumata, die Männer

und Frauen erleben. So ist sexuelle Gewalt ein Problem, das überwiegend Frauen erleben, sei es innerhalb oder außerhalb von intimen Beziehungen (NEMEROFF et al. 2006). Sexuelle Gewalt erzeugt ein besonderes Maß an Schutz- und Hilflosigkeit, das vermutlich nicht durch andere belastende Ereignisse induziert werden kann. Darüber hinaus ist sexuelle Gewalt häufig noch mit emotional extrem belastenden Beziehungen assoziiert, sodass beide Faktoren sich eventuell potenzieren können.

Die Risikofaktoren können somit mit dem Ereignis selbst verbunden sein, sie können aber auch im Vorfeld der Traumatisierung liegen. Ein Faktor im Vorfeld des traumatisierenden Ereignisses ist die Persönlichkeit des späteren PTBS-Opfers. Der Einfluss der Persönlichkeit betrifft sowohl das Risiko, dass man einem potenziell traumatisierenden Ereignis ausgesetzt ist als auch das Risiko, nach dem Ereignis eine PTBS zu bekommen. Es gibt mittlerweile genügend empirische Hinweise, die einen biologischen Einfluss auf das Risiko beschreiben, kritische Lebensereignisse und auch traumatisierende Situationen zu erleben (KENDLER und BAKER 2007), die nicht zufällig sind. Ebenso klar ist mittlerweile, dass die riskante Exposition selbst ein eigenständiger Prädiktor für eine spätere PTBS sein kann. In einer großen Längsschnitt-Geburtskohortenstudie konnte dieser Einfluss demonstriert werden (KOENEN et al. 2007). Kinder, die im Alter von drei bis fünf Jahren störende und schwierige Verhaltensweisen zeigten, hatten im Alter von 26 Jahren sowohl mehr potenziell traumatisierende Ereignisse erlebt als auch mehr PTBS entwickelt. Letzteres wurde zusätzlich durch eine geringe Intelligenz sowie einen niedrigen Sozialstatus während der Kindheit gefördert.

Die Verbindung zwischen psychobiologischen und frühkindlichen Eigenschaften wird offenbar über die Persönlichkeit hergestellt. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass gewisse Persönlichkeitsfaktoren wie Neurotizismus und Introversion mit einer PTBS verbunden sind (BRAMSEN et al. 2000; BRESLAU 2002; KNEZEVIC et al. 2005; MAES 2000). Demgegenüber können bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und kognitive Verarbeitungsmechanismen sich als Schutzfaktoren erweisen, in der Psychologie wird hierfür die Begrifflichkeit der Resilienz gebraucht. Als resilienzfördernde Faktoren gegenüber Auswirkungen von extremen

Stresssituationen werden genannt: ein positives Selbst-Konzept, Optimismus, Altruismus, ein interner *Locus of Control* (die Überzeugung, die eigene Gesundheit selbst mitzubestimmen), die Fähigkeit, Hilflosigkeit zu vermeiden sowie die Fähigkeit, einen aktiven Bewältigungsstil zu entwickeln (AGAIBI und WILSON 2005; CHARNEY 2004; SOUTHWICK et al. 2005). Zu diesem aktiven Bewältigungsstil gehört auch die Bereitschaft, das eigene Erleben anderen mitzuteilen.

Ein weiterer Faktor liegt in den allgemeinen kognitiven Fähigkeiten der später Betroffenen. So hat sich – wie gerade schon berichtet – eine geringe Intelligenz als ein wichtiges Risikomoment herausgestellt (MCNALLY 2003b; MCNALLY et al. 2003). Möglicherweise hängt dieser Risikofaktor damit zusammen, dass das Geschehene nach dem Ereignis von den Betroffenen für sich selbst adäquat ›erklärt‹ und eingeordnet werden muss. Darüber hinaus sind die auch von anderen psychiatrischen Krankheitsbildern bekannten Risikofaktoren zu finden, insbesondere eine eigene frühere psychische Störung und eine familiäre Belastung mit psychischen Störungen (BROMET et al. 1998; PERKONIGG et al. 2000). Schließlich sind eigene Vortraumatisierungen in Rechnung zu stellen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die PTBS, von wirklich extremen Ereignissen wie Kriegserfahrungen einmal abgesehen, durch eine psychische Vulnerabilität erheblich mit beeinflusst wird. Damit unterscheidet sich die PTBS nicht von anderen Störungsbildern wie Angststörungen, depressiven Störungen oder der Schizophrenie.

Anders als bei sonstigen psychiatrischen Störungsbildern können durch die Ereignisbezogenheit jedoch noch weitere Risikofaktoren identifiziert werden, die nach den Ereignis auftreten. Da ist zunächst die kognitive Verarbeitung des Erlebten unmittelbar nach dem Ereignis und in den folgenden Wochen und Monaten zu nennen (MCNALLY 2003b; MCNALLY et al. 2003; PERRIN 2003). Das erhöhte PTBS-Risiko von weiblichen Betroffenen könnte einer neueren populationsbezogenen Studie aus Schweden auch mit einem erhöhten Stresserleben von Frauen zusammenhängen (FRANS et al. 2005). Dieser Befund passt zu Studienergebnissen, dass bestimmte psychische Reaktionen nach dem Trauma den Verlauf ungünstig beeinflussen können. Häufig beschrieben werden intrusive und

dissoziative Symptome, die sich negativ auswirken (FREEDMAN et al. 1999; McNALLY et al. 2003). Allerdings ist die Bedeutung dissoziativer Momente (z. B. sich wie in einem Film zu erleben, abgekapselt zu sein von der Umwelt) bis heute nicht abschließend geklärt. So besteht nach wie vor Unsicherheit, ob es das Erleben in der traumatisierenden Situation, die dissoziativen Erlebnisse nachher oder aber die Bewertung und Einordnung dieses Erlebens ist, das sich negativ auswirkt (BRYANT 2004; HARVEY und BRYANT 2002).

Die kognitive Komponente der Verarbeitung spielt wohl auch bei einem weiteren Faktor eine Rolle, der bisher allerdings nur unzureichend untersucht wurde. Die Erwartung des eintretenden Ereignisses bzw. die Unerwartetheit einer kritischen Situation ist offenbar nicht zu unterschätzen. Menschen, die sich regelmäßig in diese Situationen begeben, etwa aus beruflicher Motivation, können unter Umständen eine gewisse psychische Immunität gegenüber gravierenden Stressoren entwickeln. Auf jeden Fall werden ihre Reaktionen in der Regel anders ausfallen, als bei Personen, die ein Vorfall wie ein Patientenübergreif vollkommen unerwartet trifft (McFARLANE 2003). Der Verfasser hat im Laufe der letzten Jahre einige Mitarbeiter aus der psychiatrischen Versorgung und der Behindertenhilfe kennengelernt, die für sich in Anspruch nehmen, sehr häufig (teilweise täglich) aggressives Verhalten durch Patienten oder Bewohner gegen die eigene Person zu erleben und keinerlei psychische Probleme zu haben. Diese Beobachtung wird unterstützt durch Ergebnisse einer Studie bei australischen Polizisten, die zum Teil durch diverse schreckliche Erlebnisse in ihren Berufsleben bei erneuter potenzieller Traumatisierung ein geringeres PTBS-Risiko aufwiesen (HODGINS et al. 2001).

Neben der kognitiven Verarbeitung des Erlebten spielt nach dem Ereignis vor allem die soziale Unterstützung eine große Rolle. In mehreren Meta-Analysen hat sich die soziale Einbindung und Hilfe nach dem Trauma als einer der stärksten Prädiktoren herausgestellt (siehe Übersicht bei GUAY et al. 2006). Auch im medizinischen Bereich hat sich die mangelnde soziale Unterstützung der Betroffenen als ein Hauptrisikofaktor für eine spätere posttraumatische Belastung erwiesen (LOWERY und STOKES 2005). Soziale Unterstützung wirkt vermutlich auch auf die kognitive

Verarbeitung und Bewertung des Geschehens. So wird angenommen, dass die Interpretation des Ereignisses erheblich durch Meinungen und Beschreibungen der Umwelt beeinflusst wird. Die Wertschätzung als Opfer hat sich in einer jüngsten Studie als ein wichtiger Prädiktor für den weiteren Krankheitsverlauf herausgestellt (MÜLLER und MAERCKER 2006). Wohlwollende und unkritische Reaktionen aus dem nahen Umfeld unterstützen eine kognitive Bewertung, welche die eigene Rolle nicht so negativ erscheinen lässt, wie dies oftmals nach dem Trauma der Fall ist. PTBS-Opfer nehmen sich selbst und ihre Mitwirkung am Geschehen häufig idiosynkratisch wahr, wodurch sie unter Umständen Schuld und Versagen auf sich attribuieren, was für den Verlauf verständlicherweise negativ sein kann. Das soziale Umfeld spielt insofern eine sehr wichtige Rolle für die Einordnung und Bewertung des Geschehens. Daneben darf vermutet werden, dass soziale Unterstützung – wie auch bei anderen psychischen Störungen – generell eine positive Wirkung auf die Wiederherstellung der Gesundheit hat (RICHTER 2003).

Posttraumatische Belastungsstörungen und andere psychische Folgen durch zivile arbeitsbedingte Ereignisse

Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es nur wenige bevölkerungsbezogene Untersuchungen zum Zusammenhang von Gewalt bei der Arbeit und negativen psychischen Folgen. In einigen dänischen Studien ist jedoch nicht nur der Zusammenhang, sondern jüngst auch Kausalität eindrucksvoll belegt worden. In der ersten Untersuchung war die Ermüdung das Zielkriterium nach arbeitsplatzbezogener Gewalt (HOGH et al. 2003). Innerhalb von fünf Jahren wurde eine repräsentative Stichprobe der dänischen arbeitenden Bevölkerung unter anderem zu Gewalterleben und psychischen Folgen befragt. Das Gewalterleben fünf Jahre vor der Wiederbefragung war mit einem dreifach erhöhten Risiko der Ermüdung beim zweiten Interview verbunden. In einer Querschnittsuntersuchung ist von der gleichen Autorengruppe gezeigt worden, dass Gewalt am Arbeitsplatz mit einer verminderten Lebensqualität und einem schwächeren Kohärenzsinns verbunden ist (HOGH und MIKKELSEN 2005). Das Konstrukt des

Kohärenzsinn beschreibt Eigenschaften der Weltsicht von Menschen in Hinsicht auf Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit von Problemen.

Ebenfalls in Dänemark ist eine Fallregister-Studie zu dieser Fragestellung durchgeführt worden. In einer ersten Publikation aus dieser Fallregister-Studie wurde auf der Basis einer Fünf-Prozent-Stichprobe der gesamten dänischen Bevölkerung untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Arbeit in sozialen Berufen und einer stationären Behandlung wegen affektiver Störungen (ICD-10: F30–F39) oder stressbedingter Störungen (ICD-10: F40–F48) gibt (WIECLAW et al. 2006a). Es stellte sich in einer multivariaten Analyse heraus, dass die Arbeit in Sozialberufen sowohl für Frauen als für Männer mit einem erhöhten stationären Behandlungsrisiko wegen affektiver oder stressbedingter Störungen (darunter auch F43, Posttraumatische Belastungsstörungen) verbunden war.

Die zweite Veröffentlichung untersuchte die kausale Wirkung von verbalen Aggressionen und körperlichen Angriffen auf die gleiche Stichprobe (WIECLAW et al. 2006b). Diese Stichprobe wurde verbunden mit Daten aus einer früheren Umfrage, in der unter anderem die arbeitsplatzbezogene Gewalt erfragt worden war. Wiederum nach Adjustierung für diverse soziodemografische Merkmale erwies sich die Exposition gegenüber Gewalt am Arbeitsplatz als ein signifikantes Risiko für eine spätere stationäre Behandlung. Bemerkenswert an den publizierten Resultaten war die Tatsache, dass dies auch für verbale Aggressionen gegenüber den Mitarbeitern der Sozialberufe nachzuweisen war. Außerdem sollte nicht unbeachtet bleiben, dass eine stationäre psychiatrische Behandlung wohl als ein relativ ›hartes‹ Ergebnismerkmal bewertet werden kann und zudem die Stichprobengröße eine ausreichende Datenbasis bietet.

Es versteht sich nahezu von selbst, dass militärische (Kampf-)Einsätze mit einem hohen PTBS-Risiko behaftet sind. Diese Thematik taucht bei allen zeitgenössischen Interventionen, aber auch bei sog. Friedensmissionen oder der Entsendung von Einheiten im Rahmen von Aktionen der Vereinten Nationen immer wieder auf (BRAMSEN et al. 2000). Ähnliches, wenngleich nicht im gleichen Ausmaß, wird auch von Entwicklungshelferinnen und -helfern berichtet (JONES et al. 2006). Neben Angehörigen von Armeen und Entwicklungsdiensten gibt es weitere Berufsgruppen,

die durch ihren Arbeitsalltag immer wieder mit Situationen konfrontiert werden, die potenziell traumatisieren können (siehe Übersicht bei TEEGEN 2003). Mitarbeiter von Feuerwehr, Rettungsdiensten und Polizei sehen sich nicht selten dramatischen Situationen ausgesetzt, die durchaus häufiger mit schweren Verletzungen, Todesfällen oder dem Auffinden von Toten generell verbunden sind (FULLERTON et al. 2004; REGEHR et al. 2002; RENCK et al. 2002). Dabei spielt für die psychische Traumatisierung offensichtlich eine Rolle, wie sehr die Rettungskräfte sich mit den Opfern identifizieren, etwa wenn es sich um Kinder oder aber um ihnen bekannte Personen handelt (URSAÑO et al. 1999). In diesem Zusammenhang ist jedoch nicht nur an die direkt mit Tod und Leid konfrontierten Mitarbeiter zu denken, sondern auch an diejenigen, die etwa Hinterbliebene oder traumatisierte Personen betreuen. Betreuer oder Therapeuten sind potenziell gefährdet für sog. *sekundäre Traumatisierungen*, die dann auftreten können, wenn die Helfer sich zu sehr mit dem Erleben ihrer Klienten identifizieren und nicht ausreichend supervidiert werden (TEEGEN 2003: 116 ff.). Allerdings scheinen die Auswirkungen sekundärer Traumatisierungen nicht so gravierend zu sein wie primäre Traumatisierungen (REINHARD und MAERCKER 2004).

In einer Reihe von Studien hat sich die Psychologin Frauke Teegen gemeinsam mit Mitarbeitern der PTBS-Problematik bei verschiedenen Berufsgruppen gewidmet, darunter auch Intensivpflegekräfte und Rettungsdienstmitarbeiter (TEEGEN 2003; TEEGEN und MÜLLER 2000; TEEGEN und YASUI 2000). Im Vergleich der Resultate zeigte sich eine ausgesprochen hohe emotionale und auch posttraumatische Belastung gerade bei diesen beiden Berufsgruppen, die deutlich höhere PTBS-Raten als etwa Polizisten, Feuerwehrkräfte oder Journalisten in Kriegsgebieten aufwiesen. Möglicherweise hat dies mit der zum Teil ausgeprägten Helfer-Motivation bei Pflegekräften und Rettungssanitätern zu tun, die ja bekanntlich auch mit den hohen Burn-out-Raten in diesen Berufsgruppen verbunden ist. In diesem Zusammenhang ist auch an die psychischen Reaktion von Mitarbeitern helfender Berufe auf Suizide ihrer Patienten zu denken. Obwohl suizidales Verhalten einer vorliegenden Studie zufolge von Mitarbeitern eher als aggressives Verhalten akzeptiert wird (ROSSBERG

und FRIIS 2003), können vollendete Suizide durchaus traumatisierende Erfahrungen mit längerfristigen Folgen darstellen (HENDIN et al. 2004; HENDIN et al. 2000).

Eine weitere Gruppe möglicher Betroffener ist bedingt durch berufliche Tätigkeiten, bei denen es zu direkten Gewalterfahrungen kommen kann. Auch hier sind Mitarbeiter der Polizei natürlich besonders gefährdet. Weiterhin ist an Angestellte von Gefängnissen (STADNYK 2003), Banken, Sparkassen, Sicherheitsdiensten und Werttransportfirmen zu denken. Weniger selbst von direkter Gewalt betroffen als vielmehr Zeugen von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden sind Zug- und U-Bahnführer. Bekanntermaßen werden Bahnstrecken von Suizidenten in einem hohen Maße aufgesucht und genutzt.

Schließlich ist an arbeitsbedingte Unfälle zu denken, die eine Traumatisierung zur Folge haben können. Es gibt nur wenige Daten über den relativen Anteil von Unfällen im Vergleich zu Gewalterlebnissen. Eine kanadische Auswertung von Daten einer beruflichen Unfallversicherung in der Provinz British Columbia ergab jedoch, dass über die Hälfte der Betroffenen, die eine Rente oder einen anderen finanziellen Zuschuss erhielten, direkt Gewaltereignisse erlebt hatten (MACDONALD et al. 2003).

Psychische Belastungen nach einem Patientenübergreif: Vorliegende Studienergebnisse

Die wissenschaftliche Untersuchung von psychischen Folgen nach einem Patientenübergreif steht auch international gesehen momentan erst am Anfang (COOPER 1995; FLANNERY 2001; für Übersichten siehe LANZA 1992; WYKES und WHITTINGTON 1994). Es existieren nur wenige Studien, die mit anerkannten Trauma-Instrumenten gearbeitet haben. Die überwiegende Mehrzahl von Untersuchungen hat phänomenologische Daten erhoben, allgemeine Symptome erfasst, Symptome von Burn-Out erhoben oder aber eigene Instrumente entwickelt (CROKER und CUMMINGS 1995; EVERS et al. 2002; FINDORFF-DENNIS et al. 1999; FLANNERY et al. 1991; FRICKE 1998; LANZA 1983; MURRAY und SNYDER 1991; RYAN und POSTER 1989; WHITTINGTON und WYKES 1992; WYKES und WHITTINGTON 1991).

Die Arbeitsgruppe um Ian Needham und Chris Abderhalden hat diese verschiedenen Studienergebnisse aus der Pflegewissenschaft in einer systematischen Übersicht zusammengefasst (NEEDHAM et al. 2005). Dabei unterscheiden die Autoren die gefundenen Studienresultate nach verschiedenen Dimensionen, nämlich bio-physiologische Effekte, kognitive Effekte, emotionale Effekte und soziale Effekte. Unter die bio-physiologischen Auswirkungen werden insbesondere Angstreaktionen und PTBS-ähnliche Symptome wie Schulterleben gezählt. Als kognitive Auswirkungen werden Phänomene wie das Erleben von Respektlosigkeit, Bedrohung oder Erniedrigung beschrieben. Des Weiteren zählen die Autoren Vermeidungssymptome oder das Verleugnen des Geschehenen zu den eher kognitiven Symptomen. Unter das emotionale Erleben wird insbesondere Ärger (auch auf die Institution, in der man arbeitet) gefasst. Bei den sozialen Auswirkungen beschreiben die Autoren vor allem die negativen Folgen für die Arbeitsbeziehung zu den Patienten. Diese kann sich durch einen Rückzug von Patientenkontakten oder aber durch die Verweigerung von Wünschen äußern. Als weitere soziale Auswirkungen wird die berufliche Kompetenz möglicherweise in der Selbstwahrnehmung in Mitleidenschaft gezogen. In der Konsequenz fühlen sich die betroffenen Schwestern und Pfleger oftmals unsicher in ihrer Arbeitsumgebung, haben das Gefühl, die Kontrolle verloren zu haben oder möchten sogar den Arbeitsplatz wechseln (bis hin zur Berufsaufgabe).

Erst nach der Fertigstellung der zuvor genannten Arbeit erschien eine weitere große Publikation aus der ›Minnesota Nurses' Study‹ (GERBERICH et al. 2004). Auf der Basis einer Umfrage bei knapp 4000 Krankenschwestern- und pflegern im US-Bundesstaat Minnesota konnte gezeigt werden, dass sowohl verbale Aggressionen als auch körperliche Gewalt zu erheblichen psychischen Beeinträchtigungen führen. So gaben etwa mehr als die Hälfte der Befragten an, dass sie durch andauernde Gewalt frustriert seien. Bemerkenswert war die hohe Belastung durch verbale Aggressionen wie Drohungen, Beschimpfungen und sexuelle Belästigungen. Insgesamt gesehen fühlten sich die Befragten auf längere Sicht durch verbale Aggressionen mehr belastet als durch körperliche Gewalt. So gaben beispielsweise mehr als 12 Prozent der Schwestern und Pfleger an,

permanente Belastungen durch verbale Aggressionen zu erleben, während dies für körperliche Gewalt nur 7–8 Prozent bejahten.

Diese Studienresultate bestätigten frühere Beobachtungen aus der Supervision in psychiatrischen Einrichtungen (FRICKE 1998). Demnach können die psychischen Reaktionen auf Gewaltereignisse gegen Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken nicht verallgemeinert werden. Für einige Mitarbeiter ist die körperliche Gewalt besonders belastend, andere hingegen kommen damit gut zurecht. Sie leiden möglicherweise mehr unter der permanenten Anspannung, Bedrohung und Beschimpfung durch die Patienten.

Allerdings ist bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in psychiatrischen Einrichtungen, die mit aggressiven Patienten arbeiten, nicht nur Stresserleben in diesem Zusammenhang zu sehen. In einer deutschen Studie untersuchte Grube (GRUBE 2003) anhand einer umfassenden Eigenschaftswörterliste (EWS 60 S) die emotionale Befindlichkeit von Mitarbeitern, die Fixierungen von Patienten durchführen mussten. Es stellte sich heraus, dass neben dem hohen Stress auch Souveränität und Gelassenheit im Umgang mit diesen schwierigen Situationen berichtet wurden. Leider ist der Veröffentlichung nicht zu entnehmen, ob es zu körperlicher Gewalt gegen die Mitarbeiter während der Fixierung kam, sodass diese Resultate nicht in einem direkten Zusammenhang mit selbst erfahrener Gewalt interpretiert werden können. Ein ähnliches Ergebnis berichteten Rossberg und Friis in einer norwegischen Studie mit der ›Feeling Word Checklist 58‹ (ROSSBERG und FRIIS 2003). Hier zeigte sich, dass positive Emotionen gegenüber den behandelten Patienten häufiger geäußert wurden als negative. Im Falle von Aggressionen und bei Suizidalität überwogen jedoch negative Assoziationen.

Die erste Studie, die sich explizit mit der PTBS nach einem Patientenübergriff befasst hat, stammt vom Anfang der 1990er Jahre. Caldwell hat in einer privaten und in einer staatlichen psychiatrischen Einrichtung sowohl nicht-klinische als auch klinische Mitarbeiter mit einem Instrument befragt, das PTBS-Symptome nach dem Manual DSM-III-R erfragt (CALDWELL 1992). Von 546 angeschriebenen Mitarbeitern antworteten 300 (64,5 %). Es zeigte sich, dass von den klinischen Mitarbeitern 52 Prozent der Antwortenden im halben Jahr vor der Befragung einen potenziell

traumatisierenden Übergriff erlebt hatten. Insgesamt erfüllten 9 Prozent der Antwortenden zum Befragungszeitpunkt die Kriterien für die Diagnose der PTBS.

In einer Längsschnittstudie versuchten Wykes und Whittington den Verlauf der PTBS nach einem Übergriff zu analysieren (WYKES und WHITTINGTON 1998). Innerhalb von zehn Tagen sowie nach ungefähr einem Monat wurden die 39 betroffenen Pflegekräfte von psychiatrischen Akutstationen zweimal mit standardisierten Instrumenten befragt. Zu beiden Messzeitpunkten erfüllten jeweils zwei Mitarbeiter (5 %) die Kriterien für eine PTBS, allerdings handelte es sich um verschiedene Mitarbeiter. Ein Problem, das diese und auch viele andere Studien über PTBS betrifft, war die hohe Rate von Mitarbeitern, die nicht zu einer Teilnahme an der Untersuchung bereit war.

In der Vorläuferstudie zu der nachfolgend berichteten Untersuchung hatten die Autoren den befragten Mitarbeitern nach einem Patientenübergriff einen anonymen Fragebogen ausgehändigt, der eine PTBS-Diagnose nach dem Manual DSM-III-R ermöglichen sollte (RICHTER und BERGER 2000; RICHTER und BERGER 2001). Von den 170 angesprochenen Betroffenen wurde von exakt der Hälfte (N=85) der ausgefüllte Bogen zurückgesandt. Aufgrund der Anonymität war es jedoch nicht möglich, außer Geschlecht, Altersgruppe und Dauer von Übergriff bis Befragung weitere Angaben zu erheben. Es zeigte sich, dass keine antwortende Person alle Kriterien einer PTBS erfüllte. Allerdings erfüllten 14 Prozent der Befragten die Kriterien für eine subklinische PTBS, indem sie zwei der drei Symptombereiche abdeckten.

Ansätze zur Prävention psychischer Folgen traumatisierender Ereignisse: Debriefing vs. soziale Unterstützung

Da die psychischen Folgen von Patientenübergriffen und anderen traumatisierenden Ereignissen wie Patientensuizide bis dato keine große Relevanz in psychiatrischen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens haben, gibt es auch nur wenige beschriebene und evaluierte Ansätze zur Prävention. Bis vor wenigen Jahren wurde die Literatur zu diesem The-

matik von einem amerikanischen Konzept beherrscht, das ›Assaulted Staff Action Program‹ (ASAP) heißt (FLANNERY et al. 1991). Dieses Konzept bietet eine unmittelbare Nachbetreuung von Übergriffopfern an. Abgeleitet wurde dieser Ansatz aus Kriseninterventionskonzepten, die bei Einsatzkräften der Rettungs- und Katastrophenhilfe angewendet werden (FLANNERY 1999). Wie oben schon beschrieben wurde, spielen psychische Folgen traumatisierender Erlebnisse gerade in diesen Berufsgruppen eine große Rolle. Das ASAP umfasst eine direkte Krisenintervention nach dem Übergriff, erneute Gesprächsangebote nach drei und zehn Tagen, ein Debriefing für das Opfer, ein Gruppengesprächsangebot sowie die Information für Familienangehörige des betroffenen Mitarbeiters. Bemerkenswert am ASAP-Konzept und damit verbundenen Programmen für andere Berufsgruppen ist die Tatsache, dass die Autoren den Ansatz kommerziell vermarktet und gleichzeitig ihre eigenen Evaluationsstudien durchgeführt haben.

Dieses Konzept wurde in mehreren Publikationen auch als ein Vorgehen für die Prävention psychischer Folgen nach Übergriffen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (CUDMORE 1996) und insbesondere für die Psychiatrie (PATERSON et al. 1999) dargestellt. Der gesamte Ansatz kam allerdings zu Beginn dieses Jahrzehnts unter erheblichen Druck von wissenschaftlicher Seite, als die zentrale Komponente des Ansatzes, das sog. Debriefing, sich in verschiedenen Studien als unwirksam oder sogar als schädlich für den weiteren Krankheitsverlauf herausgestellt hat. Das Debriefing im Sinne des *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) vollzieht sich in sieben Schritten. Nach einem traumatisierenden Erlebnis wird zumeist in Gruppensitzungen folgendermaßen vorgegangen: Im ersten Schritt wird das Vorgehen für die Teilnehmer erklärt, als Zweites werden die Teilnehmer gefragt, wie sie den Ablauf des Ereignisses erlebt haben, im dritten Schritt können die Betroffenen ihre unmittelbaren Gedanken und das emotionale Erleben des Ereignisses formulieren, das wird im vierten Schritt berichtet, als Fünftes sollen die bisher erlebten körperlichen und psychischen Symptome nach dem Trauma berichtet werden, anschließend werden in der sechsten Phase edukative Elemente über Psychotraumata eingesetzt und schließlich wird siebtens in der

Abschlussphase eine Zusammenfassung des gesamten Vorgehens geliefert.

Verschiedene Studien haben sowohl das Debriefing als Einzelkomponente als auch das umfassende Konzept des *Critical Incident Stress Management* (CISM) evaluiert. Im CISM ist das Debriefing ein wichtiger Bestandteil. Da es mittlerweile mehrere Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zu dieser Thematik gibt, wird an dieser Stelle auf die Wiedergabe einzelner Untersuchungen verzichtet. Interessanterweise kommen die Begründer und Verbreiter der CISD- und CISM-Konzepte in ihren Übersichtsarbeiten zu dem Schluss, dass die Konzepte sehr wirksam zur Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen sind (EVERLY et al. 2002; EVERLY et al. 2000). Demgegenüber haben verschiedene ›unabhängige‹ Wissenschaftler bei der Zusammenstellung der Literatur keine Effekte oder sogar negative Effekte durch das Debriefing notiert. In einer systematischen Literaturübersicht (ROSE et al. 2003) und einer Meta-Analyse (VAN EM-MERIK et al. 2002) wurden eben diese schon beschriebenen Null-Effekte oder sogar schädlichen Folgen festgehalten. Verständlicherweise wurden die differierenden Resultate der Übersichten vielfältig diskutiert, wobei die meisten Kommentatoren eher zu der kritischen Sichtweise gegenüber dem Debriefing neigen (BLEDSOE 2003; DEVILLY und COTTON 2003; KENARDY 2000; OSTERMAN und CHEMTOB 1999; RUZEK und WATSON 2001; SCHÜTZWOHL 2000; SENSKY 2003).

In einer sehr sorgfältigen und umfassenden Aufbereitung der Forschungsliteratur haben drei der führenden Wissenschaftler auf diesem Gebiet das Für und Wider einzelner wissenschaftlicher Befunde rekonstruiert und zu einer mehr oder weniger abschließenden Bewertung geführt. Richard McNally, Richard Bryant und Anke Ehlers kommen dabei zu folgendem Schluss: »Although psychological debriefing is widely used throughout the world to prevent PTSD, there is no convincing evidence that it does so. (...) Some evidence suggests that it may impede natural recovery.« (McNALLY et al. 2003: 72) Diese Schlussfolgerung wurde jüngst durch eine weitere randomisierte und kontrollierte Studie noch einmal bestätigt (SIJBRANDIJ et al. 2006). Auf der Basis des bisherigen Forschungsstandes kann also davon ausgegangen werden, dass Debriefing-Verfahren nach einer Traumatisie-

rung nicht eingesetzt werden sollten, und erst recht nicht mit Druck auf die Betroffenen eingesetzt werden sollten, wie dies in der Vergangenheit wohl bei verschiedenen Ereignissen der Fall gewesen sein muss.

Hintergrund für die geringe Effektivität von Debriefing-Verfahren ist vermutlich die im letzten Zitat angesprochene Interferenz von ›natürlicher‹ Regeneration und mehr oder minder erzwungener Intervention. Einer Studie über die Präferenzen von potenziell traumatisierten Notfall-Helfern aus Gesundheitswesen, Polizei und Feuerwehr zufolge, ziehen viele der Befragten eine eher abwartende Haltung vor (ØRNER 2003). Zudem möchten (oder können) viele nicht über das Geschehene sprechen, was nicht bedeutet, dass die Regeneration nicht stattfinden kann.

Dieser Forschungsstand bedeutet jedoch keinesfalls, dass präventive Maßnahmen gegen psychische Belastungen und vor allem gegen PTBS nicht möglich sind. In der Forschungsliteratur hat sich zwischenzeitlich die Begrifflichkeit der Frühintervention bzw. der Begriff der ›Psychologischen Ersten Hilfe‹ durchgesetzt (*psychological first aid*) (NCTSN/NCPTSD 2006; PARKER et al. 2006). Obwohl dieser Terminus die Inhalte der Interventionen nicht ganz exakt wiedergibt, wird aus Gründen der Bekanntheit auch im Folgenden daran festgehalten. Entgegen dem ersten Eindruck handelt es sich bei der Psychologischen Ersten Hilfe eben nicht um eine Intervention durch Psychologen, sondern um einen Ansatz der in erster Linie soziale Unterstützung sowie die Abdeckung individueller Bedürfnisse leisten kann. Die zentralen Ziele der Psychologischen Ersten Hilfe bestehen in erster Linie in der Herstellung einer sozial unterstützenden Beziehung zum Opfer, in der Sicherstellung psychischer und physischer Bedürfnisse und in der allgemeinen Unterstützung (NCTSN/NCPTSD 2006). Darüber hinaus werden in der Regel edukative Inhalte über die zu erwartenden Folgen geliefert (z.B. RESNICK et al. 2005). Die Details der Psychologischen Ersten Hilfe hinsichtlich der besonderen Bedingungen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen werden im letzten Teil dieses Buches spezifisch dargestellt, an dieser Stelle wird daher auf eine weitergehende Berichterstattung verzichtet.

Festzuhalten bleibt jedoch die bisher nur geringe empirische Forschungsaktivität bezüglich der Psychologischen Ersten Hilfe. Derzeit gibt es kei-

ne belastbare empirische Evidenz, dass die Psychologische Erste Hilfe anderen Verfahren überlegen ist (GRAY et al. 2004). Das hat zum Ersten mit der relativ jungen Geschichte der Psychologischen Ersten Hilfe zu tun, und zum Zweiten mit den erheblichen methodischen und ethischen Problemen, die bei der Durchführung von klinischen Studien in diesem Bereich festzustellen sind. So ist etwa die Frage noch nicht abschließend geklärt, für welche Opfer die Erste Hilfe indiziert ist (für alle, für symptomatisch auffällige Personen?), dann sind die einzelnen Interventionen in der Psychologischen Ersten Hilfe noch nicht ausreichend beschrieben, und nicht zuletzt ist die geringe Bereitschaft zur Kooperation mit therapeutischen und wissenschaftlichen Aktivitäten vieler Betroffener ein nicht unerhebliches Problem (wie auch im Verlauf unserer Studie deutlich geworden ist).

Allerdings geht man heute von einer relativen Unschädlichkeit dieser Interventionen aus, welches ein eindeutiger Vorteil gegenüber der beschriebenen Debriefing-Verfahren ist. Daher schlagen neueste Leitlinien in diesem Bereich die Psychologische Erste Hilfe als Mittel der Wahl vor (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2007; FORBES et al. 2007). Solange es keine Evidenz für die Schädlichkeit dieser Intervention gibt oder bessere Verfahren bekannt werden, kann die Psychologische Erste Hilfe daher als Standard empfohlen werden.

Behandlungsmöglichkeiten bei posttraumatischen Belastungsstörungen

Posttraumatische Belastungsreaktion sind hinsichtlich ihrer Therapiemöglichkeiten mittlerweile sehr gut untersucht und evaluiert worden. Insbesondere für psychotherapeutische Verfahren steht mittlerweile außer Frage, dass sie sehr wirksame Methoden bei PTBS zur Verfügung haben (ADSHED 2000; KEANE et al. 2006). Eine jüngst publizierte Meta-Analyse psychotherapeutischer Interventionen kam zu erheblichen Effektstärken in diesem Zusammenhang (BRADLEY et al. 2005). Deutschsprachige Übersichtsartikel zu Psychotherapie-Verfahren bei PTBS sind ebenfalls erhältlich (SCHNYDER 2000; TEEGEN 2000).

Die aktuellen Behandlungsleitlinien (APA 2004; NICE 2005) bei PTBS sehen in der Regel vor, dass therapeutische Interventionen nicht unmittelbar nach dem Ereignis erfolgen sollen, es sei denn, die Symptome sind so schwerwiegend (z. B. Suizidalität), dass eine Behandlungsindikation im Sinne einer Krisenintervention besteht (SCHNYDER 2000). Solange keine akute Behandlungsindikation besteht, sollten die oben angesprochenen Unterstützungsmaßnahmen greifen, die unter dem Stichwort der Psychologischen Ersten Hilfe weiter unten noch ausführlich beschrieben werden. Eine wichtige Funktion der Psychologischen Ersten Hilfe ist die aufmerksame Beobachtung des Verlaufs der Stresssymptome, von denen üblicherweise erwartet wird, dass sie sich in den ersten Wochen nach dem traumatisierenden Ereignis rasch zurückbilden (McNALLY et al. 2003). Sollte dies nicht der Fall sein, das heißt bei bestehender besonders schwerer Symptomatik, werden etwa in der Leitlinie des britischen *National Institute of Clinical Excellence* bis zu fünf ambulante verhaltenstherapeutische Sitzungen empfohlen (NICE 2005). Diese Interventionen zielen vor allem auf die Reduktion der aktuellen Symptomatik, auf die Wiederherstellung der Alltagsfunktionen und auf die Verhinderung komorbider Störungen wie Depressionen oder Suchtmittelmissbrauch. Die Effektivität dieses Typs psychotherapeutischer Interventionen ist derzeit noch nicht eindeutig belegt, diese Aussage gilt insbesondere mit Blick auf den längerfristigen Verlauf (McNALLY et al. 2003).

Deutlich besser ist die Studienlage bei verhaltenstherapeutischen Verfahren in einem Zeitraum von einem bis drei Monaten nach dem Trauma. Erste randomisierte klinische Studien (BISSEON et al. 2004) und Literaturübersichten (McNALLY et al. 2003) haben ergeben, dass behaviorale Programme der Nicht-Behandlung überlegen sind. Das therapeutische Ziel ist bei diesen Programmen in erster Linie die Verhinderung der Chronifizierung posttraumatischer Symptome.

Viele Opfer von Traumatisierungen kommen erst nach mehreren Monaten oder gar Jahren in die Behandlung. In den meisten dieser Fälle besteht eine chronische PTBS. Auch in diesen Fällen ist eine ambulante Psychotherapie die Intervention erster Wahl (NICE 2005). Wie schon verschiedentlich erwähnt, haben sich in der psychotherapeutischen Be-

handlung von PTBS verhaltenstherapeutische Verfahren durchgesetzt. Die meisten Verfahren bieten Expositionstrainings, Konfrontationsverfahren, Angstbewältigungsprogramme und kognitive Restrukturierungs-Interventionen an (FOA et al. 2005; TEEGEN 2000). Daneben wird gelegentlich das sog. Augenbewegungs-Desensibilisierungs- und Neubearbeitungsverfahren (EMDR: *Eye movement desensitization and reprocessing*) eingesetzt (ZIMMERMANN et al. 2005). Hierbei wird die Konfrontation mit dem Trauma in der Vorstellung verbunden mit sakkadischen Augenbewegungen. Trotz der Unklarheit des therapeutischen Wirkmechanismus hat sich das EMDR als effektiv erwiesen. Eine jüngste Meta-Analyse fand für das EMDR gleich hohe Effektstärken wie die traumaspezifische Verhaltenstherapie (SEIDLER und WAGNER 2006).

Die Psychotherapie kann unterstützt werden durch eine adäquate medikamentöse Behandlung. Moderne Antidepressiva haben sich in diesem Zusammenhang als besonders wirksam erwiesen (DAVIS et al. 2006; SCHOENFELD et al. 2004). Sogenannte Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Sertralin, Paroxetin oder Fluoxetin sind in ihrer Effektivität gut untersucht und bestätigt worden. Bei anderen Medikamentengruppen wie atypischen Neuroleptika steht der therapeutische Nachweis dagegen noch aus. Eine ausschließliche pharmakotherapeutische Behandlung wird in der Regel nicht empfohlen, da die Abbruchrate relativ hoch ist (TEEGEN 2000).

Etwas unbefriedigend ist hingegen die Forschungslage zur Frage, wer therapeutische Hilfe nach einem traumatisierenden Ereignis in Anspruch nimmt, bzw. wer es nicht tut. Eine ausführliche Literaturübersicht zu dieser Thematik konnte überwiegend ›positive‹ Befunde untersuchen, das heißt, man weiß, dass diejenigen, die eine schwere Krankheitslast erleben, sich auch eher in Behandlung begeben (GAVRILOVIC et al. 2005). Angesichts der vielen dokumentierten Behandlungsabbrüche und auch dem Vermeidungsverhalten als Kernsymptom einer PTBS kann diese Studienlage jedoch nicht zufriedenstellen. Man kann die Hypothese wagen, dass sowohl dem Versorgungssystem als auch dem Forschungsbereich eine Reihe von Betroffenen entgehen, wodurch die Effektivität des Gesamtsystems natürlich etwas vermindert wird.

Studiendesign und Methode

Studienziele

Die nachfolgend berichtete Studie hat sich zum Ziel gesetzt, die psychische Belastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen und anderer Gesundheitsinstitutionen nach einem Patientenübergreif zu erfassen. Das hauptsächliche Zielkriterium der psychischen Belastung ist die Erfassung des Ausmaßes der Posttraumatischen Belastungsstörung. Wie die Literaturübersicht gezeigt hat, ist diese Thematik für Mitarbeiter im Gesundheitswesen bisher auch international kaum untersucht worden, daher stehen bis heute auch keine deutschen Daten zu den psychischen Folgen nach Übergriffen zur Verfügung. In diesem Zusammenhang gilt es zu prüfen, ob der Verlauf der Belastung den bekannten Studienergebnissen aus anderen Forschungsbereichen der PTBS entspricht.

Darüber hinaus sollen weitere psychische und soziale Folgen des Übergriffs erhoben werden. Neben der PTBS kann ein traumatisierendes Ereignis – wie oben schon beschrieben wurde – zusätzliche negative Folgen für die Psyche der Betroffenen haben. Insbesondere depressive Reaktionen und Ängste treten häufig mit der PTBS zusammen auf. Aus diesen Gründen interessieren wir uns in dieser Studie zudem für den Behandlungs- und Bewältigungsprozess, den die Opfer des Übergriffs durchmachen. Damit ist unter anderem die Erfassung der Inanspruchnahme medizinischer und anderer therapeutischer Leistungen gemeint, daneben interessiert im gleichen Maße das subjektive Erleben der Betroffenen.

Es sind aber nicht nur die direkten psychischen Folgen, die sich negativ für die Betroffenen und ihre Umwelt auswirken. Ein Patientenübergreif kann potenziell auch die Arbeit der Mitarbeiter nachteilig beeinflussen, da möglicherweise der therapeutische Beziehungsaufbau gestört werden kann (NEEDHAM et al. 2005). Daher zielen wir in der Studie auch auf die Erfassung der Einschätzung der Arbeitssituation mit ihren diversen Fa-

cetten durch die Betroffenen, also ob sie Angst am Arbeitsplatz verspüren, ob sie den Patientinnen und Patienten gegenüber Probleme haben und wie hoch der krankheitsbedingte Arbeitsausfall ist.

Neben den direkten und indirekten Folgen des Übergriffs sollen die Umstände des Patientenübergriffs relativ genau erhoben werden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Erfassung der unmittelbaren psychischen Reaktionen der Opfer, da diese potenziell sich auf die weitere Verarbeitung des Geschehens auswirken können. Ein weiterer Schwerpunkt soll die Reaktion der Einrichtung auf das Geschehen sein. Wie in der Übersicht bereits dargestellt wurde, spielt die soziale Unterstützung der Traumatisierten für den weiteren Verlauf der Belastung eine wichtige Rolle. Daher wird explizit nach der Unterstützung durch Vorgesetzte und unmittelbare Kolleginnen gefragt, und auch danach, ob die Unterstützung als ausreichend erlebt wird. Dieser Themenkomplex bietet möglicherweise konkrete Ansätze für die Prävention psychischer Belastungen nach einem Übergriff.

Studiendesign

Die Durchführung der Studie erfolgte in zwei Phasen, eine prospektive Längsschnitt-Phase (nachfolgend: Phase 1) und eine retrospektive Phase (nachfolgend: Phase 2). Ursprünglich war lediglich Phase 1 geplant worden. Es handelte sich dabei um eine prospektive Erhebung von Patientenübergriffen sowie die Befragung der Übergriffopfer zu drei Messzeitpunkten. Mit diesem Vorgehen sollte der Verlauf der psychischen Belastung sowie der gerade beschriebenen weiteren sozialen Auswirkungen untersucht werden.

Die methodischen und logistischen Probleme bei der Durchführung von Längsschnitt-Studien im PTBS-Bereich dürfen nicht unterschätzt werden (NILES et al. 2000). Es besteht zum einen die Schwierigkeit, genügend Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Studie zu rekrutieren und diese dann auch in der Studie zu halten. Es gibt Hinweise darauf, dass PTBS-Betroffene eher weniger zur Teilnahme an Studien bereit sind, wodurch die Repräsentativität der Ergebnisse natürlich infrage gestellt ist. Zum

Zweiten ist die Frage der zu untersuchenden Problembereiche und der damit zusammenhängenden einzusetzenden Instrumente zu klären. Neben der PTBS-Symptomatik stehen, wie bereits oben erwähnt, viele weitere Domänen zur Untersuchung an. Dies gilt insbesondere für die vorliegenden Fragestellungen, die eben auch auf den Bewältigung und institutionelle Unterstützung abzielen. Zum Dritten ist die Frage zu klären, ob die Selbstauskunft über das Erleben und die Symptome adäquat sind. Dies wurde in der vorliegenden Studie bejaht. Letztendlich ist das subjektive Belastungserleben der entscheidende Faktor, welcher die Lebensqualität und andere gesundheitsrelevante Bereiche negativ beeinflussen kann, und nicht die Einschätzung eines externen Untersuchers. Abgesehen davon hätten auch unter praktischen Gesichtspunkten keine Möglichkeiten bestanden, die Selbstauskünfte durch andere Verfahren zu ergänzen. Zum Vierten ist zu beurteilen, welche Zeitpunkte zur Messung relevant sind. Hier stellt sich vor allem die Problematik des intraindividuell fluktuierenden und interindividuell heterogenen Verlaufs. Wir entschieden uns zu einem Basisinterview relativ rasch nach dem Übergreif und weiteren telefonischen Interviews nach zwei und sechs Monaten.

Wie zu befürchten war, stellte sich im Verlauf der Datenerhebung heraus, dass für die Längsschnitt-Studie nur ein kleiner Teil der von Patientenübergreifen betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht und für die Teilnahme rekrutiert werden konnte. Hinzu kam, dass ca. ein Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Basis-Interview die weitere Teilnahme an den beiden Nachbefragungen ablehnte. Die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern bei PTBS-Untersuchungen sowie das erhebliche Risiko des Verlusts von Respondenten in Längsschnittuntersuchungen sind in der Literatur hinlänglich bekannt (DIJKEMA et al. 2005; MATTHIEU und IVANOFF 2006; SCOTT et al. 2006). Als deutlich wurde, dass die Größe der Untersuchungsgruppe für weitergehende Analysen und Aussagen nicht ausreichen würde, ist mit der Phase 2 eine ergänzende retrospektive Studie angehängt worden. In Phase 2 wurden – bis auf wenige Ausnahmen – die gleichen Untersuchungsinstrumente verwendet wie in Phase 1.

Untersuchungsinstrumente

Grundlage der Datenerhebung in dieser Studie ist ein selbst entwickelter semiquantitativer Fragebogen, der im Rahmen eines Interviews eingesetzt wurde. Der Fragebogen basiert auf dem schon in der früheren Studie eingesetzten Instrument (RICHTER 1999; RICHTER und BERGER 2001). Neben den üblicherweise enthaltenen soziodemografischen Angaben beziehen sich die Fragen auf folgende Aspekte:

- ⊙ Verlauf der beruflichen Karriere
- ⊙ Arbeitssituation zum Zeitpunkt des Übergriffs
- ⊙ frühere traumatische Erlebnisse
- ⊙ Beschreibung des Vorfalls
- ⊙ Körperschaden
- ⊙ subjektives Empfinden unmittelbar nach dem Vorfall
- ⊙ Inanspruchnahme medizinischer und anderer therapeutischer Leistungen
- ⊙ Unterstützung durch Vorgesetzte und Arbeitsumfeld
- ⊙ Unterstützung durch privates Umfeld
- ⊙ Sicherheit am Arbeitsplatz und Verhältnis zu Patienten.

Aspekte, die einer quantitativen Erhebung nicht zugänglich waren, wie beispielsweise der Hergang des Übergriffs wurden stichwortartig von den Interviewerinnen notiert und anschließend für eine inhaltliche Auswertung transkribiert. Die qualitativen Daten wurden für folgende Themenbereiche erhoben:

- ⊙ Beschreibung des bisher schlimmsten traumatisierenden Erlebnisses
- ⊙ Beschreibung des Übergriffs
- ⊙ detaillierte Beschreibung des Körperschadens
- ⊙ subjektive Einschätzung der Faktoren, die zur Bewältigung geholfen haben und zusätzlich von denen sich die Betroffenen gewünscht hätten, dass sie vorhanden gewesen wären
- ⊙ Arbeitsbeziehung zu Patienten
- ⊙ Veränderung in der Beziehung zu den Kolleginnen und Kollegen
- ⊙ Bereiche der Unsicherheit am Arbeitsplatz
- ⊙ Veränderung der Arbeitskompetenzen

Zusätzlich zu dem selbst entwickelten Fragebogen wurden drei standar-

disierte Instrumente zur Erfassung von posttraumatischen Symptomen und anderen psychischen Folgen eingesetzt. Dabei handelt es sich um Selbstauskunftsinstrumente, die subjektives Erleben der betroffenen Mitarbeiter erfragen. Die *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) (WEISS und MARMAR 1996) ist eine Weiterentwicklung der *Impact of Event Scale* (HOROWITZ et al. 1979), einem der häufigsten eingesetzten Instrumente zur Erfassung von Psychotraumata. Die hier zur Anwendung gekommene deutsche Version des Fragebogens ist psychometrisch gut untersucht worden (MAERCKER und SCHÜTZWOHL 1998). Es handelt sich dabei um ein Instrument mit 22 Fragen, die sich auf das subjektive Erleben in den letzten sieben Tagen beziehen. Erfragt wird die Häufigkeit einzelner Symptome nach dem Schema: überhaupt nicht – selten – manchmal – oft.

Die *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian* (PCL-C) ist die nicht-militärische Version eines Instruments zur Bestimmung einer PTBS-Diagnose nach dem amerikanischen Manual *Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition* (DSM-IV) (WEATHERS et al. 1994). Die hier genutzte deutsche Übersetzung stammt von der Psychologin Frauke Teegen (TEEGEN 2003). Gemäß der Anforderungen nach DSM-IV werden mit der PCL-C 17 Symptome abgefragt, deren Ausmaß in den letzten vier Wochen von den Betroffenen eingeschätzt werden soll. Die Ausprägungen sind folgende: gar nicht – etwas – ziemlich – stark – sehr stark.

Wie in der Literaturübersicht beschrieben wurde, haben traumatisierende Ereignisse nicht nur Konsequenzen im Sinne der Posttraumatischen Belastungsstörung. Zur Erfassung weiterer psychischer Probleme wurde die im psychiatrisch-psychosomatischen Bereich häufig genutzte *Symptom Checklist 90 – Revised* (SCL 90-R) eingesetzt (FRANKE 2002). Hierbei handelt es sich um einem 90 Items starken Fragebogen, dessen Subskalen die folgenden Symptombereiche abdecken:

- ⊙ Somatisierung
- ⊙ Zwanghaftigkeit
- ⊙ soziale Unsicherheit
- ⊙ Depressivität
- ⊙ Aggressivität
- ⊙ Ängstlichkeit

- ⊙ Phobische Angst
- ⊙ Paranoide Ideen
- ⊙ Psychotizismus.

Das Frageformat sieht eine Einschätzung des Schweregrads bestimmter Symptome in den letzten sieben Tagen vor. So wird etwa gefragt: »Wie sehr litten Sie in den letzten Tagen unter Kopfschmerzen?«: überhaupt nicht – ein wenig – ziemlich – stark – sehr stark.

Studiendurchführung Phase 1

Für die Durchführung der Untersuchung ist ein Antrag bei der gemeinsamen Ethikkommission des Universitätsklinikums der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Ärztekammer Westfalen-Lippe gestellt worden, der nach kleinen Modifikationen genehmigt wurde.

Für die Durchführung der jetzt Phase 1 genannten Untersuchung wurden alle psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und des Landschaftsverbandes Rheinland angeschrieben und zu jeweils einer Informationsveranstaltung in Westfalen und im Rheinland eingeladen. Die Heimeinrichtungen (Wohnverbände und Heilpädagogische Heime) wurden separat angeschrieben. Weitere Adressaten waren die jeweiligen Personalvertretungen. Auf dieser Veranstaltung wurde der bisherige Forschungsstand zur Thematik beschrieben und das Forschungsvorhaben detailliert vorgestellt. Der gleiche Adressatenkreis erhielt nach den Informationsveranstaltungen sämtliche Details in schriftlicher Form.

Das geplante Prozedere sah vor, dass die Einrichtungsleitungen Mitarbeiter ansprechen sollten, die von einem Patientenübergriff betroffen waren. Der Patientenübergriff war definiert worden als ein offensichtlich aggressiv motivierter Akt gegenüber der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter mit Körperkontakt. Es wurde im Anschreiben explizit darum gebeten, auch solche Übergriffe mit einzubeziehen, für die keine Unfallmeldung an den gesetzlichen Unfallversicherungsträger erstellt wurde. Bekanntlich werden viele Übergriffe nicht offiziell gemeldet, die Dunkelziffer wird auf bis zu 80 Prozent geschätzt (RICHTER 1999). Das weitere Vorgehen sah

vor, dass die Einrichtungsleitung dem von einem Übergriff betroffenen Mitarbeiter ein Merkblatt über die Studie aushändigt und zur Teilnahme zu motivieren versuchte. Die Kontaktaufnahme mit der Studienleitung erfolgte anschließend durch den Mitarbeiter selbst. Die Studienleitung hatte aus Gründen der Anonymitätswahrung zu keiner Zeit Zugang zu den betroffenen Mitarbeitern, bevor diese sich selbst telefonisch meldeten. Aus diesem Grund können auch keine Aussagen zur Grundgesamtheit der von einem Übergriff betroffenen Mitarbeitern gemacht werden, und dies gilt in gleicher Weise für Aussagen zur Rate der Betroffenen, die dann an der Studie teilgenommen haben. In diesem Zusammenhang muss auch darauf hingewiesen werden, dass keine Möglichkeit besteht, die Repräsentativität der Ergebnisse zu beurteilen.

Nach dem Anruf der betroffenen Mitarbeiter bei der Studienleitung wurden die Kontaktdaten an die Interviewerinnen weitergegeben. Bei den Interviewerinnen handelte es sich um Studierende der Sozialarbeit bzw. Psychologie, die in ihrem Studium kurz vor der Beendigung standen. Die Interviewerinnen wurden intensiv auf die Durchführung vorbereitet und geschult. Die Motivation der Interviewerinnen kann als sehr hoch bezeichnet werden, da sie neben einer finanziellen Vergütung die Möglichkeit hatten, ihre Diplomarbeiten über das Projekt zu schreiben, was von drei Interviewerinnen auch in Anspruch genommen wurde.

Die Kontaktaufnahme mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erfolgte dann durch die Interviewerinnen. In der Regel fanden die Interviews in den Einrichtungen der Beschäftigten statt, seltener in den Privaträumen oder an neutralen Orten. Der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich von Mai bis Oktober 2003.

Gemäß des Studiendesigns wurde zunächst ein Face-to-Face-Interview mit den Teilnehmern durchgeführt. Dieses Basisinterview fand ca. sieben Wochen nach dem Übergriff statt (Median: 49 Tage). Im Basisinterview wurden der Grundfragebogen, die beiden PTBS-Instrumente PCL-C und IES-R sowie der Symptomfragebogen SCL-90R eingesetzt. Die Nachbefragungen zwei und sechs Monate nach dem Erstinterview wurden telefonisch durchgeführt. Hierbei wurden die Basisdaten auf den neuesten Stand gebracht und die beiden PTBS-Instrumente eingesetzt.

Aufgrund des Umfangs eignet sich der SCL-90R nicht für ein telefonisches Interview.

Studiendurchführung Phase 2

Als die Schwierigkeiten in der Rekrutierung der Teilnehmer im Verlauf der Studie deutlich wurden, ist mit den Auftraggebern eine zusätzliche Phase der Datenerhebung vereinbart worden. Diese hier als Phase 2 beschriebene Studie bestand in einer retrospektiven Rekrutierung von Mitarbeitern, die innerhalb der Jahre 2002 oder 2003 eine Unfallmeldung im Zusammenhang mit einem Patientenübergreif an die gesetzliche Unfallversicherung geschrieben hatten. Um die Datenbasis möglichst groß zu gestalten, wurden zusätzlich Einrichtungen außerhalb der psychiatrischen Versorgung mit einbezogen. Die Erweiterung der Rekrutierungsbereichs ist für das eigentliche Forschungsziel bezüglich des Verlaufs psychischer Belastungen nicht als wesentliche Einschränkung zu sehen.

Bei den gesetzlichen Unfallversicherungen wurden 350 betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifiziert, die potenziell für den Einschluss in die Studie infrage kamen. Diese Mitarbeiter wurden von den jeweiligen Verbänden zweimal in einem Abstand von vier Wochen angeschrieben und zur Mitarbeit an der Studie aufgefordert. Von den 350 Angeschriebenen konnten schließlich 88 betroffene Mitarbeiter für ein Interview rekrutiert werden. Dies entspricht einer Ausschöpfungsrate von 25,1 Prozent. Das Prozedere der Kontaktaufnahme und der Terminvereinbarung entsprach dem gerade beschriebenen Vorgehen. Dieselben Interviewerinnen konnten ebenfalls für die zweite Phase wieder gewonnen werden.

Bei dieser retrospektiven Studienanlage wurde lediglich ein Interview mit den Teilnehmern geführt. Der halbstandardisierte Basisfragebogen wurde – von wenigen Ausnahmen abgesehen – unverändert eingesetzt. Ebenfalls eingesetzt wurden die standardisierten Instrumente SCL90-R, IES-R und PCL-C. Da die beiden zuletzt genannten PTBS-Instrumente sich auf die traumatischen Symptome zum Interviewzeitpunkt bzw. vier Wochen oder sieben Tage vor dem Interview beziehen, wurden die Interviewpartner zusätzlich gefragt, ob die dort genannten Symptome nach

dem Übergriff erlebt hätten. Diese Angaben dienen lediglich zu einer ungefähren Bestimmung des Ausmaßes der psychischen Belastung im Sinne einer Annahme einer PTBS-Diagnose.

Ergebnisse

Vorbemerkung zur Ergebnisdarstellung

Die statistischen Daten der Ergebnisse finden sich ausführlich in tabellarischer Form sowie mit umfangreichen Grafiken im Anhang. Aufgrund der unterschiedlichen Analysemöglichkeiten, die mit den Daten verbunden sind, wurden verschiedene Gruppen und Vergleiche gebildet. Zunächst wurden zur Erleichterung der Übersicht die Ergebnisse, die für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Phase 1 und Phase 2 vergleichbar sind, nebeneinander dargestellt. Die Ergebnisse beziehen sich auf die 46 Teilnehmer am Basisinterview in Phase 1 und auf die 88 Teilnehmer in Phase 2. Eine weitere Darstellungsform bezieht sich auf die 35 Teilnehmer in Phase 1, die zu allen drei Messzeitpunkten befragt werden konnte. Nur für diese Stichprobe kann im strengen Sinne von einem Längsschnitt-Design gesprochen werden.

Um die Ergebnisdarstellung auch für statistische Laien lesbar zu halten, wurde auf umfangreiche Zusatzangaben wie p-Werte oder eingesetzte Test-Verfahren weitestgehend verzichtet. Im Anhang finden sich lediglich an wichtigen Stellen die entsprechenden, normalerweise methodisch unverzichtbaren Hinweise.

Beschreibung der Stichproben der Teilnehmer/-innen

Die Teilnahme erstreckte sich auf Einrichtungen, die entweder beim GUVV Westfalen-Lippe oder beim Rheinischen GUV versichert sind. In der 1. Phase konnten 24 Teilnehmer aus Westfalen und 22 Teilnehmer aus dem Rheinland rekrutiert werden. In Phase 2 war der westfälische Anteil erheblich größer, hier meldeten sich 54 Teilnehmer aus Westfalen und 34 aus dem Rheinland. In der ersten Phase handelte es sich ausschließlich um Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe bzw. des Landschaftsverbands Rheinland. Wie schon beschrieben, wurde das Teilnehmerfeld in der Phase 2 auch auf nicht-

psychiatrische Einrichtungen erweitert. Mit knapp 80 Prozent kam der große Anteil erwartungsgemäß jedoch weiterhin aus psychiatrischen Einrichtungen. Es meldeten sich jedoch allerdings auch Mitarbeiter aus somatischen Kliniken, aus ambulanten Pflegediensten, aus dem Rettungsdienst, aus Sozialpsychiatrischen Diensten und aus der aufsuchenden Drogenhilfe (Streetwork).

Die beiden Teilnehmergruppen in Phase 1 und Phase 2 waren hinsichtlich einer großen Anzahl von Merkmalen überraschend ähnlich. Die im nachfolgenden berichteten Differenzen zwischen den beiden Gruppen dürften im Wesentlichen auf die kleinen Stichproben zurückzuführen sein. So fanden sich etwa beim Merkmal *Geschlecht* in Phase 1 exakt 50 Prozent Frauen und 50 Prozent Männer zum Interview bereit, in Phase 2 betrug das Verhältnis 55 zu 45 Prozent (Abb. 1). Bezüglich des *Alters* der Interviewteilnehmer zeigte sich, dass die Respondenten in Phase 2 mit 43 Jahren im Durchschnitt etwas älter waren als diejenigen, die in Phase 1 teilnahmen (39 Jahre) (Tab. 1). Hier ist allerdings die erhebliche längere Dauer zwischen Übergriff und Interview in Phase 2 in Rechnung zu stellen. Auch bei der Integration in eine bestehende *Partnerschaft* waren die Prozentanteile relativ ähnlich. Während in Phase 1 65 Prozent der Befragten in einer Partnerschaft lebten, waren es in Phase 2 74 Prozent (Abb. 2).

Bei den Angaben zur *Berufsgruppe der Befragten* zeigte sich, dass mit ca. 70 Prozent ein ähnlich großer Anteil in beiden Phasen der Profession des Pflegedienstes zugerechnet werden muss (Tab. 2). Der übrige Anteil setzt sich aus jeweils kleinen Raten mit Angehörigen des Ärztlichen Dienstes, des Sozialdienstes sowie Erzieherinnen und Erzieher zusammen. Letztere stammten überwiegend aus dem Wohneinrichtungen der Landschaftsverbände, in denen primär nicht-medizinische bzw. nicht-pflegerische Mitarbeiter beschäftigt sind.

Das etwas ältere Lebensalter der Befragten in Phase 2 spiegelt sich in den Angaben zur Berufsbiografie wider. Im Durchschnitt gaben die Teilnehmer in Phase 2 eine *Berufserfahrung* im Gesundheitswesen bzw. in der Behindertenhilfe von knapp 20 Jahren an, in Phase 1 war dies im Mittel 13 Jahre (Tab. 1). Mit ca. drei Einrichtungen im Durchschnitt hatten die Befragten in Phase 2 auch häufiger den Arbeitsplatz gewechselt als diejenigen

in Phase 1 mit knapp zwei Einrichtungen. Auch in der Einrichtung, in der die Befragten zum Interviewzeitpunkt arbeiteten, waren die Teilnehmer in Phase 2 im Mittel etwas länger beschäftigt (13 vs. 11 Jahre). Identisch war dagegen die *Arbeitszeit* der Befragten in beiden Phasen (Tab. 1). Etwas mehr als drei Viertel der Teilnehmer in beiden Phasen arbeitete in einem Vollzeitbeschäftigungsverhältnis (Abb. 3).

Arbeitsklima und Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen

Das subjektiv erlebte Arbeitsklima in der jeweiligen Einrichtung und auf der Station/Wohngruppe spielt vermutlich eine große Rolle für die Frage, wie gut sich die von einem Übergriff betroffenen Personen sozial unterstützt fühlen. Uns interessierte zunächst, wie die Teilnehmer das Arbeitsklima jeweils einschätzten. Erwartbar wurde das *Klima in der Einrichtung* (Abb. 4) schlechter beurteilt als in der *engeren Arbeitsumgebung* (Station/Wohngruppe etc.) (Abb. 5); mit den unmittelbaren Kollegen hat man einfach ein vertrauensvolleres Verhältnis als mit den sonstigen Mitarbeitern. Als sehr gut beschrieb kein Teilnehmer in Phase 1 und nur 10 Prozent der Teilnehmer in Phase 2 das Arbeitsklima. Dies war bezüglich der engeren Arbeitsumgebung etwas besser. Knapp 30 Prozent empfanden das Klima hier als sehr gut. Unklar ist, wie sehr diese Einschätzung von dem Übergriff bzw. der Unterstützung durch die Einrichtung abhängig ist, da die Befragung eben nach dem Ereignis durchgeführt wurde. Möglicherweise wäre das Ergebnis zuvor besser gewesen.

Auf jeden Fall korrespondiert dieses Resultat mit der Einschätzung von mehr als einem Drittel der Befragten in beiden Phasen, die angaben, ein freundschaftliches *Verhältnis zu ihren unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen* zu haben (Abb. 6). Der größere Teil hatte ein rein kollegiales Verhältnis, während nur ein sehr geringer Anteil der Befragten das Verhältnis als ›schlecht‹ beschrieben.

Traumatisierungen vor dem aktuellen Patientenübergreif

In der Literaturübersicht wurde bereits beschrieben, dass Traumatisierungen vor dem erneuten Ereignis potenzielle Risikofaktoren für die psychische Belastung sein können. In den Interviews wurde sowohl quantitativ als auch qualitativ nach *Vortraumatisierungen* (belastende Erlebnisse in der Vorgeschichte) gefragt. In quantitativer Hinsicht gaben 32 Prozent in Phase 1 und 20 Prozent der Befragten in Phase 2 an, noch kein derartiges Ereignis erlebt zu haben (Abb. 7). Dagegen berichteten 50 Prozent in Phase 1 und 60 Prozent der Teilnehmer in Phase 2 von mehrfachen Traumatisierungen. Im Rahmen einer Freitextfrage wurde das bisher schlimmste Erlebnis erfragt. In relativ ähnlichen Prozentanteilen berichteten elf der 46 Befragten in Phase 1 (23 %) und 25 der 88 Teilnehmer in Phase 2 (28 %) vom Tod eines nahen Angehörigen als dem bisher schlimmsten Erlebnis. Als zweithäufigstes vorbelastendes Ereignis wurde ein Patientenübergreif genannt. Dies war bei sechs von 46 Fällen in Phase 1 (13 %) und bei zehn von 88 Befragten in Phase 2 (11 %) der Fall.

In geringerer Häufigkeit wurden von den Befragten in beiden Phasen sonstige traumatisierende Erlebnisse berichtet, darunter Verkehrsunfälle, Patientensuizide, aber auch sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit sowie sexuelle Gewalt in Intimbeziehungen.

Neben den gerade berichteten potenziellen Traumatisierungsereignissen wurde weiterhin konkret nach der *Anzahl erlebter Patientenübergreif* gefragt. Unter den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern in Phase 1 hatten nur zwei der 46 Befragten vor dem aktuellen Übergreif keinen weiteren erlebt, in der Phase 2 waren es sieben von 88 Mitarbeitern (8 %). Im Durchschnitt wurden 30 Übergreif in Phase 1 und 37 Übergreif in Phase 2 berichtet (Tab. 1). Diese Mittelwerte sind allerdings durch einige wenige Teilnehmer verzerrt worden, die über mehrere hundert Übergreif im Laufe ihres Berufslebens berichtet haben. Die Medianwerte liegen mit fünf bzw. sechs Übergreif erheblich unter den Mittelwerten. Deutlich wird auf jeden Fall, dass Patientenübergreif – zumindest unter den Teilnehmern an dieser Studie – nicht selten vorkommen und dass bei einigen Mitarbeitern im Gesundheitswesen gewissermaßen von einer Alltäglichkeit der Gewalt ausgegangen werden kann.

Im Freitext haben sich die Studienteilnehmer zu früheren Ereignissen im Zusammenhang mit Patienten als bisher schlimmsten Erlebnissen wie folgt geäußert (Auswahl):

»Vor zwei Jahren hat mich ein Patient mit einem Messer angegriffen. Ich musste mich massiv wehren. Danach habe ich den Arbeitsbereich gewechselt und eine Psychotherapie gemacht.«

»Drei Wochen nach dem Übergriff hat sich dieser Patient angezündet. Er lief brennend über die Station und ist an den Verbrennungen gestorben.«

»Es war vor zehn Jahre. Die Situation kommt heute noch hoch, ein Patient hat mich massiv bedroht. Es war kein tatkräftiger Übergriff, aber ich hatte Todesangst.«

»Richtig schwer war der Übergriff eines Patienten, circa 1985 in der Forensik. Ich wurde mit Messer bedroht und hatte richtige Todesangst.«

»Ein forensischer Patient ist aus der Klinik abgehauen. Ich habe ihn im Supermarkt erkannt und die Polizei gerufen. Der Patient bekam mit, wer angerufen hat, hat mir gedroht, mich umzubringen.«

»Vor zehn Jahren hatten mehrere Patienten sich verbündet und mich mit einer abgebrochenen Glasflasche bedroht, daran muss ich heute immer noch denken.«

»Ein Patient hat mich vor zwei Jahren auf den Kopf geschlagen. Seitdem habe ich Angst.«

»Das Schlimmste bisher war ein Übergriff eines wahnhaften Patienten, der mich für seine Frau hielt. Ich hatte damals keinerlei Unterstützung.«

Die Übergriffssituation

Wie aus der Literatur bekannt ist, kommen Patientenübergriffe oftmals in Aufnahmesituationen bei akut psychotischen oder anderweitig verwirrten Patienten vor. Häufig geschehen diese aber auch in Alltagssituationen, etwa bei Aktivitäten der Körperhygiene oder bei der somatischen Pflege. Die hier berichteten Situationen reichen von erfolglosen Beruhigungs-

versuchen bei dementen Patienten über geplante Ausbruchsversuche aus geschlossenen Stationen bis hin zu einer Quasi-Geiselnahme mit massiver körperlicher Gewalt, verbunden mit einer Vergewaltigung. Einige beispielhafte Situationen sind die folgenden:

»Die Station war zu dem Zeitpunkt unterbesetzt. Ich war erst mit einem Kollegen gemeinsam im Patientenzimmer. Dann hat der Patient die Tür hinter dem Kollegen zugeworfen und mich angegriffen. Er hat mich mit einem Telefonkabel gewürgt, während meine Kollegen versuchten, die Tür einzutreten, um mich zu befreien, was dann auch gelang.«

»Der Patient war bereits als fremdaggressiv bekannt. Ich war einen Moment abgelenkt, als der Patient plötzlich in der Tür steht. Er hat mir unmittelbar mit voller Wucht einen Faustschlag in den Magen versetzt. Der Patient gab später an: ›Ich dachte mir, der Erste, der aufsteht, bekommt einen Schlag.‹ Ich war nun mal der Erste.«

»Meine Kollegin und ich waren im Garten der Klinik. Die Patientin rennt zum Zaun und versucht zu flüchten. Wir haben versucht, die Patientin aufzuhalten. Doch der Freund der Patientin war auf der anderen Seite des Gartenzaunes und sprang über den Zaun. Beide, die Patientin und ihr Freund, haben uns dann verprügelt.«

»Es war im Nachtdienst auf der geschlossenen Station. Der Patient hatte den Angriff offensichtlich geplant. Als ich alleine war, hat er eine Stange abgebrochen, mich damit attackiert und die Station und das Dienstzimmer verwüstet. Es dauerte ungefähr eine halbe Stunde, bis Hilfe kam.«

»Der Patient hatte den Ausbruch von der Entgiftungsstation geplant. Drei Patienten sind mit mir in die Turnhalle gegangen. Dort wurde ich plötzlich festgehalten und ein Patient hat mir eine Vase auf dem Kopf zerschlagen und mich bedroht, um den Schlüssel und das Alarmgerät zu bekommen.«

»Der Patient kam zur Aufnahme, wirkte sehr angespannt im Aufnahmegespräch, wollte wieder gehen, hatte aber einen Unterbringungsbeschluss. Ich versuchte ihn zu beruhigen, doch der Patient war verbal nicht zu erreichen. Er versuchte dann, mit einem Stuhl

das Glas der Eingangstür einzuschlagen. Ich hielt den Stuhl fest, und der Patient schlug um sich. Schlug mir mit der Faust aufs Auge.«

»Ein psychotischer Patient war schon tagelang angespannt. In der Visite hatte dieser Patient schon Kollegen angegriffen, ich kam zu Hilfe. In der Fixierungssituation griff der Patient gegen mein Bein, dadurch wurde meine Hüfte bzw. das Becken verdreht.«

»Ein hirnorganisch veränderter Patient ging plötzlich im Schwesternzimmer auf den Schrank zu und wollte vermutlich Medikamente zu sich nehmen. Ich habe versucht, ihn aufzuhalten, wurde dann plötzlich von ihm gebissen.«

»Im Nachtdienst lag eine unruhige und wahnhaft Patientin endlich im Bett. Ich ging an das Bett, um nach ihr zu schauen. Die Patientin schnellte aus dem Bett hoch und hat wahllos auf mich eingeschlagen, bis ein Kollege meine Schreie hörte.«

»Eine Patientin verkannte mich als Hexe, sie war hochgradig psychotisch. Ich habe ein Einzelgespräch von einer Kollegin übernommen, die Patientin griff an und warf mit Gegenständen.«

»Der Patient war angespannt und aggressiv, er hatte schon Medikamente bekommen. Alle Ärzte gingen nach Hause, da Dienstschluss war. Dann drehte der Patient auf und schlug mir mehrfach mit der Faust gegen das Gesicht. Eine Kollegin hat mir mit anderen Mitarbeitern geholfen.«

»Ein 82-jähriger Patient hat getobt, hat versucht sich eine Infusion mit Beruhigungsmitteln 'rauszureißen und um sich geschlagen; er lag auf der Seite und ich habe seine Arme fixiert, der Mann hat mit dem Bein ausgetreten und mich unter dem Ohr am Kopf getroffen.«

Ausmaß und Behandlung des Körperschadens

Im Interview wurden die Respondenten gebeten, detailliert über ihre *Körperschäden* als Folge des Übergriffs zu berichten. In der Auswertung wurde differenziert nach: keinerlei Schäden, zerstörter Brille oder Kleidung, geringe Körperschäden (Kratzwunden, Hämatome, Bisswunden

etc.) und große Körperschäden (Knochenbrüche, Bewusstlosigkeit etc.). Es zeigte sich, dass die Teilnehmer in Phase 2 größere Anteile schwererer Körperschäden hatten. Während dies in Phase 1 bei 15 Prozent der Befragten der Fall war, berichteten 28 Prozent der Teilnehmer in Phase 2 von solch großen Schäden (Abb. 8). Damit korrespondierte ein geringer Anteil von Betroffenen, die keine Schäden oder nur eine zerstörte Brille oder Kleidung berichten konnten.

Der prozentual höhere Körperschaden der Teilnehmer in Phase 2 führte offenbar auch zu einem höheren Anteil der Betroffenen, die nach dem Übergriff eine *ärztliche Behandlung* in Anspruch nehmen mussten (Abb. 9). Überhaupt keine Behandlung nahmen in der Phase 2-Gruppe lediglich 18 Prozent der Betroffenen in Anspruch, während dies in der anderen Gruppe 52 Prozent waren. Der überwiegende Anteil in beiden Gruppen wurde außerhalb der eigenen Klinik/Einrichtung behandelt.

Psychische Befindlichkeit unmittelbar nach dem Übergriff

Nach den Erkenntnissen der PTBS-Forschung spielt die unmittelbare psychische Befindlichkeit nach einem traumatisierenden Ereignis eine wichtige Rolle für den weiteren Verlauf der Symptomatik. Innerhalb der Interviews wurden die Befragten gebeten, relativ detailliert über verschiedene mögliche psychische Reaktionen Auskunft zu geben. Im Einzelnen waren dies die Aspekte: *Geschocktsein, Niedergeschlagenheit, Angst, Schuldgefühle, Versagensgefühle, Hassgefühle* (Abb. 10–15). Am deutlichsten ausgeprägt war in beiden Phasen das Gefühl des Geschocktseins. Um die 70 Prozent der Respondenten in beiden Gruppen konnten sich daran erinnern. Die weiteren Reaktionsmöglichkeiten wurden nicht ganz so häufig genannt. In Phase 1 dominierten nach dem Schock die Niedergeschlagenheit und die Angst bei jeweils ca. 60 Prozent der Antwortenden. Auffällig ist der geringere Anteil in Phase 2 hinsichtlich dieser Reaktionsmöglichkeiten. Es ist zu vermuten, dass aufgrund der erheblich längeren Zeit zwischen Vorfall und Interview in Phase 2 Erinnerungseffekte zum Zuge gekommen sind, zumal die Körperschäden in der Phase 2-Gruppe relativ schwerer waren als in Phase 1. Lediglich bei den Hassgefühlen gegenüber dem Pati-

enten/Bewohner, der den Übergriff verursachte, weisen die Teilnehmer in Phase 2 einen größeren Anteil auf. Folgendes berichteten die Betroffenen beispielhaft in den Freitext-Antworten:

- »Es war ein tranceartiger Zustand, ich war wie weggetreten für diesen Tag.«
- »Ich hatte einen psychischen Zusammenbruch, musste Schlaftabletten nehmen wegen eines Flashbacks.«
- »Die ersten Tage habe ich nur geweint, wenn ich daran dachte.«
- »Habe wie im Film weiter gearbeitet.«
- »Ich fühlte mich wie betäubt, die Gefühle kamen erst später.«
- »Ein komisches Gefühl in der Magengegend hielt noch Tage an.«
- »Ich war anfangs ruhig und gefasst, der Schock kam viel später.«
- »Ich hatte Wut auf die Klinikleitung und die Ärzte, weil die kein Verständnis zeigten.«
- »Ich war nervös, unruhig und zittrig.«
- »Ich bekam schlimme Angstattacken nach Dienstschluss.«
- »Meine Menstruation kam zwei Wochen früher, ich hatte nur Wut.«
- »Ich war wütend, weil der Zwang besteht, immer alleine zu arbeiten. Ich fühlte mich alleine gelassen von der Stationsleitung.«
- »Vor allem hatte ich Angst, weil ich einen Fehler gemacht hatte. Ich hatte Angst um meinen Arbeitsplatz.«

In diesen Äußerungen dominieren zwei Aspekte. Zum einen berichtet ein Teil der Befragten offensichtlich über dissoziative Erlebnisse (»Trance«, »Film«, »betäubt«), die Ausdruck eines akuten Stresssyndroms sind. Zum anderen werden Wutgefühle berichtet, die sich zumeist auf die Leitung und die Kollegen beziehen, von denen man sich nicht ausreichend unterstützt erlebt fühlt.

Nicht unerwähnt bleiben sollte der Befund, dass ein kleiner Teil der Befragten sich nicht sicher an die psychische Befindlichkeit nach dem Übergriff erinnern kann. Wenn man die diesbezüglichen Antwort-Ausprägungen ›weiß nicht‹ und ›keine Angabe‹ zusammenfasst, so reichen diese von ca. 6 Prozent der Befragten in Phase 1 bei der Frage nach der Niedergeschlagenheit bis hin zu mehr als 15 Prozent bei der Frage nach Hass auf den Patienten oder die Patientin (Abb. 7–12). Diese unsicheren

Antworten sind insofern von Bedeutung, als sie Ausdruck einer akuten Belastungsreaktion sein können, wie weitere Analysen darlegen, die weiter unten berichtet werden.

Ausmaß der Posttraumatischen Belastungsstörung und anderer psychischer Symptome

Zum Zeitpunkt des Erstinterviews in Phase 1 weisen 17 Prozent der Befragten das Vollbild einer PTBS nach den Kriterien des DSM-IV auf (Abb. 16). Weitere 32 Prozent in dieser Stichprobe haben so schwere Symptome, dass sie in zwei der drei Syndrome über dem Cut-off-Wert nach DSM-IV liegen und die Diagnose einer partiellen PTBS gestellt werden kann. Insgesamt kann die Hälfte der Befragten als belastet im Sinne der PTBS gelten. Bedingt durch die erhebliche längere Zeit zwischen Vorfall und Interview ist der Anteil der PTBS-Erkrankten in Phase 2 niedriger. Ein Vollbild weisen drei Prozent der Befragten auf und eine partielle PTBS kann bei 14 Prozent der Teilnehmer diagnostiziert werden.

Eine alternative Möglichkeit zur Berechnung einer PTBS-Diagnose besteht in der Aufsummierung aller PCL-C-Werte. Bei dieser Vorgehensweise wird also die gesamte posttraumatische Belastung unabhängig von den drei Symptomclustern berücksichtigt, was im Übrigen auch der klinischen Realität entspricht. Die entsprechenden Cut-off-Werte werden in der Methodenliteratur mit 50 bzw. 44 angegeben (BREWIN 2005; RUGGIERO et al. 2006). Unter Berücksichtigung dieser Werte finden sich in Phase 1 ebenfalls acht (17 %) bzw. elf (23 %) von 46 Betroffenen mit einer PTBS-Diagnose.

Die niedrigere PTBS-Belastung zum Interview-Zeitpunkt in Phase 2 spiegelt sich auch in den Skalenwerten der *Impact of Event-Scale-Revised* (IES-R) wider (Abb. 17). In allen drei Symptombereichen Intrusion, Wiedererleben und Übererregung sowie im Gesamtwert liegt die mittlere Belastung in Phase 2 deutlich unter der der Befragten in Phase 1. Der Unterschied beträgt ca. ein Drittel des jeweiligen Skalenwerts. Gleiches gilt für die Medianwerte, sodass verteilungsbedingte Verzerrungen ausgeschlossen werden können.

Einige aufschlussreiche Zusammenhänge mit der akuten posttraumatischen Belastung zum Erstinterview in Phase 1 seien hier noch kurz erwähnt (Abb. 18). Da ist zum einen die Assoziation zwischen dem Ausmaß des Körperschadens und dem IES-R-Score bemerkenswert. Erwartungsgemäß weisen die Teilnehmer mit einem schweren Körperschaden eine besonders hohe PTBS-Belastung auf. Allerdings gaben die Befragten, die keinen Körperschaden zu beklagen hatten und auch über keine zerstörte Kleidung oder Brille berichteten, im Durchschnitt einen signifikant höheren PTBS-Score an als ihre Kollegen, die einen kleinen Körperschaden aufwiesen. Weiterhin erwähnenswert ist die hohe posttraumatische Belastung der Respondenten, die ihren unmittelbaren emotionalen Zustand nach dem Übergriff nicht sicher einschätzen konnten (Abb. 19). So wiesen beispielsweise die Befragten, die auf die Frage nach dem Geschocksein mit ›weiß nicht‹ antworteten, im Durchschnitt eine erheblich höhere und statistisch signifikante posttraumatische Belastung auf als diejenigen, die sicher nicht geschockt oder die sicher geschockt waren.

Zu erwähnen ist auch der Zusammenhang zwischen der PTBS-Belastung, die auf der *IES-R-Skala* angegeben wurde, und dem durch die Befragten subjektiv erlebten Arbeitsklima in der Einrichtung. Es bestand demnach ein eindeutiger *Zusammenhang zwischen einem schlechteren Arbeitsklima und einer höheren posttraumatischen Belastung* (Abb. 20). Dass dieser Zusammenhang vermutlich nicht nur auf der Attribution gegenüber der Einrichtung liegt, zeigt ein weiterer Befund aus den Phase 2-Daten: Je schlechter das Arbeitsklima in der Einrichtung dort eingeschätzt wurde, desto weniger häufig fand ein Gespräch zwischen dem Übergriffsopfer und einem Vorgesetzten statt (Abb. 21).

Da die niedrigere PTBS-Belastung in Phase 2 erwartet worden ist, wurde innerhalb des Interviews detailliert auf *erinnerte Symptome nach dem Übergriff* eingegangen (Tab. 3). Die Respondenten wurden gebeten, gemäß der PTBS-Instrumente zu beschreiben, welches Erleben sie in den Wochen nach dem Übergriff hatten. Ungefähr 60 Prozent der Befragten haben angegeben, sie hätten wiederkehrende negative Gefühle gehabt, sie seien übervorsichtig in der Zeit nach dem Vorfall gewesen und hätten unwillkürlich an die Situation denken müssen. Bei über 50 Prozent der

Teilnehmer waren plötzliche Bilder des Vorfalls bemerkbar und wurden es Durchschlafprobleme berichtet. Ein etwas geringerer Anteil der Befragten berichtete über Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme und Schreckhaftigkeit.

Die Bestimmung einer retrospektiv zu stellenden PTBS-Diagnose ist naturgemäß schwierig. Das Interview enthielt, wie gerade berichtet, Fragen nach einzelnen Symptomen, und zwar nur, ob diese nach dem Übergriff erlebt wurden oder nicht. Unterstellt man den »Ja«-Antworten, dass diese Symptome ausreichend lange und in ausreichender Ausprägung erlebt wurden, so kann davon ausgegangen werden, dass bei 16 von 88 befragten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern (18,2 %) in Phase 2 eine PTBS nach dem Übergriff bestand. Für die Validität dieser Annahme spricht der große Anteil von Körperschäden bei den retrospektiv gestellten PTBS-Diagnosen, neun der 16 Betroffenen berichteten einen großen Körperschaden und die weiteren sieben Betroffenen einen kleinen physischen Schaden. Zudem zählen die drei zum Befragungszeitpunkt positiven PTBS-Fälle zu den retrospektiv positiven PTBS-Diagnosen. Des Weiteren weisen die Teilnehmer mit einer retrospektiven PTBS-Diagnose eine erheblich längere Arbeitsunfähigkeitsdauer auf (33,7 Tage vs. 9,7 Tage).

Bei der Analyse des Ausmaßes der psychischen Symptome nach der *Symptom Checklist 90-R* besteht eine ähnliche Situation wie bei den posttraumatischen Belastungen zum Erhebungszeitpunkt. In sämtlichen Unterskalen der SCL 90-R (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) liegt die Belastung in Phase 2 unter der der Befragten in Phase 1 (Tab. 4). Dies deutet auf eine Korrelation der allgemeinen psychischen Belastung mit der posttraumatischen Belastung hin und stützt die im Literaturteil genannte Komorbiditäts-These.

Weiteren Aufschluss über die Bedeutung der allgemeinen psychischen Belastung der Betroffenen bietet ein Vergleich der Werte der Unterskalen mit den Werten, die aus einer deutschen Normstichprobe ermittelt wurden (Tab. 4). Bei dieser Normstichprobe handelt es sich um gesunde Probanden. Hierbei zeigt sich, dass nahezu sämtliche Subskalen-Durchschnittswerte in Phase 1 erheblich über der Norm-Stichprobe liegen. Die

höchste Belastung und zugleich den größten Abstand zur Norm-Stichprobe weist die Unterskala Ängstlichkeit auf. Ebenfalls deutlich erhöht waren die Mittelwerte für die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit und Depressivität. Zum Befragungszeitpunkt in Phase 2 liegen fast alle Mittelwerte unter den Werten der Norm-Stichprobe. Ausnahme ist hier die Subskala Somatisierung. Offenbar leiden einige der Betroffenen auch nach mehr als einem Jahr nach dem Vorfall unter funktionellen körperlichen Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen.

Zum Interview-Zeitpunkt in Phase 2 finden sich jedoch noch starke Zusammenhänge zwischen der *erinnerten PTBS und den aktuellen psychischen Belastungen* nach SCL 90-R (Tab. 5). Mit Ausnahme der Subskala ›Paranoides Denken‹ unterscheiden sich die erinnerten PTBS-Fälle von den Nicht-Fällen in allen weiteren Skalen signifikant. Mit anderen Worten, die erinnerte PTBS steht auch Monate nach dem Patientenübergriff noch in einer engen Assoziation zur psychischen Belastung wie Depressivität, Ängstlichkeit oder Somatisierung.

Trotz des höheren Anteils schwererer Verletzungen und der sichtbar gewordenen psychischen Belastung der Teilnehmer in Phase 2, nahmen hier relativ weniger Betroffene eine *psychotherapeutische Maßnahme nach dem Vorfall* in Anspruch. Betrug diese Rate in Phase 1 26 Prozent der Befragten, war es in Phase 2 nur ein halb so großer Anteil (13 Prozent). Immerhin hatten sich weitere 4,5 Prozent der Befragten vorgenommen, eine Psychotherapie zu beginnen (Abb. 22).

Verhalten nach dem Übergriff und soziale Unterstützung

Der größere Anteil körperlicher Verletzungen in Phase 2 drückte sich auch in einer relativ hohen Rate von Befragten aus, die *nach dem Übergriff den Arbeitsplatz verlassen* haben (Abb. 23). Während dies in Phase 2 44 Prozent der Teilnehmer machten, verließen in der Phase 1-Gruppe nur 17 Prozent den Arbeitsplatz. Aus den Freitext-Antworten (siehe unten) wurde deutlich, dass einige Betroffene gerne den Arbeitsplatz verlassen hätten, dies aber, aus welchen Gründen auch immer, nicht gemacht haben.

Eine der entscheidenden *Unterstützungsmöglichkeiten* nach einem Patientenübergriff kann die Einrichtung selbst bereitstellen. Erfahrungsgemäß fühlen sich die Betroffenen in der Regel von ihren unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen relativ gut unterstützt (Abb. 24). Dies bestätigte sich auch in dieser Studie. Ungefähr 80 Prozent der Teilnehmer in beiden Phasen gaben an, von ihren Kollegen gut unterstützt worden zu sein. Diese Einschätzung wurde nur zu einem geringen Teil auch auf die Leitung der Einrichtung übertragen. Obwohl in beiden Phasen jeweils knapp zwei Drittel der Respondenten *mit ihren Vorgesetzten über den Vorfall ein Gespräch* führten (Abb. 25), fühlten sich am Ende – auch hier in beiden Phasen übereinstimmend – nur ca. 40 Prozent ausreichend unterstützt von der Leitung (Abb. 26). Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass in den Fällen, bei denen kein Gespräch mit einem oder einer Vorgesetzten stattfand, dieses von den Betroffenen nahezu ausnahmslos begrüßt worden wäre (Abb. 27).

Erwartungsgemäß wurde ein nicht unerheblicher Anteil der sozialen Unterstützung nach dem Übergriff auch vom *privaten Umfeld der Betroffenen* geleistet (Abb. 28). Nur ein geringer Teil der Befragten (15 % in Phase 1; 2 % in Phase 2) gab an, nicht mit der Familie oder mit Freunden über den Vorfall und seine Folgen gesprochen zu haben.

Mit Freitext-Fragen wurde innerhalb der Interviews sowohl nach den Umständen gefragt, die am besten nach dem Übergriff geholfen haben als auch nach den Hilfestellung, welche sich die Betroffenen gewünscht hätten. Bei den Antworten nach den positiven Erfahrungen wurden vielfach die Unterstützungsleistungen der Kollegen wertgeschätzt, aber auch die soziale Unterstützung von Familie und Freunden hervorgehoben:

»Sehr gut war die Unterstützung von Kollegen, die Gespräche mit der Leitung, dem Arzt, den Kollegen und insbesondere mit dem Patienten.«

»Am gleichen Abend kamen noch die Leitung und Stationsleitung. Sie nahmen mir mein Schuldgefühl.«

»Der Patient lief weg, ich war irgendwie geschockt. Die Kollegen halfen mir, mich zu beruhigen und haben sich um den Patienten gekümmert.«

»Viele Kollegen haben täglich angerufen, damit ich nicht allein gelassen wurde.«

»Wichtig war, darüber zu reden, zu Hause sich langsam zu erholen. Ich war sehr wackelig auf den Beinen.«

»Die Reaktion meiner Freundin: Sie hat nicht nachgefragt, sondern hat mich in Arm genommen. Sie hat mir kommentarlos mitgeteilt:

»Ich bin da!«

»Das privates Umfeld hat mir am besten geholfen, die Gespräche mit meinem Freund, Spaziergänge mit dem Hund, laute Musik hören.«

Bei den Antworten nach der Frage, was denn noch besser geholfen hätte, wurden von den Teilnehmern überwiegend zwei Punkte genannt. Zum einen war dies eine bessere Unterstützung durch die Leitung der Einrichtung, zum anderen der Wunsch, den Arbeitsplatz direkt verlassen zu können:

»Mehr Unterstützung von der Pflegedienstleitung wäre gut gewesen, wenigstens eine Geste der Unterstützung. Das Team und ich hätten Supervision gebraucht.«

»Der Kollege hätte mich früher rufen müssen, eine Deeskalation wäre möglich gewesen. Doch als ich dort ankam, war schon eine riesige Aggression im Raum. Ich hatte eine Wut auf die Kollegen und erhielt keinerlei Unterstützung von der Leitung.«

»Menschlichkeit fehlte, und zwar dass die Pflegedienstleitung sich kümmert. So fühlte ich mich als Prellbock ausgenutzt und entwertet. Sich aufgehoben zu fühlen, das war in dem Haus nicht möglich.«

»Verständnis vom Chef und von den Kollegen haben mir gefehlt. Die Nachfragen waren eher voyeuristisch als mitfühlend.«

»Ich hatte nicht das Gefühl, dass die Leitung an mir interessiert war. Die haben doch eine Fürsorgepflicht! Eine geplante Reflexion im Anschluss wäre gut gewesen.«

»Es fehlte die Möglichkeit, auch im Nachtdienst, danach nach Hause gehen zu können.«

»Gut gewesen wäre, den Arbeitsplatz direkt verlassen zu können. Oder wenigstens kurz die Station verlassen können.«

»Es gab kein Verständnis insbesondere von der Klinikleitung und von den Ärzten! Und es wäre nötig gewesen, sofort den Arbeitsplatz verlassen zu können, ich brauchte eine ärztliche Versorgung meiner offenen Wunden.«

Insgesamt gesehen, fühlte sich die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmer *ausreichend unterstützt* (Abb. 29). 71 Prozent der Befragten in Phase 1 und 85 Prozent in Phase 2 bejahten diese Frage positiv. Die restlichen Teilnehmer, waren sich diesbezüglich nicht sicher oder aber verneinten dies. Anteile von 15 Prozent nach mehreren Monaten und knapp dreißig Prozent in den ersten Wochen nach dem Übergriff sind nicht gering zu schätzen, sondern sollten Anlass zu einer verbesserten Nachsorge geben. Die Unterschiede zwischen Phase 1 und Phase 2 sind vermutlich auf zeitliche Effekte zurückzuführen.

Weitere arbeitsplatzbezogene Folgen

Ein nicht unerheblicher Teil der Befragten fühlte sich in den ersten Monaten, ein etwas kleinerer Teil auch nach mehr als einem Jahr im Schnitt noch *unsicher am Arbeitsplatz* (Abb. 30). Sicher verneint haben die Frage nach der Unsicherheit am Arbeitsplatz in den ersten Monaten nur 43 Prozent der Befragten, während es in Phase 2, also nach ca. eineinhalb Jahren 71 Prozent waren. Deutlich wurde unter den Beteiligten in beiden Phase ein Anteil, der sich zum Interviewzeitpunkt nicht ganz klar war, wie das Erleben einzuschätzen war. Dies betraf 15 Prozent in Phase 1 und 9 Prozent in Phase 2. Die nicht große Unsicherheit spiegelt sich in den folgenden Freitext-Antworten wider:

»Anfangs war die Unsicherheit groß. Die Erinnerungen kamen ständig, aber dadurch bin ich auch vorsichtiger geworden.«

»Ich bin unsicherer in der Beziehung zu den Patienten. Aber vor allem fühle ich mich doppelt bestraft, weil der Patient noch dort ist.«

»Ich war unsicher besonders im Umgang mit Patienten, habe erst mal mehr Büroarbeit gemacht und Patientenkontakt eher gescheut.«

»Ich habe keine Angst vor einem neuem Überfall, aber fühle mich sehr unwohl, wenn jemand hinter mir steht.«

»Unsicher bin ich vor allem, wenn Neuaufnahmen kommen, fremde Patienten einzuschätzen, das fällt mir schwerer.«

»Besonders bei Aufnahmen, dann wenn unbekannte Menschen auf die Station kommen bin ich unsicher. Dann wenn es zu verbalen Auseinandersetzungen kommt und wenn Patienten da sind, die früher schon aggressiv waren.«

»Ich bin vorsichtiger geworden und achte darauf, dass niemand hinter mir steht.«

»Besonders im Umgang mit Patienten war ich unsicher und habe erstmal mehr Büroarbeit gemacht. Den Patientenkontakt habe ich eher gescheut.«

»Ich habe vermehrt auf den Dienstplan geschaut, welche Kollegen da sind. Ich sage eher Bescheid, wenn es um die Pflege schwieriger Patienten geht.«

»Unsicher bin ich, wenn jemand entweichen will, wenn aggressive Spannung in der Luft liegt, wenn ich alleine mit Patienten bin und bei verbalen Bedrohungen.«

»Noch bin ich nicht wieder im Dienst, aber wenn ich an die Arbeit denke, habe ich schon Angst.«

Trotz der zumindest anfänglichen großen Unsicherheit am Arbeitsplatz hat sich nur ein Teil der Befragten mit dem Gedanken getragen, den *Arbeitsplatz zu wechseln*. Ein in beiden Phasen etwas über 30 Prozent großer Anteil würde gerne auf dem angestammten Platz nicht mehr weiterarbeiten (Abb. 31). Bei diesen Betroffenen besteht allerdings nicht die Präferenz, aus der Psychiatrie oder gar aus dem Gesundheitswesen auszusteigen, sondern zumeist lediglich auf eine andere Station oder Abteilung zu wechseln.

Dass ein Patientenübergriff nicht nur individuelle körperliche und psychische Folgen hat, sondern auch eine ökonomische Belastung für die Einrichtung darstellt, zeigen die *übergriffsbedingten Ausfallzeiten*. Diese betragen im Mittel zwölf Tage in Phase 1 und 14 Tage in Phase 2 (Tab. 1). Diese Mittelwerte täuschen allerdings über die Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage, die nicht symmetrisch ist. Auf der Basis der deutlich größeren Fallzahl der Befragten in Phase 2 wird deutlich, dass nur ein gutes Drittel

der Betroffenen keine Ausfallzeiten hatte, während knapp 20 Prozent der Teilnehmer länger als vier Wochen krankheitsbedingt vom Arbeitsplatz fernbleiben mussten (Abb. 32). Ebenfalls aus den Phase 2-Daten kann herausgelesen werden, dass das Ausmaß der AU-Zeiten sowohl auf die körperlichen Schäden als auch auf die psychische Belastung zurückzuführen ist. Zwischen den körperlichen und psychischen Beschwerden einerseits und den Ausfalltagen seit dem Übergriff andererseits bestand jeweils ein linear ansteigender Zusammenhang (Abb. 33 und Abb. 34). Dieser Zusammenhang bestätigte sich auch in multivariaten Analysen (lineare Regression). Sowohl in einem Einschluss-Modell als auch in einem Schrittweise-Modell erwiesen sich die erinnerte PTBS-Diagnose und die Schwere des Körperschadens als jeweils signifikante Prädiktoren der Ausfallzeiten.

Wie aus den oben berichteten Ergebnis bereits deutlich geworden sein sollte, hat sich für viele Betroffene die *Beziehung zu den Patienten* verändert. Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer in beiden Phasen berichtete, dass sich in diesem Bereich etwas verändert habe (Abb. 35). Allerdings wurden die berichteten Veränderungen nicht nur als negativ erlebt, ein kleinerer Teil der Befragten gab auch an, eine bessere Beziehung zu Patienten zu haben. Beispielhaft für negative Veränderungen sind die folgenden Zitate:

- »Ich kann mich auf die Patienten nicht mehr so einlassen wie früher. Eine Arbeitsbeziehung ist sehr schwierig geworden.«
- »Meine Reaktion wird schneller aggressiv. Wo früher eher unbedarft deeskaliert wurde von mir durch Gespräche, da halte ich mich jetzt raus.«
- »Weil derselbe Patient noch da ist, musste ich den Arbeitsbereich wechseln. Ich bin viel unsicherer geworden.«
- »Ich gehe auf mehr Distanz und neige schneller zu Fixierungen unruhiger Patienten wegen meiner Unsicherheit.«
- »Ich passe auf, dass niemand hinter mir steht. Habe auch Angst, die Kontrolle über mich zu verlieren. Bin sehr distanziert.«
- »Ich komme schneller an meine persönlichen Grenzen und bin nicht mehr so belastbar. Habe in manchen Situationen Angst.«

Mitarbeiter, die dem Übergriff auch positive Aspekte abgewinnen konnten, berichten zumeist über eine größere Vorsicht und Rücksicht auf die Patienten:

»Ich habe mehr innere Distanz und eine größere Objektivität im Umgang mit Patienten entwickelt. Ich bin auch sensibler geworden für solche Situationen.«

»Ich bin sensibler für mögliche Gefahrensituationen geworden.«

»Mein Umgang mit den Patienten ist respektvoller, ich habe noch einmal ein anderes Krankheitsverständnis entwickelt.«

Zu diesen berichteten Veränderungen in der Patientenbeziehung passt auch, dass ein kleinerer Anteil der Betroffenen die eigene *Arbeitskompetenz* gefährdet sieht (Abb. 36). Dies ist bei 17 Prozent in Phase 1 der Fall und bei vier Prozent in Phase 2; auch diese Einschätzung scheint offenbar mit der Zeit seit dem Übergriff besser zu werden. Im Verlauf der Zeit haben einige Befragte auch das Gefühl, durch die Situation gelernt zu haben. Einige Zitate hierzu:

»Die Patienten spüren meine Unsicherheit, ich kann sie nicht mehr einschätzen.«

»Ich bin noch nicht wieder im Dienst, mein Kompetenzgefühl ist tief erschüttert.«

»Wie soll ich als Schülerin (Auszubildende, D.R.) lernen, die Patienten richtig einzuschätzen? Ich kann mir nicht einmal mehr vorstellen, eine Kompetenz zu entwickeln.«

»Versuche stets immer wieder, die eigene Arbeit zu reflektieren und Arbeitshaltung, Erfahrung und Fehler einzuschätzen. Ich bin kritischer der Arbeit gegenüber geworden.«

»Ich habe eine realistischere Einschätzung von Situationen. Außerdem bin ich gelassener in Auseinandersetzungen und weiß mich zu wehren.«

»Ich denke heute anders darüber, betrachte die Situation von verschiedenen Seiten. Ich bin empathischer zu Patienten und Kollegen.«

Für einen kleineren Teil der Befragten (ungefähr gleich groß in beiden Phasen) hat sich zudem das *Verhältnis zu den Kolleginnen und Kollegen*

negativ verändert (Abb. 37). Dieses Gefühl bezieht sich vor allem auf die subjektive Erfahrung, nicht ausreichend unterstützt worden zu sein und zu wenig Hilfe in der konkreten Übergriffssituation erhalten zu haben:

»Ich habe mich distanziert von den Kollegen, da die ganze Sache einfach so unter den Tisch gekehrt wurde.«

»Wir können über die Situation nicht sprechen. Gewalt ist hier kein Thema und wird hier sogar totgeschwiegen.«

Bei den positiven Bewertungen des Verhältnisses zu den Kollegen wird auf die gute Unterstützung und auch auf ein besseres Zusammenarbeiten Bezug genommen:

»Das war sehr positiv. Ein sehr schönes Verhältnis ist entstanden. Es waren alle geschockt, dass so was passieren kann.«

»Ich kann mich auf meine Kollegen verlassen! Wir wachsen als Team immer mehr zusammen.«

»Das hat gezeigt, was für ein tolles Team das hier ist. Ich habe viele Anrufe und viel Unterstützung der Kollegen erhalten, sie haben auch Regelungen mit dem Betriebsrat für mich getroffen.«

»Ich fühle mich im Team gut aufgehoben, die Kollegen waren sehr fürsorglich.«

Verlauf der psychischen Belastung in Phase 1

Wie bereits oben erläutert wurde, konnte der ursprüngliche Plan einer Längsschnitt- oder Verlaufs-Untersuchung für nur 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Phase 1 realisiert werden. Diese 35 Teilnehmer sind eine Teilmenge der initial 46 Personen, die zu Beginn von Phase 1 interviewt werden konnten. Bei derartigen Längsschnitt-Studien ist es immer von erheblichem Interesse, welche Teilnehmer sich nicht mehr am Verlauf beteiligt haben. Möglicherweise kommt es zu einer Verzerrung im Verlauf insofern, als bestimmte Personen sich einer weiteren Mitarbeit verweigert haben. Um diesen Sachverhalt zu beleuchten, wird in der Regel eine sog. *Non-Responder-Analyse* durchgeführt, bei der Teilnehmer und Nicht-(mehr-)Teilnehmer verglichen werden. Die Aussagekraft einer derartigen Analyse hängt natürlich von der Größe der Stichprobe ab, und daher

muss ein Vergleich von 35 gegen elf Personen schnell an seine statistischen Grenzen stoßen (Tab. 6).

Bei den soziodemografischen Daten konnten keine Unterschiede zwischen den Teilnehmern des ersten Interviews und denen der Folge-Interviews festgestellt werden. Bei einzelnen traumabezogenen Merkmalen waren Tendenzen zu erkennen, die allerdings nicht statistisch zu sichern waren. So hatten die Nicht-Teilnehmer tendenziell mehr Traumata in der Vergangenheit erlebt und auch die PTBS-Belastung beim Basis-Interview war leicht, aber eben nicht signifikant erhöht. Der einzige statistisch signifikante Unterschied bestand in der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage vom Zeitpunkt des Übergriffs bis zum Interview. Aus diesen Befunden lässt sich der (allerdings sehr) vorsichtige Schluss ziehen, dass ein Teil der eher traumatisierten Personen sich der weiteren Mitarbeit an der Studie entzogen. Dieses Faktum ist in der Literatur nicht unbekannt (DIJKEMA et al. 2005) und hängt möglicherweise mit dem Vermeidungsverhalten zusammen, das bekanntlich ein Kernsyndrom der PTBS ist.

Hinsichtlich wichtiger soziodemografischer Merkmale wie der Partnerschaft und arbeitsplatzbezogener Merkmale wie der Arbeitszeit und dem Verhältnis zu den Kollegen zeigten sich kaum Veränderungen im Zeitverlauf (Abb. 38–40).

Ein Teil der an allen Interviews teilnehmenden Personen litt nach eigenen Angaben zu den Folge-Interviews immer noch unter *körperlichen Beschwerden* als Folge des Übergriffs. Zu beiden Zeitpunkten waren dies mehr als 10 Prozent der Befragten (Abb. 41). Über mehrere untersuchte Merkmale hinweg zeigte sich eine deutlich abnehmende psychische Belastung im Zeitverlauf. Bei den meisten Indikatoren konnte ein erheblicher Rückgang der mittleren Belastung zwischen Basis-Interview und erstem Folgeinterview festgestellt werden. Dies betraf insbesondere die Anzahl der Betroffenen mit einer *PTBS-Diagnose* (Abb. 42). Den Cut-off-Wert für eine Diagnose nach DSM-IV erfüllten beim Erstinterview 17 Prozent, beim ersten Folgeinterview 8 Prozent und beim zweiten Folgeinterview 11 Prozent. Der zuletzt genannte kleine Anstieg ist wegen der kleinen Stichprobe auf eine Person zurückzuführen, die durch einen erneuten Übergriff retraumatisiert worden war. Der Anteil partieller PTBS ging

von ursprünglich 28 Prozent über 11 Prozent auf schließlich 3 Prozent zurück.

Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Cut-off-Methode des PCL-C-Summenwertes mit 50 bzw. 44 Punkten, liegt der Anteil beim Erstinterview ebenfalls bei 17 bzw. bei 26 Prozent. Im weiteren Verlauf sinkt er auf 3 bzw. 11 Prozent nach zwei Monaten und steigt anschließend wieder auf 6 Prozent nach beiden Cut-off-Werten.

Ein ähnliches Bild ergab die Verlaufsanalyse der IES-R-Daten. Sowohl die Gesamtbelastung (Abb. 43) als auch die Unterskalen Intrusion (Abb. 44), Vermeidung (Abb. 45) und Übererregung (Abb. 46) gingen über den Zeitverlauf statistisch signifikant zurück, wobei die Übererregungs-Skala die statistische Signifikanz soeben erreichte. Möglicherweise waren die körperlichen Symptome weniger stark remittierbar als die psychischen Folgen im engeren Sinne. Wie schon bei der PTBS-Diagnose erwähnt wurde, war der Rückgang der durchschnittlichen psychischen Belastung insbesondere vom ersten zum zweiten Interview zu erkennen. Dieser Trend setzte sich zwar zum dritten Interview hin fort, der Abfall war aber weniger stark ausgeprägt.

Interessanterweise wirkte sich das Ausmaß des Körperschadens lediglich beim Erstinterview auf die posttraumatische Belastung aus (Abb. 47). Während hier also signifikante Zusammenhänge zwischen der Schwere des Körperschadens und dem IES-R zu erkennen waren, hatte diese offenbar keine Folgen für die posttraumatische Belastung in den Folgeinterviews. Möglicherweise spielt hier eher die Verarbeitung des Traumas eine Rolle und weniger das initiale Ereignis selbst.

Bei einem Teil der weiteren Merkmale, die im Verlauf analysiert werden konnten, zeigte sich der gleiche Trend. So ging der Anteil der Teilnehmer, die sich unsicher am Arbeitsplatz fühlten, vor allem vom Basisinterview zum ersten Folgeinterview zurück (Abb. 48). Gleiches gilt für den Anteil derer, die eine negative Entwicklung ihrer Beziehung zu Patienten berichteten (Abb. 49). Korrespondierend verringerte sich der Anteil der Befragten, die eine negative Veränderung ihrer Arbeitskompetenz angaben (Abb. 50).

Trotz dieses berichteten Rückgangs der posttraumatischen Belastung im Mittel, bleibt festzuhalten, dass ein kleiner Teil der Betroffenen of-

fenbar eine chronische PTBS ausgebildet hat, die über mehrere Monate anhielt. Diese Belastung zeigte sich ebenfalls bei der Frage nach der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen (Abb. 51). War es anfänglich ein Viertel dieser Gruppe von Übergriffsopfern, die sich in therapeutischer Behandlung befanden, so reduzierte sich der Anteil nur leicht auf 17 Prozent nach sechs Monaten.

Von Relevanz war ebenfalls die krankheitsbedingte Ausfallzeit am Arbeitsplatz. Obwohl nur ein kleiner Teil der Befragten überhaupt AU-Zeiten in Anspruch nehmen musste (Median: 0), zeigte sich im Durchschnitt im Verlauf eine deutliche Beeinträchtigung. Selbst in der dritten Untersuchungsperiode zwischen zwei und sechs Monaten wurde von den Befragten im Mittel eine Ausfallzeit, die auf den Übergriff zurückging, von elf Tagen angegeben.

Anzumerken ist noch die über den gesamten Zeitverlauf hinweg höhere PTBS-Belastung der weiblichen Teilnehmerinnen an der Studie (Abb. 43–46). Dieser Befund aus der Phase 1 wurde jedoch in der retrospektiven Studie von Phase 2 nicht gesehen, möglicherweise machen sich hier wiederum die Zeiteffekte seit dem Übergriff bemerkbar.

Zusammenhänge zwischen der posttraumatischen Belastung und anderen Merkmalen

Welche Faktoren zeigen einen Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastung zu den verschiedenen Messzeitpunkten? Diese Frage ist sowohl in ätiologischer Hinsicht relevant als auch für die Früherkennung von Risikopersonen im Hinblick auf einen chronischen Krankheitsverlauf. Die nachfolgende Aufstellung beschreibt die signifikanten Zusammenhänge (T-Test der Mittelwerte; bivariate Korrelationen) zwischen den IES-R-Summenwerten der drei Messzeitpunkte (also der jeweiligen posttraumatischen Belastung) und einzelnen Merkmalen der Befragung aus dem Basisinterview in der Phase 1.

Signifikante Zusammenhänge zum Zeitpunkt T1:

- ⊙ längere psychiatrische Berufserfahrung
- ⊙ Unsicherheit am Arbeitsplatz

- ⊙ Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel
- ⊙ negative Kompetenzveränderung in der Arbeit
- ⊙ negative Veränderung in der Beziehung zu Patienten
- ⊙ Ausmaß Körperschaden
- ⊙ angetretene Psychotherapie
- ⊙ geringe Unterstützung durch die Leitung
- ⊙ geringe Unterstützung insgesamt
- ⊙ schlechteres Arbeitsklima in der Klinik
- ⊙ Arbeitsplatz tatsächlich gewechselt
- ⊙ nach Übergriff: Schock
- ⊙ nach Übergriff: Angst
- ⊙ nach Übergriff: Schuldgefühle
- ⊙ nach Übergriff: Versagensgefühle

Signifikante Zusammenhänge zum Zeitpunkt T2:

- ⊙ negative Kompetenzveränderung in der Arbeit
- ⊙ Unterstützung insgesamt
- ⊙ nach Übergriff: Schock
- ⊙ nach Übergriff: Schuldgefühle
- ⊙ nach Übergriff: Versagensgefühle

Signifikante Zusammenhänge zum Zeitpunkt T3:

- ⊙ nach Übergriff: Schuldgefühle
- ⊙ nach Übergriff: Versagensgefühle

Diese Übersicht zeigt deutlich, dass die posttraumatische Belastung zum Zeitpunkt des Basisinterviews mit relativ vielen anderen Merkmalen zusammenhing. Bedingt durch die größere Variabilität des IES-R-Summenwerts ist die große Anzahl von Merkmalen auch statistisch zu erwarten. Nach zwei und sechs Monaten und mit abnehmender Variabilität der posttraumatischen Belastung reduzierten sich die Zusammenhänge ganz erheblich. Deutlich werden dabei die Auswirkungen von Schuld- und Versenserleben unmittelbar nach dem Übergriff.

In ähnlicher Weise verhalten sich die statistischen Zusammenhänge zwischen den Subskalen der Symptom-Checklist-90 R (SCL-90-R) und den IES-R-Summenwerten zu den verschiedenen Messzeitpunkten. Wie in Tabelle 7 angegeben ist, zeigen zum Zeitpunkt T1 alle Subskalen eine

signifikante Korrelation mit dem IES-R-Summenwert. Die Korrelationen zwischen den T1-SCL-Skalen und den IES-T2 sowie T3-Werten nehmen nahezu sämtlich ab. Einzige und bemerkenswerte Ausnahme ist die zunehmende Korrelation des Somatisierungsscores zum Zeitpunkt T3. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Somatisierungserleben ein Prädiktor für eine anhaltende posttraumatische Belastung darstellen kann.

Die signifikanten Zusammenhänge zwischen der posttraumatischen Gesamtbelastung gemäß IES-R zum Interviewzeitpunkt und anderen Merkmalen in der Phase 2 stellt sich wie folgt dar:

- ⊙ erinnerte Intrusionssymptome,
- ⊙ erinnertes Vermeidungsverhalten,
- ⊙ erinnerte Arousal-Symptome,
- ⊙ zunehmendes Alter,
- ⊙ nach Übergriff: Hass auf den Patienten (v. a. ›weiß nicht‹),
- ⊙ angetretene und geplante Psychotherapie,
- ⊙ Unsicherheit am Arbeitsplatz,
- ⊙ Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel,
- ⊙ Arbeitsplatz tatsächlich gewechselt,
- ⊙ Anzahl bisheriger Arbeitsgeberwechsel.

In einer multivariaten Analyse blieben einzig die beiden Variablen der erinnerten Intrusion und des erinnerten Vermeidungsverhaltens als signifikante Prädiktoren übrig.

Analysiert man die erinnerte PTBS, so ergeben sich die folgenden statistisch signifikanten Zusammenhänge:

- ⊙ Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel,
- ⊙ geringe Unterstützung durch die Leitung,
- ⊙ angetretene Psychotherapie,
- ⊙ nach Übergriff: Schock,
- ⊙ Ausmaß Körperschaden,
- ⊙ zunehmendes Alter,
- ⊙ längere psychiatrische Berufserfahrung.

Hinsichtlich der SCL-90-R-Subskalen und dem IES-R-Gesamtwert zeigt sich eine mäßige Korrelation (Tab. 8). Allerdings sind diese Werte nicht unmittelbar zu den in Phase 1 beschriebenen Daten in Verbindung zu

bringen, da die SCL dort nur unmittelbar nach dem Übergriff erhoben wurde und in Phase 2 eben zum Interviewzeitpunkt einige Monate nach dem Übergriff. Deutlich wird jedoch hier, dass die PTBS-Symptomatik auch nach mehreren Monaten immer noch mit subjektiven Beschwerden in anderen psychischen Bereichen wie Depressivität und Angst zusammenhängt.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die Studienanlage musste aufgrund von Rekrutierungsproblemen zwei Phasen beinhalten. Phase 1 war eine prospektive Längsschnitt-Erhebung mit 46 bzw. 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Phase 2 eine retrospektive Querschnitts-Erhebung mit 88 Teilnehmern. Die Merkmale der Studienteilnehmer in den beiden Phase unterschied sich nur minimal.

Die meisten Studienteilnehmer hatten schon zuvor Patientenübergriffe erlebt, von denen einige als besonders schwer und traumatisierend in Erinnerung geblieben waren. Deutlich wurde jedoch, dass nicht nur berufliche Ereignisse in diesem Zusammenhang des bisher schlimmsten Ereignisses berichtet wurden, sondern auch viele private Vorkommnisse.

Die Übergriffssituation selbst ist von den Studienteilnehmern narrativ berichtet worden. Die Situationen reichten von Pflegesituationen bei älteren dementen Menschen bis hin zu Erpressungen und kurzen Geiselnahmen. Hinsichtlich der körperlichen Schäden durch die Übergriffe stellte sich heraus, dass überwiegend kleinere Schäden registriert werden mussten, ein Teil der betroffenen Mitarbeiter litt jedoch auch unter schwereren Verletzungen wie Knochenbrüchen oder Bewusstlosigkeit.

Bei den psychischen Reaktionen unmittelbar nach dem Übergriff konnten sich die Respondenten überwiegend an Schockzustände erinnern. Weitere Reaktionen waren Niedergeschlagenheit, Angst und Versagensgefühle. In den Freitext-Angaben wurden verschiedentlich dissoziative Erlebnisse (z. B. wie im Film weiterzuarbeiten) deutlich. Hinzu kam, dass ein kleiner Teil der Befragten sich nicht an die Gefühle und das Erleben nach dem Übergriff erinnern konnte. Diese Gruppe wies in den weiteren Analysen ein hohes Risiko für posttraumatische Belastungsreaktionen auf.

In den ersten Wochen nach dem Übergriff war die posttraumatische Belastung am größten. Zum Zeitpunkt des Erstinterviews in Phase 1 wiesen 17 Prozent der Teilnehmer eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach den Kriterien des DSM-IV auf. Im weiteren Verlauf ging die PTBS-Rate und damit korrespondierend die Werte anderer Belastungsreaktionen deutlich zurück. Unter der Annahme einer retrospektiv zu bestimmenden PTBS-Diagnose zeigte sich bei den Teilnehmern in Phase 2 initial ein ähnlich hoher Anteil PTBS-Diagnosen.

Der Übergriff hatte nicht nur direkte psychische Reaktionen zur Folge, sondern zeigte seine negativen Auswirkungen in weiteren arbeitsplatzbezogenen Konsequenzen. So berichteten die Übergriffopfer mit schwereren körperlichen und/oder psychischen Nachwirkungen über mehr Ausfallzeiten. Darüber hinaus erlebten viele Betroffene in den Wochen nach dem Vorfall eine erhöhte Unsicherheit am Arbeitsplatz und negative Auswirkungen auf den Umgang mit Patienten, der durch Angst und wiederum Unsicherheiten gekennzeichnet war. Auch diese Reaktionen gingen, im Zeitverlauf korrespondierend zur Abnahme der PTBS-Reaktionen, zurück.

Bei den Unterstützungssystemen nach dem Vorfall stach insbesondere der positive Rückhalt durch die unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen hervor. Dagegen fiel das positive Erleben hinsichtlich der Unterstützung durch Vorgesetzte deutlich ab. Weniger als die Hälfte der Befragten fühlte sich ausreichend durch die Leitung der Einrichtung unterstützt.

Diskussion der Studienergebnisse und Schlussfolgerungen

Da die hier beschriebene Studie die erste umfassende Untersuchung zu dieser Thematik mit dem spezifischen Fokus auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen nach einem Übergriff ist, sind die Vergleichs- und Diskussionsmöglichkeiten im speziellen Sinne sehr eingeschränkt. Wie bereits oben in der Literaturübersicht beschrieben wurde, sind bisher nur sehr wenige direkt vergleichbare Studien durchgeführt worden.

Als wichtigstes Ergebnis dieser Untersuchung bleibt festzuhalten, dass Patientenübergriffe zu schweren psychischen Folgen für die betroffenen Mitarbeiter führen können. Es konnte mit dieser Studie erstmalig für den deutschsprachigen Raum dokumentiert werden, dass von Übergriffen betroffene Mitarbeiter posttraumatische Belastungsstörungen ausbilden. Diese Tatsache war bisher nur aus Studien aus den Vereinigten Staaten und Großbritannien bekannt (CALDWELL 1992; WYKES und WHITTINGTON 1998). Die Vorläufer-Studie dieser Untersuchung gegen Ende der 1990er-Jahre konnte seinerzeit keine Betroffenen mit einer klaren PTBS-Diagnose nach einem Übergriff identifizieren (RICHTER und BERGER 2001). Wie ein Vergleich mit einer deutschen PTBS-Studie zeigt, welche die Folgen von kriminellen Handlungen ebenfalls mit dem IES-R untersuchte (MAERCKER und SCHÜTZWOHL 1998), sind die Symptome in den ersten Wochen nach dem Übergriff durchaus ähnlich wie bei Opfern von Straßenkriminalität und vergleichbaren Delikten (Abb. 52).

Des Weiteren konnte gezeigt werden, wie sich die posttraumatische Belastung im Zeitverlauf entwickelt. Die hier berichteten Ergebnisse bestätigen die Resultate der bisher einzigen Längsschnitt-Studie über psychische Folgen nach einem Übergriff (WYKES und WHITTINGTON 1998). Dort zeigte sich im Durchschnitt ein deutlicher Rückgang der posttraumatischen Belastung (gemessen mit der IES-R) innerhalb eines Monats nach dem Übergriff. Obwohl die Zeiträume in beiden Studien nicht direkt vergleich-

bar sind, kann dieser Trend als relativ gesichert angenommen werden. Einen vergleichbaren Trend fand eine weitere Studie (RYAN und POSTER 1989), die mit Instrumenten arbeitete, die nicht genuin zu den PTBS-Erhebungsbögen zählen. Diese Befunde werden von Übersichtsarbeiten bestätigt, die Verlaufsstudien aus anderen Bereichen zusammenfassen. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass die meisten Menschen mit einem akuten Belastungssyndrom sich innerhalb von drei Monaten regenerieren (McNALLY et al. 2003).

Unabhängig von der Frage, wie prädiszierend das akute Belastungssyndrom für den weiteren Verlauf der Belastungsreaktion ist (SHALEV und URSANO 2003), zeigte sich auch in unseren Daten ein nicht unerheblicher Anteil dissoziativer Reaktionen. Zum einen berichteten einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Studie über ein entsprechendes Erleben in den Freitext-Antworten. Zum anderen fand sich ein kleiner Teil von Antworten bei den Fragen nach den unmittelbaren Reaktionen nach dem Vorfall, wo die Studienteilnehmer sich nicht erinnern konnten. Diese Übergriffopfer hatten ein höheres PTBS-Risiko.

Ebenfalls bestätigen konnten wir den bei vielen Betroffenen ausschlaggebenden Faktor des subjektiven Erlebens des Ereignisses (WEATHERS und KEANE 2007). Auf der einen Seite wiesen die Übergriffopfer mit einem schweren Körperschaden initial im Durchschnitt eine größere posttraumatische Belastung auf. Andererseits berichteten die Personen, die keine Körperschäden davontrugen, über eine größere Belastung als diejenigen mit geringen Körperschäden. Man kann also nicht von einer linearen Dosis-Wirkungs-Beziehung hinsichtlich des Körperschadens und der PTBS ausgehen. Dieser Umstand ist für die Frage der Nachsorge und des Meldesystems von Übergriffen und ihren Folgen relativ problematisch in der praktischen Umsetzung. Ein adäquates Vorgehen verlangt die Meldung von Vorfällen, die nicht nur körperliche Konsequenzen haben. Dies bedeutet weiterhin, dass vor allem die unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen der Betroffenen auf die psychischen Reaktionen der Opfer achten müssen, damit die Einrichtung auf den Bedarf an Nachsorge reagieren kann.

Wie aus der allgemeinen PTBS-Forschung jedoch auch bekannt ist, kann das traumatische Erlebnis bei einem Teil der Betroffenen zu einem chro-

nischen Krankheitsverlauf führen. Aus unseren Daten wurde deutlich, dass selbst nach durchschnittlich mehr als einem Jahr einige Personen noch so sehr unter der posttraumatischen Belastung leiden, dass sie als krank gelten können. Wenn man die beiden Phasen in dieser Studie zusammen liest, dann bildet sich dort vermutlich der Verlauf über den gesamten Zeitraum ab. Obwohl die Kombination aus prospektiven und retrospektiven Daten aus methodischen Gründen sicher nicht unproblematisch ist, scheinen die Daten aus der zweiten Phase diejenigen aus der ersten Phase gut zu ergänzen. Für ein solches Vorgehen spricht die relative Homogenität der soziodemografischen und weiterer erhobener Daten beider Phasen.

Die Problematik der Komorbidität von PTBS und anderen psychischen Reaktionen fand sich bei den Teilnehmern an unserer Studie so, wie es in der Literatur postuliert worden ist (BREMNER 2005; O'DONNELL et al. 2004). In den Ergebnissen der Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R) wurde insbesondere in der Erstbefragung eine hohe Korrelation zwischen den posttraumatischen Reaktionen und weiteren Symptombereichen wie Depressivität oder Ängstlichkeit deutlich. Darüber hinaus zeigte sich die hohe Belastung bei einzelnen Problembereichen wie Schlafstörungen. Auch dies entspricht dem allgemeinen Forschungsstand bei PTBS-Erkrankungen (HARVEY et al. 2003; PILLAR et al. 2000).

Ebenfalls bestätigt wurden frühere Studienergebnisse, die erhebliche Folgen von Patientenübergriffen zeigten, welche weit über die eigentliche psychische Befindlichkeit der Betroffenen hinausreicht (NEEDHAM et al. 2005). Deutlich wurden bei unseren Daten vor allem die zum Teil negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz. Viele Übergriffopfer fühlen sich noch längere Zeit nach dem Vorfall unsicher am Arbeitsplatz. Zudem leidet nach eigener Aussage die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten unter den Konsequenzen des Vorfalls.

Abschließend soll die methodische Haupt-Problematik dieser Studie nicht unerwähnt bleiben, die zu Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse mahnt. Wie schon im Methodenteil oben dargelegt wurde, litt diese Untersuchung unter der Nicht-Teilnahme eines großen Teils der im Studienzeitraum betroffenen Übergriffopfern. Insofern kann nur

spekuliert werden, ob die Auswahl der Teilnehmer repräsentativ für sämtliche Übergriffsoffer steht. Denkbar ist eine Verzerrung der Teilnehmerschaft zugunsten der eher schwer in Mitleidenschaft gezogenen Mitarbeiter. Möglicherweise hat die Schwere des Übergriffserlebens zu einer Teilnahme an der Studie motiviert. Dagegen spricht die auch hier gemachte Erfahrung, dass die psychische Belastung dazu führen kann, nicht mehr an der Untersuchung teilnehmen zu wollen, wie dies die Entwicklungen vom Basis-Interview zu den Folgeinterviews in Phase 1 nahelegen. Solange es in nachfolgenden Studie nicht gelingt, größere und repräsentativere Stichproben zu untersuchen, muss dieser Umstand als nicht geklärt gelten.

Die Thematik der psychischen Folgen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Patientenübergriffen im Gesundheitswesen bedarf sicherlich größerer Aufmerksamkeit. Bei den Konsequenzen von Übergriffen erfahren bis heute in der Regel nur die Körperschäden die notwendige Beobachtung. Dieser Umstand hängt nicht nur mit der bisher in vielen Einrichtungen kaum bekannten Relevanz der psychischen Folgen zusammen. Ein weiteres Problem ist das in den meisten Einrichtungen genutzte Meldesystem bei Arbeitsunfällen, das nahezu ausschließlich auf Körperschäden ausgerichtet ist. Wie die oben berichteten Zusammenhänge zwischen Körperschäden und psychischen Problemen gezeigt haben, ist ein Körperschaden keine zwingende Voraussetzung für eine posttraumatische Belastung. Auf diesen Umstand muss das Meldesystem innerhalb der Einrichtungen und auch zwischen den Einrichtungen und den beruflichen Unfallversicherungen ausgerichtet werden.

Neben einer Veränderung des Meldesystems für Unfälle am Arbeitsplatz besteht die zentrale Herausforderung der nächsten Zeit darin, die Einrichtungen, ihre leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch die sonstigen Beschäftigten, hinsichtlich der Bedeutung psychischer Folgeschäden zu sensibilisieren und zu Präventionsstrategien zu motivieren. Dabei kommt es nach Ansicht des Verfassers auf drei entscheidende Strategien an, die miteinander verknüpft sein müssen:

- ◎ eine unmittelbar nach dem Übergriff einsetzende kollegiale Unterstützung der Betroffenen,

- ⊙ eine längerfristig wirksame Nachsorge durch die Einrichtung,
- ⊙ ein psychotherapeutisches Angebot für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei drohender oder bereits eingetretener Chronifizierung des Krankheitsverlaufs.

Die unmittelbare Unterstützung nach dem Übergriff sollte idealerweise durch die direkten Kolleginnen und Kollegen auf der Station, in der Wohngruppe oder in den sonstigen Abteilungen erfolgen. Die Ergebnisse dieser Studie haben gezeigt, wie sehr die Betroffenen die direkte Unterstützung schätzen und diese einfordern, wenn sie nicht gewährleistet wird.

Sicherlich nicht alle von einem Übergriff betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen eine weitergehende Nachsorge. Jedoch haben die oben beschriebenen Ergebnisse gezeigt, dass zum einen eine Unterstützung durch die Einrichtung und insbesondere durch die Einrichtungsleitung von vielen erwartet wird. Zum anderen haben unsere Daten – ebenso wie andere Studien (FIKRETOGLU et al. 2007) – Hinweise darauf gegeben, dass ein nicht zu unterschätzender Anteil traumatisierter Personen keine professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Gerade für diesen Personenkreis ist eine institutionell organisierte Nachsorge unverzichtbar.

Als adäquate Unterstützungsform haben sich hierfür Nachsorgeteams herausgestellt, die aus Kollegen der gleichen Hierarchiestufe bestehen. Entsprechende Vorbilder existieren im militärischen Sektor (JONES et al. 2003; KELLER et al. 2005; LARSSON et al. 2000), bei der Polizei (DOWLING et al. 2006) und auch für Kliniken sind derartige Unterstützungsteams schon konzipiert worden (DAWSON et al. 1988; PATERSON et al. 1999). Der entscheidende Vorteil von kollegialen Teams gegenüber hierarchisch höher gestellter Unterstützung besteht nach den einschlägigen Erfahrungen in der größeren Bereitschaft der Betroffenen, sich zu öffnen und sich anzuvertrauen. Dies ist bei Vorgesetzten verständlicherweise zumeist nicht der Fall.

Die zentrale Funktion der Nachsorgeteams besteht in der aktiven Aufrechterhaltung des Kontakts zu den Übergriffsopfern und im Angebot von Gesprächskontakten. Eine therapeutische Funktion im engeren Sinne ist damit in der Regel nicht verbunden. Sollte von den Nachsorgenden

festgestellt werden, dass die bestehenden Unterstützungsleistungen für die Regeneration nicht ausreichen, können sie hilfreich bei der Vermittlung professioneller therapeutischer Angebote sein. Es hat sich als günstig herausgestellt, wenn die Einrichtungen Absprachen mit niedergelassenen Psychotherapeuten getroffen haben, wonach betroffene Mitarbeiter bei entsprechend vorliegendem Bedarf unverzüglich und komplikationslos in eine ambulante Psychotherapie gehen können. Da die beruflichen Unfallversicherungen mittlerweile die Kosten für die ersten probatorischen Therapiesitzungen nach einem Übergriff übernehmen, sollte dies auch kostentechnisch kein großes Problem mehr darstellen.

Sowohl bei der unmittelbaren kollegialen Unterstützung als auch bei der Nachsorge sollten wichtige Regeln im Umgang mit potenziell traumatisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingehalten werden. Diese Grundregeln finden sich im abschließenden Teil dieses Buchs.

Prävention und Nachsorge nach Patientenübergreifen

Ansätze zur Primär- und Sekundärprävention der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sind eingangs im ersten Teil bereits skizziert worden. Die nachfolgenden Ausführungen haben das Ziel, die spezifischen Details von Nachsorge-Interventionen nach Patientenübergreifen zu beschreiben, sodass interessierte Einrichtungen in die Lage versetzt werden, derartige Interventionen zu planen und durchzuführen. Die Empfehlungen sind einer mittlerweile sehr umfangreichen Literatur über Erstinterventionen sowie über Selbsthilfe von Betroffenen entnommen worden. Hintergrund dieses Trends von Studien und Konzeptbeiträgen zur Prävention der PTBS sind die terroristischen Ereignisse der letzten Jahre, die Naturkatastrophen wie der Hurrikan ›Katrina‹ in den Vereinigten Staaten oder der Tsunami in Südasien sowie die zunehmenden Kriegseinsätze westlicher Armeen in afrikanischen, nahöstlichen und auch in europäischen Krisengebieten. Diese Ereignisse haben in vielen Ländern die Bereitschaft zur Vorbereitung auf Katastrophen mit Auswirkungen auf die weite Bevölkerung erheblich erhöht. Ein Nebeneffekt dieser Anstrengungen sind Studienergebnisse und theoretische Überlegungen zur PTBS-Prävention im Allgemeinen (LITZ 2004; RITCHIE et al. 2006).

Die Überlegungen lassen sich grundsätzlich von der Bevölkerungsebene auf die Individualebene übertragen, da die Bevölkerungsinterventionen immer auch die Nachsorge für Individuen beinhalten. Die Nachsorge-Prinzipien unterscheiden sich nicht grundlegend bei den verschiedenen traumatisierenden Ereignissen. Sicherlich ist eine Bombenexplosion etwas anderes als ein Übergreifen von einem Patienten. Der entscheidende Unterschied liegt jedoch im zahlenmäßigen Ausmaß der Katastrophe. Die wichtigsten Ziele bei der Nachsorge sind allerdings mehr oder weniger identisch: physische Sicherheit, psychisches Wohlbefinden und individuelle Fürsorge.

Ein großer Teil der bevölkerungs- und individualbezogenen Präventionsstrategien ist über das Internet frei zugänglich, und auf den Seiten US-amerikanischer, britischer und internationaler staatlicher Institutionen und Hilfsorganisationen zu finden, daher wird im Folgenden nahezu ausschließlich auf die angloamerikanische Literatur zurückgegriffen. Im deutschen Sprachraum stehen die wissenschaftlichen Bemühungen zu dieser Thematik erst am Anfang. Einen guten Überblick über verschiedene Aspekte arbeitsplatzbezogener Nachsorge- und Ersthilfe-Interventionen liefert ein soeben erschienenes Buch aus dem Bereich der Notfallpsychologie (WILK und WILK 2007).

Ist eine Primärprävention möglich?

Wie die Bezeichnung ›Nachsorge‹ schon nahelegt, zielen die Bemühungen der meisten Interventionen auf die Betreuung und Unterstützung von Personen, die Opfer eines Übergriffs oder anderer Ereignisse geworden sind. Üblicherweise wird ein solches Vorgehen als Sekundärprävention bezeichnet, also die Verhinderung einer weiteren Verschlimmerung nach einem gesundheitlich beeinträchtigenden Ereignis. Es drängt sich zweifelsohne die Frage auf, ob eine Verhinderung des Ereignisses bzw. des Eintritts der psychischen Traumatisierung möglich ist. Generell ist natürlich die Vermeidung aggressiver Auseinandersetzungen zwischen Patienten und Mitarbeitern die beste Primärprävention, und vor der Etablierung von Nachsorge-Interventionen sollte in allen infrage kommenden Einrichtungen das Personal hinsichtlich Deeskalations-Strategien und körperlichen Abwehrtechniken (Schutztechniken) trainiert sein. Entsprechende Trainingsprogramme sind vielerorts erhältlich und die Erfahrungen sind überwiegend positiv, wenngleich die wissenschaftliche Evidenz nur mit extrem großen methodischen Aufwand herzustellen ist (RICHTER 2004; RICHTER und NEEDHAM 2007).

Wenn man die Präventionsanstrengungen nicht auf die Verhinderung des Übergriffs, sondern auf die Verhinderung der psychischen Traumatisierung bezieht, so erhält die Primärprävention noch eine andere Konnotation. Im ersten Teil dieses Buchs wurde bereits auf den Begriff

der Resilienz hingewiesen, den man im Deutschen nicht ganz exakt mit Widerständigkeit oder innerer Stärke übersetzen kann. In der empirischen Forschung zur Entstehung posttraumatischer Belastungsreaktionen ist mittlerweile der Befund unbestritten, dass manche Menschen tendenziell resilienter sind als andere, was mit anderen Worten nur bedeutet, dass sie weniger Risikofaktoren für eine psychische Traumatisierung tragen (KING et al. 2004; WATSON et al. 2006). Neben psychobiologischen Merkmalen, etwa Persönlichkeitscharakteristika, ist dies insbesondere der Umgang mit Stresssituationen sowie psychosoziale Ressourcen, beispielsweise die schon verschiedentlich erwähnte soziale Unterstützung.

Stabile Sozialbeziehungen sind dem aktuellen Forschungsstand nach die beste Voraussetzung zur Bewältigung von Stresssituationen. Insbesondere der Aufbau von Vertrauen und Geborgenheit sowie die Identifikation mit positiven Rollenmodellen sind in der Lage, gefährdete Personen zu unterstützen. Erfahrungsgemäß ist soziale Unterstützung auch die Basis für die Entwicklung von Selbstvertrauen, von Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten und dem positiven Umgang mit Emotionen (WATSON et al. 2006).

In militärischen Einheiten, deren Angehörige naheliegenderweise ein erhebliches Traumatisierungsrisiko im Kriegsfall haben, wird traditionell versucht, die Resilienz zu stärken, indem die Soldaten darauf vorbereitet werden, was sie möglicherweise während des Kampfeinsatzes erwartet (WATSON et al. 2006). Üblicherweise zielen diese Vorbereitungen darauf, die im potenziellen Falle notwendigen Abläufe und Fertigkeiten zu beherrschen, beispielsweise das Üben und Wiederholen standardisierter Bewältigungsformen. Daneben werden der Zusammenhalt der Einheit, die physische Fitness und die Führungsstärke von Offizieren gefördert, und auch diese Faktoren sind im Falle eventueller Traumatisierungen nicht zu unterschätzen. Es handelt sich somit um kollektive und individuelle Strategien zur Stressbewältigung (*stress inoculation*).

Im zivilen Bereich sind derartige Vorbereitungen kaum bekannt, allerdings könnten auch hier die gleichen Voraussetzungen und positiven Effekte gegeben sein. Wenn Risikogruppen identifizierbar sind, z. B. Pflegepersonal in forensischen Einrichtungen oder in der geschlossenen Akutpsychiatrie,

ist vorstellbar, dass Vorbereitungstrainings auch hier zum Erfolg führen können. Obwohl dem Verfasser bis heute derartige Maßnahmen nicht bekannt sind, lassen sich bestimmte Strategien zweifelsohne auch im Vorhinein in Institutionen des Gesundheitswesens üben. In Abwandlung einiger Vorschläge von Watson und ihren Kollegen (WATSON et al. 2006) wären dies etwa im Falle der Traumatisierung:

- ⊙ das aktive Erinnern an die zentralen Informationen der Vorbereitungskurse,
- ⊙ das Vertrauen in die Unterstützung durch Kollegen und Leitung,
- ⊙ das Vermeiden negativer Gedanken,
- ⊙ das Vermeiden von Aufgeregtheit,
- ⊙ die positiven Gedanken an Familie und Freunde,
- ⊙ die Konzentration auf positive Bewältigungsmuster.

Idealerweise könnten solche Stressbewältigungsstrategien im Gesundheitswesen in die oben genannten Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement aufgenommen werden.

Unterstützung und Nachsorge nach Patientenübergriffen:² Grundsätze der Sekundärprävention

Nicht nur die Primärprävention, sondern auch die sekundärpräventive Nachbetreuung nach Stress-Ereignissen hat ihre Ursprünge im militärischen Sektor. Seit dem Ersten Weltkrieg, in dem Psychotraumata zwar nicht erstmalig auftraten, aber erstmalig flächendeckend als Problem identifiziert wurden, versuchen Armeen ihre Soldaten vor den Folgen traumatischer Erlebnisse zu schützen (JONES UND WESSELY 2003; RUZEK 2006). Zweifelsohne war (und ist vermutlich bis heute) das vordringliche Ziel derartiger Bemühungen die Wiederherstellung der Kampfbereitschaft der betroffenen Personen und Einheiten. Schon früh wurden die bis heute wichtigen Prinzipien der Nachsorge identifiziert, nämlich die räumliche Nähe zu den betroffenen Einheiten, die zeitliche Unmittelbarkeit der

² Wenngleich im Folgenden ausschließlich von Opfern durch Patientenübergriffe die Rede ist, sollte ein weiterer Schadensfall nicht übersehen werden, für den prinzipiell die gleichen Richtlinien zu gelten haben, nämlich der Patientensuizid.

Hilfe nach dem Ereignis sowie die Vermittlung der zu erwartenden psychischen Phänomene. Hinzu kam das Prinzip der möglichst einfachen und pragmatischen Unterstützung.

Weitere Erfahrungen wurden in den letzten Jahrzehnten bei anderen Berufsgruppen gemacht. Systematische Nachsorge ist etwa im Katastrophenschutz in allen westlichen Staaten anzutreffen. Dies gilt sowohl für die aktive Nachsorge durch die Angehörigen des Katastrophenschutzes für betroffene Personen aus der Zivilbevölkerung als auch für die Mitarbeiter selbst. Andere Hochrisikogruppen, in denen psychische Folgen belastender beruflicher Situationen bearbeitet werden, sind Polizisten, Feuerwehrpersonal, Rettungssanitäter sowie Führer von Lokomotiven und anderen Nahverkehrszügen, die bekanntlich ein relativ großes Risiko des Erlebens von Suiziden haben. Viele dieser Berufsgruppen haben auch Kontakt zu Notfallseelsorgern, also speziell weitergebildeten Theologen.

Bei der Nachsorge nach belastenden Stressereignissen sind verschiedene Phasen zu unterscheiden, in denen auch unterschiedliche Interventionen erfolgen sollten (LITZ und GRAY 2004). Erfahrungsgemäß können (aber müssen nicht!) sich vier Phasen entwickeln:

- ⊙ die Schockphase (bis 48 Stunden nach dem Ereignis),
- ⊙ die Akutphase (bis ca. vier Wochen nach dem Ereignis),
- ⊙ die PTBS-Phase (ca. vier Wochen bis mehrere Monate),
- ⊙ die chronische PTBS (nach mehreren Monaten bis mehrere Jahre).

Für die Unterstützung und Nachsorge durch die Einrichtungen, in denen das Ereignis passierte, sind in erster Linie die Schock- und die Akutphase relevant. Diese ersten Phasen werden im Wesentlichen vom Ereignis bestimmt. Bei einer weiter anhaltenden psychischen Belastung ist dagegen psychotherapeutische Hilfe durch Spezialisten notwendig. Sollten sich nach der Akutphase weiterhin Symptome und Probleme bemerkbar machen, so hat dies in erster Linie mit der Verarbeitung und Bewältigung des Erlebten zu tun und weniger mit dem Übergriff selbst (SHALEV 2006). Es gehört zu den zentralen Aufgaben der Nachsorge, den Verlauf der psychischen Belastung zu beobachten, zu begleiten und zur richtigen Zeit dann auf die notwendige psychotherapeutische Hilfe zu verweisen und diese ggf. auch mit anzubahnen.

Der Verlauf der psychischen Belastung und die Regeneration sind individuell höchst unterschiedlich und geschieht phasenhaft. Aus wissenschaftlicher Sicht wird der Verlauf im Wesentlichen durch die folgenden Einflüsse bestimmt (SHALEV 2006; SPEIER 2006):

- ⊙ Persönlichkeitsfaktoren des Übergriffsoffers,
- ⊙ frühere Erfahrungen und psychische Reaktionen auf Stressereignisse,
- ⊙ die Schwere des Ereignisses,
- ⊙ Unkontrollierbarkeit und Unvorhersagbarkeit des Ereignisses,
- ⊙ die subjektiv erlebte Traumatisierung,
- ⊙ soziale Umweltbedingungen (insb. die wahrgenommene soziale Unterstützung).

Bei den Überlegungen zur Nachsorge sind diese Einflussfaktoren immer mit zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen Biografien und sozialen Umweltbedingungen sind dabei besonders wichtig. Wenn frühere psychische Belastungen oder gar psychische Störungen wie eine Depression, Angsterkrankung oder ein Suchtmittelmissbrauch bekannt sind, muss dies genauso zu Konsequenzen in der Nachsorge führen wie die Tatsache, dass jemand allein lebt, keinen Partner hat und nur einen sehr kleinen Freundeskreis.

Entscheidend ist in jedem Fall, den betroffenen Mitarbeiter selbst bestimmen zu lassen, welche Hilfsangebote wahrgenommen werden. Ein wesentlicher Grund hierfür sind die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter, hier darf keinesfalls nach Schema vorgegangen werden. Die Nachsorgebemühungen müssen sich immer daran orientieren, welche gesundheitlichen, praktischen, beruflichen oder emotionalen Bedürfnisse bestehen. Ein weiterer Grund für die große Bedeutung der Selbstbestimmung der Übergriffsoffer ist das gewisse Dilemma zwischen der ›notwendigen‹ Fürsorge und Sicherheit für das Übergriffsoffer einerseits und der Autonomie des Betroffenen andererseits (SHALEV 2006). Traumatisierte Personen brauchen beide Seiten, die Sicherheit, unterstützt zu werden und die Autonomie, selbst zu bestimmen, welche Bedürfnisse bestehen und welche Angebote annehmbar sind. Die Regeneration nach einem Trauma besteht zu großen Teilen auch in der Wiedererlangung

autonomer Entscheidungen in Richtung auf eine positive Gesundheit. Fremdbestimmte Einwirkungen sind hier eher kontraproduktiv.

Im Allgemeinen muss von starken Anpassungsfähigkeiten bei den von traumatisierenden Ereignissen betroffenen Personen ausgegangen werden. Das Opfer ist kein passiver Empfänger von Unterstützungsleistungen, sondern sollte als ›leitende‹ Person für den Nachsorgenden verstanden werden (SHALEV und URSANO 2003). Entscheidend ist die Identifizierung und die Bewältigung von Problemen, die der Selbst-Regulation und der Genesung entgegenstehen. Hierbei kann die Nachsorge eine sehr entscheidende Funktion übernehmen.

Die im weiteren Verlauf angeführten Interventionen sind deshalb auch keinesfalls so zu verstehen, dass sie obligatorisch nach einem Übergriff erfolgen sollten, sondern als Optionen, die je nach Schwere des Übergriffs und Schwere der Traumatisierung angezeigt sind. Allerdings ist das Ausmaß der psychischen Belastung für Außenstehende oftmals zu schwer einschätzbar. Wie im Verlauf dieses Buches schon verschiedentlich erwähnt wurde, ist Vermeidungsverhalten ein Kernsymptom einer psychischen Traumatisierung, das heißt, viele Opfer erleben nicht, dass sie Hilfe benötigen. Hinzu kommt die ebenfalls schon angesprochene Furcht vor der Stigmatisierung. Gerade Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen wissen durch ihre Patienten, was es bedeutet, wegen einer psychischen Störung diskriminiert und von vielen sozialen Bereichen ausgeschlossen zu werden. Die Bereitschaft, die eigene psychische Belastung mitzuteilen ist daher nicht sonderlich ausgeprägt. Darüber hinaus wird von Opfern häufig der positive Effekt von Unterstützungs- und Therapieleistungen bezweifelt.

Zusammenfassend versteht es sich deshalb nahezu von allein, dass die betroffenen Mitarbeiter meistens nicht von sich aus um Unterstützung und Nachsorge bitten, sondern ein ›aufsuchendes‹, das heißt ein aktives Angebot von der Einrichtung bestehen sollte. Praktisch bedeutet dies, dass nach der Schockphase durch Mitarbeiter der Einrichtung, in der die vom Übergriff Betroffenen arbeiten, eine Nachfrage nach dem Wohlbefinden erfolgen sollte und zudem ein Angebot für die Nachsorge gemacht werden sollte. Lehnt das Übergriffsoffer dieses Angebot ab und sind auch keine

weiteren psychischen Belastungen oder arbeitsbezogene Probleme zu erkennen, kann auf einen unkomplizierten Regenerationsverlauf vertraut werden. Allerdings sollte das Angebot der Nachsorge explizit aufrechterhalten werden, denn mitunter stellen sich die Belastungsreaktionen erst nach einigen Wochen ein.

Schwierig ist die Einschätzung, ob eine psychische Belastung weiterhin besteht und ob sie unter Umständen so gar in eine manifeste PTBS übergegangen ist bzw. eine chronische Verlaufsform angenommen hat. Abgesehen von der Fürsorge in den ersten Stunden, sollten die Nachsorge-Hilfsangebote der Einrichtungen sich grundsätzlich nur an die Mitarbeiter richten, die eine weiter bestehende psychische Belastung aufweisen. Einer der wichtigsten Leitsätze in der Sekundärprävention psychischer Belastungsreaktionen ist die empirische Beobachtung, dass nur ein kleiner Teil der von einem Übergriff betroffenen Mitarbeiter auch tatsächlich psychisch traumatisiert wurde. Bei den meisten Übergriffsoptionen stellt sich gar keine psychische Belastung ein, die über mehrere Tage anhält. Und bei anderen sorgt die quasi ›natürliche‹ Regeneration dafür, dass die Belastung innerhalb weniger Tage bis Wochen zurückgeht. Würde man bei diesen Personen nachsorgend intervenieren, bestünde die Gefahr, den individuellen Regenerationsverlauf zu stören und ggf. sogar aufzuhalten.

In der Schockphase nach dem Ereignis ist eine keine therapeutische, sondern eine basale Fürsorge angezeigt. Dagegen können die Betroffenen in der Akutphase, die sich möglicherweise in den darauffolgenden Wochen entwickeln kann, an der Regeneration und Bewältigung des Erlebten aktiv mitarbeiten. Eine aktive Mithilfe ist hingegen in den ersten Stunden bis Tagen nicht zu erwarten. In dieser Phase geht es um die Vermittlung von physischer und psychischer Sicherheit und allem, was das individuelle Wohlbefinden fördert. Hier sind in erster Linie die direkten Kolleginnen und Kollegen auf der Station, Wohngruppe oder Ähnlichem gefragt. Dazu gehört die verbale und emotionale Unterstützung des Übergriffsoptionen, unter Umständen auch respektvoller Körperkontakt, beispielsweise eine Umarmung oder das Halten einer Hand.

Zur Sicherheit gehört weiterhin das Angebot, an die betroffenen Mitarbeiter, sich von der Station oder der Einrichtung zu entfernen. Auf

keinen Fall sollte darauf bestanden werden, dass die Schicht zu Ende gearbeitet wird, an dieser Stelle ist somit auch eine gute Kooperation mit der Einrichtungsleitung von Bedeutung, die unter Umständen für personellen Ersatz zu sorgen hat. Hintergrund für diese Empfehlung ist die Beobachtung, dass die Station und ihre Atmosphäre von vielen Betroffenen als sehr beängstigend erlebt wird, und unter Umständen ist der Patient, der an dem Übergriff beteiligt war, noch anwesend. Das Angebot, die Station zu verlassen, darf allerdings nicht dazu führen, dass der Mitarbeiter, der den Übergriff erlebt hat, allein gelassen wird. Gerade in den ersten Stunden und Tagen ist eine effektive soziale Unterstützung sicherzustellen. Mitarbeiter, die keine Familie, Partner oder Mitbewohner in der Wohnung haben, sollten eine Unterkunft anderswo angeboten bekommen. Allerdings gilt auch hier das Prinzip, dass der Betroffene selbst über die weiteren Schritte entscheidet. Für manche ist das Alleinsein die beste Bewältigungsform und Reaktion auf das Geschehene, und manche Mitarbeiter möchten auch weiter arbeiten bis zum Ende der Dienstzeit. Diese Wünsche gilt es zu respektieren.

Nach der Schockphase kann bei Bedarf die Nachbetreuung einsetzen. Dies sollte von speziell geschulten und zu diesem Zweck freigestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unternommen werden. Bei der Auswahl der Personen, welche die Nachsorge für traumatisierte Kolleginnen und Kollegen übernehmen, sind psychiatrische Einrichtungen in einer relativ komfortablen Position. Es ist selbstredend ein großer Vorteil, über berufliche Erfahrungen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich zu verfügen. Mitarbeiter mit einem solchen beruflichen Hintergrund verfügen in aller Regel über ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten in der Krisenintervention, können auf ihre kommunikativen Fähigkeiten vertrauen und können psychische Probleme in ihrem Ausmaß abschätzen. Erfahrungsgemäß hat sich sowohl im militärischen Bereich als auch im Gesundheitswesen die Betreuung durch Mitarbeiter als günstig herausgestellt, die auf der gleichen hierarchischen Stufe arbeiten (DAWSON et al. 1988; FLANNERY et al. 1991; JONES et al. 2003; KELLER et al. 2005). Vorgesetzte hingegen haben es – zumindest hierzulande – relativ schwer, das Vertrauen ihrer hierarchisch unterstellten Mitarbeiterinnen und Mit-

arbeiter zu gewinnen. Hintergrund ist vermutlich die Vermischung unterschiedlicher Rollenerwartungen an die Vorgesetzten, die in diesem Falle sowohl Hilfe als auch Weisungsbefugnisse, etwa in Zusammenhang mit einer möglichen Versetzung beinhalten. Die theoretischen Konzepte und empirischen Erfahrungen bezüglich der Ausbildung von Nachsorgeteams werden weiter unten ausführlicher beschrieben.

Psychologische Erste Hilfe: Der Erstkontakt

Vergleichbar zur körperlichen Ersten Hilfe als Sofortmaßnahmen bei Unfällen oder anderen Ereignissen, gibt es eine Vielzahl von Empfehlungen, wie in den ersten Stunden, Tagen bis hin zu wenigen Wochen auch bei psychischen Notfällen, geholfen werden kann. Auch hier hat sich die Begrifflichkeit der Psychologischen Ersten Hilfe durchgesetzt, und dieser Begriff zeigt an, dass es eben nicht um eine therapeutische Intervention geht, sondern um Erstmaßnahmen, auf deren Basis dann über das weitere – unter Umständen therapeutische – Vorgehen zu entscheiden ist.

Das entscheidende Ziel von Erstinterventionen ist die Unterstützung von Bewältigungs- und Problemlöseprozessen betroffener Personen, die diesbezüglich entsprechende Risiken aufweisen (YOUNG 2006). Die Risiken können dabei sowohl durch das Ereignis (vor allem die Schwere) als auch durch persönliche Eigenschaften bestimmt sein. Wenn es erste Anzeichen gibt, dass Übergriffsoffer mit der Situation allein nicht zurechtkommen werden, dann ist die Erstintervention als Psychologische Erste Hilfe die Intervention der Wahl.

Die Abschätzung über die Notwendigkeit einer Erstintervention geschieht dabei entweder durch den Kontakt mit den unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen des Übergriffsoffers oder im Gespräch mit der betroffenen Person selbst. In dieser Phase ist es wichtig, eine unterstützende Beziehung zwischen Helfer und Opfer herzustellen, Empathie zu zeigen und – wo nötig – Re-Orientierung zu geben. Der Erstkontakt kann dabei als eine ›provisorische Brücke‹ aus dem inneren psychischen Chaos der betroffenen Person verstanden werden (WILK und WILK 2007: S. 142 ff.). Wer

sich in akuter Not befindet, wird bemüht sein, jemanden zu finden, der ihm oder ihr dort hinaushilft. Allein schon die verbale Ansprache kann ein Weg sein, einen hilfreichen Kontakt herzustellen. Viele Betroffene sind zu einer Kommunikation von sich aus nicht fähig, da das innere Erleben von Panik und Chaos oftmals Sprachlosigkeit zur Folge hat.

Idealerweise sollte die Psychologische Erste Hilfe in der Psychiatrie, in der Behindertenhilfe und im weiteren Gesundheitswesen von den unmittelbaren Kollegen im Arbeitsbereich geleistet werden; diese Form der Unterstützung wurde von den Studienteilnehmern – wie oben beschrieben – sehr geschätzt. Der entscheidende Vorteil der kollegialen Ersthilfe ist das bereits bestehende Vertrauensverhältnis. Selbstverständlich können auch andere Personen als psychologische Ersthelfer zum Einsatz kommen. Ein deutsches Handbuch der Psychologischen Ersten Hilfe schlägt für diesen Fall für den Erstkontakt folgende Schritte vor (WILK und WILK 2007: S. 146):

- ⊗ »Sprechen Sie die Betroffenen direkt an, schauen Sie der Person in die Augen.«
- ⊗ »Stellen Sie sich mit Namen und Funktion vor, erfragen Sie den Namen der Betroffenen.«
- ⊗ »Sprechen Sie mit der betroffenen Person ruhig, freundlich und ihr zugewandt.«
- ⊗ »Bei fehlendem Blickkontakt bitten Sie die Person darum, Sie einmal anzuschauen.«
- ⊗ »Hören Sie aufmerksam zu, wenn die Person Ihnen etwas erzählt.«
- ⊗ »Achten Sie genau darauf, was die betroffene Person in ihrer Notsituation an Gefühlen, Wünschen und anderen Bedürfnissen äußert.«
- ⊗ »Gehen Sie, sobald es möglich ist, genau auf die Wünsche und Gefühle der Person ein.«
- ⊗ »Versichern Sie der Person Ihre Anwesenheit und Aufmerksamkeit.«

Des Weiteren wird empfohlen, gemeinsam mit der traumatisierten Person einen ›sicheren‹ Raum aufzusuchen, wo zum einen nicht zu viele weitere Personen anwesend sind und zum anderen keine direkten Hinweise auf den gerade abgelaufenen Vorfall vorhanden sind, etwa zertrümmertes Mobiliar oder Ähnliches.

Folgende beispielhafte Gesprächsinterventionen werden in einem amerikanischen Handbuch vorgeschlagen (U.S. Department of Health and Human Services 2005; meine Übersetzung):

»Sie* haben gerade Ihre Sicherheit verloren. Das wird sich wieder verbessern im Laufe der Zeit.«

»Ich kann verstehen, dass Sie sich jetzt so fühlen.«

»Dies ist die Art und Weise, wie Ihr Körper und Ihr Geist mit dem Erlebten umgeht. Ihre Reaktionen sind normal.«

»Sie haben nichts falsch gemacht, es war nicht Ihr Fehler. Sie haben das getan, was Sie für das Beste gehalten haben.«

Sollten keine Hinweise vorliegen, dass das Übergriffsoffer eine entsprechend Hilfebedürftigkeit geäußert hat oder aber schwere Traumatisierungssymptome zeigt, dann kann ein Gespräch mit der Nachfrage beginnen, ob das Übergriffsoffer der Ansicht ist, dass es die Situation bewältigen könne:

»Glauben Sie, dass Sie mit dem Vorfall zurechtkommen werden?«

Die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten hat sich empirisch als ein relativ guter Prädiktor des weiteren Verlaufs herausgestellt (YOUNG 2006).

Für die Einschätzung des weiteren Verlaufs ist zudem die aktuelle allgemeine Belastungssituation sowie psychische Belastungen in der Vergangenheit von Bedeutung. Zu diesem Zweck kann eine kurze edukative Information folgender Art gegeben werden (revidiert nach YOUNG 2006; meine Übersetzung):

»Wir wissen aus der Forschung und von Kontakten mit Menschen in ähnlichen Situationen, dass gesundheitliche oder finanzielle Probleme vor einem solchen Ereignis besonders verletzlich machen können. Gleiches gilt für Menschen, die früher unter Angstzuständen, Depressionen oder Psychosen leiden mussten oder schon einmal traumatisiert wurden. Wenn das für Sie zutrifft, sollten Sie besonders auf sich aufpassen oder bei Bedarf Kontakt zu einem Therapeuten aufnehmen.«

* Die Nutzung der Höflichkeitsform oder aber vertrauterer Anreden hängt von der Vertrautheit zwischen den Ersthelfern und dem Übergriffsoffer ab.

Abhängig vom weiteren Gesprächsverlauf, insbesondere von der Einschätzung, ob eine vertrauensvolle Gesprächsbasis entstanden ist, kann auch direkt nach Stressoren gefragt werden (U. S. Department of Health and Human Services 2005; YOUNG 2006):

»Haben Sie aktuell vor dem Übergriff unter besonderen Belastungen gestanden?«

»Haben Sie früher schon traumatisierende Erlebnisse gehabt?«

Das Interesse sollte aber nicht nur den negativen Erfahrungen und Belastungen gelten, das Gespräch kann auch auf positive Bewältigungserlebnisse gebracht werden:

»Was hat Ihnen bei ähnlichen Ereignissen früher am Besten geholfen, damit fertig zu werden?«

»Wer kann Sie in dieser Situation am besten unterstützen?«

»Was können Sie als Nächstes tun, um wieder in Ihren Alltag zurückzukehren?«

Aufgrund der Erfahrungen und Antworten kann dann entschieden werden, ob und ggf. welche Form von Unterstützung die Betroffenen angeboten bekommen. Bei schwerer traumatisierten Opfern und bei bekannten Vorbelastungen können je nach Bedarf die folgenden Themen angesprochen werden:

- ◎ *Sicherheit*. Neben der physischen Sicherheit durch Verlassen der Station oder Einrichtung kann es unter Umständen notwendig sein, dies auch verbal zu artikulieren, wenn die Betroffenen noch zu sehr unter dem Eindruck des Geschehenen stehen oder Angstattacken erleben: »Es ist vorbei, Sie sind jetzt in Sicherheit, wir sind bei Ihnen.«
- ◎ *Soziale Unterstützung*. Die Gefahr der Isolation der Übergriffopfer ist unter Umständen relativ groß. Die Betroffenen brauchen das Gefühl, dass die Einrichtung (z. B. die Klinik und ihre Leitung) hinter ihnen steht, dass sie Ansprechpartner haben und dass sie von den Kolleginnen und Kollegen »getragen« werden: »Sie sind nicht allein, wir helfen Ihnen und unterstützen Sie, wo es nur geht.« Diese soziale Unterstützung muss unter Umständen auch aktiv an die Betroffenen herangetragen werden, insbesondere dann, wenn Rückzugs- und Vermeidungsverhalten offensichtlich sind.

- ◎ *Informationen über den Ablauf des Geschehens.* Übergriffsoffer haben gelegentlich unter dem Eindruck der Traumatisierung ein ganz eigenes, idiosynkratisches Erleben des Ereignisses gehabt, das sich nicht mit dem Erleben anderer deckt. Die Sichtweise anderer Beteiligter kann hier korrigierend helfen.
- ◎ *„Korrekte“ Attributionen.* Betroffene erleben sich bisweilen als Ursache des Ereignisses und geben sich die Schuld, auch wenn dies von anderen nicht so erlebt wurde. Schuld erleben darf unter keinen Umständen in den ersten Stunden verstärkt werden und entspricht zumeist auch nicht dem tatsächlichen Ablauf.
- ◎ *Informationen über Traumata und den zu erwartenden Verlauf.* Sobald die betroffenen Personen kognitiv in der Lage sind, Informationen adäquat zu verarbeiten, kann über mögliche zu erwartende Phänomene aufgeklärt werden: »Was Sie im Moment erleben, ist eine normale Reaktion auf ein außergewöhnliches Ereignis. Möglicherweise werden Sie diese Gefühle auch in den nächsten Stunden und Tagen noch haben. Wahrscheinlich werden diese Erlebnisse aber immer schwächer im Laufe der Zeit.«
- ◎ *Tipps zur Selbsthilfe.* Neben der Unterstützung durch ein Nachsorge-Team und ggf. durch therapeutische Hilfe können Betroffenen selbst auch erheblich zu einem positiven Verlauf der Verarbeitung des Erlebten beitragen. Zentraler Punkt ist die aktive Suche von sozialer Unterstützung bzw. das Vermeiden sozialer Isolation. Weiterhin können Hinweise über das Vermeiden von Schlafstörungen, über Alkohol- oder Tablettenkonsum und über Stressvermeidung gegeben werden. Diese Tipps werden unten noch konkreter beschrieben.

Als weitere Ersthilfe-Maßnahmen für den Übergang aus der psychischen Notsituation wird in dem schon zitierten deutschen Ersthelfer-Handbuch Folgendes vorgeschlagen (WILK und WILK 2007: S. 161):

- ◎ »Wenn es der Betroffene wünscht, kann ich ihn zu seinen nächsten Angehörigen oder in seine Wohnung begleiten.«
- ◎ »Wenn notwendig und gewünscht, begleite ich den Betroffenen zur Abklärung von körperlichen Beschwerden ins Krankenhaus oder zu seinem Hausarzt.«

- ⊙ »Wenn notwendig und gewünscht, begleite ich den Betroffenen zur Abklärung von psychischen Belastungen und Symptomen zur einem Psychologischen Psychotherapeuten.«
- ⊙ »Wenn es im Einsatzkonzept vorgesehen ist, bespreche ich mit dem Betroffenen meine Erreichbarkeit in den nächsten Stunden.«
- ⊙ »Wenn es im Einsatzkonzept vorgesehen ist, bespreche ich mit dem Betroffenen weitere Maßnahmen der psychosozialen Unterstützung. Dazu gehören telefonische Unterstützungen in den nächsten Stunden und Beratungsangebote am folgenden Tag.
- ⊙ »Ich organisiere und schaffe einen Übergang zur psychosozialen Notfallversorgung und Hilfe.«

Psychologische Erste Hilfe: Richtlinien für Ersthelfer und Nachsorgeteams

Wenngleich die Psychologische Erste Hilfe explizit keine therapeutische Ausrichtung hat, sondern eher auf die praktische Unterstützung in einer Notsituation zielt, sollten Ersthelfer und Angehörige von Nachsorgeteams einige Hinweise beachtet werden, die nach Erfahrungen geübter Ersthelfer den Kontakt zu den Opfern erleichtern und den Verlauf positiv beeinflussen können (BLEDSOE 2003; BUIJSSEN 2003; NCTSN/NCPTSD 2006; OSTERMAN und CHEMTOB 1999):

- ⊙ *Handeln Sie nicht direktiv.* Schicken Sie beispielsweise das Übergrißopfer nicht gegen seinen/ihren Willen nach Hause. Versuchen Sie insbesondere nicht zum Wiedererzählen der Situation oder damit verbundener Gefühle zu überreden.
- ⊙ *Lassen Sie die Betroffenen über die weiteren Schritte entscheiden.* Neben der Unterstützung und Fürsorge ist die Autonomie ein zentrales Prinzip der Nachsorge.
- ⊙ *Drängen Sie sich nicht auf.* Erfragen Sie respektvoll, wie Sie am besten helfen können.
- ⊙ *Sprechen Sie ruhig und langsam, seien Sie aufmerksam und einfühlsam.* Die Betroffenen befinden sich möglicherweise in einer psychischen Ausnahme-situation und sind evtl. kognitiv und affektiv beeinträchtigt.

- ⊙ *Bereiten Sie sich darauf vor, dass die Betroffenen Ihre Hilfe ablehnen.* Die Ablehnung hat in der Regel nichts mit Ihnen als Person zu tun, sondern ist entweder durch das mit der Traumatisierung verbundene Vermeidungsverhalten bedingt oder aber durch die Einschätzung, dass man selbst über genügend Ressourcen zur Bewältigung verfügt.
- ⊙ *Wenn die Betroffenen über das Geschehen reden wollen, hören Sie aufmerksam zu.* Manche Personen müssen ihre Gedanken und Gefühle mitteilen, hören Sie in dieser Situation einfach zu, aber drängen Sie nicht auf weitere Details.
- ⊙ *Verstärken Sie die positiven Verhaltensweisen.* Zur Bewältigung des Geschehenen greifen die Übergriffopfer auf »erlerntes« Verhalten zurück; dieses sollten Sie verstärken, wenn es positive Wirkungen hat, beispielsweise den Verzicht auf Alkohol, das Vermeiden zusätzlicher Stressoren etc.
- ⊙ *Gehen Sie nicht mit Vorerwartungen in das Gespräch.* Auch wenn Sie schon mehrere Übergriffopfer begleitet haben, sollten Sie sich bewusst sein, dass das Erleben und Fühlen nach einem solchen Ereignis höchst individuell sein kann. Erwarten Sie daher nicht, dass die Verarbeitung schematisch verläuft.
- ⊙ *Erwarten Sie nicht, dass jeder Betroffene auch traumatisiert ist.* Nur ein Teil der Übergriffopfer erlebt dieses Ereignis als belastend und von diesen erholt wiederum sich ein Teil innerhalb weniger Tage bis Wochen.
- ⊙ *Vermeiden sie »Pathologisierungen«.* Sprechen Sie gegenüber den Übergriffopfern nicht von Symptomen, Diagnosen, Störungen oder Krankheiten, sondern eher von Phänomenen oder Gefühlen. Obwohl psychiatrische Professionelle es gewohnt sind, ihre Beobachtungen in ein medizinisch-psychologisches Raster zu fassen, ist dies in den ersten Stunden und Tagen nach einem potenziell traumatisierendem Ereignis nicht angezeigt. Zum einen dauert es eine gewisse Zeit, bis aus einem Schockerlebnis eine posttraumatische Belastungsreaktion geworden ist, zum anderen könnte dies die negativen Erwartungen an die Regeneration einiger Opfer noch verstärken und die damit verbun-

dene Stigmatisierung psychischer Krankheiten könnten den sozialen Rückzug befördern,

- ⊗ *Vermeiden Sie eine Paternalisierung der Betroffenen.* Zur Aufrechterhaltung der Autonomie und der Beförderung der eigenständigen Regeneration sollten Äußerungen unterbleiben, die mitteilen, dass man ohnehin weiß, was dem Betroffenen gut tut.
- ⊗ *Vermeiden Sie ein Debriefing.* Durch Erfragen zu detaillierter emotionaler und kognitiver Inhalte kann der Regenerationsprozess unterbrochen oder ggf. auch in das Gegenteil verkehrt werden. Vermeidungsverhalten ist nicht nur negativ zu beurteilen, sondern ist in bestimmten Situationen auch Ausdruck eines psychischen Genesungsprozesses.
- ⊗ *Erkennen Sie die Grenzen Ihrer Möglichkeiten.* Gerade psychiatrische Professionelle haben eine therapeutische Haltung, die sich jedoch in der Ersthelfer-Situation in Grenzen halten muss. Sobald Probleme wie Suizidalität, Alkohol- und Tablettenmissbrauch oder anhaltende Panikattacken auftauchen, sollte möglichst rasch therapeutische Hilfe bei einem Psychotherapeuten oder Psychiater gesucht werden.

Weitere, schlicht zu unterlassende Bemerkungen sind die folgenden (BUJESSEN 2003):

- ⊗ bagatellisieren (»es war eigentlich nicht schlimm«),
- ⊗ den/die Betroffene verurteilen (»warum hast du nicht ...«),
- ⊗ das Gespräch auf sich selbst bringen (»ich habe so was auch mal erlebt«),
- ⊗ dem/der Betroffenen vermitteln, er/sie habe eigentlich Glück gehabt (»es hätte dich schlimmer treffen können«),
- ⊗ sagen, dass das zum Beruf gehört,
- ⊗ auffordern, nicht weiter darüber zu reden (»es ist nun einmal passiert, du musst wieder nach vorn schauen«).

Selbsthilfe-Tipps für Übergriffsoffer

Die Regeneration nach einem traumatisierenden Ereignis hängt natürlich nicht nur von den Unterstützungssystemen ab, sondern auch von der Bereitschaft der Opfer, sich aktiv um eine Verbesserung des psychi-

schen Befindens zu kümmern. Es existiert mittlerweile eine Vielzahl von Selbsthilfe-Büchern, -Hörbüchern und anderen Materialien, welche in dieser Hinsicht weiterhelfen. Die nachfolgenden Hinweise (FISCHER 2003; WILLIAMS und POIJULA 2002) gelten jedoch nicht allein für betroffene Übergriffopfer, sondern die Nachsorgenden sollten auch in der Lage sein, diese Empfehlungen an ihre Kollegen weiterzugeben.

- ⊙ Machen Sie sich kundig über Psychotraumata, PTBS und zusammenhängende Phänomene.
- ⊙ Suchen Sie sich eine oder mehrere Personen, mit denen Sie über Ihre Erlebnisse sprechen können.
- ⊙ Suchen Sie sich Personen und Orte, bei denen Sie sich sicher und unverletzbar fühlen.
- ⊙ Beziehen Sie vorhandene Lebenspartner/-innen mit in ihre Bewältigungsansätze ein.
- ⊙ Versuchen Sie aktiv mit Ihren Erinnerungen umzugehen (z. B. aufschreiben, zeichnen).
- ⊙ Versuchen Sie, nicht »den Boden unter den Füßen verlieren«.
- ⊙ Versuchen Sie, Ihren Körper bewusst zu spüren.
- ⊙ Machen Sie für sich einen Plan für den Tag und besprechen ihn mit anderen Personen.
- ⊙ Schauen Sie Fernsehen und besprechen Sie mit anderen Personen, was Sie gesehen haben.
- ⊙ Routinetätigkeiten sind gut, aber besser noch sind veränderte Routinen (z. B. den Hausputz in anderer Reihenfolge).
- ⊙ Bitten Sie andere Personen, aktiv in Kontakt mit Ihnen zu bleiben.
- ⊙ Entspannen Sie sich bei körperlichen Aktivitäten:
 - Jogging, Spaziergehen, Radfahren, Reiten, Wandern etc.; aber keine Höchstleistungen anstreben.
- ⊙ Ernähren Sie sich möglichst gesund:
 - naturbelassene Lebensmittel,
 - wenig Fleisch, wenig belebende Getränke,
 - Alkohol und Tabak meiden.
- ⊙ Knüpfen Sie an gute alte Gewohnheiten an:
 - versuchen Sie, die Alltagsroutine abzuarbeiten,

- ⊙ treiben Sie Ihren Lieblingssport,
- ⊙ lesen Sie eines Ihrer Lieblingsbücher erneut,
- ⊙ schauen Sie bekannte und gern gesehene Filme auf Video/DVD an,
- ⊙ vermeiden Sie neue Stressoren auf der Arbeit, im Privatleben und in der Freizeit.
- ⊙ Nutzen Sie aktiv Entspannungstechniken.
- ⊙ Suchen Sie Ihren ›sicheren Ort‹ auf.
- ⊙ Nutzen Sie Atemtechniken.
- ⊙ Nutzen Sie Muskel-Relaxations-Techniken.
- ⊙ Wenn Sie Erfahrung damit haben, nutzen Sie Meditationstechniken.
- ⊙ Bei (nicht seltenen) Schlafstörungen entwickeln Sie eine Schlafhygiene (BERNEGGER et al. 2003; HATZINGER und HÄTTENSCHWILER 2001):
 - ⊙ abends nur leichte Mahlzeiten und wenig Flüssigkeit,
 - ⊙ Stimulantien wie Kaffee oder Tee abends meiden,
 - ⊙ Alkohol meiden (Alkohol fördert Durchschlafstörungen),
 - ⊙ Schlafzeit knapp bemessen, kein Mittagsschlaf,
 - ⊙ lieber aufstehen und lesen als herumwälzen,
 - ⊙ nicht essen, lesen oder fernsehen im Bett.

Wann sollte medizinische bzw. therapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden?

Es wurde schon verschiedentlich auf den nicht-therapeutischen Charakter der Nachsorge und Ersthilfe nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis hingewiesen. Wenngleich die Versuchung für Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen groß ist, den Betroffenen in Krisensituationen beizustehen, sollte bei schwerwiegenden psychischen, körperlichen oder auch sozialen Problemen auf die Unterstützung von Experten nicht verzichtet werden. Zu diesem Zweck ist es äußerst hilfreich, wenn die Einrichtung für die potenziell betroffenen Mitarbeiter eine Liste von spezialisierten Psychotherapeuten bereithält, an die die Übergriffopfer sich wenden können. Weiterhin ist es erfahrungsgemäß von Vorteil, eine Vereinbarung über eine schnelle Hilfestellung mit den psychotherapeuti-

schen Praxen zu vereinbaren. In vielen Regionen Deutschlands existieren wochen- und zum Teil monatelange Wartezeiten für Ersttermine bei psychologischen Psychotherapeuten. Auch hier sind psychiatrische Einrichtungen wiederum im Vorteil gegenüber anderen gefährdeten Arbeitsplatzorganisationen, da es zum einen in der Regel eine Vernetzung mit den psychosozialen Hilfeangeboten vor Ort gibt und sich zum anderen frühere Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen im ambulanten Sektor der Region niedergelassen haben.

Eine der häufig gestellten Fragen in diesem Zusammenhang ist das Problem, wann ein Kontakt zu einem Psychotherapeuten oder Psychiater herzustellen ist. Als Grundregel gilt hier, dass dies dann zu tun ist, wenn die Betroffenen ihre Probleme oder Symptome nicht mehr allein bewältigen können. Die folgenden Symptome (in diesem Fall ist es berechtigt, davon zu sprechen) können sowohl in der Schock- und Akutphase auftreten als auch in den nachfolgenden Wochen (leicht modifiziert nach: U.S. Department of Health and Human Services 2005):

- ◎ *Desorientierung*: die Person ist nicht örtlich, zeitlich oder zur Person orientiert,
- ◎ *Angst-, Panik- und Erregungszustände*: die Person ist agitiert, ruhelos, sprunghaft, berichtet über Albträume, Flashbacks und einschießende Gedanken,
- ◎ *Dissoziation*: die Person berichtet darüber, sich selbst von außen zu sehen, hat das Gefühl, dass die Situation unreal ist oder kann sich an das traumatisierende Ereignis gar nicht mehr erinnern,
- ◎ *Depression*: die Person berichtet über andauernde Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, hat das Gefühl wertlos oder schuldig zu sein, beginnt zu weinen ohne erkennbaren Grund, zieht sich von anderen Menschen zurück,
- ◎ *Psychotisches Erleben*: die Person berichtet über Stimmenhören, optische Halluzinationen, Wahnerleben oder exzessiver Beschäftigung mit einer bestimmten kognitiven Vorstellung,
- ◎ *Unfähigkeit zur Selbstsorge*: die Person isst oder trinkt nicht (genug), vernachlässigt die Körperhygiene, ist apathisch oder kann Aktivitäten des täglichen Lebens nicht verrichten,

- ⊙ *Suizidalität*: die Person äußert Dinge wie: »Ich weiß nicht mehr weiter«, »Ich wünschte, ich wäre tot«, »Ich möchte diesen Schmerz, unter dem ich leide, beenden«,
- ⊙ *Alkohol-, Tabletten- oder Drogenmissbrauch*: die Person berichtet über einen erhöhten Suchtmittelkonsum oder wird von anderen Menschen darauf aufmerksam gemacht.

Wenn die belastende Symptomatik (z. B. Panikattacken, Schlafstörungen, niedergeschlagene Stimmung, Suizidalität) in der Akutphase sehr schwer ist oder aber auch bei geringerer Ausprägung länger als vier Wochen anhält, ist in jedem Falle therapeutische Hilfe angezeigt. Unter Umständen kann eine medikamentöse Unterstützung das schwerste Leid lindern.

Ausbildung von Ersthelfern und Nachsorgeteams

Die Ausbildung in Psychologischer Erster Hilfe und weiteren Nachsorgeteams stehen in Deutschland erst am Anfang. Derzeit versuchen sich eine Reihe unterschiedlicher Ausbildungsangebote zu etablieren, die sich zum Teil an spezielle Berufsgruppen richten (Notfallpsychologen, Notfallseelsorger), zum Teil aber auch professionsunabhängig etabliert sind (u. a. Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen, SBE; Critical Incident Stress Managing, CISM; Krisenintervention, KIT). Dabei handelt es sich einerseits um kommerzielle Ausbildungsangebote und andererseits um Angebote, die von berufsständischen Organisationen unternommen bzw. unterstützt werden (z. B. Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen, BDP). Koordinationsbemühungen sind bisher neben der Notfallpsychologie im Bereich des Bevölkerungsschutzes zu erkennen. Im letzteren Fall geht es um sog. Großschadenslagen, etwa nach Naturkatastrophen oder Unfällen mit vielen Opfern. Hier ist das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe darum bemüht, die relevanten Institutionen zu vernetzen und zu koordinieren, auch in Ausbildungsangelegenheiten.

Die notwendigen Ausbildungsinhalte differieren selbstverständlich je nach Vorbildung der auszubildenden Personen. Wie schon erwähnt wurde, sind psychiatrische Professionelle im Vorteil gegenüber anderen Berufsgrup-

pen, da sie über gute Kenntnisse psychischer Krisensituationen verfügen und die entsprechenden kommunikativen Fertigkeiten für diese Situationen besitzen. In der amerikanischen Literatur wird für die Ausbildung von psychologischen Ersthelfern ein Zeitaufwand von zwei bis vier Tagen veranschlagt (U.S. Department of Health and Human Services 2005). Die Inhalte eines Trainingsprogramms für Ersthelfer könnten, umgewandelt auf die spezielle Situation für Opfer von Patientenübergriffen folgendermaßen umrissen werden (U.S. Department of Health and Human Services 2005; YOUNG et al. 2006):

- ⊙ Überblick über traumatisierende Ereignisse,
- ⊙ Psychische Traumatisierungen: Epidemiologie, Risikofaktoren, Verlaufsformen,
- ⊙ Erkennen psychischer Traumatisierungen,
- ⊙ Richtlinien und Techniken psychologischer Erster Hilfe,
- ⊙ Kommunikationstechniken in Krisensituationen,
- ⊙ Erkennen und Überwinden von Problemen in der Psychologischen Ersten Hilfe,
- ⊙ Indikationen für weitergehende professionelle Hilfen,
- ⊙ Umgang mit dem psychischen Stress der Ersthelfer.

Als Methoden haben sich die üblichen Seminartechniken wie Folienvorträge und Gruppendiskussionen als geeignet herausgestellt. Besonders hilfreich waren zusätzlich Videodemonstrationen von Kriseninterventionen und Rollenspiele unter Anleitung von Notfallpsychologen. Der gesamte Trainingsaufwand ist im Großen und Ganzen als überschaubar zu bezeichnen. Für die Belange psychiatrischer Einrichtungen wäre auch noch zu unterscheiden zwischen den kollegialen Ersthelfern auf der Station oder der Wohngruppe und dem Nachsorgeteam. Für die kollegialen Ersthelfer könnte sich der Aufwand auf wenige Stunden der Ausbildung reduzieren, da hier nur basale Techniken erlernt werden müssten (WILK und WILK 2007).

Insgesamt gesehen, könnte mit einem relativ geringen Aufwand die Betreuung und Nachsorge potenziell traumatisierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erheblich verbessert werden. Es bleibt abzuwarten, ob diese Chancen in den Einrichtungen genutzt werden.

Literatur

- ADAMS, R. E. & BOSCARINO, J. A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: The impact of exposure and psychosocial resources. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 485–493.
- ADSHED, G. (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 144–148.
- AGAIBI, C. E. & WILSON, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience. *Trauma, Violence and Abuse*, 6, 195–216.
- ANDREASEN, N. A. (2004). Acute and delayed posttraumatic stress disorders: A history and some issues. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1321–1323.
- APA (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007). Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: ACPMH.
- AYERS, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment of postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47, 552–567.
- BERNEGGER, H., MEIER-ROSSI, H. & SCHWANDER, J. (2003). Nichtmedikamentöse Behandlung der Insomnie. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 3, 1034–1038.
- BISSON, J. I., SHEPHERD, J. P., JOY, D., PROBERT, R. & NEWCOMBE, R. G. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63–69.
- BLED SOE, B. E. (2003). Critical Incident Stress Management (CISM): Benefit or risk for emergency services? *Prehospital Emergency Care*, 7, 272–279.
- BÖWING, G., SCHMIDT, K. U. R. & SCHRÖDER, S. G. (2007). Erfüllen kriegs-

- traumatisierte, gerontopsychiatrische Patienten PTSD-Kriterien? *Psychiatrische Praxis*, 34, 122–128.
- BRADLEY, R., GREENE, J., RUSS, E., DUTRA, L. & WESTEN, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- BRAMSEN, I., DIRKZWAGER, A. J. E. & VAN DER PLOEG, H. M. (2000). Pre-deployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1115–1119.
- BREMNER, J. D. (2005). Effects of traumatic stress on brain structure and function: Relevance to early responses to trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 51–68.
- BRESLAU, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923–929.
- BREWIN, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 53–62.
- BROMET, E., SONNEGA, A. & KESSLER, R. C. (1998). Risk factors of DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*, 147, 353–361.
- BRYANT, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789–795.
- BRYANT, R. A. (2004). In the aftermath of trauma: Normative reactions and early interventions. In: G. M. ROSEN (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies*. Chichester: Wiley, 187–211
- BRYANT, R. A. (2005). Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 5–15.
- BUIJSSEN, H. (2003). Betreuung nach massiver Aggression und anderen traumatisierenden Erfahrungen. *Psych. Pflege heute*, 9, 261–267.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Ed.) (2002). *Gewalt am Arbeitsplatz* Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- CALDWELL, M. F. (1992). Incidence of PTSD Among Staff Victims of Patient Violence. *Hosp Community Psychiatry*, 43, 838–839.

- CHARNEY, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195–216.
- COOPER, C. (1995). Patient Suicide and Assault: Their Impact on Psychiatric Hospital Staff. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33, 26–29.
- CROKER, K. & CUMMINGS, A.L. (1995). Nurses' reactions to physical assault by their patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 27, 81–93.
- CUDMORE, J. (1996). Preventing post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing: A review of the literature. *Nursing in Critical Care*, 1, 120–126.
- DAMSA, C., MARIS, S. & PULL, C.B. (2005). New fields of research in posttraumatic stress disorder: brain imaging. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 55–64.
- DAVIS, L.L., FRAZIER, E.C., WILLIFORD, R.B. & NEWELL, J.M. (2006). Long-term pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. *CNS Drugs*, 20, 465–476.
- DAWSON, J., JOHNSTON, M., KEHIYAN, N., KYANKO, S. & RUBY, M. (1988). Response to patient assault: A peer support program. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 26, 8–15.
- DEVILLY, G.J. & COTTON, P. (2003). Psychological debriefing and the workplace: Defining a concept, controversies and guidelines for intervention. *Australian Psychologist*, 38, 144–150.
- DIJKEMA, M., GRIEVINK, L., STELLATO, R., ROORDA, J. & VAN DER VELDEN, P. (2005). Determinants of response in a longitudinal health study following the firework-disaster in Enschede, The Netherlands. *European Journal of Epidemiology*, 20, 839–847.
- DIRKZWAGER, A.J.E., BRAMSEN, I. & VAN DER PLOEG, H.M. (2001). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms among aging military veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 846–853.
- DOHRENWEND, B.P., TURNER, J.B., TURSE, N.A., ADAMS, B.G., KOENEN, K.C. & MARSHALL, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313, 979–982.

- DOWLING, F. G., MOYNIHAN, J., GENET, B. & LEWIS, J. (2006). A peer-based assistance program for officers with the New York City Police Department: Report of the effects of Sept. 11, 2001. *American Journal of Psychiatry*, 163, 151–153.
- EVERLY, G. S., FLANNERY, R. B. & A., E. V. (2002). Critical Incident Stress Management (CISM): A statistical review of the literature. *Psychiatric Quarterly*, 73, 171–182.
- EVERLY, G. S., FLANNERY, R. B. & MITCHELL, J. T. (2000). Critical Incident Stress Management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behaviour*, 5, 23–40.
- EVERS, W., TOMIC, W. & BROUWERS, A. (2002). Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 2–9.
- FIKRETOGLU, D., BRUNET, A., GUAY, S. & PEDLAR, D. (2007). Mental health treatment seeking by military members with posttraumatic stress disorder: Findings on rates, characteristics, and predictors for a nationally representative Canadian military sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 103–110.
- FINDORFF-DENNIS, M. J., MCGOVERN, P. M., BULL, M. & HUNG, J. (1999). Work related assaults: The impact on victims. *AAOHN J*, 47, 456–465.
- FISCHER, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma: Erste Hilfe bei seelischen Belastungen*. Düsseldorf: Patmos.
- FLANNERY, R. B. (1999). Critical Incident Stress Management and the Assaulted Staff Action Program. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 103–108.
- FLANNERY, R. B. (2001). The employee victim of violence: Recognizing the impact of untreated psychological trauma. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16, 230–233.
- FLANNERY, R. B., FULTON, P., TAUSCH, J. & DELOFFI, A. Y. (1991). A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 935–938.
- FOA, E. B., CAHILL, S. P., BOSCARINO, J. A., HOBFOLL, S. E., LAHAD, M., McNALLY, R. J. & SOLOMON, Z. (2005). Social, psychological, and

- psychiatric interventions following terrorist attacks: recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1806–1817.
- FORBES, D., CREAMER, M. C., PHELPS, A. J., COUINEAU, A.-L., COOPER, J. A., BRYANT, R. A., MCFARLANE, A. C., DEVILLY, G. J., MATTHEWS, L. R. & RAPHAEL, B. (2007). Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: A clinical update. *Medical Journal of Australia*, 187, 120–123.
- FOTTRELL, E. (1980). A Study of Violent Behaviour Among Patients in Psychiatric Hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 136, 216–221.
- FRANKE, G. H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz.
- FRANS, Ö., RIMMÖ, P.-A., ABERG, L. & FREDRIKSON, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291–299.
- FREEDMAN, S. A., BRANDES, D., PERI, T. & SHALEV, A. Y. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174, 353–359.
- FRICKE, P. (1998). Gewalterfahrungen von Mitarbeitern in der Psychiatrie und ihre Bewältigung: Erfahrungen aus der Supervision in Psychiatrie und Maßregelvollzug. In: D. SAUTER & D. RICHTER (Eds.), *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*. Bern: Huber, 83–95
- FULLERTON, C. S., URSANO, R. J. & WANG, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1370–1376.
- GAVRILOVIC, J. J., SCHÜTZWOHL, M., FAZEL, M. & PRIEBE, S. (2005). Who seeks treatment after a traumatic event and who does not? A review of findings on mental health service utilization. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 595–605.
- GERBERICH, S. G., CHURCH, T. R., MCGOVERN, P. M., HANSEN, H. E., NACHREINER, N., GEISSER, M., RYAN, A., MONGIN, S. & WATT, G. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 495–503.

- GRAY, M. J., LITZ, B. T. & OLSON, A. R. (2004). Methodological and ethical issues in early intervention research. In: B. T. LITZ (Ed.), *Early interventions for trauma and traumatic loss*. New York/London: Guilford Press, 179–198
- GRUBE, M. (2003). Emotionale Reaktionen von Mitarbeitern im Umgang mit aggressiven psychiatrisch Erkrankten. *Psychiatrische Praxis*, 30, 187–191.
- GUAY, S., BILLETTE, V. & MARCHAND, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327–338.
- HARVEY, A. G. & BRYANT, R. A. (2002). Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin*, 128, 886–902.
- HARVEY, A. G., JONES, C. & SCHMIDT, D. A. (2003). Sleep and post-traumatic stress disorder: A review. *Clinical Psychological Review*, 23, 377–407.
- HATZINGER, M. & HÄTTENSCHWILER, J. (2001). Therapie von Schlafstörungen. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 1, 271–276.
- HENDIN, H., HAAS, A. P., MALTSBERGER, J. T., SZANTO, K. & RABINOWICZ, H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1442–1446.
- HENDIN, H., LIPSCHITZ, A., MALTSBERGER, J. T., HAAS, A. P. & WYNCOOP, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2022–2027.
- HODGINS, G. A., CREAMER, M. & BELL, R. (2001). Risk factors for post-trauma reactions in police officers: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 541–547.
- HOGH, A. & MIKKELSEN, E. G. (2005). Is sense of coherence a mediator or moderator of relationships between violence at work and stress reactions? *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 429–437.
- HOGH, A., VILHELM, B. & MIKKELSEN, K. L. (2003). Work-related violence as a predictor of fatigue: A 5-year follow-up study of the Danish Work Environment Cohort Study. *Work and Stress*, 17, 182–194.
- HOROWITZ, M., WILNER, N. & ALVAREZ, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.

- IKIN, J. F., SIM, M. R., MCKENZIE, D., HORSLEY, K. W. A., WILSON, E. J., MOORE, M. R., JELFS, P., HARREX, W. K. & HENDERSON, S. (2007). Anxiety, post-traumatic stress disorder and depression in Korean War veterans 50 years after the war. *British Journal of Psychiatry*, 190, 475–483.
- ITO, H., EISEN, S. V., LEDERER, L. I., YAMADA, O. & TACHIMORI, H. (2001). Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their job. *Psychiatric Services*, 52, 232–234.
- JACOBSON, L. K., SOUTHWICK, S. M. & KOSTEN, T. R. (2001). Substance use disorder in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1184–1190.
- JATZKO, A., SCHMITT, A., KORDON, A. & BRAUS, D. F. (2005). Bildgebende Befunde bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS): Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 73, 377–391.
- JONES, B., MÜLLER, J. & MAERCKER, A. (2006). Trauma and posttraumatic reactions in German development aid workers: Prevalences and relationship to social acknowledgement. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 91–100.
- JONES, E. & WESSELY, S. (2003). »Forward psychiatry« in the military: Its origins and effectiveness. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 411–419.
- JONES, N., ROBERTS, P. & GREENBERG, N. (2003). Peer-group risk assessment: A post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occupational Medicine*, 53, 469–475.
- KAMOLZ, S., JACOB, C., LESCH, K. P., PFUHLMANN, B., REIF, A., KELLER, H. & WIESBECK, G. A. (2003). Die posttraumatische Belastungsstörung: Teil 1 – Eine Übersicht. *Krankenhauspsychiatrie*, 14, 113–118.
- KEANE, T. M., MARSHALL, A. D. & TAFT, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161–197.
- KELLER, M., GREENBERG, N., BOBO, W., ROBERTS, P., JONES, N. & ORMAN, D. (2005). Soldier peer mentoring care and support: bringing psychological awareness to the front. *Military Medicine*, 170, 355–361.
- KENARDY, J. (2000). The current status of psychological debriefing: It may do more harm than good. *British Medical Journal*, 321, 1032–1033.

- KENDLER, K.S. & BAKER, J.H. (2007). Genetic influences on measures of the environment: A systematic review. *Psychological Medicine*, 37, 615–626.
- KING, D.W., VOGT, D.S. & KING, L.A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. In: B.T. LITZ (Ed.), *Early interventions for trauma and traumatic loss*. New York/London: Guilford Press, 34–64
- KINZIE, J.D. & GOETZ, R.R. (1996). A century of controversy surrounding post-traumatic stress-spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 159–179.
- KLOOCKE, R., SCHMIEDEBACH, H.-P. & PRIEBE, S. (2005). Psychological injury in the two World Wars: Changing concepts and terms in German psychiatry. *History of Psychiatry*, 16, 43–60.
- KNEZEVIC, G., OPACIC, G., SAVIC, D. & PRIEBE, S. (2005). Do personality traits predict post-traumatic stress? A prospective study in civilians experiencing air strikes. *Psychosomatic Medicine*, 35, 659–663.
- KOENEN, K.C., MOFFITT, T.E., POULTON, R., MARTIN, J. & CASPI, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine*, 37, 181–192.
- KUHN, S. (2004). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit: Eine Literaturübersicht. *Suchttherapie*, 5, 110–117.
- LANZA, M.L. (1983). The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 44–47.
- LANZA, M.L. (1992). Nurses as patient assault victims: An update, synthesis, and recommendations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 163–171.
- LARSSON, G., MICHEL, P.-O. & LUNDIN, T. (2000). Systematic assessment of mental health following various types of posttrauma support. *Military Medicine*, 12, 121–135.
- LINLEY, A.P. & JOSEPH, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- LITZ, B.T. (Ed.) (2004). *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss*. New York/London: Guilford Press.

- LITZ, B. T. & GRAY, M. J. (2004). Early intervention for trauma in adults: A framework for first aid and secondary prevention. In: B. T. LITZ (Ed.), *Early interventions for trauma and traumatic loss*. New York/London: Guilford Press, 87–111
- LOWERY, K. & STOKES, M. A. (2005). Role of peer support and emotional expression on posttraumatic stress disorder in student paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 171–179.
- MACDONALD, H. A., COLOTLA, V., FLAMER, S. & KARLINSKY, H. (2003). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the Workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 63–77.
- MAERCKER, A. & SCHÜTZWOHL, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130–141.
- MAES, M. (2000). Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder and its co-morbid disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 587–589.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., METZLER, T. J., DELUCCHI, K. L., BEST, S. R. & WENTWORTH, K. A. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 15–22.
- MARSHALL, R. D., SPITZER, R. & LIEBOWITZ, M. R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677–1685.
- MATTHIEU, M. & IVANOFF, A. (2006). Treatment of human-caused trauma: Attrition in the adult outcomes research. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1654–1664.
- McFARLANE, A. (2003). Early reactions to traumatic events: The diversity of diagnostic formulations. In: R. ØRNER & U. SCHNYDER (Eds.), *Reconstructing early intervention after trauma: Innovations in the care of survivors*. Oxford: Oxford University Press, 54–56
- McFARLANE, A. (2004). The contribution of epidemiology to the study of traumatic stress. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 874–882.

- McNALLY, R. (2003 a). *Remembering Trauma*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- McNALLY, R. J. (2004). Conceptual problems with the DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. In: G. M. ROSEN (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies*. Chichester: Wiley, 1–14
- McNALLY, R. J. (2003 b). Progress and controversy in the study of post-traumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229–252.
- McNALLY, R. J., BRYANT, R. A. & EHLERS, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45–79.
- MEZEY, G. & ROBBINS, I. (2001). Usefulness and validity of post-traumatic stress disorder as a psychiatric category. *British Medical Journal*, 323, 561–563.
- MOL, S. S. L., ARNTZ, A., METSEMAKERS, J. F. M., DINANT, G.-J., VILTERS-VAN MONTFORT, P. A. P. & KNOTTERNUS, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494–499.
- MÜLLER, J. & MAERCKER, A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTB bei Kriminalitätsoffern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 49–58.
- MURRAY, M. G. & SNYDER, J. C. (1991). When staff are assaulted: A nursing consultation support service. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29, 24–29.
- NCTSN/NCPTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*, 2nd ed. o. O.: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.
- NEEDHAM, I., ABDERHALDEN, C., HALFENS, R. J. G., FISCHER, J. E. & DASSEN, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression in nurses: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 283–296.
- NEMEROFF, C. B., BREMNER, J. D., FOA, E. B., MAYBERG, H. S., NORTH, C. S. & STEIN, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1–21.

- NICE (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care (Clinical guideline 26): National Institute for Clinical Excellence.
- NILES, B. L., NEWMAN, E. & FISHER, L. M. (2000). Obstacles to assessment of PTSD in longitudinal research. In: A. Y. SHALEV, R. YEHUDA & A. MCFARLANE (Eds.), *International Handbook of Human Response to Trauma*. New York: Kluwer, 213–222
- NORRIS, F. H., FRIEDMAN, M. J., WATSON, P. J., BYRNE, C. M., DIAZ, E. & KANIASTY, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, 65, 207–239.
- O'DONNELL, M., CREAMER, M. & PATTISON, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1390–1396.
- ØRNER, R. (2003). A new evidence base for making early intervention in emergency services complementary to officers' preferred adjustment and coping strategies. In: R. ØRNER & U. SCHNYDER (Eds.), *Reconstructing early intervention after trauma: Innovations in the care of survivors*. Oxford: Oxford University Press, 143–153
- ORR, S. P., McNALLY, R., ROSEN, G. M. & SHALEV, A. Y. (2004). Psychophysiological reactivity: Implications for conceptualizing PTSD. In: G. M. ROSEN (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies*. Chichester: Wiley, 101–126
- OSTERMAN, J. E. & CHEMTOB, C. M. (1999). Emergency intervention for acute traumatic stress. *Psychiatric Services*, 50, 739–740.
- PARKER, C. L., EVERLY, G. S., BARNETT, D. J. & LINKS, J. M. (2006). Establishing evidence-informed core intervention competencies in psychological first aid for public health personnel. *International Journal of Emergency Mental Health*, 8, 83–92.
- PATERSON, B., LEADBETTER, D. & BOWIE, V. (1999). Supporting nursing staff exposed to violence at work. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 479–486.
- PERKONIGG, A., KESSLER, R. C., STORZ, S. & WITTCHEM, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community:

- Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- PERKONIGG, A., PFISTER, H., STEIN, M. B., HÖFLER, M., LIEB, R., MAERCKER, A. & WITTCHEN, H.-U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1320–1327.
- PERRIN, S. (2003). Learning theory perspectives on early reactions to traumatic events. In: R. ØRNER & U. SCHNYDER (Eds.), *Reconstructing early intervention after trauma: Innovations in the care of survivors*. Oxford: Oxford University Press, 65–71
- PILLAR, G., MALHOTRA, A. & LAVIE, P. (2000). Post-traumatic stress disorder and sleep – what a nightmare! *Sleep Medicine Reviews*, 4, 183–200.
- REGEHR, C., GOLDBERG, G., GLANCY, G. D. & KNOTT, T. (2002). Post-traumatic symptoms and disability in paramedics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 953–958.
- REID, W. H., BOLLINGER, M. F. & EDWARDS, J. G. (1989). Serious Assaults by Inpatients. *Psychosomatics*, 30, 54–56.
- REINHARD, F. & MAERCKER, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, Post-traumatische Belastungsstörung, Burnout und soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 29–36.
- RENCK, B., WEISAETH, L. & SKARBÖ, S. (2002). Stress reaction in police officers after a disaster rescue operation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 7–14.
- RESNICK, H., ACIERNO, R., KILPATRICK, D. G. & HOLMES, M. (2005). Description of an early intervention to prevent substance abuse and psychopathology in recent rape victims. *Behavior Modification*, 29, 156–188.
- RICHTER, D. (1999). *Patientenübergänge auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten*. Freiburg: Lambertus.
- RICHTER, D. (2000). Psychische Krankheit – Sozial konstruierter Mythos

- oder medizinische Realität? In: C. RADEMACHER & P. WIECHENS (Eds.), *Verstehen und Kritik: Soziologische Suchbewegungen nach dem Ende der Gewissheiten*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 123–157
- RICHTER, D. (2003). *Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- RICHTER, D. (2004). Trainingsmaßnahmen zur Gewaltprävention und zur Anwendung physischer Maßnahmen. In: R. KETELSEN, M. SCHULZ & C. ZECHERT (Eds.), *Seelische Krise und Aggressivität: Der Umgang mit Deeskalation und Zwang*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 127–137
- RICHTER, D. & BERGER, K. (2000). Physische und psychische Folgen nach einem Patientenübergriﬀ: Eine prospektive Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 35, 357–362.
- RICHTER, D. & BERGER, K. (2001). Patientenübergriﬀe auf Mitarbeiter – Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt*, 72, 693–699.
- RICHTER, D. & NEEDHAM, I. (2007). Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 34, 7–14.
- RICHTER, D., NEEDHAM, I. & KUNZ, S. (2006). The effects of aggression management trainings for mental health care and disability care staff: A systematic review. In: D. RICHTER & R. WHITTINGTON (Eds.), *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*. New York: Springer, 211–227
- RICHTER, D. & WHITTINGTON, R. (Eds.) (2006). *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* New York: Springer.
- RITCHIE, E. C., WATSON, P. J. & FRIEDMAN, M. J. (Eds.) (2006). *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice* New York: Guilford.
- ROSE, S., BISSON, J. & WESSELY, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions (›debriefing‹) following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 176–184.

- ROSSBERG, J.I. & FRIIS, S. (2003). Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients. *Psychiatric Services*, 54, 1388–1394.
- RUGGIERO, K.J., RHEINGOLD, A.A., RESNICK, H.S., KILPATRICK, D.G. & GALEA, S. (2006). Comparison of two widely used PTSD-screening instruments: Implications for public mental health planning. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 699–707.
- RUZEK, J. & WATSON, P. (2001). Early intervention to prevent PTSD and other trauma-related problems. *PTSD Research Quarterly*, 12, 1–3.
- RUZEK, J.I. (2006). Models of early intervention following mass violence and other trauma. In: E.C. RITCHIE, P.J. WATSON & M.J. FRIEDMAN (Eds.), *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York/London: Guilford, 16–34
- RYAN, J.A. & POSTER, E.C. (1989). The assaulted nurse: Short-term and long-term responses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 323–331.
- SAUTER, D. & RICHTER, D. (Eds.) (1997). *Gewalt in der psychiatrischen Pflege* Bern: Huber.
- SCHATTE, S. (1999). Gewalt im Arbeitsleben – Literaturstudie unter Berücksichtigung der psychologischen Aspekte. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- SCHNYDER, U. (2000). Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50, 123–133.
- SCHNYDER, U. & MOERGELI, H. (2003). The course and development of early reactions to traumatic events: Baseline evidence from a non-intervention follow-up study. In: R. ØRNER & U. SCHNYDER (Eds.), *Reconstructing early intervention after trauma: Innovations in the care of survivors*. Oxford: Oxford University Press, 106–118
- SCHOENFELD, F.B., MARMAR, C.R. & NEYLAN, T.C. (2004). Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 55, 519–531.
- SCHÜTZWOHL, M. (2000). Frühinterventionen nach traumatisierenden Erfahrungen: Ein Überblick über Maßnahmen und deren Wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 68, 423–432.

- SCOTT, C. K., SONIS, J., CREAMER, M. & DENNIS, M. L. (2006). Maximizing follow-up in longitudinal studies of traumatized populations. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 757–769.
- SEEDAT, S. & STEIN, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: A review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 3, 288–294.
- SEIDLER, G. H. & WAGNER, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytical study. *Psychological Medicine*, 36, 1515–1522.
- SENSKY, T. (2003). The utility of systematic reviews: the case of debriefing after trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 171–175.
- SHALEV, A. Y. (2006). Interventions for traumatic stress: Theoretical basis. In: E. C. RITCHIE, P. J. WATSON & M. J. FRIEDMAN (Eds.), *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York/London: Guilford, 103–120
- SHALEV, A. Y. & URSANO, R. J. (2003). Mapping the multidimensional picture of acute responses to traumatic stress. In: R. ØRNER & U. SCHNYDER (Eds.), *Reconstructing early intervention after trauma: Innovations in the care of survivors*. Oxford: Oxford University Press, 118–129
- SIJBRANDIJ, M., OLFF, M., REITSMA, J. B., CARLIER, I. V. E. & GERSONS, B. P. R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150–155.
- SOUTHWICK, S. M., VYTHILINGAM, M. & CHARNEY, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255–291.
- SPEIER, A. (2006). Immediate needs assessment following catastrophic disaster incidents. In: E. C. RITCHIE, P. J. WATSON & M. J. FRIEDMAN (Eds.), *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York/London: Guilford, 80–99
- STADNYK, B. L. (2003). *PTSD in corrections employees in Saskatchewan*. Unpublished MA-Thesis, University of Regina.
- STEIN, D. J., SEEDAT, S., IVERSEN, A. & WESSELY, S. (2007). Post-traumatic stress disorder: Medicine and politics. *Lancet*, 369, 139–144.

- STEINERT, T., VOGEL, W. D., BECK, M. & KEHLMANN, S. (1991). Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. *Psychiatr Prax*, 25, 221–226.
- SUMMERFIELD, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322, 96–98.
- SUMMERFIELD, D. (2004). Cross-cultural perspectives on the medicalization of human suffering. In: G. M. ROSEN (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies*. Chichester: Wiley, 233–245
- TARRIER, N. & GREGG, L. (2004). Suicide risk in civilian PTSD patients: Predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 2004.
- TEEGEN, F. (2000). Psychotherapie bei der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 45, 341–349.
- TEEGEN, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz – Prävention – Behandlung*. Bern: Huber.
- TEEGEN, F. & MÜLLER, J. (2000). Traumaexposition und posttraumatische Belastungsstörungen bei Pflegekräften auf Intensivstationen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50, 384–390.
- TEEGEN, F. & YASUI, Y. (2000). Traumaexposition und posttraumatische Belastungsstörung bei dem Personal von Rettungsdiensten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21, 65–83.
- THOMPSON, W. W., GOTTESMAN, I. I. & ZALEWSKI, C. (2006). Reconciling disparate prevalence rates of PTSD in large samples of US male Vietnam veterans and their controls. *BMC Psychiatry*, 6, 19.
- U. S. Department of Health and Human Services (2005). *Mental Health Response to Mass Violence and Terrorism: A Field Guide*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration.
- URSANO, R. J., FULLERTON, C. S., VANCE, K. & KAO, T.-C. (1999). Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *American Journal of Psychiatry*, 156, 353–359.
- VAN EMMERIK, A. A. P., KAMPHUIS, J. H., HULSBOSCH, A. M. & EMMELKAMP, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, 360, 766–771.

- VOLPICELLI, J., BALARAMAN, G., WALLACE, H. & BUX, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research and Health*, 23, 256–262.
- WATSON, P. J., RITCHIE, E. C., DEMER, J., BARTONE, P. & PFEFFERBAUM, B. J. (2006). Improving resilience trajectories following mass violence and disaster. In: E. C. RITCHIE, P. J. WATSON & M. J. FRIEDMAN (Eds.), *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York/London: Guilford, 37–53
- WEATHERS, F. W. & KEANE, T. M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 107–121.
- WEATHERS, F. W., LITZ, B. T., HUSKA, J. A. & KEANE, T. M. (1994). *The PTSD Checklist-Civilian Version*. Boston: National Center for PTSD.
- WEISS, D. S. & MARMAR, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. In: J. P. WILSON & T. M. KEANE (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, 399–411
- WHITTINGTON, R. & WYKES, T. (1992). Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 480–486.
- WIECLAW, J., AGERBO, E., MORTENSEN, P. B. & BONDE, J. P. (2006 a). Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 314–319.
- WIECLAW, J., AGERBO, E., MORTENSEN, P. B., BURR, H., TÜCHSEN, F. & BONDE, J. P. (2006 b). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 771–775.
- WILK, W. W. & WILK, M. (2007). *Psychologische Erste Hilfe bei Extremereignissen am Arbeitsplatz: Arbeitsunfall – Gewaltverbrechen – Tod*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- WILLIAMS, M. B. & POIJULA, S. (2002). *The PTSD Workbook: Simple, Effective Techniques for Overcoming Traumatic Stress Symptoms*. Oakland: New Harbinger.
- WYKES, T. & WHITTINGTON, R. (1991). Coping strategies used by staff following assault by a patient: An exploratory study. *Work Stress*, 5, 37–48.

- WYKES, T. & WHITTINGTON, R. (1994). Reactions to assault. In: T. WYKES (Ed.), *Violence and Health Care Professionals*. London: Chapman & Hall, 105–126
- WYKES, T. & WHITTINGTON, R. (1998). Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 643–658.
- YOUNG, B. H. (2006). The immediate response to disaster: Guidelines for adult psychological first aid. In: E. C. RITCHIE, P. J. WATSON & M. J. FRIEDMAN (Eds.), *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice*. New York/London: Guilford Press, 134–154
- YOUNG, B. H., RUZEK, J. I., WONG, M., SALZER, M. S. & NATURALE, A. J. (2006). Disaster mental health training: Guidelines, considerations, and recommendations. In: E. C. RITCHIE, P. J. WATSON & M. J. FRIEDMAN (Eds.), *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York/London: Guilford, 54–79
- ZIMMERMANN, P., GÜSE, U., BARRE, K. & BIESOLD, K. H. (2005). EMDR-Therapie in der Bundeswehr – Untersuchung zur Wirksamkeit bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Krankenhauspsychiatrie*, 16, 57–63.

Anhang

Tabellen

Tabelle 1: Soziodemografische Daten

	Phase 1		Phase 2	
	Mittelwert	Median	Mittelwert	Median
Alter	38,0	39,5	43,1	43
Berufserfahrung in Psychiatrie/Behindertenhilfe/Gesundheitswesen (in Jahren)	13,4	12	19,7	18
Anzahl der Einrichtungen, in denen die Befragten bisher gearbeitet haben	1,9	1	3,4	3
Berufstätigkeit in der jetzigen Einrichtung (in Jahren)	10,9	7,5	13,1	10,5
Anzahl früherer Übergriffe	30,3	5	13,1	10
Dauer der Arbeitsunfähigkeit (in Tagen)	11,8	0	14,2	6

Tabelle 2: Berufsgruppe der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

	Phase 1		Phase 2	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Krankenschwester/-pfleger	28	60,9	52	59,1
Altenpfleger/-in	--		5	5,7
Krankenpflegehelfer/-in	3	6,5	1	1,1
Auszubildende	1	2,2	1	1,1
Fachärztin/-arzt	2	4,3	2	2,3
Assistenzärztin/-arzt	1	2,2	1	1,1
Erzieher/-in	5	10,9	7	8,0
Erzieher/-in z. A.	1	2,2	1	1,1
Sozialdienst	2	4,3	2	2,3
sonstige	3	6,5	16	18,2
Gesamt	46		88	

Tabelle 3: Anteil der erinnerten PTBS-Symptome nach dem Übergreif

wiederkehrende Gefühle	60,2
übersichtlich	60,2
unwillkürlich daran denken	59,1
plötzliche Bilder	55,7
Durchschlafprobleme	52,3
Reizbarkeit/Ärger	47,7
Konzentrationsprobleme	45,5
Schreckhaftigkeit	44,3
Erinnerung durch anderes	43,2
Vermeiden aufzuregen	43,2

Tabelle 4: Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) Skalenwerte

	Phase 1		Phase 2		Normwerte*
	Mittelwert	Median	Mittelwert	Median	Mittelwert
Somatisierung	0,631	0,500	0,445	0,333	0,35
Zwanghaftigkeit	0,627	0,444	0,288	0,200	0,47
soz. Unsicherheit	0,582	0,444	0,271	0,222	0,41
Depressivität	0,587	0,416	0,281	0,321	0,40
Ängstlichkeit	0,742	0,500	0,222	0,100	0,29
Aggressivität	0,507	0,333	0,247	0,167	0,31
Phobische Angst	0,168	0,100	0,074	0,000	0,14
Paranoid	0,486	0,333	0,258	0,167	0,35
Psychotizismus	0,168	0,100	0,074	0,000	0,18

* CIPS 1996

Tabelle 5: Erinnernte PTBS und SCL 90-R/IES-R Skalenwerte

	keine PTBS	erinnerte PTBS	p
SCL Somatisierung	0,3889	0,6979	,015
SCL Zwanghaftigkeit	0,2278	0,5625	,000
SCL soz. Unsicherheit	0,2253	0,4792	,000
SCL Depressivität	0,2286	0,5144	,001
SCL Ängstlichkeit	0,1889	0,3688	,008
SCL Aggressivität	0,2060	0,4271	,020
SCL Phobische Angst	0,0500	0,1813	,000
SCL Paranoid	0,2269	0,3958	,075
SCL Psychotizismus	0,0500	0,1813	,000
IES-R Summenwert	26,79	40,37	,000

Tabelle 6: Non-Responder-Analyse (Vergleich der Teilnehmer mit und ohne Follow-Up-Antwort in Phase 1

	kein FU-Fragebogen N = 11	FU-Fragebogen N = 35	p
Alter MW	39,2	37,6	0.611
Geschlecht weiblich %	54,5	48,6	0.730
Pflegedienst %	54,5	74,3	0.215
Berufserfahrung Psychiatrie J.	13,4	13,2	0.958
mehrere traumatische Erlebnisse in der Verg. %	63,6	45,7	0.300
partiell/voll PTSD T1 %	63,6	45,7	0.300
IES Summenscore MW	50,8	42,3	0.220
IES Vermeidung MW	17,8	15,1	0.116
AU-Tage nach Übergriff MW	26,3	7,2	0.018

Tabelle 7: Phase 1: Bivariate Korrelationen (Spearman) zwischen IES-R-Summenwerten zu den Zeitpunkten T1-T3 und SCL-90-R-Subskalen zum Zeitpunkt T1

	IES-R T1	IES-R T2	IES-R T3
IES-R T1	--	,--	--
IES-R T2	,630**	--	--
IES-R T3	,492**	,734**	--
SCL Somatisierung	,545**	,472**	,644**
SCL Zwanghaftigkeit	,759**	,425**	,333
SCL soz. Unsicherheit	,612**	,451**	,450**
SCL Depressivität	,784**	,575**	,506**
SCL Ängstlichkeit	,696**	,631**	,585**
SCL Aggressivität	,586**	,460**	,498**
SCL Phobische Angst	,508**	,126	,044
SCL Paranoid	,506**	,226	,227
SCL Psychotizismus	,508**	,126	,046

* p < 0.05; ** p < 0.01

Tabelle 8: Phase 2: Bivariate Korrelationen (Spearman) zwischen den erinnerten PTBS-Symptomen, dem IES-R-Summenwert und den SCL 90-R Subskalen

	IES-R	Anzahl erinnertes PTBS-Symptome
IES-R	--	--
Anzahl erinnertes PTBS-Symptome	,573**	--
SCL Somatisierung	,329**	,315**
SCL Zwanghaftigkeit	,370**	,415**
SCL soz. Unsicherheit	,298**	,374**
SCL Depressivität	,351**	,397**
SCL Ängstlichkeit	,427**	,393**
SCL Aggressivität	,336**	,301**
SCL Phobische Angst	,384**	,359**
SCL Paranoid	,196	,253*
SCL Psychotizismus	,384**	,359**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Abbildungen

Abb. 1
Geschlechtsverteilung (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

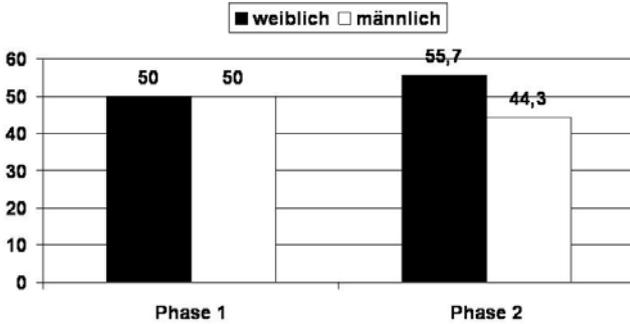


Abb. 2
Bestehende Partnerschaft (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

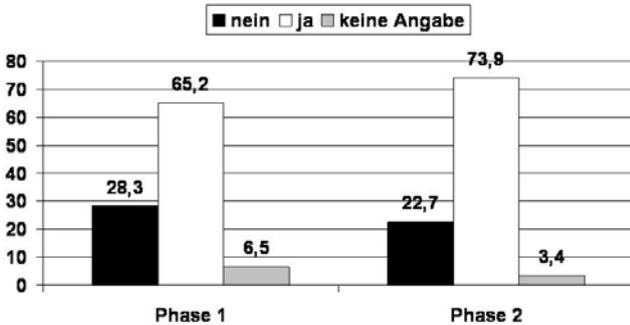


Abb. 3
Arbeitszeit (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

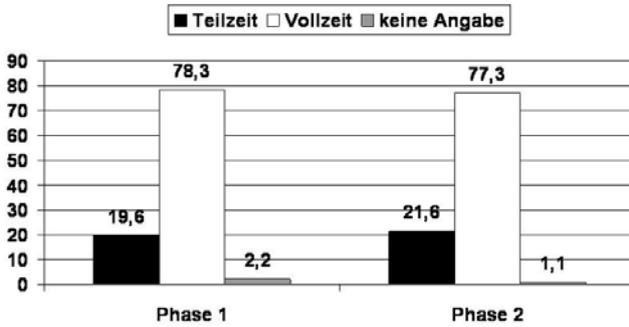


Abb. 4
Einschätzung des Arbeitsklimas in der Einrichtung (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

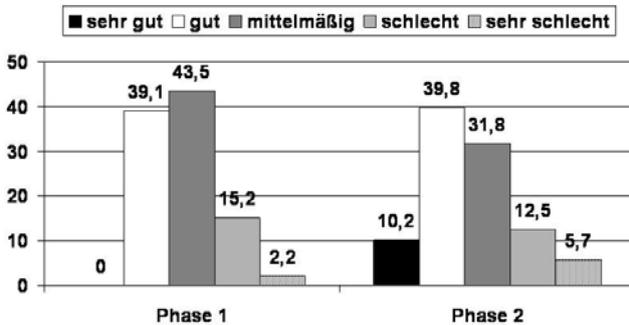


Abb. 5
Einschätzung des Arbeitsklimas in der Station/im
Team/unter direkten Kollegen/-innen (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

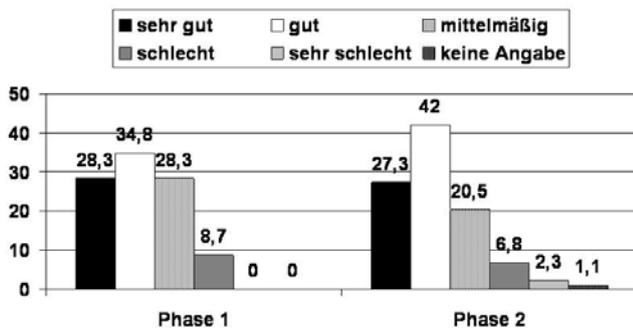


Abb. 6
Einschätzung des Verhältnisses zu den unmittelbaren
Kollegen/-innen (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

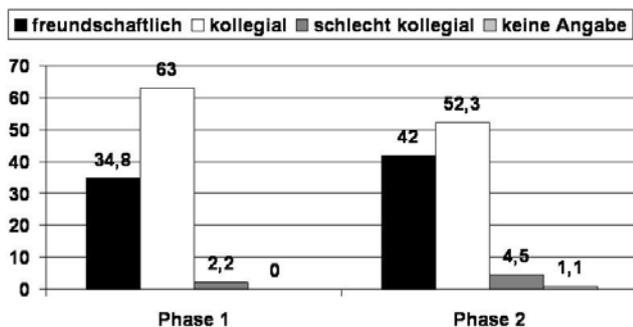


Abb. 7
Belastende Erlebnisse in der Vorgeschichte (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

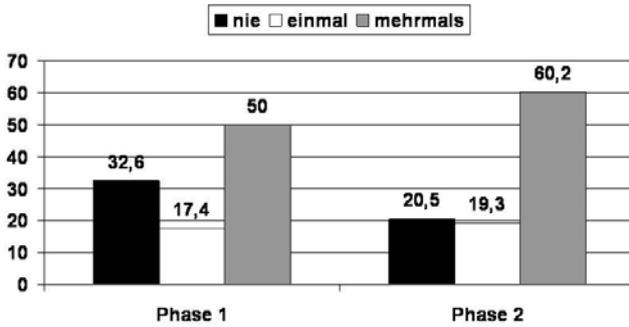


Abb. 8
Ausmaß des Körperschadens (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

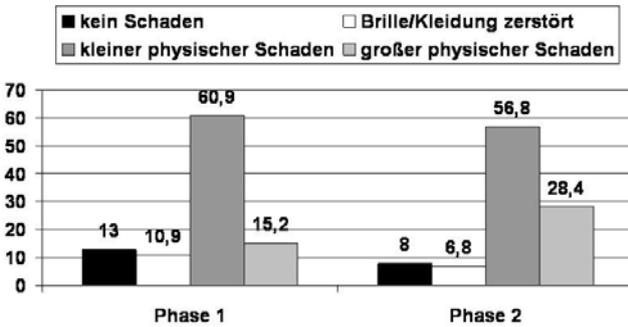


Abb. 9
 Ärztliche Behandlung nach dem Übergriff (in Prozent)
 Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

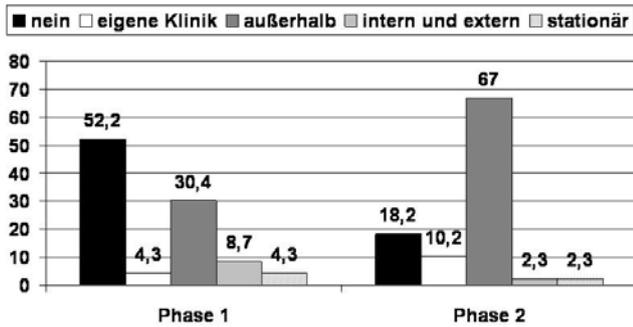


Abb. 10
 Subjektives Gefühl eines Schocks nach dem Übergriff
 (in Prozent)
 Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

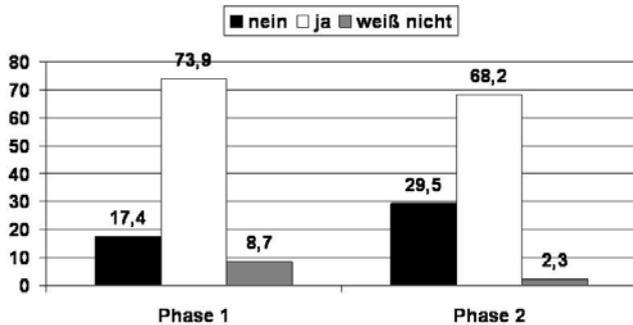


Abb. 11
 Subjektives Gefühl der Niedergeschlagenheit nach dem Übergriff (in Prozent)
 Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

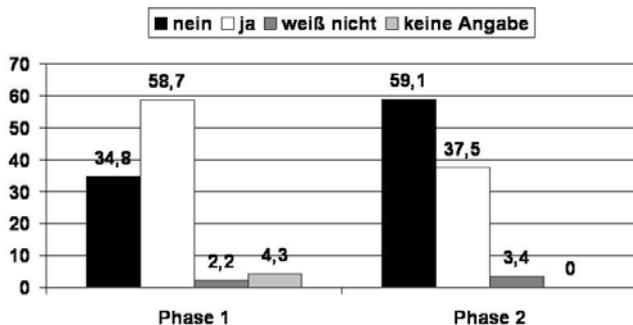


Abb. 12
 Subjektives Gefühl der Angst nach dem Übergriff (in Prozent)
 Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

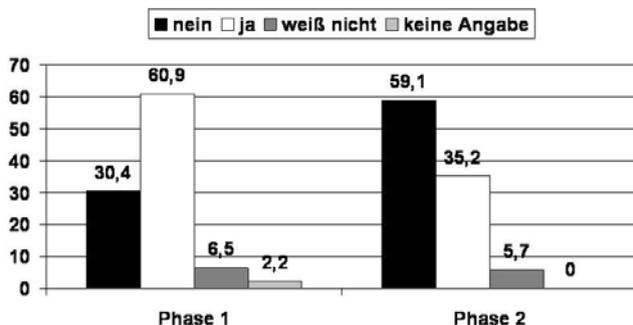


Abb. 13
Subjektives Gefühl der Schuld nach dem Übergriff (in Prozent)

Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

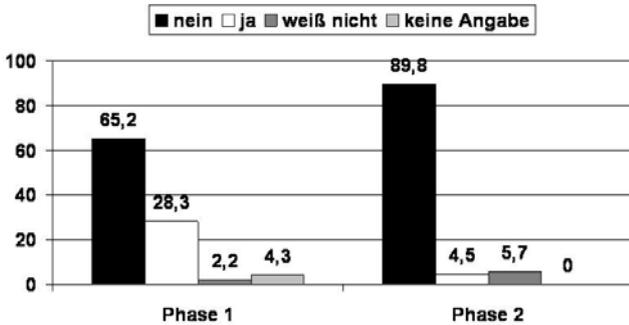


Abb. 14
Subjektives Gefühl des Versagens nach dem Überfall (in Prozent)

Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

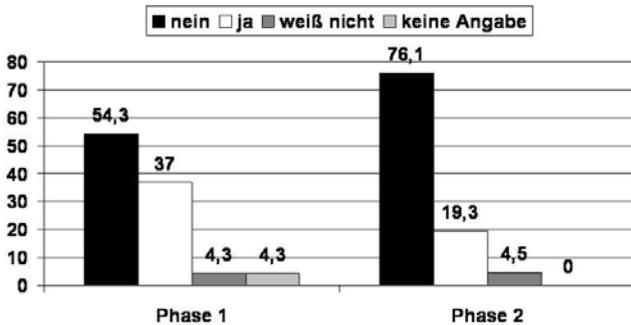


Abb. 15
 Subjektives Gefühl des Hasses nach dem Überfall (in Prozent)

Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

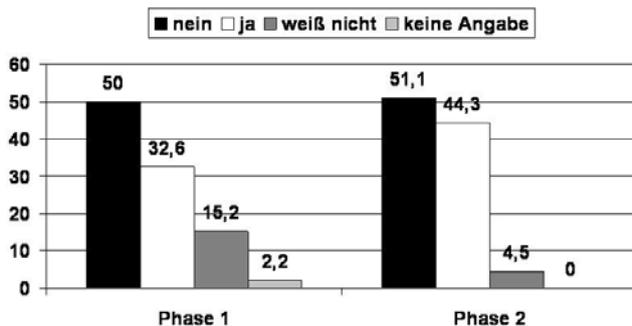


Abb. 16
 Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (nach DSM-IV; PCL-C) (in Prozent)

Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

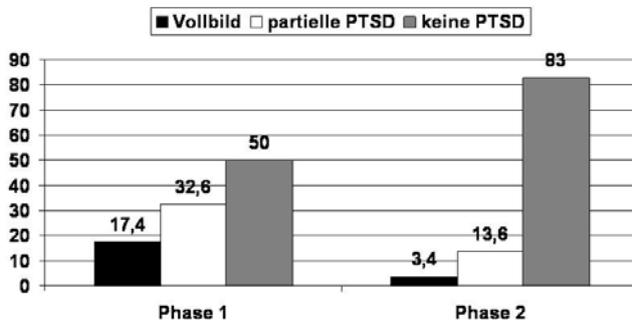


Abb. 17
Impact of Event Scale-Revised (IES-R) Skalenwerte
(Mittelwerte)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

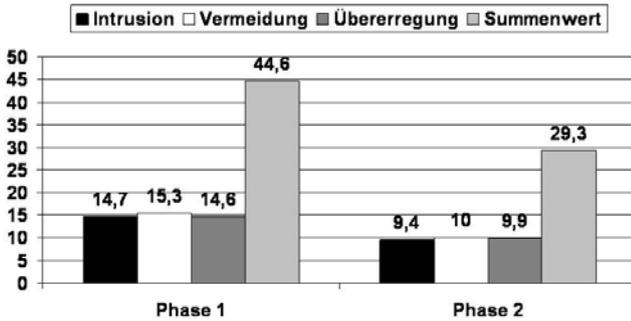


Abb. 18
Phase 1, T1: IES-R Gesamt-Score und Körperschaden
(in Prozent)

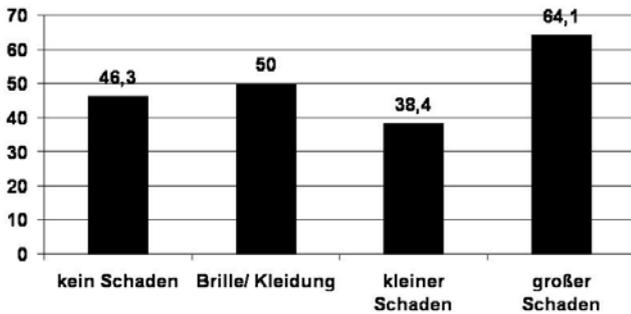


Abb. 19
Phase 1, T1: IES-R Gesamt-Score und unmittelbarer
Schock (in Prozent)

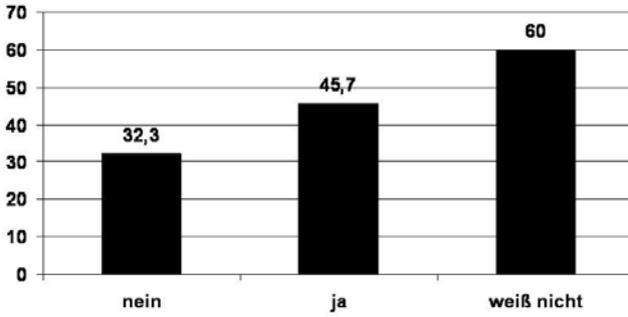


Abb. 20
Phase 1, T1: IES-R Gesamt-Score und Arbeitsklima
(in Prozent)

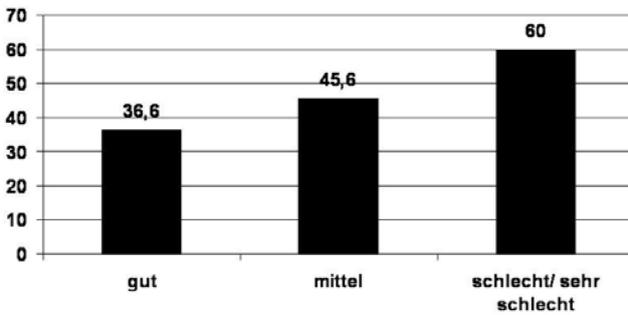


Abb. 21
Arbeitsklima und kein Gespräch mit Vorgesetzten (in Prozent) Phase 2: N=88

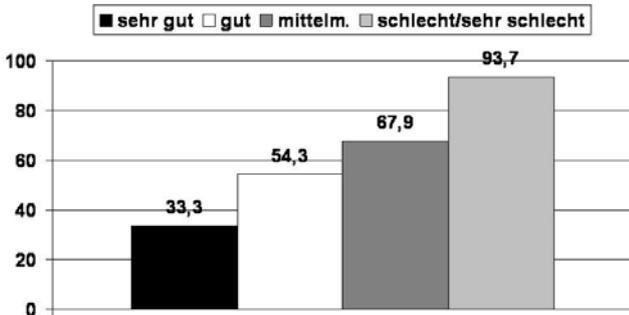


Abb. 22
Psychotherapie nach Übergriff in Anspruch genommen (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

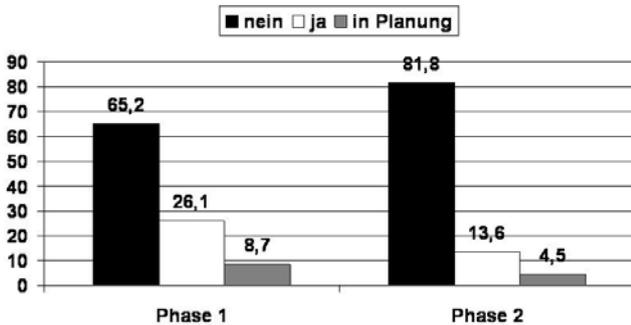


Abb. 23
Arbeitsplatz unmittelbar nach dem Übergriff verlassen
(in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

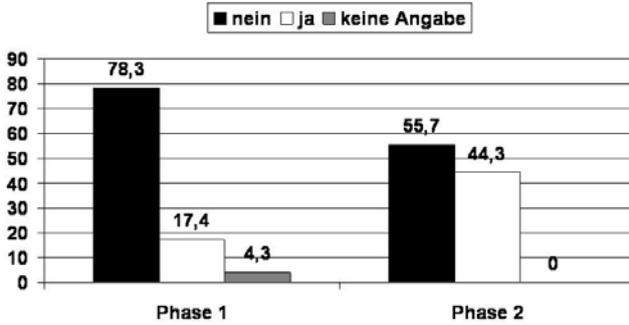


Abb. 24
Ausreichende Unterstützung durch die Kollegen/-innen
(in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

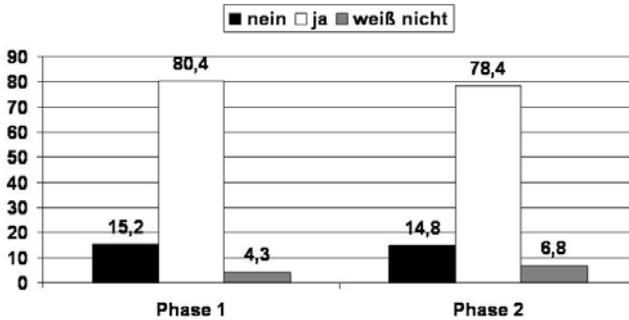


Abb. 25
Gespräch mit Vorgesetztem/-r nach Übergriff geführt (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

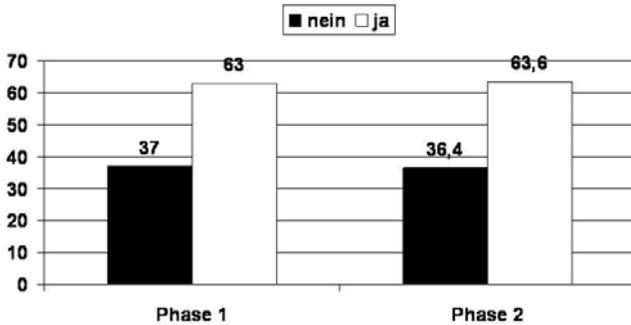


Abb. 26
Ausreichende Unterstützung durch die Leitung (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

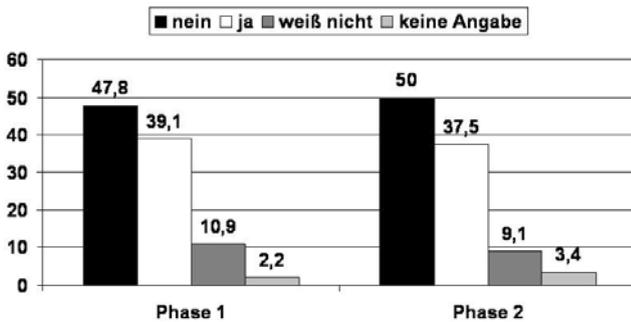


Abb. 27
 Wenn keine ausreichend Unterstützung durch Leitung,
 wäre ein Gespräch hilfreich gewesen? (in Prozent)
 Phase 1: N=17; Phase 2: N=32

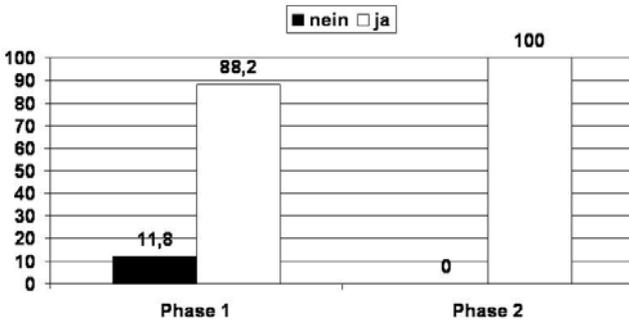


Abb. 28
 Übergriff mit Familie/Freunden/Bekannten besprochen
 (in Prozent)
 Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

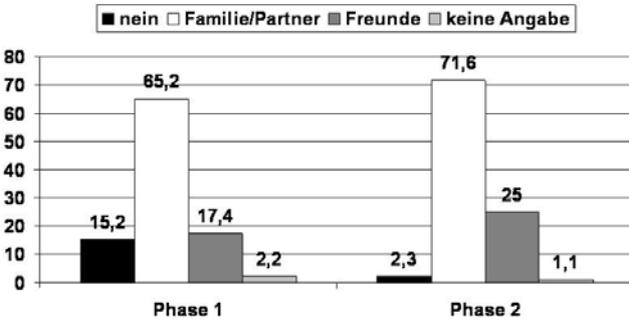


Abb. 29
Insgesamt ausreichende Unterstützung? (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

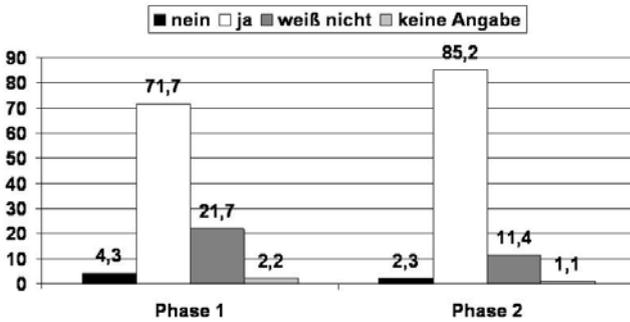


Abb. 30
Unsicherheit am Arbeitsplatz (zum Interviewzeitpunkt)
(in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

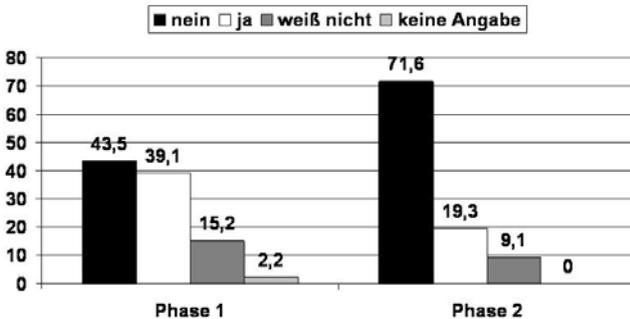


Abb. 31
 Wunsch nach Wechsel des Arbeitsplatzes (zum Interviewzeitpunkt)
 (in Prozent) Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

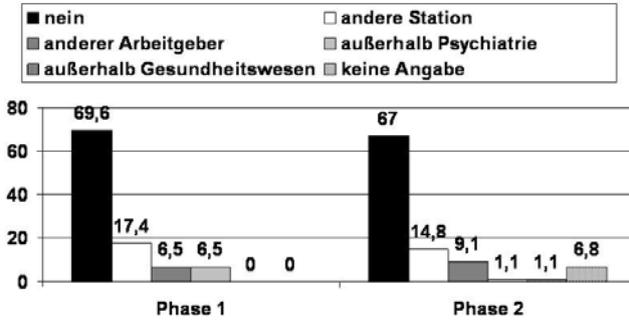


Abb. 32
 Phase 2: Arbeitsunfähigkeits-Tage (in Prozent)
 N=88

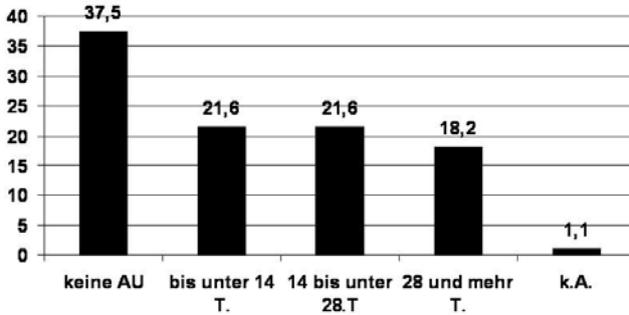


Abb.33
Phase 2: AU-Tage und Anteil von großen
Körperschäden (Mittelwerte)

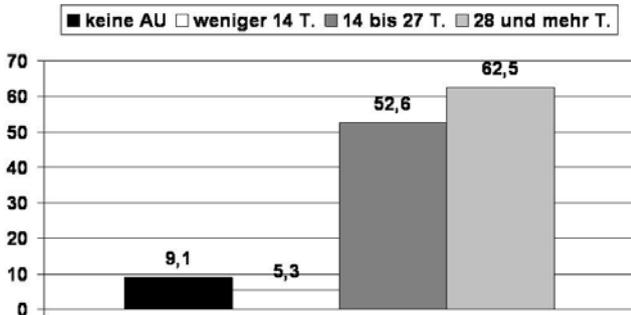


Abb.34
Phase 2: AU-Tage und psychische Belastung
(Mittelwerte)

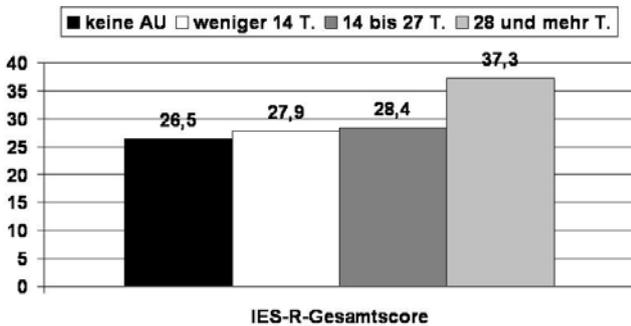


Abb. 35
Veränderung in der Beziehung zu Patienten/-innen (in Prozent)

Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

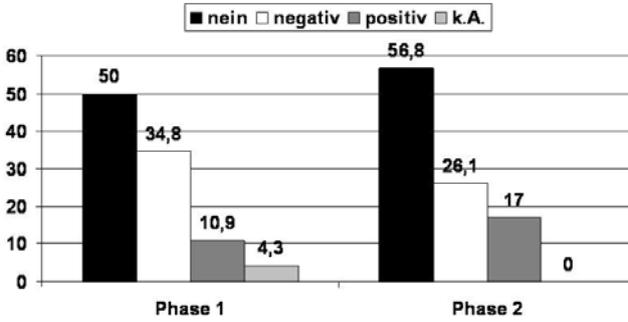


Abb. 36
Arbeitskompetenz verändert (in Prozent)

Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

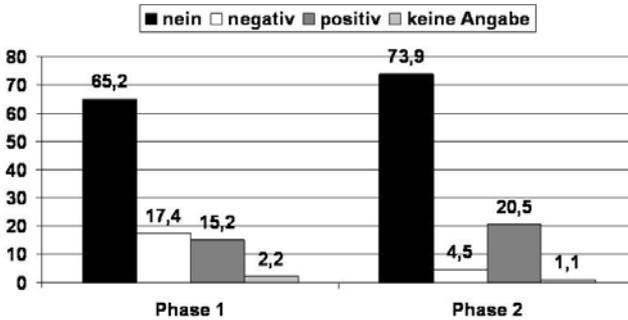


Abb. 37
Veränderung in der Beziehung zu Kolleg/-innen (in Prozent)
Phase 1: N=46; Phase 2: N=88

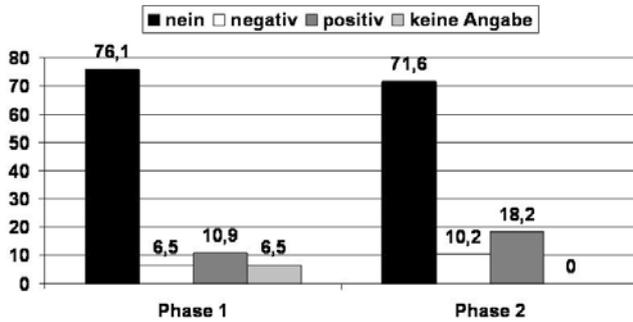


Abb. 38
Partnerschaft (in Prozent)
N=35

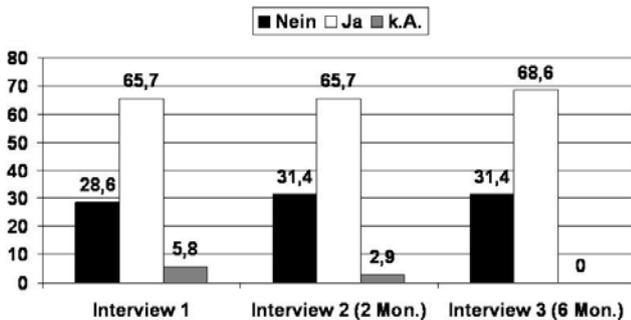


Abb. 39
Arbeitszeit (Teil-/Vollzeit) (in Prozent)
N=35

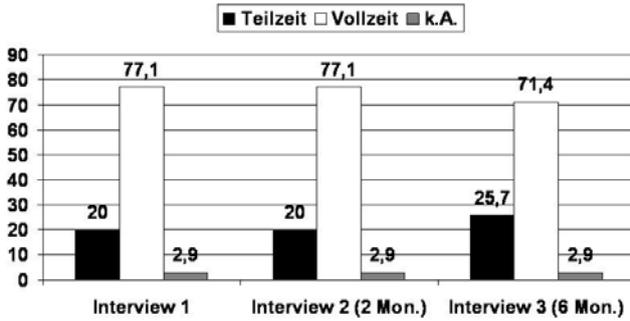


Abb. 40
Verhältnis zu den Kolleginnen und Kollegen (in Prozent)
N=35

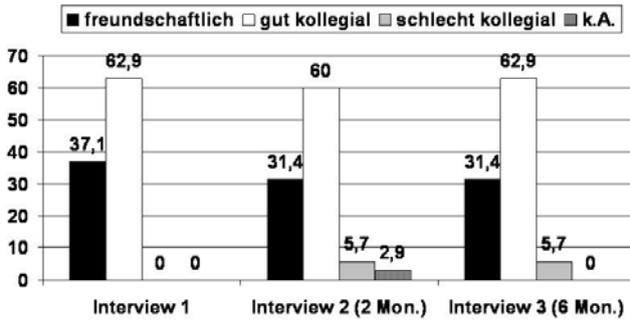


Abb. 41
Phase 1: Körperliche Beschwerden durch Übergriff (in Prozent)
N=35

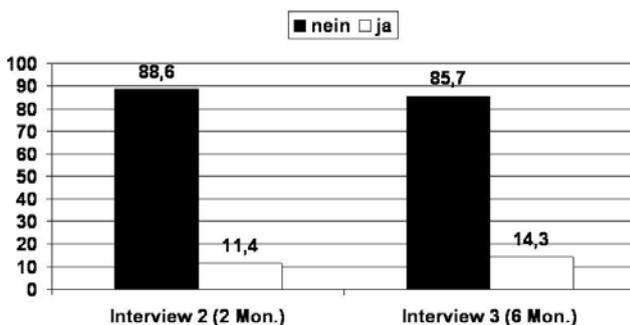


Abb. 42
Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung
(nach DSM IV; PCL-C) (in Prozent)
N=35

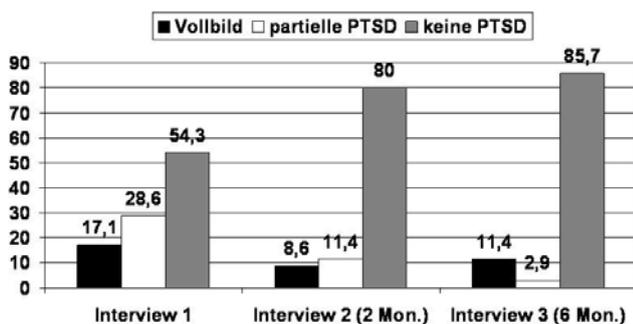


Abb. 43
Phase 1: IES-R-Gesamtscore

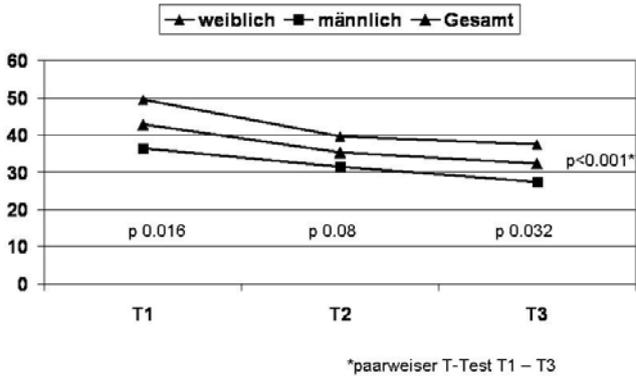


Abb. 44
Phase 1: IES-R-Intrusion

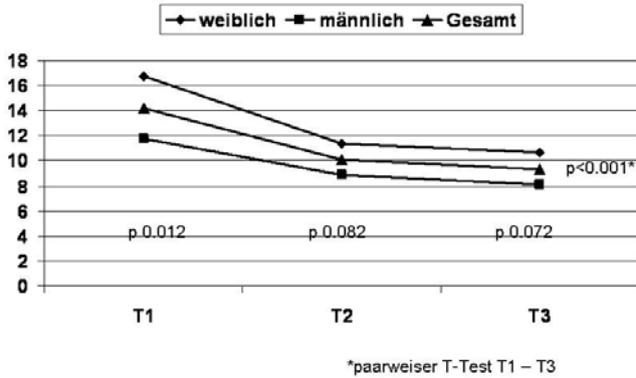


Abb. 45
Phase 1: IES-R-Vermeidung

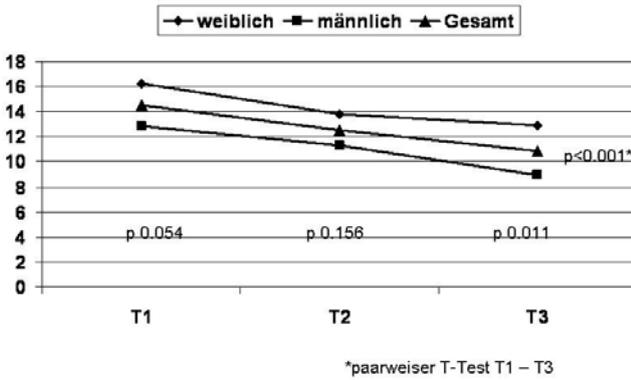


Abb. 46
Phase 1: IES-R-Übererregung

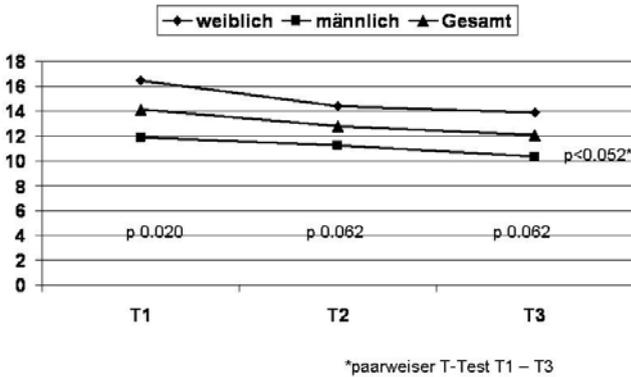


Abb. 47
Phase 1: Körperschaden und IES-R-Gesamtscore

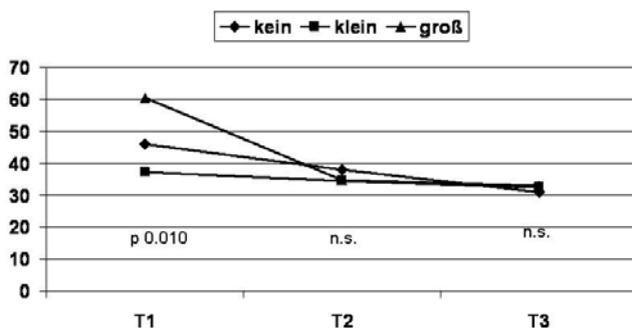


Abb. 48
Unsicherheitsgefühl am Arbeitsplatz (zum jeweiligen Interviewzeitpunkt) (in Prozent)
N=35

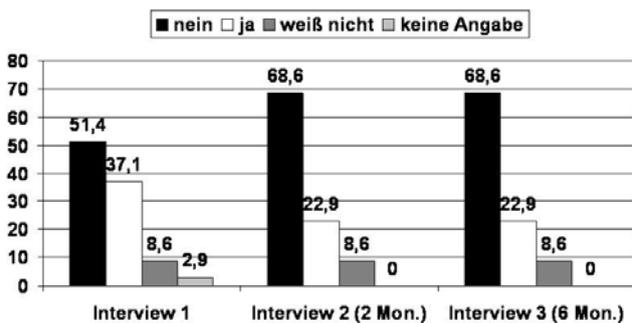


Abb. 49
Veränderung in der Beziehung zu Patienten/-innen (in Prozent)
N=35

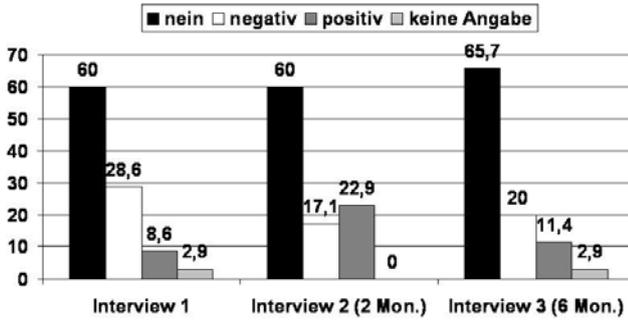


Abb. 50
Veränderung Arbeitskompetenz (in Prozent)
N=35

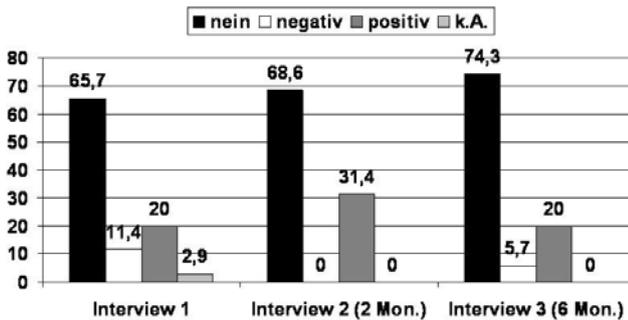


Abb. 51
 Psychotherapie zum Interviewzeitpunkt (in Prozent)
 N=35

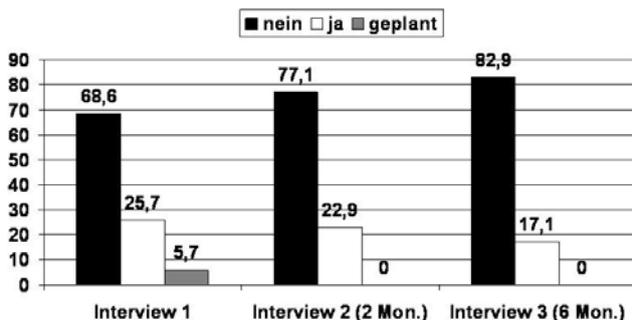
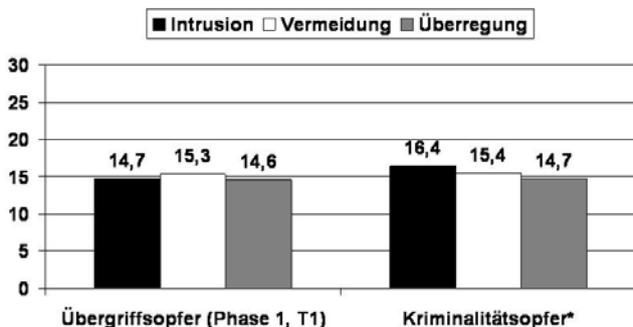


Abb. 52
 Vergleich zwischen Übergriffs- und Kriminalitätsopfern
 IES-R-Subskalen (Mittelwerte)



*A Maercker, M Schützwohl: Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). Diagnostica 44 (1998), 130-141