

Reaktion auf Unfälle mit Personenschaden

Akute und posttraumatische Belastungsstörung bei Ärzten, Polizei- und Rettungskräften

E. Okon, R. Meermann, Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont
(Chefarzt: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Meermann)

NOTFALLMEDIZIN 2003; 29: 255–259

Ärzte, Sanitäter, Polizei- und Rettungskräfte, die zu Arbeits- oder Verkehrsunfällen mit Personenschäden gerufen werden oder die es mit Verbrechensopfern zu tun haben, erleben neben den zum Teil schwer wiegenden körperlichen Schädigungen auch häufig schwere psychische Probleme der Opfer oder unbeteiligter Angehöriger/Zeugen. Viele der so Betroffenen entwickeln im Folgenden erhebliche seelische Probleme, die sich entweder als akute (kurz nach dem Ereignis) oder als posttraumatische Belastungsstörung (Synonyme: PTSD, PTBS; in der Regel mit der Verzögerung von einigen Wochen nach dem Ereignis) darstellen. Aber nicht nur Opfer und Zeugen, sondern auch Ärzte und Sanitäter können psychische Belastungen erleben, die als Folge einer traumatisierenden Situation entstehen.

Menschen reagieren auf ein traumatisches Ereignis fast immer mit Hilflosigkeit, Erschrecken, Verunsicherung und auch noch Tage später mit psychophysischer Übererregung, Schlafstörungen und Alpträumen. Eine solche Reaktion ist weitgehend „normal“, entsprechende körperliche und seelische Reaktionen stellen nicht per se eine Störung mit Krankheitswert dar. Manche Menschen reagieren auf ein traumatisches Ereignis jedoch mit einer solchen Heftigkeit und lang anhaltenden seelischen Problemen, dass Störungen von Krankheitswert entstehen, die dann gegebenenfalls gesonderter psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung bedürfen. Kurz nach dem traumatischen Ereignis spricht man von einer akuten Belastungsreaktion (Tab. 1).

Seelische Folgen eines Traumas

Hinter der akuten Belastungsstörung verbirgt sich eine kurzfristige vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem seelisch gesunden Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastung entwickelt.



Tab. 1 Akute Belastungsreaktion (ICD-10 F 43.0)

1. Eintreten einer außergewöhnlichen körperlichen und seelischen Belastung, etwa ein überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Patienten oder einer geliebten Person, oder eine ungewöhnliche plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung/oder des Beziehungsnetzes des Betroffenen, wie etwa Verluste durch mehre Todesfälle, einen Brand oder ähnliches.
2. Der Betroffene ist vorher psychisch nicht manifest gestört gewesen.
3. Es tritt ein gemischtes und gewöhnlich wechselndes Bild auf, nach dem anfänglichen Zustand von Betäubung werden Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug beobachtet. Kein Symptom ist längere Zeit vorherrschend.
4. Die Symptome sind erst rückläufig, längstens innerhalb von wenigen Stunden, wenn eine Entfernung aus der belastenden Umgebung möglich ist. In den Fällen, in denen die Belastung weiter besteht, oder in denen sie naturgemäß nicht reversibel ist, beginnen die Symptome in der Regel nach 24 bis 48 Stunden abzuklingen und sind gewöhnlich nach drei Tagen nur noch minimal vorhanden.
5. Es muss ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen der Belastungssituation und dem Beginn der Symptome vorliegen.

Dazugehörige Begriffe: Akute Krisenreaktion, Kriegsneurose (Combat fatigue syndrom), Krisenzustand, psychischer Schock

Tab. 2 Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F43.1)

- A Die Betroffenen sind einem kurz- oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhall-erinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
- D Entweder 1 oder 2:
- 1) Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 - 2) Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: Schlafstörungen, Reizbarkeit/Wutausbrüche, Konzentrationsprobleme, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit
- E Die Kriterien B, C, D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. In einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden

Längere Zeit nach einer traumatisierenden Situation kann sich dann eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (Tab. 2).

Die ICD-10 fordert für die PTSD die Erfüllung eines Traumakriteriums. Dieses fordert, dass das traumatische Ereignis eine außergewöhnliche Bedrohung darstellt und ein solch katastrophales Ausmaß aufweist, so dass es bei fast jedem

eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Leichtere Verkehrsunfälle mit Bagatellverletzungen würden nach dieser Lesart also nicht dazu gehören. Die Diagnose PTSD gibt es seit zirka 20 Jahren auf Intervention von Rechtsanwälten von Vietnam-Soldaten, im deutschen Sprachraum wird sie seit Ende der achtziger Jahre diskutiert (5).

Grundsätzlich stellt ein Trauma,

gleich welcher Art, ein einschneidendes Erlebnis im Leben eines Menschen dar. Insofern sind emotional aufwühlende und die Ressourcen des Patienten aufs Äußerste fordernde Bewältigungsreaktionen als normal zu bezeichnen. Bereits kurz nach der Erfahrung eines Traumas kann jedoch der Eindruck eines „Überflutetwerdens“ des Opfers einen ersten prognostischen Hinweis auf die spätere Entwicklung einer PTSD liefern. Grundsätzlich gibt es neben personenbezogenen Risikofaktoren auch traumabezogene Risikofaktoren, die Hinweise auf ein Erkrankungsrisiko geben können (Tab. 3).

Im Rahmen der Notfallversorgung können zum Beispiel Hinweise auf so genannte peritraumatische Dissoziationen (z.B. organisch nicht erklärbare Gedächtnisverluste an die traumatische Situation selber) sowie der Schweregrad des Traumas genannt werden. Gleichzeitig gilt, dass Vorbelastungen und bereits erlebte Traumen (z.B. bei mehrfach überfallenen Bankangestellten) ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bergen.

Auch wenn die ICD-10 nur die Diagnose PTSD kennt, weiß man mittlerweile aus der wissenschaftlichen Literatur, dass eine PTSD abhängig von der Art des Traumas unterschiedliche Ausprägungen und Schweregrade aufweisen kann. Man unterscheidet verschiedene Formen von Traumen, die so genannten Typ 1- und Typ 2-Traumen (Tab. 4) sowie katastroph-, berufsbedingte und Unfalltraumen sowie die menschlich verursachten Traumen („man made disasters“, Tab. 5, (12)).

Wichtig ist noch die Unterscheidung zwischen primärer Traumatisierung (Traumatisierung des Opfers selbst) und sekundärer Traumatisierung (man wird Zeuge einer Traumatisierung, dieses gilt z.B. für Helfer in Notfallsituationen).

Wie weiter oben beschrieben, entstehen in der traumatischen Situation selbst (in der Regel ist dies die Situation, in der Notärzte und Sanitäter tätig werden) keine anormalen krankheitswertigen und damit behandlungspflichtigen Reaktionen, auch wenn heftige psychische Reaktionen erfolgen können. In

der Regel lassen sich zu diesem Zeitpunkt auch keine Vorhersagen treffen, ob der Betroffene später eine PTSD entwickelt oder nicht. Selbst die am pathogensten eingestuft Traumen (Vergewaltigung, sexueller Missbrauch in der Kindheit, Teilnahme an Kriegshandlungen) sind nur bei 50–70% der Betroffenen mit der Entwicklung einer PTSD verbunden. Bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren, sowohl auf der persönlichen Ebene als auch während der traumatischen Situation, ist es jedoch sinnvoll, den Kontakt zu einem auf die Behandlung von posttraumatischen Störungsbildern spezialisierten Psychiater oder Psychotherapeuten zu knüpfen. Die Psychotherapieambulanz unserer Klinik arbeitet beispielsweise eng mit einem niedergelassenen Psychiater vor Ort zusammen, der häufig erster Ansprechpartner für traumatisierte Patienten ist, dieser stellt dann entsprechende Patienten zu einer Frühintervention in der Ambulanz vor. Eine solche regionale Vernetzung mit spezialisierten Ärzten und Therapeuten ist die Methode der Wahl, um langfristige Gesundheitsschäden von Traumaopfern zu verhindern.

Auch Helfer brauchen Hilfe: die sekundäre Traumatisierung

Notfallmediziner und Rettungssanitäter sind in ihrem Einsatz für traumatisierte Menschen nicht nur mit Not, Verzweiflung und trauma-bezogenen Reaktionen ihrer Patienten konfrontiert, sondern sind auch Betroffene. Im Sinne einer sekundären Traumatisierung laufen auch Helfer Gefahr, aufgrund ihrer Belastungen und der Konfrontation mit Not und Leid an psychosomatischen Erkrankungen zu leiden (13). Diese können von Anpassungsstörungen, Depressionen, Ängsten bis hin zu einer PTSD reichen, nicht zu vergessen auch Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit. Untersuchungen des österreichischen Roten Kreuzes zeigten, dass insbesondere professionelle Helfer in der Lebensmittelebene eine erhöhte Anfälligkeit für eine sogenannte „Burn-Out-Symptomatik“ haben, verbunden mit Schlaflosigkeit,

Rückzug aus sozialen Aktivitäten oder wachsender Unzufriedenheit mit dem Beruf, die nur schwer kompensiert werden kann (1).

Präventive und therapeutische Strategien

In den USA wurde Mitte der 80er Jahre das Programm des „Critical Incident Stress Managements“ von Mitchell (6) entwickelt, ein mehrstufiges Interventionsprogramm, das speziell für Feuerwehrleute entwickelt wurde. Dieses beinhaltet präventive, kurz- und mittelfristige Interventionen sowie eine Familien- und Organisationsberatung. Die Durchführung obliegt in der Regel speziell ausgebildeten Ärzten und Psychologen sowie so genannten Peers, das heißt erfahrenen Angehörigen der entsprechenden Berufsgruppe, die aufgrund ihrer Lebens- und Berufserfahrung betroffenen Kollegen nach belastenden Ereignissen als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Erfahrungen mit diesem Interventionsprogramm sind im amerikanischen Raum positiv, die Datenlage im deutschsprachigen Gebiet ist dagegen uneinheitlich. Gründe liegen möglicherweise darin, dass die einzelnen Interventionsstufen zum Teil mit anderen Inhalten gefüllt werden, beziehungsweise dass Begriffe wie Debriefing oder Defusing uneinheitlich benutzt werden (2, 3, 15).

Zur persönlichen Psychohygiene sind sowohl vorbeugend als auch nach belastenden Ereignissen Methoden der Stressbewältigung zu empfehlen, wie das Erlernen muskulärer Entspannungsverfahren, ausgleichende Sport- und Fitnessaktivitäten sowie imaginative Verfahren aus dem Bereich der Hypnosetherapie. Langfristig hilft darüber hinaus der Aufbau ausgleichender befriedigender Aktivitäten, die häufig unter beruflicher Belastung zu kurz kommen, sowie das Schaffen einer kollektiven und sozial unterstützenden Atmosphäre im beruflichen Umfeld.

Intervention auf Patientenseite

Die Hilfe für Traumaopfer kann bereits sehr früh einsetzen, und zwar direkt nach dem belastenden

Tab. 3 Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Prätraumatisch

- Vorbelastungen/Traumaerfahrung
- Vorausgehende emotionale Probleme
- Unzufriedenheit im Beruf

Peritraumatisch

- Peritraumatische Dissoziation
- Schweregrad des Traumas
- Selbst erlebte Todesangst

Psychotraumatisch

- Hohe IES (Impact of Event-Scale)-Werte
- Frühe PTSD-Symptome
- Auftreten einer ASD („acute stress disorder“)
- Nachfolgende belastende Erfahrungen

Ereignis. Grundsätzlich folgt die psychotherapeutische Strategie bei Traumaopfern einer dreistufigen Intervention, die Stabilisierung, Traumabearbeitung im engeren Sinne sowie eine biografische Neuorientierung beinhaltet.

Stabilisierung

An erster Stelle steht natürlich das Herstellen einer sicheren Situation, dies auch im physischen Sinne verstanden. Je nach Art des Traumas gehören dazu körperliche Behandlungen, bei Gewalt im häuslichen Umfeld würde dazu gehören, etwa eine vergewaltigte Ehefrau im Frauenhaus unterzubringen, um weiteren Täterkontakt zu vermeiden. Des Weiteren profitieren viele Opfer davon, wenn ihnen ihre Verzweiflung und ihre körperlichen und seelischen Symptome als etwas Normales nach einer anormalen Situation erklärt wird (Stichwort: Psychoedukation). Bereits in dieser Phase können Patienten dazu motiviert werden, Entspannungs- und Stabilisierungstechniken zu erlernen. Sollte in dieser frühen Interventionsphase erkennbar werden, dass Betroffene ein erhöhtes Risiko für das spätere Erleiden einer PTSD haben, kann bei entsprechender Motivation und Interesse des Patienten die Einleitung einer Psychotherapie angeregt werden, dies sollte jedoch auf der Ebene eines Angebotes geschehen und nicht als ver-

pflichtende Maßnahmen. Insbesondere Opfer sozialer Gewalt brauchen eine gewisse Zeit, um wieder Vertrauen in andere Menschen (hiermit sind auch Therapeuten gemeint) zu entwickeln. Sie müssen selber den Zeitpunkt bestimmen, ob und wann sie Hilfe annehmen wollen. Hilfreich zur Abschätzung eines Erkrankungsrisikos sind Fragebogen (wie der Kölner Risikoindex (7, 8)).

Traumabearbeitung im engeren Sinne

Nach der Phase der Stabilisierung schließt sich bei entsprechender Motivation der Patienten die therapeutische Phase der Traumabearbeitung im engeren Sinne an. Intrusionen, Flashbacks und Vermeidungsverhalten – sowohl gedanklich als auch im konkreten Verhalten – sind Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung und Form einer maladaptiven Auseinandersetzung mit der traumatischen Situation. Es kommt zu einer Art eingefrorenen Gedächtniszustand, der begleitet wird von heftigen Affekten und starken physiologischen Reaktionen mit der Folge eines Stagnierens der Traumaverarbeitung. Patienten mit PTSD haben eine deutlich erhöhte selektive Aufmerksamkeit für traumabezogene Reize und entwickeln darüber hinaus typische traumabezogene Gedankenmuster. So kann sich eine traumatisierte Person als vermehrt verletzt oder zukünftig verletzbar erleben, die Welt wird als feindlich und unkontrollierbar erlebt. Gerade bei Verbrechenopfern kommt es zu Gefühlen des Beschmutzt- und Beschädigtseins.

Grundsätzliche Strategie einer Traumatherapie ist es, durch Konfrontation mit belastenden Erinnerungen die intrusive Symptomatik und die blockierten Erinnerungsmechanismen aufzubrechen und das Trauma sozusagen zu Ende zu denken und als etwas Geschehenes zu akzeptieren. Hierbei bieten sich verschiedene therapeutische Ansätze an: Traumaorientierte Verhaltenstherapie nutzt Methoden der Exposition entweder als Übungen in der Realität („Exposition in vivo“) oder auf Vorstellungsebene („Exposition in sensu“) oder als therapeutisch angeleitetes Briefe- oder Tagebuchschreiben (12). Als hypnotherapeutische Verfahren können Distanzierungstechniken oder verschiedene imaginative Konfrontationen durchgeführt werden. Bei der so genannten Screen-Technik kann der Patient zum Beispiel abhängig von der individuellen Belastbarkeit das Geschehene auf einem vorgestellten Bildschirm nacherleben, er hat dabei

imaginative Steuerungsmechanismen zur Verfügung wie die Farbe des Bildes zu bestimmen, die Lautstärke und die Bildgröße einzustellen, das Bild abzuschalten etc. Zusätzlich hat sich in den letzten Jahren das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro als therapeutische Methode etabliert. Hier wird über bilaterale Stimulation – etwa über schnelle Augenbewegungen – versucht, einen Erinnerungsprozess in Gang zu setzen (11, 14). Die Erfahrungen mit all diesen therapeutischen Strategien sind ermutigend. Durch alle genannten Methoden kann intrusive Symptomatik reduziert und der Umgang mit belastenden Erinnerungen verbessert werden (9, 10).

Traumatherapie ist allerdings niemals isolierte Einzeltherapie, sondern muss immer auf dem Boden einer fundierten und wissenschaftlich anerkannten Therapiemethode stattfinden. Wissenschaftlich anerkannt sind zur Zeit die psychodynamischen Ansätze (Tiefenpsychologische Verfahren und Psychoanalyse) sowie die Verhaltenstherapie. Eine Ausbildung in einem dieser Verfahren sollte Basisqualifikation eines jeden Traumatherapeuten sein. Traumatherapie bedeutet immer, auch mit heftigen Krisen umgehen können zu müssen. Traumatherapie bedeutet aber auch, zu Beginn eine fundierte Differentialdiagnostik durchzuführen, um etwa Komorbidität (Suchtmittel!) zu erkennen.

Neuorientierung

Häufig zerstört ein traumatisches Ereignis den Lebensplan eines Menschen. Neben einer möglichen dauerhaften körperlichen Beeinträchtigung (etwa Amputationen nach Berufs- oder Verkehrsunfällen), einem Verlust des Arbeitsplatzes – und damit von Status, Geld oder Lebensinhalt – muss hier vor allen Dingen auch auf den Verlust des Vertrauens in zwischenmenschliche Werte und Zuverlässigkeiten hingewiesen werden. Hier ist Hilfestellung zur Entwicklung neuer Lebensziele nötig, die neue Situation muss akzeptiert werden, auch, oder gerade wenn die Folgen eines Trau-

Tab. 4 Schweregrad und Ausprägung der Traumen

Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ I-Traumen)

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- technische Katastrophen
- kriminelle Gewalterfahrungen

Kennzeichen: akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit, Überraschung

Länger dauernde, wiederholte Traumen (Typ II-Traumen)

- Geiselhaf
- mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- wiederholte Gewalterfahrungen in Form von Missbrauch, Misshandlung

Kennzeichen: verschiedene Einzelereignisse, geringe Vorhersagbarkeit des weiteren Verlaufs

Tab. 5 Schweregrad und Ausprägung der Traumen

Menschlich verursachte Traumen („man made disasters“)

- sexuelle/körperliche Misshandlungen in der Kindheit
- kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- zivile Gewalterlebnisse (Geiselnahmen)
- Folter, politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ)

Katastrophen-, berufsbedingte und Unfalltraumen

- Naturkatastrophen
- technische Katastrophen
- berufsbedingte Katastrophen, z.B. bei Militär, Polizei, Feuerwehr
- Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle



mas nicht mehr rückgängig gemacht werden können. Neben praktischen Hilfestellungen etwa in finanziellen Fragen (z.B. Kontakte zum Weißen Ring knüpfen, Hilfestellung bei der Zusammenarbeit mit Berufsgenossenschaften, mit der Opferhilfe oder den Versorgungsämtern) fallen hierunter Hilfen bei einer neuen beruflichen Planung, aber auch Hilfestellungen bei einer neuen Sinnfindung, etwa über ein soziales Engagement. Eine der Hauptaufgaben in dieser Phase ist es, das Trauma in die persönliche Entwicklung zu integrieren, also das Trauma als etwas zu akzeptieren, das nicht mehr rückgängig zu machen ist. Der Patient wird dabei unterstützt, sich trotzdem wieder langfristige Perspektiven aufzubauen, inklusive einer sozialen Integration (geklärte Wohn-, Arbeits- und Einkommensverhältnisse). Zusätzlich müssen für die Zukunft gegebenenfalls Vorsichtsmaßnahmen gegenüber einer erneuten Traumatisierung getroffen werden, ohne dass dies das Ausmaß einer übertriebenen Ängstlichkeit annimmt.

Indikation für eine stationäre Psychotherapie

Ein Großteil betroffener Patienten schafft es entweder mit der Unterstützung von Angehörigen und Freunden oder ergänzt durch Psychotherapie, im realen Leben wieder Fuß zu fassen. Insbesondere wenn Aspekte der äußeren Sicherheit ungeklärt sind (es existiert noch Täterkontakt bei Gewaltverbrechen, es gibt ungeklärte Arbeits- und Einkommensverhältnisse etwa nach Berufsunfällen) oder die Patienten sind dermaßen seelisch und/oder körperlich beeinträchtigt, dass sie keine eigenen Ressourcen mehr besitzen, ihre Probleme im häusli-

chen Umfeld zu klären, besteht die Indikation für eine stationäre Psychotherapie. Es gibt in Deutschland einige Kliniken, die sich auf die Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen spe-

zialisiert haben, in den letzten Jahren ist hier an einer fundierten konzeptionellen Weiterentwicklung gearbeitet worden. Diese Kliniken zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass sie oder Mitarbeiter Mitglied in der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) sind. Gerade bei Patienten mit schwierigen sozialmedizinischen Hintergründen (Gerichtsverfahren um Schadensersatz – oder Rentenansprüche) gilt es, Aspekte des chronischen Krankheitsverhaltens mit sekundärem Krankheitsgewinn, einen sozialen Rückzug oder eine eingeschränkte private und soziale Leistungsfähigkeit zu beachten. Gerade in solch einer Situation sind multimodale Behandlungsansätze mit Einzel- und Gruppentherapien und einer leistungsfähigen sozialtherapeutischen Unterstützung indiziert und prognostisch erfolgversprechend.

Summary

Physicians, paramedics, police and rescue personnel who are called in to accidents at the workplace or on the road involving injuries to persons, or who have to deal with the victims of violent crime, sometimes have to cope not only with major physical injuries, but also with major psychological problems on the part of the victim or uninvolved relatives/witnesses. Many of those involved go on to develop considerable psychological disorders which present either as acute conditions (shortly after the event) or posttraumatic stress disorders (synonyms: PTSD, PTBS; usually after a post-event delay of several weeks. However, psychological stress caused by a traumatic situation may be experienced not only by victims and witnesses, but also by physicians and paramedics.

Literatur

1. Binder-Kriegelstein C. Streßinterventionsprogramm für den Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes. Wien: Eigenverlag, 1997
2. Clemens K, Lüdke C. Debriefing – Werden die Opfer geschädigt? Überlegungen zu einem zielgruppenorientierten Vorgehen. *Psychotraumatologie* 2000; 5
3. Clemens K, Lüdke C. Debriefing kann schaden. *Deutsches Ärzteblatt (PP)* 2002; 7: 316
4. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10: Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (2. Auflage). Bern Göttingen: Huber, 1993
5. Dreßing H, Berger M. Posttraumatische Streßerkrankungen. *Nervenarzt* 1991; 62: 16–26
6. Everly G, Mitchell J. *Critical Incident Stress Management*. Second Edition. Ellicott City: Chevron, 1999
7. Fischer G, Riedesser P. *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhard-Verlag, 1998
8. Fischer G. *Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung*. Köln/Much: Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie, 2000
9. Flatten G, Hofmann A, Liebermann P et al. *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer, 2001
10. Frommberger U, Angenendt J, Nyberg E et al. *Differentialindikation therapeutischer Verfahren bei der PTBS*. *Psycho* 1999; 25: 458–462
11. Hoffmann A. *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme, 1999
12. Maercker A (Hrsg.). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Berlin Heidelberg: Springer, 1997
13. Okon E, Meermann R (Hrsg.). *Prävention und Behandlung posttraumatischer Störungsbilder im Rahmen militärischer und polizeilicher Aufgabenerfüllung*. Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont. Band 1, 2002
14. Shapiro F. *EMDR: Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann, 1999
15. Willkomm B. *Positive Effekte des Debriefings*. *Deutsches Ärzteblatt (PP)* 2002; 10: 464–465
16. Zielke M, Meermann R, Hackhausen W (Hrsg.). *Das Ende der Geborgenheit. Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen*. Lengerich, Pabst Science Publishers, 2003

Anschrift für die Verfasser

Dipl.-Psych. Eberhard Okon
Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont
Bombergallee 10
31812 Bad Pyrmont
Fax: 0 52 81/61 96 66
E-Mail: eokon@ahg.de