

Aus der Praxis: Affektive Störungen als Traumafolgeerkrankungen?

Der „Analoge Lebenslauf“ als Technik der Differenzialdiagnostik und ressourcenorientierten Intervention

Practical Experience: Affective Disorders as Consequences of Trauma? The „Analog Curriculum Vitae“ as Differential Diagnostic Technique and Resource Oriented Intervention

Helga Kernstock-Redl

Themenschwerpunkt Affektive Störungen

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird dargestellt, wie wichtig die biographische Anamnese bei affektiven Störungen für die Differenzialdiagnostik in Richtung einer Traumafolgesymptomatik ist. Denn das beeinflusst die Planung der Behandlungsschritte. Eine spezielle grafische Form kann dem dazu notwendigen „Lebenslauf“ eines/r Patienten/in einen vollkommen neuen Stellenwert geben. Er wird zu einer Ressourcen- und Traumalandkarte, dient der Dokumentation und wirkt als vielseitig nutzbare Intervention.

Abstract

This article shows the importance of the biographical anamnesis with affective disorders for the differential diagnostics, concerning the symptoms following trauma. It influences the planning of the various steps of the treatment plan. A special graphic form can give the necessary "curriculum vitae" of a patient a completely new significance. It becomes a resource- and trauma-map, serves the documentation and is a multifaceted intervention.

1. Traumaspezifische Differenzialdiagnostik zur Behandlungsplanung

Bei einigen Menschen, deren Symptomatik als affektive Störung diagnostiziert wird, finden sich in der Biographie als traumatisch zu bewertende Katastrophen oder schwerwiegende Entwicklungstraumata. Eine affektive Symptomatik kann dann unter Umständen als eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere Traumafolgeerkrankung verstanden werden.

Doch spannenderweise wird bei Menschen mit eindeutiger PTBS-Diagnose eher gezielt nach Komorbiditäten

gesucht als umgekehrt. So betonen die AWMF-Leitlinien zur PTBS: „Es soll beachtet werden, dass komorbide Störungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme sind.“ (AWMF-S3, 2012a, S. 27). Die AWMF-Leitlinien zur Depressionsbehandlung erwähnen hingegen die Diagnose PTBS bzw. weitere Traumafolgeerkrankungen nicht explizit, obwohl viele andere Komorbiditäten und deren Einfluss auf die Behandlung ausführlich erörtert werden (s. AWMF-S3, 2012b, Langform). Auch Schmidt (2009) schreibt zum Beispiel: „Insgesamt war eine Posttraumatische Belastungsstörung in unserer Stichprobe (Anm.: bipolare Störung) doppelt so häufig wie die Lebenszeit-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung nach aktueller Studienlage. Angesichts dessen ist es alarmierend, dass bei keinem der teilnehmenden Patienten zuvor die Diagnose einer PTBS gestellt wurde. Hier besteht Forschungsbedarf, um eine gezieltere Behandlung und Krankheitsprophylaxe für bipolar erkrankte Menschen auf den Weg zu bringen.“ (Schmidt, 2009, S. 49).

Vielleicht liegt es am 6-Monate-Kriterium des ICD-10 für die PTBS-Diagnostik, vielleicht ist Trauma als ursächlicher Faktor auch noch immer zu wenig anerkannt. Natürlich betont die Autorin: „Da es sich um eine retrospektive Bewertung der Traumatisierung handelte, darf keine Kausalität hergestellt werden.“ (Schmidt, 2009, S. 49). Doch Erfahrungen von PraktikerInnen zeigen: „Die PTBS zeigt eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen, anderen Angststörungen, Substanzmissbrauch, Somatisierungsstörungen sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei etwa einem Drittel der Personen mit PTBS besteht eine Risikokonstellation durch eine vorbestehende psychische Störung. Bei 2/3 der Fälle entstehen komorbide Störungen sekundär zur PTBS.“ (Psychiatrie Charité, Universitätsmedizin Berlin, 2013). Auch die Forschung bestätigt im Wesentlichen solche Zusammenhänge. Ein Überblick zur aktuellen Studienlage dazu findet sich in der AWMF-S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (2012a).