

# Gender Mainstreaming im psychiatrischen Fachkrankenhaus:

## Eine erste Annäherung



Luc Turmes (Hrsg.)

PGV

## Vorwort

Zum 20jährigen Bestehen des Westfälischen Zentrums Herten beschreibt das vorliegende Buch die Entwicklung der Klinik in den letzten 2 Jahren auf ihrem Weg zu einem Zentrum für die seelische Gesundheit der Frau. Die fachlich-inhaltliche Ausrichtung wird dabei wesentlich von dem Paradigma einer störungsspezifischen und patientenzentrierten Behandlung getragen. Dies beinhaltet z.B. im Funktionsbereich Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie eine Mutter-Säugling-Station für postpartale psychische Störungen, eine Depressionsstation, eine Kognitionsstation und eine Psychotherapiestation mit traumatherapeutischem Schwerpunkt.

Die einzelnen Artikel des Buches beruhen einerseits auf unterschiedlichen Fortbildungsveranstaltungen der Jahre 2003-2005 und füllen die Begrifflichkeit eines störungsspezifischen und patientenzentrierten Ansatzes aus, andererseits zeigen sie erste praxisnahe Forschungsergebnisse im Kontext einer geschlechtersensiblen Diagnostik und Therapie.

Im ersten Kapitel versucht der Referent die mögliche Bedeutung der geschlechterpolitischen Strategie des Gender Mainstreaming für ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin herauszuarbeiten. Dabei beeindruckt die Kongruenz und harmonische Ergänzung zu dem patientenzentrierten Ansatz des WZ Herten. Möge das 20jährige Jubiläum auch der Moment sein, wo die geschlechtersensible Perspektive von Gender Mainstreaming neue Impulse für praktisches Handeln auf allen Ebenen des Krankenhauses setzt.

Herten, im Juni 2005

Dr. Luc Turmes

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	2
<b>Autorenverzeichnis</b>	4
<b>Gender Mainstreaming im psychiatrischen Fachkrankenhaus - Eine erste Annäherung -</b> L. Turmes	5
<b>Schizophrenie und frühe Mutterschaft</b> C. Hornstein	17
<b>Ein Erfahrungsbericht zu einer postpartalen Depression - aus der Sicht einer Betroffenen und in der Selbsthilfe Beratenden</b> S. Surholt	24
<b>Psychisch kranke Mütter kleiner Kinder: Was kann die ambulante Betreuung leisten und wo sind ihre Grenzen</b> M. Hofecker-Fallahpour, A. Riecher-Rössler	31
<b>Die Rolle der männlichen Partner peripartal erkrankter Frauen</b> M. Grube	37
<b>Die Behandlung der postpartalen psychotischen Depression mit dem atypischen Neuroleptikum Quetiapin</b> L. Turmes	46
<b>Normale und pathologische Trauer</b> A. Kersting	50
<b>Traumatherapie im psychiatrischen Fachkrankenhaus</b> L. Turmes	55
<b>Flüchtlingskinder im Spannungsfeld von Kinderpsychiatrie und Schule</b> H. Adam	62
<b>Persönlichkeit und Trauma</b> L. Reddemann	69
<b>Das zersplitterte Selbst - Dissoziation zwischen Störung und Heilung</b> U. Gast	83

## Gender Mainstreaming im psychiatrischen Fachkrankenhaus - Eine erste Annäherung -

L. Turmes

Der Council of Europe definiert **Gender Mainstreaming** 1998 wie folgt:

*„Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung von Entscheidungsprozessen, sodass von den Akteur/innen, die üblicherweise in Entscheidungsprozesse eingebunden sind, eine Perspektive der Gleichberechtigung der Geschlechter (Orig.: >gender equality<) in allen Vorgehensweisen (Orig.: >policies<), auf allen Ebenen und in allen Phasen eingenommen wird.“*

Betrachten wir nun die Situation in Deutschland, so hat die **geschlechterpolitische Strategie** des „Gender Mainstreaming“ in der bundesdeutschen Debatte eine erstaunlich schnelle Karriere gemacht. Sie war 1999 hierzulande noch so gut wie unbekannt (Regina Frey 2003), aber bereits im Jahre 2000 wird Gender Mainstreaming auf Bundes- und Länderebene zum Leitprinzip, die Geschäftsordnung der Bundesregierung wird entsprechend geändert, eine interministerielle Arbeitsgruppe unter der Führung des Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sorgt in Form von Pilotprojekten in jedem Ministerium für die Umsetzung von Gender Mainstreaming. Im Jahr 2001 setzte dann eine ganze Serie von Veranstaltungen und Tagungen zum Thema ein und 2002 werden im Auftrag der Bundesregierung Gender Trainings in Landesverwaltungen durchgeführt, die mit Mitteln der Europäischen Union (EU) gefördert werden.

Bei der Betrachtung aus einer historisch-theoretischen Perspektive der bundesdeutschen Debatten und Implementierungsbemühungen von Gender Mainstreaming fällt auf, dass Gender Mainstreaming oft mit den bekannten Begriffen der (Frauen-)Gleichstellung und Chancengleichheit übersetzt wird. Über Stellenwert und konkrete Mechanismen von Gender Mainstreaming sind sich jedoch viele Akteur/innen im Unklaren: die einen sehen darin eine Abwertung bzw. Gefahr für die bisher betriebene Frauenpolitik und deren Strukturen, die anderen sehen darin im Gegenteil eine Stärkung und Aufwertung eben dieser (vgl. Huschke 2002). Erschwerend kommt hinzu, dass Gender Mainstreaming im EU-Kontext von einem Teil der am Diskurs Beteiligten ausschließlich als „top-down“-Modell gesehen und deswegen auch teilweise angegriffen wird. Diese Kritik lässt jedoch die Geschichte des Gender Mainstreaming unberücksichtigt: Mit dem Bestreben, Gesamtstrategien zu ändern und Geschlechterverhältnisse zu transformieren anstatt additive Frauenförderung zu betreiben, waren Akteur/innen der internationalen Frauenbewegung durch große lobbyistische Anstrengungen wesentlich daran beteiligt, dass Gender Mainstreaming auf die internationale politische Agenda gesetzt wurde (Callenius 2002).

So hat insbesondere Christa Wichterich (2000) darauf hingewiesen, dass Gender Mainstreaming von **UNIFEM** bereits **ab 1985** systematisch praktiziert, wenn auch als Schlagwort erst ab 1995 durch die Aktionsplattform von Peking popularisiert wurde.

Einerseits machen also viele deutschsprachige Autor/innen in erster Linie die EU als diejenige Struktur aus, von der aus Impulse für Gender Mainstreaming für die deutsche Politik kommen, da die Bundesregierung und die Landesregierungen EU-Richtlinien zu Gender Main-

streaming verbindlich umzusetzen haben. Andererseits geht aber de facto die Idee des Gender Mainstreaming aus dem internationalen entwicklungspolitischen Kontext hervor. So legte das Entwicklungsministerium BMZ bereits 1997 - also noch zur Ära Kohl - ein >Gleichstellungskonzept< vor, in dem Gender Mainstreaming festgelegt ist: „Die Förderung der gleichberechtigten Beteiligung von Frauen und Männern ist eine Querschnittsaufgabe für alle Sektoren“. Im Jahre 2001 wurde das BMZ-Konzept überarbeitet und neu aufgelegt, hier wird auch der Begriff Gender Mainstreaming explizit genannt (BMZ 2001). Dieses Papier wurde also veröffentlicht lange bevor alle anderen bundesdeutschen Ministerien mit Gender Mainstreaming in Berührung kamen. Zugleich hinkte das BMZ jedoch hinterher, da die Umsetzungsorganisation GTZ schon seit Anfang der 90er Jahre eine Gender-Strategie verfolgte und es Anfang der 90er Jahre international bereits innovative Gender-Ansätze gab (Bliss et al. 1994).

Im Deutschen unterscheiden wir in der Regel zwischen dem „biologischen Geschlecht“ (**Sex**) und dem „sozialen Geschlecht“ (**Gender**). Dabei wurde Gender erst in den 60er Jahren in den sozialwissenschaftlichen englischsprachigen Kontext eingeführt und war vormals ein rein grammatikalischer Begriff. **Die Erfindung von Gender** geht auf den Psychoanalytiker Robert Stoller (1968) zurück: Dieser wandte die Unterscheidung zwischen Sex und Gender bei seinen Untersuchungen zur Geschlechtsidentität von Patienten an. Er untersuchte Probleme der Gender-Identität bei Patient/innen, die „falsche“ oder „fehlende“ sexuelle Merkmale haben (z.B. Hermaphroditen), die jedoch nach einer eindeutigen Rolle, männlich oder weiblich, sozialisiert wurden. Die britische Soziologin Ann Oakley (1972) übernahm diese Unterscheidung und führte aus:

*„>Geschlecht< ist ein Wort, das sich auf die biologischen Unterschiede zwischen männlich und weiblich bezieht (...). >Gender< hingegen ist eine Sache der Kultur : es bezieht sich auf die soziale Zuordnung von >maskulin< und >feminin<.“*

Oakley grenzt Gender auch dadurch von Sex ab, indem sie betont, dass einerseits die Beständigkeit von Geschlecht zugegeben werden muss, andererseits aber ebenso die Veränderlichkeit von Gender. Damit hat sie ein feministisches Instrument geschaffen, anhand dessen Rollenfestschreibungen aufgrund biologischer Faktoren zurückgewiesen werden

können. Das Paradigma Sigmund Freuds (Die Anatomie als Schicksal) war widerlegt.

**Gender** ist auch eine **zentrale Kategorie feministischer Theorie**. Mit dem „Wörterbuch der feministischen Theorie“ kann der Begriff in einem weiten Sinne definiert werden als „eine kulturell geformte Gruppe an Attributen und Verhaltensweisen, das dem Männlichen oder dem Weiblichen gegeben wird“ (Humm 1995). Als bedeutende Vertreterin **liberalfeministischer Theoriebildung** ist Simone de Beauvoir zu nennen, deren Verdienst es war, einen Grundstein für die Unterscheidung von „Sex“ und „Gender“ zu legen, obwohl der Begriff zu ihrer Zeit noch nicht eingeführt war. „Das andere Geschlecht“ (Beauvoir 1949) gilt als Klassiker feministischer Literatur; dabei ist interessanterweise der deutsche Titel irreführend, da das französische Original von 1949 den Titel „Le Deuxième Sexe“ (zu deutsch: das zweite Geschlecht) führt. Beauvoir gebrauchte als Erste die Denkfigur der sozialen Konstruktion von Geschlecht. Der folgende - vielzitierte - Ausspruch entspringt einer konstruktivistischen Denkart, die richtungweisend für die nachfolgende Gender-Diskussion war:

*„Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es. Keine biologische, psychische oder*

ökonomische Bestimmung legt die Gestalt fest, die der weibliche Mensch in der Gesellschaft annimmt.“ (de Beauvoir 1949).

**Radikalfeministische Ansätze** erheben den Vorwurf gegen liberale Feministinnen, sie würden das bestehende Gesellschaftssystem nicht ausreichend in Frage stellen. Feminismus innerhalb der Grenzen bestehender Machtstrukturen sei nicht möglich, da Unterdrückung von Frauen kein isoliertes Phänomen, sondern tief in allen gesellschaftlichen Bereichen verwurzelt sei. Tong (1998) nennt als gemeinsames Element des radikalen Feminismus „das Insistieren darauf, dass die Unterdrückung von Frauen die fundamentalste Form der Unterdrückung ist“, wobei diese auch die „erste, am weitesten verbreitete und tiefste Form menschlicher Unterdrückung sei“.

**Psychoanalytische Feminismen**, die an psychoanalytische Theorien anknüpfen, bereichern in den 80er Jahren die feministische Theoriebildung. Hier ist insbesondere Nancy Chodorow zu nennen, deren Ausgangspunkt eine Verbindung der freudschen Psychoanalyse bzw. der Objekt-Beziehungstheorien mit feministischen Grundgedanken ist. Chodorow (1989 zit. nach Kemp / Squires 1997) meint in Anlehnung an das freudsche Ödipuskonzept:

„Das Selbst von Frauen und Männern neigt jeweils dazu, verschieden konstruiert zu sein - das Selbst von Frauen mehr in Beziehungen und beschäftigt mit Grenzsetzungen, Trennung und Verbindung, das Selbst von Männern eher distanziert und basierend auf unerschütterlichen, zu verteidigenden Grenzen und der Verleugnung von Beziehungen mit Anderen.“

<b>SEX</b>	versus	<b>GENDER</b>
Biologisch		Kulturell
von Geburt an gegeben		durch Sozialisation erlernt
deswegen:		deswegen:
KANN NICHT GEÄNDERT WERDEN		KANN GEÄNDERT WERDEN
Beispiel		Beispiel
Nur Frauen können gebären		Frauen und Männer können als Lehrer, Ingenieure, Arbeiter arbeiten
Nur Männer können zeugen		Frauen und Männer können sich um Kinder und ältere Menschen kümmern

Tabelle 1: Quelle: Kerstan Birgit 1995

Der Schwerpunkt der staatlichen Gender-Politik (z.B.: BMZ 2001) liegt auf der Förderung der **gleichberechtigten** Beteiligung **von Frauen und Männern** und definiert Gender als „die

gesellschaftlich bestimmten Rechte und Pflichten von Frauen und Männern“. Noch differenzierter und ausführlicher fällt die **Gender-Definition der GTZ** (1999) aus:

*„Der englische Begriff >gender< bezeichnet die gesellschaftlich geprägten, individuell erlernten und in jeder Generation neu ausgehandelten weiblichen und männlichen Rollenzuschreibungen. Geschlechterrollen sind wesentlich bestimmt durch die soziale, kulturelle und wirtschaftliche Organisation einer Gesellschaft sowie die jeweils vorherrschenden religiös – moralischen und rechtlichen Vorstellungen. Weibliche und männliche Rollen und Handlungsspielräume unterliegen einem steten Wandel. Sie können von einer Gesellschaft zur anderen stark variieren und auch innerhalb einer Gesellschaft existieren bedeutsame Unterschiede je nach sozialer Schicht, Familienstatus, ethnischer oder Religionszugehörigkeit. Die Geschlechterrollen sind nicht neutral, sondern mit unterschiedlichen Wahlmöglichkeiten, Rechten und Entscheidungsmandaten verknüpft; in aller Regel zu Ungunsten von Frauen. Im Gegensatz zu den gesellschaftlich geprägten Geschlechterrollen ist das >biologische Geschlecht< (engl. >sex<) angeboren und unveränderbar.“*

Sehr begrüßenswert ist, dass diese Definition ausführlich differenziert und eine Reihe von Dimensionen aufgreift: Zunächst wird Gender als intergenerationeller Aushandlungsprozess sowie einem ständigen Wandel unterlegen dargestellt, er wird somit als variabel konturiert. Auch wird ein Spektrum an Bestimmungsfaktoren genannt, die auch symbolische Ordnungen ( religiös-moralisch ) beinhalten. Andere Ausgrenzungskategorien sind explizit genannt, zudem legt die Definition einen starken Fokus auf den jeweiligen gesellschaftlichen Kontext, sodass hier von einem offenen Konzept gesprochen werden kann. Interessant ist auch, dass die Definition die Idee von Geschlechterverhältnissen ernst nimmt, indem sie zwar Frauen als Benachteiligte nennt, dies jedoch nicht zum universellen Prinzip erhebt.

Soweit eine erste theoretische Annäherung an das Thema Gender Mainstreaming.

Wenn wir uns nun der Bedeutung von **Gender Mainstreaming im Bereich des Gesundheitswesens** und hier insbesondere **der Psychiatrie** zuwenden, so ist Heidi Merk zu zitieren, die ehemalige Niedersächsische Ministerin für Frauen, Arbeit und Soziales, die 1999 in einem Vortrag die Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie als Beispiel für die Notwendigkeit einer konkreten Umsetzung des Gender Mainstreaming-Gedankens im Gesundheitswesen nannte:

*„Trotz einer intensiven Frauenforschung ist es bisher nur teilweise gelungen, Gesundheit im Kontext des sozialen Geschehens der Menschen zu betrachten und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung und Sicherung der Gesundheit zu ergreifen. Faktoren wie z.B. Armut, Doppelbelastung der Frauen (mit Arbeit und Haushalt, Anm. L.T.) oder Gewalterfahrung und deren Wirkung auf die Gesundheit von Frauen und Mädchen sind bisher nicht hinreichend untersucht. Es ist bekannt,*

- a) dass Frauen mehr Medikamente - speziell Psychopharmaka - verschrieben werden als Männern,*
- b) dass Patientinnen in der Psychiatrie häufig auf eine Versorgungssituation treffen, die gekennzeichnet ist durch nicht getrennte Unterbringung von Frauen und Männern. Außerdem haben sie vielfach keinerlei Wahlmöglichkeiten, ob sie von männlichem oder*
- c) weiblichem ärztlichen oder Pflegepersonal betreut werden. Da davon auszugehen ist, dass ein wesentlicher Teil der Patientinnen Gewalterfahrung besitzt, ist dieser Umstand wiederum krankheitsverschärfend und wird bisher nicht genügend miteinbezogen.*

*d) dass Erkenntnismaßstäbe im Gesundheitswesen in vielen Bereichen auf Behandlungen speziell von männlichen Patienten basieren, z.B. ist dies bekannt aus der Medikamentenforschung oder bezüglich der „herkömmlichen“ Symptome beim Herzinfarkt.“*

Zur Rede von Frau Merk ist kritisch anzumerken, dass gerade ein Fortschritt der Psychiatriereform in der Einführung gemischtgeschlechtlicher Stationen bestand. Die wichtigsten Argumente waren die Normalisierung und Humanisierung der Klinikwelt sowie die damit verbundene Hoffnung, dass durch die Gegenwart des anderen Geschlechts aggressive Verhaltensweisen gehemmt und Patientinnen und Patienten mehr auf ihr Äußeres und ihre Umgangsformen achten. Allerdings wurden diese Äußerungen in den Untersuchungen vom Klinikpersonal gemacht und waren keine Aussagen der befragten Patientinnen und Patienten. Spießl et al. (2001) weisen in ihrer Studie eine signifikante Bedeutung von Einflussvariablen wie Stationstyp, Alter und Geschlecht bei der Präferenz eines bestimmten Stationstyps nach. Danach präferieren Frauen, die auf einer reinen Frauenstation behandelt werden, diesen Stationstyp deutlich (77%). Befinden sie sich allerdings auf einer gemischten Station, so lehnen sie eine getrenntgeschlechtliche Behandlung mit fast der gleichen Mehrheit ab (75%). Männer dagegen geben gemischten Stationen immer den Vorzug, unabhängig davon, auf welcher Station sie sich aktuell befinden. Eine weitere Bedeutung bei der Präferenz eines bestimmten Stationstyps kommt dem Alter zu. Jüngere Patienten bevorzugen gemischtgeschlechtliche Stationen, ältere Patienten fühlen sich wohler auf getrenntgeschlechtlichen Stationen. Es scheint also in der Psychiatrie wie im normalen Leben zuzugehen.

Die bundesdeutsche Gesundheitsministerkonferenz beschloss im Juni 2001 einstimmig zum Thema Gender Mainstreaming:

*„Die GMK stellt fest, dass eine geschlechtsspezifische Differenzierung bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit in Umsetzung des Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik in Deutschland bislang nur in Ansätzen erfolgt. Sie hält eine stärkere Berücksichtigung der besonderen Belange von Frauen und Männern als Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte, wirksame Diagnostik und Behandlung für erforderlich. Die zu geringe Beachtung geschlechtsrelevanter Bedürfnisunterschiede trägt zur Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen bei.“*

Der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland der Bundesregierung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002) führt hinsichtlich der Situation von Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung aus, dass die psychiatrische Versorgung in Deutschland im Wesentlichen geschlechtsindifferent ist und es nur vereinzelt spezielle Therapieangebote für Frauen - beispielsweise die Mutter-Kind-Behandlung - gibt.

Einem Bericht der WHO (WHO 1994) zufolge zeigt sich international, dass Frauen häufiger psychisch krank werden und dass ihre Krankheitsanfälligkeit eng verbunden ist mit Familienstand, Arbeit und gesellschaftlicher Rolle. Frauen leiden häufiger unter Depressionen und Phobien, Männer häufiger unter antisozialer Persönlichkeit und Alkoholismus. Die Statistiken des Statistischen Bundesamtes, die auf Krankenkassendaten von 1993 basieren, weisen ähnliche Verteilungen in Bezug auf Geschlechtsunterschied und Diagnosen auf.

Zur Frage der Berücksichtigung frauenspezifischer und Gender Mainstreaming-Aspekte in der stationären psychiatrischen Behandlung liegen erste Studien vor:



In den Jahren 1994 bis 1996 wurde im Auftrag des Hamburger Senatsamtes für die Gleichstellung die Studie „Frauen in der stationären Psychiatrie“ (Enders-Drägässer et al. 1998) erarbeitet. Diese Arbeit wurde in Kooperation mit einem großstädtischen psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt. Neben den Mitarbeiter/innen zweier Stationen haben auch Patientinnen mitgewirkt. Die Ergebnisse dieser interdisziplinären Studie liefern zahlreiche Anhaltspunkte dafür, dass psychische Krisen bei Frauen im Kontext geschlechtsspezifischer Bedingungen ihrer Lebensgeschichte entstehen oder sich zuspitzen, die jedoch bei der Behandlung in der stationären Psychiatrie bislang zu wenig berücksichtigt wurden. Die Praxis ist gekennzeichnet von Geschlechtsrollenstereotypen bei gleichzeitigem Anspruch, geschlechtsneutral zu behandeln. Die Patientinnen werden zumeist als „Patienten“ bezeichnet, aber von ihrem Frau-Sein her geschlechtsspezifisch und unter Bezugnahme auf ihre „weibliche Sozialisation“ beobachtet, beurteilt und behandelt. Im Stationsalltag wird von heterosexueller Normalität ausgegangen. Von den Patientinnen werden in der Regel die herkömmlichen heterosexuellen weiblichen Verhaltensmuster erwartet, oft zugleich aber auch kritisiert. Die Aufmerksamkeit gegenüber Patientinnen scheint vorrangig der Frage zu gelten, wie sie sich auf Männer beziehen, ob sie sich Männern gegenüber als beziehungsfähig oder beziehungsunfähig erweisen. Dennoch wird nicht weiter danach gefragt, inwieweit Beziehungsschwierigkeiten von Patientinnen Konsequenz krisenhafter Beziehungserfahrungen mit Männern oder der Wegnahme von Kindern sein könnten und wie derartige Erfahrungen in Behandlung und Nachsorge zu berücksichtigen sind. Wenn Patientinnen, angesichts von Wohnungsnot und unzureichender Erwerbsmöglichkeiten, in einer Beziehung zu einem Mann die einzige ihnen zugängliche Form ihrer Existenzsicherung sehen, wird zwar kritisch gesehen, dass sie das erneut sozial und materiell abhängig macht, aber dies wird nicht als krankheitsrelevant aufgegriffen. Kaum berücksichtigt wird, dass sich Beziehungsschwierigkeiten von Patientinnen bei männerorientierten aggressiven Strukturen und Interaktionen auf geschlechtsgemischten Stationen weiter verfestigen können. Die Orientierung auf Männer hat zur Folge, dass Beziehungen von Patientinnen zu Frauen kaum in den Blick geraten, und auf das Potential dieser Beziehungen nicht systematisch zurückgegriffen wird. Hinzu kommt, dass Patientinnen solange als heterosexuell gelten, solange sie nicht selbst von sich sagen, dass sie lesbisch sind. Auch wird die gesellschaftliche Tatsache männlicher Gewalt in der stationären Psychiatrie verharmlost und nicht systematisch in ihrer Bedeutung für Erkrankung, Diagnose, Behandlung und Prognose aufgegriffen. Dies gilt vor allem für Extremerfahrungen und insbesondere für erlebte körperliche und sexuelle Gewalt. In der Psychiatrie ist es ja so, dass die zwangsweise stationäre Aufnahme mit einer juristisch erlaubten Zwangsbehandlung verbunden sein kann.

Obwohl psychisch kranke Frauen weniger häufig aggressiv sind, wird insbesondere in der Aufnahmesituation als Behandlungsmethode häufig Gewalt ausgeübt (z.B. Fixierung). Patientinnen werden auch nicht systematisch vor gewaltbereiten oder gewalttätigen Patienten geschützt. Dadurch kommt es nicht selten zu einer Wiederholungssituation gleich zu Beginn einer Behandlung, wodurch eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung nicht mehr möglich ist.

Enders-Drägässer (2002) fragt in einer Folgearbeit was Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie bedeuten kann. Sie betont, dass Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie bedeutet, dass den unterschiedlichen Lebensverhältnissen der

Frauen und Männer und ihren geschlechterspezifischen Auswirkungen in der Klinikarbeit auf allen Arbeits- und Entscheidungsebenen gleichstellungsorientiert Rechnung zu tragen ist. Sie stellt fest, dass dies in jedem Fall zur Voraussetzung hat, dass geschlechtsdifferenzierte Daten zur Situation beider Geschlechter in Form einer Bestandsaufnahme

des Ist-Zustandes zur Verfügung stehen. Gleichzeitig besteht die zwingende Notwendigkeit, auch die Situation von Männern in der stationären Psychiatrie männerspezifisch zu untersuchen, um Maßnahmen im Sinne des Gender Mainstreaming entwickeln zu können.

Voß-Büter (2002) ermittelt anhand eines Fragebogens geschlechtsspezifische Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie. Dabei ergeben sich statistisch hochsignifikante ( $p < .01$ ) Mittelwertunterschiede zwischen Frauen und Männern für die Skalen „Therapiebedingungen“ und „Soziale Kontakte“. Patientinnen wünschen - im Unterschied zu Patienten - beim Aufnahmegespräch mit einer Frau sprechen zu können, eine Frau als Therapeutin wählen zu können, dass leitende Positionen in der Klinik von Frauen besetzt sind, dass sie bei einer Psychologin Einzeltherapie haben, dass die Gruppe von einer Frau geleitet wird, dass sie mit einer Frau über Gefühle und Ängste sprechen und dass sie mit einer Frau über sexuelle Erfahrungen sprechen.

Aus all dem lassen sich für das - Gender Mainstreaming berücksichtigende - psychiatrische Fachkrankenhaus u.a. die folgenden Ziele definieren:

- Erfassung geschlechtsspezifischer Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Fachkrankenhaus und Ermittlung von Unterschieden.
- Konzeptualisierung und Umsetzung geschlechtsspezifischer Behandlungsangebote für Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Fachkrankenhaus.
- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse und Erforschung der besonderen Aspekte der Psychopharmakotherapie bei Frauen.

Da **Gender Mainstreaming** nachdrücklich die **Perspektive der Gleichberechtigung der Geschlechter** in allen Vorgehensweisen und auf allen Ebenen betont, ist die Ebene der **Männergesundheit** sowie die Tatsache der **Androtropie** (Männer sterben 7 Jahre früher als Frauen und sind vorrangig von allen sechzehn Haupttodesursachen (Tab. 2) betroffen) auch zu berücksichtigen. Es scheint so zu sein, dass die Unterdrückung der Frau durch den Mann in den 2000-3000 Jahren des Patriarchats von letzteren ab dem späten 19. Jahrhundert in den westlichen Industriegesellschaften ihren Preis fordert. In Bangladesch werden Männer heute älter als Frauen (55% der Männer und 50% der Frauen erreichen das 65. Lebensjahr). In Harlem werden Frauen heute viel älter als Männer (40% der Männer und 65% der Frauen erreichen das 65. Lebensjahr) (McCord 1990).

Ein Blick in die Statistik zeigt, dass der **männliche Gender-Aspekt**, dass die **Männerrolle potentiell lebensgefährlich** ist: Im Kleinkindalter zwischen 1 und 4 Jahren ist die Sterblichkeitsrate bei Jungen und Mädchen etwa identisch. Wenn sie aber Erfahrungen mit ihrer jeweiligen Geschlechterrolle machen, die sie als Erwachsener erwartet - im Alter zwischen 15 und 24 Jahren steigt die Todesrate der Männer um das dreifache gegenüber jener der Frauen. Die Männerrolle ist dreimal riskanter als die Frauenrolle (USDH 1990). Die „männliche“ Art mit Schwächen umzugehen erlernt sich früh: Der „beste Freund“ eines Jugendlichen ist derjenige, mit dem er sich am besten gegenseitig aufziehen kann. Durch gegen-

Rangfolge	Todesursache	Männer - Frauen
1	Herzkrankheit	1,9 zu 1
2	Krebs	1,5 zu 1
3	Hirnschlag	1,2 zu 1
4	Unfall und andere Außenwirkungen	2,7 zu 1
5	Chronische Lungenerkrankungen	2,0 zu 1
6	Lungenentzündung und Grippe	1,8 zu 1
7	Diabetes mellitus	1,1 zu 1
8	Suizid	3,9 zu 1
9	Chronische Leberkrankheit und Zirrhose	2,3 zu 1
10	Arterienverkalkung	1,3 zu 1
11	Nierentzündung, Nephrose	1,5 zu 1
12	Mord oder Hinrichtung	2,0 zu 1
13	Blutvergiftung, Sepsis	1,4 zu 1
14	Tod vor, während oder kurz nach der Geburt	1,3 zu 1
15	AIDS	9,1 zu 1
16	Lifestyle-Drogen	10 zu 1

seitiges Aufziehen trainiert der Heranwachsende, als Erwachsener Kritik hinzunehmen, denn Tabelle 2: Todesraten von Männern und Frauen, aufgeschlüsselt nach den Haupttodesursachen (U.S. Department of Health 1989)

das ist eine Voraussetzung für Erfolg. Dies hat seinen Preis: Der Herzschlag wird unregelmäßig, wenn eigene Schwächen thematisiert werden (Rozanski 1988).

Die Analogie zu den Ergebnissen von Nancy Chodorow ist beeindruckend: Männer pflegen Beziehungen, indem sie Kritik aneinander üben, Frauen pflegen Beziehungen, indem sie einander unterstützen. Männer neigen dazu eine Fassade der Selbstsicherheit aufzubauen, die sie hindert, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Diese „männliche“ Sozialisation, die sich in maskulinen Gender-Positionen widerspiegelt, dieses Männerdilemma, ist die Ursache für Stress, der wiederum das Immunsystem der Männer schwächt. Eickenberg (2003) formuliert sehr pointiert: Wenn der Erfolgsdruck größer ist als die Mittel, die sie zur Verfügung haben, werden Männer zum „Wegwerf-Geschlecht“ (Tab. 3, Johnson 1989).

Zu guter Letzt beinhaltet **Gender Mainstreaming** eine **wirtschaftspolitische** und insbesondere eine familienpolitische Dimension:

Gemäß der Definition des Council of Europe (1998) besteht Gender Mainstreaming u.a. in der Organisation und Verbesserung von Entscheidungsprozessen, so dass von den Akteur/innen eine Perspektive der Gleichberechtigung in allen Vorgehensweisen und in allen Phasen (ihres Lebens, Anm. L.T.) eingenommen werden kann.

In seltener Einmütigkeit haben Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt sowie Bundeskanzler Gerhard Schröder und Familienministerin Renate Schmidt bei der Familienkonferenz vom 13. April 2005 die Chancen der o.g. Definition für den arg gebeutelten Wirtschaftsstandort Deutschland (Titel der Konferenz: Familie - Erfolgsfaktor für die Wirtschaft) erkannt. In der

	Männer	Frauen	Männeranteil
Obdachlose	165.000 - 231.000	32.000 - 45.000	83%
Aids-Tote	69.929	7.421	90%
Namen auf dem Vietnam Veterans Memorial in Washington, D.C.	58.183	8	99,99%
Inhaftierte	758.294	46.230	94%

Tabelle 3: Das Wegwerf-Geschlecht (Johnson 1989)

Tat liegt Deutschland mit einer Geburtenrate von 1,29 Kinder pro Frau (Eurostat, 2004) im westeuropäischen Vergleich an zweitletzter Stelle. Der EU-Durchschnittswert liegt bei 1,60, Nachbar Frankreich - ansonsten in vielem vergleichbar – mit 1,90 an zweiter Stelle, nur noch von Irland mit 1,98 übertroffen. Politik und Wirtschaft machen gemeinsam darauf aufmerksam, welche dramatischen Folgen die bevorstehende Alterung der Gesellschaft für die Wirtschaft haben wird. Nicht nur die überlasteten Sozialsysteme, auch nachlassende Innovationskraft und Risikobereitschaft dämpfen langfristig die Wachstumschancen. Die Familie wird als wichtiger und bisher vernachlässigter Standortfaktor erkannt, und - gemäß den Forderungen von Gender Mainstreaming - weist eine Studie des Familienministeriums nach, dass sich Familienfreundlichkeit für Unternehmen auszahlt. Wenn Firmen mit flexiblen Arbeitszeitmodellen, Telejobs oder Notfall-Babysittern Eltern die Vereinbarkeit von Arbeit und Kind erleichtern, steigert das die Motivation, reduziert die Fehlzeiten und führt zu höherer Produktivität. Die Politik fordert und die Wirtschaft stimmt dem grundsätzlich zu, dass Kinder kein Karrierehemmnis für Frauen sein dürfen. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese sehr Gender Mainstreaming gemäße Position durchsetzen wird. Wird sie auch einen Einfluss haben auf die Zahl der weiblichen Führungskräfte, die laut Statistischem Bundesamt im März 2004 bei den „Top-Führungskräften“ nur 21 Prozent betrug?

Um vom wissenschaftlich-politischen Diskurs zum klinischen Alltag in Westfalen-Lippe zurückzukehren, ein Zitat von Waltraud Diekhaus, Generalsekretärin des Weltärztinnenbundes und Vorsitzende des Ausschusses Gender Mainstreaming der Ärztekammer Westfalen-Lippe (2002):

*„Gender Mainstreaming: Schön ist dieses Wortgebilde sicher nicht, besonders verständlich auch nicht. Aber es ist nunmal ein neues Schlagwort, ein terminus technicus und damit nicht veränderbar. Inhaltlich ist Gender Mainstreaming jedoch genial!“*

Welche **Möglichkeiten** eröffnen sich **durch** die weitere Einführung und konsequente **Umsetzung von Gender Mainstreaming** für unser psychiatrisches Fachkrankenhaus, **für das Westfälische Zentrum Herten?**

Der Wechsel Ende 2002 in der ärztlichen Leitung des WZ Herten führt zu einer neuen fachlich-inhaltlichen Ausrichtung (Turmes 2003a):

- Von Seiten des Trägers (Schuhmann-Wessolek 2003) wird auf den wachsenden Kosten- und Konkurrenzdruck im psychiatrischen Versorgungssystem aufmerksam gemacht, der eine patientenfokussierte und ablaforientierte Vorgehensweise bei optimaler Patientenbehandlung umgänglichs macht. Integrierte Versorgungsformen werden zu einer zunehmenden Auf-

lösung der sektoralen Grenzen zwischen stationär, teilstationär und ambulant führen.

- Aus ärztlicher Sicht (Turmes, 2003b) wird eine Neuorientierung von der kurativen, krankheitsorientierten Medizin, von dem Modell der Pathogenese hin zur Prävention, Gesundheitsförderung, zur Salutogenese auf den Weg gebracht. Unter dem zukünftigen Logo „**Zentrum für die seelische Gesundheit der Frau**“ erfolgen erste Maßnahmen für eine geschlechtersensible Behandlung der unterschiedlichen psychischen Störungen. Desweiteren gilt in der Patientenbehandlung das **Paradigma von „störungsspezifisch und patientenzentriert“**.
- Im Einzelnen werden die biologischen Besonderheiten (genetischer, hormoneller und pharmakokinetischer Art) bei der Psychopharmakotherapie von Frauen (Reinbold 2003) beachtet und eine erste wissenschaftliche Studie auf den Weg gebracht.
- Unter psychosozialen und psychotherapeutischen Aspekten kommt hundert Jahre nach der freudschen Konzeption von Penisneid und Ödipuskomplex eine neue psychoanalytische Sicht von Weiblichkeit (Burkhardt 2003) zum Tragen.
- Zur Salutogenese, zur Prävention und zur Thematik „psychische Gesundheit der Frau“ gehört nachdrücklich eine adäquate - den Bedürfnissen von Mutter und Säugling gerecht werdende - Behandlung postpartaler Störungen. Nach ersten Erfahrungen in der Westfälischen Klinik Dortmund (Turmes 2001) besteht seit Februar 2003 eine Mutter-Kind-Station für 8 Mütter mit ihren Säuglingen am Westfälischen Zentrum Herten. Ergänzt wird die Mutter-Kind-Station durch eine sehr differenzierte Spezialambulanz für postpartale psychische Störungen (Konzept bei Turmes 2003c) sowie 1-2 tagesklinische Behandlungsplätze.
- Die Mutter-Kind-Station beinhaltet einen ganz besonderen Aspekt der Salutogenese und Prävention: die beziehungsfördernde Therapie der Mutter-Säugling-Interaktion (Lier-Schehl 2003).
- Die Psychotherapiestation mit psychotraumatologischem Behandlungsschwerpunkt des WZ Herten berücksichtigt standardmäßig die geschlechtsspezifischen Behandlungsbedürfnisse der Patientinnen und wird weitgehend als reine Frauenstation geführt.
- Das Behandlungskonzept der gerontopsychiatrischen Depressionsstation beachtet die männlichen Aspekte von Gender Mainstreaming, indem es für die durch die Alterspyramide bedingte Stationsminderheit der depressiv erkrankten Männer jenseits des 60. Lebensjahres adäquate Behandlungsangebote bereitstellt.
- In der Suchtmedizin erfolgt die ambulante Nachbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit geschlechtsspezifisch durch reine Frauen- oder Männergruppen.
- Und zu guter Letzt befindet sich die Betriebsleitung des WZ Herten aktuell in einem Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich Gender Mainstreaming, nicht nur als Aspekt der Behandlungskonzepte für die unterschiedlichen störungsspezifischen stationären, teilstationären und ambulanten Angebote des psychiatrischen Fachkrankenhauses, sondern eventuell auch als wichtiges Element der Managementstrategie der Klinik, und überlegt, entsprechende Gender Trainings durchzuführen.

Regina Frey als prominente Gender-Trainerin weist (2003) auf die Gefahr hin, dass Gender Trainings einerseits Geschlechterdualismen verstärken und andererseits in institutionellen Strukturen mit beschränkten Handlungsoptionen leicht eine Alibifunktion einnehmen können. Die Zukunft wird zeigen, ob Gender Mainstreaming im WZ Herten als eine „rein akademische“ Angelegenheit betrachtet wird oder ob die geschlechterspezifische Perspektive

neue Impulse für praktisches Handeln auf allen Ebenen des Krankenhauses eröffnet.

## Literatur

- Beauvoir** SD (1949) Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau. Rowohlt, Reinbek
- Bliss** F, Gaesing K, Häusler S, Neumann S (1994) Ansätze der Frauenförderung im internationalen Vergleich. Empfehlungen für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit. Weltforum-Verlag, München / Köln / London
- Bundesministerium** für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe Band 209. Kohlhammer, Stuttgart / Berlin / Köln
- Bundesministerium** für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2001) Konzept für die Förderung der gleichberechtigten Beteiligung von Frauen und Männern am Entwicklungsprozess-Gleichbeteiligungskonzept; 2. überarbeitete Fassung. Reihe BMZ-Konzepte Nr. 111
- Burkhardt** C (2003) Zur Psychoanalyse der Weiblichkeit: Die Kunst eine Frau zu sein. In: Turmes L (Hrsg.) (2003) Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag, Dortmund
- Callenius** C (2002) Wenn Frauenpolitik salonfähig wird, verblasst die lila Farbe. Erfahrungen mit Gender Mainstreaming im Bereich internationaler Politik. In: Rothfeld S et al. (2002) Gender Mainstreaming - Eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis. Campus, Band 18: 63-80, Frankfurt am Main
- Council of Europe** (1998) Gender Mainstreaming. Conceptual framework, methodology and presentation of good practises. Final Report of Activities of the Group of Specialists on Mainstreaming. Dokument EG-S-MS (98) 2, Straßburg
- Diekhaus** W (2002) Gender Mainstreaming - ein neues Schlagwort. Westfälisches Ärzteblatt 8: 16
- Eickenberg** HU (2003) Männergesundheit: Warum sterben Männer früher? Blickpunkt: Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 1: 7-13
- Enders-Dragässer** U, Sellach B (1998) Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht. Jacobs, Lage
- Enders-Dragässer** U (2002) Was kann Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie bedeuten? Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 34. Jg. (3): 531-538
- Eurostat** (2004) Geburtenraten im internationalen Vergleich. Die Welt vom 14.04.2005
- Freud** S (1925) Über einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds. GW Bd.14: 17-30. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Frey** R (2003) Gender im Mainstreaming. Geschlechtertheorie und -praxis im internationalen Diskurs. Ulrike Helmer Verlag, Königstein im Taunus
- Gesundheitsministerkonferenz** (Hrsg.) (2001) Ergebnisprotokoll der 74. Gesundheitsministerkonferenz am 21./22.06.2006
- GTZ** (Hrsg.) (1999) Gender und Projektmanagement. Ein Beitrag zum Qualitätsmanagement der GTZ. GTZ, Eschborn
- Humm** M (Hrsg.) (1995) The Dictionary of Feminist Theory. Hertfordshire
- Huschke** J (2002) Gender Mainstreaming. Eine neue frauenpolitische Initiative der EU oder nur ein weiteres Schlagwort? Ein aktueller Diskussionsbeitrag. Der Andere Verlag, Osnabrück
- Johnson** D (1989) The Loneliness of the Male Body. American Health, 63-64
- Kemp** S, Squires J (Hrsg.) (1997) Feminismus. Oxford University Press, Oxford / New York
- Kerstan** B (1995) Gender - sensitive Participatory Approaches in Technical Cooperation. GTZ-Publikation, Eschborn
- Lier-Schehl** H (2003) Prävention und beziehungsfördernde Therapie bei frühkindlichen Beziehungsstörungen in einer stationären psychiatrischen Mutter-Kind-Station. In: Turmes L (Hrsg.) (2003) Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag, Dortmund
- McCord** C, Freemann HP (1990) Excess mortality in Harlem. New England Journal of Medicine 322: 173-177
- Merk** H (1999) Rede der Niedersächsischen Ministerin für Frauen, Arbeit und Soziales, Heidi Merk, anlässlich des GF-Ausschusses am 18.03.1999 in Hannover
- Oakley** A (1972) Sex, Gender and Society. Temple Smith, London
- Reinbold** H (2003) Besondere Aspekte der Psychopharmakotherapie bei Frauen. In: Turmes L (Hrsg.) (2003) Das

- psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag, Dortmund
- Rozanski A** (1988) Mental stress and the induction of silent ischemia in patients with coronary artery diseases. *New England Journal of Medicine* 318: 1005-1012
- Schuhmann-Wessolek H** (2003) Eröffnungsrede zur Fachtagung am 15.01.2003 im Westfäl. Zentrum Hertel. In: Turmes L (Hrsg.) (2003) Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag, Dortmund
- Spiebl H, Frick U, Korvasits Uv, Klein HE, Vukovich A** (2001) Getrennt- oder gemischt - geschlechtliche Behandlung in der psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. *Nervenarzt* 72: 515-520
- Stoller R** (1968) *Sex and Gender*. Science House, Oxford
- Tong R** (1998) *Feminist Thought. A Comprehensive Introduction*. Westview Press, London / Sydney / Wellington
- Turmes L** (2001) The first year's experience: the integrative therapeutic concept at the Mother-Baby-Unit of the WCPPP Dortmund. *Archives of Women's Mental Health*
- Turmes L** (Hrsg.) (2003a) Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag, Dortmund
- Turmes L** (2003b) Das psychiatrische Fachkrankenhaus: Eine Standortbestimmung. In: Turmes L (Hrsg.) (2003) Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag, Dortmund
- Turmes L** (2003c) Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen. In: Turmes L (Hrsg.) (2003) Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag, Dortmund
- U.S. Department of Health and Human Services (USDH)** Monthly Vital Statistics Report. Bd.38, Nr.5, Beilage. 26. September 1989
- U.S. Department of Health and Human Services (USDH)** (1990) Annual Summary of Births, Marriages, Divorces and Deaths
- Voß-Büter M** (2002) Ermittlung geschlechtsspezifischer Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34.Jg.(3): 541-550
- Wichterich C** (2000) Aus Erfahrung lernen: Gender Mainstreaming. In: NRO-Frauenforum Infobrief Nr. 2/2000: 7-9, Stuttgart
- World Health Organization** (Hrsg.) (1994) *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*. Genf

## Die Behandlung der postpartalen psychotischen Depression mit dem atypischen Neuroleptikum Quetiapin\*

L. Turmes

Die Entwicklung atypischer Neuroleptika und die daraus resultierenden besseren Behandlungsergebnisse und verbesserten Lebensbedingungen führen dazu, dass einerseits chronisch psychisch kranke Frauen den Nervenarzt häufiger mit einem Kinderwunsch konfrontieren und in der Literatur (3) von einem Baby-Boom bei psychisch kranken Eltern gesprochen wird. Andererseits ist die Inzidenz (7) postpartaler psychischer Störungen sehr hoch: knapp die Hälfte aller Wöchnerinnen entwickeln eine kurzfristige depressive Verstimmung, den sog. postpartalen Blues; 10 bis 15% aller jungen Mütter erkranken in den ersten Monaten nach der Entbindung an einer länger anhaltenden und behandlungsbedürftigen Depression und bei etwa 2 von 1000 Frauen manifestiert sich im Postpartum eine Psychose. Es überwiegen (1) affektive Psychosen mit einem teils depressiven, teils manischen und oft schizoaffektiven Bild. Von besonderer Bedeutung ist, dass häufig eine hirnorganisch anmutende Begleitsymptomatik (4,8) vorliegt, mit leichtgradigen Verwirrheitszuständen, mangelnder Aufmerksamkeit und leichter Ablenkbarkeit, grenzwertiger Desorientierung und verworrenem Denken.

Bei der neuroleptischen Behandlung postpartaler psychischer Störungen gilt es insbesondere eine weitere Prolaktinerhöhung zu vermeiden, da eine neuroleptikainduzierte Hyperprolaktinämie das Abstillen erschwert und evtl. eine Medikation mit Bromocriptin notwendig macht. Dieses kann wiederum bei entsprechend disponierten Patientinnen Psychosen auslösen bzw. verstärken.

Das ideale Medikament für postpartale psychische Störungen sollte keine Hyperprolaktinämie induzieren, keine EPMS auslösen, keine EKG-Veränderungen herbeiführen, stoffwechselneutral sein und eine sedierende Potenz haben.

Quetiapin erfüllt diese Erwartungen; insbesondere EPMS-bezogene UAW's und Serum-Prolaktinspiegel-Erhöhungen liegen auf Placeboniveau (6,5).

Anhand von zwei Kasuistiken zeigen wir die gute Wirksamkeit von Quetiapin bei postpartalen psychotischen Depressionen auf:

**Kasuistik 1:** Die 34-jährige Diplom-Pädagogin, Frau J. aus C. wird am 29.08.2003 von ihrem ersten Kind, einer gesunden Tochter, entbunden. 14 Tage nach der Entbindung stellt sich die Patientin in der Mutter-Kind-Spezial-Ambulanz vor. Sie berichtet, dass sie bereits wenige Tage nach der Entbindung zunehmende Ängste sowohl um ihre Tochter als auch um sich selbst entwickelt habe. Sie sei nicht in der Lage, das Baby und sich selbst adäquat zu versorgen, fühle sich wie gelähmt, weine viel und könne sich immer weniger konzentrieren. Manchmal wisse sie noch nicht mal mehr die Tageszeit und fühle sich völlig durcheinander. Gleichzeitig habe sie Schlafstörungen und werde frühmorgens - auch wenn ihr Kind noch

\* Erstmals veröffentlicht in Psychopharmakotherapie - Arzneimitteltherapie psychischer und neurologischer Erkrankungen, 2/2005, S. 64-66



schlafe - wach. Trotz des Gefühls der Lähmung hätten sich die Gedanken überschlagen, in ihr sei der Drang gewesen, tausend Sachen gleichzeitig zu machen. Sie habe Angst, verrückt zu werden, so wie ihr Vater, der unter Depressionen leide. Die Patientin stimmt der angebotenen Aufnahme - zunächst ohne Säugling - zu, am 10.09.2003 erfolgt die vollstationäre Aufnahme auf der Mutter-Kind-Station.

Familienanamnestisch ist zu berichten, dass bei dem Vater der Patientin eine schwere rezidivierende depressive Störung, die mehrfach eine vollstationäre psychiatrische Behandlung erforderte, vorliegt.

Der psychopathologische Befund (AMDP) bei Aufnahme am 10.09.2003 zeigt eine wache, bewusstseinsklare und zu allen Qualitäten orientierte Patientin, die im Kontakt freundlich bemüht, jedoch deutlich angestrengt und hilflos wirkt. Sie berichtet über grenzwertige Orientierungsstörungen und zeigt sowohl Auffassungs- als auch Konzentrationsstörungen. Der Gedankengang ist teils verlangsamt und weitschweifig, teils zerfahren, verworren mit Gedankenabbrüchen. Frau J. ist sehr misstrauisch, Anklänge an Derealisationserleben und Beziehungsgedanken. Deutliche Insuffizienz- und Schuldgefühle hinsichtlich der Versorgung der Tochter. Antrieb gemindert, Stimmung deutlich depressiv mit herabgesetzter emotionaler Resonanzfähigkeit. Ängstlich bis hoffnungslos, Durchschlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen und Morgentief. Latente Suizidalität.

Labor mit Schilddrüsenhormonserologie und Eisen, EKG, EEG und Kernspintomographie: ohne pathologischen Befund. Prolaktin am 23.09.2003 auf 40,5 ng/ml (Normbereich für Frauen 2,0 bis 32,5 ng/ml) erhöht, in der Kontrolle am 18.12.2003 mit 17,9 ng/ml im Bereich der Norm. Clinical Global Impression (CGI): 6; Global Assessment of Functioning (GAF): 30; Hamilton Depression Scale (HAM): 31; Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): 28.

Der psychopathologische Befund legt die Diagnose einer schweren postpartalen depressiven Störung mit psychotischen Symptomen (ICD 10: F 32.3) nahe; in klinischer Hinsicht ist aber auch eine Puerperalpsychose (ICD 10: F 53.1) zu diskutieren, deshalb erfolgt eine Medikation mit Quetiapin in langsam ansteigender Dosis bis 800 mg täglich. Zur Anxiolyse 3 x 1 mg Lorazepam, bei ausgeprägten Schlafstörungen zur Nacht 2 mg Lormetazepam und 40 mg Prothipendyl. Die Quetiapin-Medikation wird in der Tagesdosierung von 100-100-0-600 mg gut vertragen, bei einer Körpergröße von 172 cm, Gewicht bei Aufnahme 73,4 kg, bei Entlassung 73,7 kg. RR durchgängig normoton, keine EPS. Mit Beginn der Medikation stillt Frau J. ab.

Bis Mitte Oktober 2003 ist unter dieser Medikation eine Teil-Entaktualisierung und langsame Stabilisierung zu erzielen, so dass die Tochter mitaufgenommen werden kann. Die Benzodiazepin-Medikation kann bei der Patientin bis Mitte November ausgeschlichen werden, die Schlafmedikation Anfang Dezember abgesetzt werden. Nachdem die psychotische Symptomatik völlig abgeklungen ist und eine gewisse depressive Restsymptomatik persistiert, erfolgte eine schrittweise Reduzierung des Quetiapins auf 50-50-0-300 mg vor Entlassung.

Am 21.12.2003 wird Frau J. aus der stationären Behandlung entlassen, in psychopathologischer Hinsicht ist Frau J. gut entaktualisiert und stabilisiert, die Stimmung ist noch reaktiv-subdepressiv, weil die Patientin noch etwas unsicher hinsichtlich der Pflege ihres Kindes ist. CGI: 3, GAF: 70, HAM: 7, EPDS: 7.

**Kasuistik 2:** Die 37-jährige Krankenschwester Frau G. aus C. wird am 30.12.2002 von ihrem zweiten Kind, einem gesunden Jungen, entbunden. Die Patientin hat bereits zum Zeitpunkt der Entbindung eine 4-jährige Tochter. Frau G. beschreibt einen ausgeprägten Baby-blues, bereits eine Woche nach der Geburt des Jungen merkt sie, dass sie den Anforderungen nicht mehr gerecht wird, sie grübelt viel und erlebt eine zunehmende Verschlechterung der Stimmung. Erst Ende Februar 2003 stellt sich die Patientin in der Mutter-Kind-Spezial-Ambulanz vor. Sie beschreibt sich zu diesem Zeitpunkt als „psychotisch“: sie habe vermehrt Wachträume, sehe z.B. ihre Mutter erhängt an der Brüstung eines Balkons. Die Stimmung sei sehr schlecht, und die Gedanken kreisten ununterbrochen um das Thema, ob sie eine gute Mutter sei. Die Familienanamnese sowie die Eigenanamnese sind ohne Auffälligkeiten.

Da Frau G. in den prästationären Kontakten mit der Pflege ihres Säuglings deutlich überfordert wirkt und eine ausgeprägte postpartale depressive Störung zeigt, erfolgt am 01.03.2003 die vollstationäre Aufnahme auf der Mutter-Kind-Station, zunächst ohne den Säugling. Frau G. hatte 6 Wochen nach der Geburt abgestillt.

Der psychopathologische Befund (AMDP) zeigt bei Aufnahme eine wache, bewussteinssklare und allseits orientierte Patientin mit grenzwertigen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Der formale Gedankengang ist verlangsamt, die Patientin schildert Befürchtungen, mit der Pflege ihrer Kinder überfordert zu sein. Bei Aufnahme keine Wahnsymptomatik oder Sinnestäuschungen. Grenzwertige Ich-Störungen im Sinne einer Derealisation. Die affektive Schwingungsfähigkeit ist deutlich reduziert, die Stimmung ängstlich und schwer depressiv, dabei ausgeprägte Schuldgefühle wegen der Pflege der Kinder. Einschlafstörungen und latente Suizidalität, jedoch für den stationären Rahmen glaubhaft distanziert.

Labor-Routine, EKG und EEG: ohne pathologischen Befund. CGI: 6; GAF: 41; HAM: 28; EPDS: 19.

Unter der Diagnose einer schweren postpartalen depressiven Störung (ICD 10: F 32.2) verordneten wir der Patientin 20 mg Citalopram sowie 1,0 mg Lormetazepam zur Nacht. Da Frau G. auf die Aufnahme ihres Säuglings drängt, und sich eine erste Stabilisierung des psychopathologischen Befundes abzeichnet, erfolgt am 21.03.2003 die Aufnahme des Säuglings. In der Folge kommt es zu einer massiven Verschlechterung des psychopathologischen Befundes: formal-gedanklich wird die Patientin sprunghaft mit deutlichen Ich-Grenzen-Störungen („ihre Gedanken gehen auf die zuhause gebliebene Tochter über, durch den stationären Aufenthalt realisiere sie einen Traum, den sie vor zweieinhalb Jahren bereits geträumt habe“), sie ist leicht ablenkbar und wirkt vorübergehend verwirrt, zunehmende Beziehungsideen und ausgeprägter Schuldwahn bezogen auf die Kinder. Suizidale Gefährdung, die eine engmaschige Betreuung und Überwachung erfordert.

Unter der veränderten Diagnose einer schweren postpartalen depressiven Störung mit psychotischen Symptomen (ICD 10: F 32.3) wird Citalopram auf 40 mg am Morgen erhöht und einschleichend Quetiapin bis zu einer Dosis von 800 mg verordnet. Zur Sedierung und Anxiolyse ergänzend 3 x 0,5 mg Lorazepam. Quetiapin wird gut vertragen, bei vorbekanntem Hypotonus zusätzliche Verordnung von 3 x 10 mg Etilefrin. Die Patientin hat bereits vor der vollstationären Aufnahme abgestillt, es ergeben sich keinerlei Hinweise auf eine Galaktorrhoe. Keine extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen, das Gewicht liegt bei der 168 cm großen Patientin bei Aufnahme bei 55,1 kg, bei Entlassung 55,4 kg.

Nach der Besserung des psychopathologischen Befundes ist die Patientin in der Mutter-Kind-Interaktion emphatisch und einfühlsam im Kontakt mit ihrem Sohn. Nach einem schrittweisen Ausschleichen der Lorazepam - Medikationen und einer weiteren Besserung des psychopathologischen Befundes erfolgt eine schrittweise Reduzierung der Quetiapin-Medikation, ohne dass es zu einer psychotischen Reexazerbation kommt. Am 17.06.2003 wird die Patientin mit ihrem Säugling in unsere Mutter-Kind-Spezial-Ambulanz entlassen. Zu diesem Zeitpunkt erhält sie 40 mg Citalopram am Morgen, 50-50-0-200 mg Quetiapin sowie 10-10-10 mg Etilefrin. Der psychopathologische Befund ist bis auf eine gewisse Verletzlichkeit, leichte Antriebsminderung und Ängste vor einem Rezidiv regelrecht.

Bei Entlassung CGI: 3; GAF: 68; HAM: 6; EPDS: 3.

Wie aus unseren Kasuistiken hervorgeht, zeigt Quetiapin bei postpartal depressiv-psychotischen Zustandsbildern eine gute Wirksamkeit und ein sehr günstiges Nebenwirkungsprofil. Insbesondere die fehlende Prolaktinerhöhung, die erwünschte Sedierung, die positive Beeinflussung der leicht hirnorganisch anmutenden Begleitsymptomatik und die Kontrolle des psychotisch-depressiven Zustandsbildes sind zu erwähnen. In einer zweiten Behandlungsphase hat sich eine Reduktion von Quetiapin auf ca. 300-400 mg bei primär nicht psychotisch erkrankten Patientinnen bewährt. Insbesondere vor dem Hintergrund der BOLDER-Studie (2) erscheint eine Überprüfung unserer Ergebnisse in einer größeren Studie indiziert und geboten.

## Literatur

- 1 **Brockington** IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C (1981) Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. Arch gen psychiat; 38: 829-833
- 2 **Calabrese** J, Macfadden W, McCoy R, Minkewitz M, Wilson E, Mullen J (2004) Double-blind, Placebo-Controlled Study of Quetiapine in Bipolar Depression. Presented at the 157th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 1-6, New York, USA
- 3 **Currier** GW, Simpson GM (1998) Antipsychotic medications and fertility. Psychiatr Serv; 49: 175-176
- 4 **Dean** C, Kendall RE (1981) The symptomatology of puerperal illnesses. Brit J Psychiat; 139: 128-133
- 5 **Hammer** M (2002) The effects of atypical psychotics on serum prolactin levels. Ann Clin Psychiat; 14: 163-173
- 6 **Nemeroff** CB, Kinkead B, Goldstein J (2002) Quetiapine: preclinical studies, pharmacokinetics, drug interactions and dosing. J Clin Psychiat; 63 (Suppl 13): 16-21
- 7 **Riecher-Rössler** A (1997) Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. Fortschr Neurol Psychiat; 65: 97-107
- 8 **Steiner** M, Yonkers KA (1998) Depressionen bei Frauen. Martin Dunitz Ltd

---

# Traumatherapie im psychiatrischen Fachkrankenhaus

## L. Turmes

Traumatherapie im psychiatrischen Fachkrankenhaus heißt auch, die **historische Entwicklung der Traumaforschung in der Psychiatrie** darzustellen. Dabei geht es um ein bemerkenswertes Phänomen, nämlich um diese erstaunliche Amnesie, die die Psychiatrie periodisch befällt und die in der Vergangenheit wiederholt bewirkt hat, dass die Bedeutung traumatischer Ereignisse in der Ätiologie psychischer Störungen vergessen wurde und psychischen Störungen allein Faktoren wie „konstitutioneller Nervenschwäche“ zugeschrieben wurden.

1866 beschrieb der englische Chirurg Erich Erichsen die psychischen Folgen von Eisenbahnunfällen. Die mit dem „railway-spine-syndrom“ verbundenen Symptome wie Angst, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, belastende Träume, Irritierbarkeit und eine Vielzahl somatischer Erscheinungen erklärte er als Folge einer Rückenmarksschädigung durch die unfallbedingte Erschütterung. Sein psychiatrischer Kollege Herbert Page vertrat 1885 die Gegenposition und erklärte, dass die „railway-spine“ nicht durch eine organische Ursache zu erklären sei, sondern als Symptom einer traumatischen Hysterie verstanden werden müsse.

In Frankreich waren es 1887 Charcot und 1889 Janet, die auf die Bedeutung der Traumata für ein Verständnis der hysterischen Symptombildung hinwiesen.

Einer der Schüler von Charcot, Sigmund Freud, war zu Beginn seiner Karriere noch überzeugt, dass die hysterische Symptomatik der von ihm behandelten Oberschicht-Frauen weniger von einer vererbten Vulnerabilität verursacht wurde, sondern durch ein sexualisiertes Trauma in der Kinder- oder Jugendzeit. Bis auf den Täterkreis, den er vor allem durch Diensten und Kinderfrauen vertreten sah, beschreibt Freud in seinem frühen Vortrag „zur Ätiologie der Hysterie“ erstaunlich treffend die Dynamik des sexualisierten Kindesmissbrauchs. Privat äußerte er, dass er in Wirklichkeit die Täter vor allem unter den Vätern vermute. Nun war das keine Position, mit der man im patriarchalen Wien des späten 19. Jahrhunderts zu Zeiten der KuK-Monarchie Karriere machen konnte. Um seine junge Wissenschaft, um die Psychoanalyse zu schützen, revidierte Freud seine Theorie schließlich dahingehend, dass sich hysterische Symptome eher auf frühkindliche innerpsychische Konflikte, verursacht durch sexuelle Fantasien und Wunschvorstellungen, zurückführen lassen. Aus der Verführungstheorie wurde die Triebtheorie.

Unglücklicherweise schuf Freud damit die Voraussetzungen für die blinden Flecke ganzer Analytiker-Generationen, die den realen Traumatisierungen ihrer Patientinnen und Patienten zu wenig Beachtung schenkten.

Die Psychogenese der Kriegszitterer des 1. Weltkrieges und ihre teils erfolgreiche Behandlung durch Hypnose gab den gesellschaftlichen Kräften Auftrieb, die Traumafolgen als Simulation und als Rentenneurose zu definieren versuchten und damit Traumafolgen als ein Problem vermittelten, das es gesellschaftlich und medizinisch zu kontrollieren galt.

Ab den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts führten verschiedene gesellschaftspolitische Strömungen - insbesondere in den USA - dazu, dass der Forschungszweig „Trauma“ nicht erneut vernachlässigt wurde.

Dies waren zum einen vor allem jüdische Vereinigungen, die verhindern wollten, dass die Folgen des Holocaust und seine Opfer in Vergessenheit gerieten.

Auch die Frauenbewegung trug dazu bei, dass das Ausmaß sexualisierter und körperlicher Gewalt gegen Frauen und Kinder nicht mehr verschwiegen werden konnte.

Und zu guter Letzt war in den USA nach dem Vietnamkrieg von 1964 bis 1975 das Ausmaß der Traumatisierung einer ganzen Männergeneration nicht mehr zu übersehen. Ende der 60er standen über 500.000 Soldaten in Vietnam. Im Vietnamkrieg selbst starben 50.000 G.I.'s, über 100.000 - also mehr als das Doppelte - starben nach dem Vietnamkrieg infolge eines Suizids.

Im Kontrast dazu prägte Bonhoeffer 1926 mit seinem Artikel in der deutschen medizinischen Wochenzeitschrift „Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den so genannten Unfallneurosen“ die Position der deutschen Psychiatrie: Bei den betroffenen Personen handele es sich um neurotische Simulanten, die ihre anfänglich noch verständliche Schreckreaktion übertrieben, um in den Genuss einer Rente oder anderer Vorteile zu kommen.

Dieser unrühmliche deutsche Beitrag ist deshalb so wichtig, weil die nachfolgende Reichsversicherungsordnung dementsprechend restriktiv gestaltet wurde und nicht nur den rigorosen Umgang mit Opfern traumatischer Ereignisse in der damaligen Zeit prägte, sondern auch noch in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg. Dieser Geist hat dazu beigetragen, dass viele Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung sich in der Beweisschuld für ihr psychisches und

körperliches Leiden sahen und ihnen von einer verständnislosen Behördenfront erneutes Leiden widerfuhr - sie retraumatisiert wurden - wo eigentlich die „Wiedergutmachung“ das erklärte Ziel gewesen war.

Die unglückselige Dichotomisierung in Deutschland (Fischer-Hübner 1990) zwischen einerseits Psychiatrie und andererseits psychosomatischer Medizin führt bis zum heutigen Tage dazu, dass die Position der deutschen universitären Psychiatrie gegenüber Traumastörungen zumindest ambivalent ist (Butollo et al. 1999) und leider Gottes auch der medizinische Dienst der Krankenkassen nahezu regelhaft davon ausgeht, dass die Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen eine Sache der ambulanten Psychotherapie oder der stationären psychosomatischen Rehabilitation und keineswegs der Behandlung im psychiatrischen Fachkrankenhaus ist.

Da wir uns im **Westfälischen Zentrum Herten** den Besonderheiten psychischer Erkrankungen von Frauen verpflichtet fühlen, streben wir in unserem klinischen Alltag eine „**geschlechtersensiblere**“ **Psychiatrie und Psychotherapie** an. Dabei stellt die **sex- und gender-Perspektive** eine ungemein bereichernde Betrachtungsweise dar. Sie führt dazu, dass wir sensibilisiert sind für geschlechtsspezifische Einflussfaktoren auf psychische Erkrankungen und wir die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse und Belange nicht nur psychisch kranker Frauen, sondern auch psychisch kranker Männer berücksichtigen.

So ist zum Beispiel bemerkenswert, dass die Inzidenz einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Männern nach sexualisierter Gewalt mit über 60% höher liegt als bei Frauen!

Da im psychiatrischen Krankenhaus regelhaft die schwerstkranken Menschen aufgenommen und behandelt werden, zeigen auch unsere Patientinnen und Patienten mit einer **posttraumatischen Belastungsstörung** regelhaft eine derartig ausgeprägte Psychopathologie, dass

eine **psychopharmakologische** Unterstützung unumgänglich ist.

Häufig ist es so, dass die Psychopharmakologie die notwendige chemische Krücke darstellt, die einen psychotherapeutischen Zugang erst ermöglicht. Seit der letzten Jahrhundertwende sind die Neurowissenschaften dabei, die neuronalen Grundlagen des Psychischen und seiner Erkrankungen aufzuklären. Dies gilt auch für die neurobiologischen Grundlagen psychischer Traumatisierungen, und wir haben angefangen zu verstehen, inwieweit bestimmte psychische Erlebnisse - zum Beispiel traumatischer Art - zu bestimmten Veränderungen im Gehirn führen (Roth et al. 2003).

Im Folgenden wird im Wesentlichen die amerikanische Literatur (Schoenfeld et al. 2004) dargestellt, die über eine recht beeindruckende und evidenz-basierte Datenlage verfügt. Von der **FDA** - der amerikanischen Zulassungsbehörde für Medikamente - sind bisher **bei „post-traumatic stress disorders“ (PTSD) nur Sertralin und Paroxetin zugelassen**, sämtliche anderen Medikamente werden im Rahmen des „off-label-use“ verordnet.

**Antidepressiva** stellen die am häufigsten verordnete Medikamentengruppe dar. Da sich die Symptomatik einer Panikattacke und der posttraumatischen Belastungsstörung partiell ähnelt, Trizyklika bei Panikattacken wirksam sind, erwartete man auch einen positiven Effekt für die Behandlung von PTBS. Unter Imipramin und Amitriptylin kam es zwar insgesamt zu einer leichten Symptombesserung, aber es kam zu keiner Verbesserung des für PTBS üblichen Vermeidungsverhaltens und des „Numbing“. Die irreversiblen MAO-Hemmer (Jatrosom z. B.) erbrachten im Vergleich zu den TZA's eine gute Symptombesserung. Auch unter Moclobemid (z. B. Aurorix) kam es zu einer guten Symptombesserung, allerdings war die Fallzahl klein und diese Studien nicht randomisiert.

Zu den **TZA und MAO-Hemmern** ist also festzustellen, dass sie **nicht zu empfehlen** sind. Bei einer nur geringen bzw. nicht gesicherten Wirksamkeit haben wir auf der anderen Seite doch partiell sehr viele Nebenwirkungen und auch die Gefahr einer hohen Toxizität.

**Die Gruppe der selektiven Serotonin-Reuptake-Hemmer** stellen - um es gleich deutlich zu sagen - **das Mittel der ersten Wahl** zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörungen dar. Eine gute Wirksamkeit zeigte sich unter **Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin, Fluvoxamin und Citalopram**.

Insbesondere bei Sertralin in einer Dosierung von 50 bis 200 mg und Paroxetin in einer Dosierung von 20 bis 60 mg kam es zu einer guten bis sehr guten Symptombesserung in 60 bzw. 53% der Fälle. Bei der Studie von Davidson beeindruckten auch die große Fallzahl von 395 Patientinnen und Patienten sowie das multizentrische, randomisierte und doppelblinde Studiendesign.

Die Studie erfolgte an zivilen Traumaopfern; die Behandlungsergebnisse bei Frauen waren statistisch signifikant günstiger als bei Männern.

Eine SSRI-Studie an Vietnamkriegsveteranen erbrachte keine statistisch signifikanten positiven Ergebnisse. Ursächlich vermuten die Autoren einerseits den Schweregrad und das Ausmaß der kampfbedingten Traumastörung, andererseits hinterfragen die Autoren den primären und sekundären Krankheitsgewinn von Vietnamveteranen, die infolge ihrer Traumatisierung eine Rente beziehen.

Bei depressiven Störungen, Angst- und Panikerkrankungen erwarten wir unter SSRI's nach zwei bis vier Wochen eine Verbesserung der Symptomatik, bei posttraumatischen

Belastungsstörungen müssen wir im Schnitt mit vier bis sechs Wochen rechnen.

Aber die Datenlage suggeriert, dass sich die Geduld lohnt: Die eingangs erwähnte doppelblinde und randomisierte 12-Wochen-Studie mit Sertralin, die in 60% eine gute bis sehr gute Symptombesserung brachte, wurde um 24 Wochen verlängert.

Nicht nur blieb bei 92% der Patienten der Therapieerfolg erhalten, bei 31% kam es zu einer weiteren symptomatischen Besserung. Und bei der 40%-Gruppe, die bis zum Ende der 12-Wochen-Studie therapierefraktär war, kam es bei über der Hälfte in der 24 Wochen dauernden Nachfolgestudie zu einem Behandlungserfolg.

Summa summarum kam es also bei circa 80% der Patientinnen und Patienten unter Sertralin nach 36 Wochen zu einer guten bis sehr guten Symptombesserung.

Für uns Kliniker ist natürlich auch von großem Interesse, über welchen Behandlungszeitraum wir eine erfolgreiche psychopharmakologische Medikation weiter fortführen müssen, um einen Rückfall zu vermeiden.

Die dargestellte Sertralin-Studie gibt auch darüber Aufschluss:

Sertralin wurde doppelblind gegen Placebo randomisiert und über weitere 28 Wochen bei den Patienten verordnet, die zuvor über 36 Wochen erfolgreich mit Sertralin behandelt worden waren.

In der siebenmonatigen Follow-up-Studie kam es in einem guten Viertel der Placebo-Gruppe zu einem PTBS-Symptomrückfall, während in der Gruppe der Patienten, die mit Sertralin behandelt worden waren, nur in 5% ein Rückfall auftrat. Wichtig ist auch, dass die höchste Rückfallquote innerhalb der ersten acht Wochen beobachtet wurde.

**Zusammenfassend** können wir also feststellen, dass die Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Mittel der ersten Wahl bei der psychopharmakologischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung darstellt.

Die Dosierung entspricht der Dosierung, die wir aus der Depressionsbehandlung kennen. Bei Sertralin und Paroxetin liegen besonders aussagekräftige Studien vor. SSRI's haben ein bekannterweise günstiges Nebenwirkungsprofil: Übelkeit und Darmbeschwerden stehen in der Regel an erster Stelle. Bei diesem günstigen Nebenwirkungsprofil bieten die SSRI's eine gute bis sehr gute therapeutische Wirksamkeit auf den gesamten PTBS-Symptomenkomplex.

Wichtig ist dabei die Zeitschiene: Einerseits brauchen wir eine etwas längere Behandlungsdauer von vier bis sechs Wochen, bis wir eine Symptomreduktion beobachten können, andererseits sollte die SSRI-Medikation über mindestens ein Jahr in einer ausreichend hohen Dosierung fortgeführt werden, um in der Folge ausschleichend abgesetzt zu werden.

Insbesondere die ersten acht Wochen in der Absetzphase bedürfen regelmäßiger Arzt-Patient-Kontakte, um frühzeitig auf Rückfälle reagieren zu können.

Aus der **Gruppe der neueren Antidepressiva** wie Nefazodon, Venlafaxin und Mirtazapin ist Nefazodon in Deutschland wegen des hohen Risikos hepatotoxischer Nebenwirkungen nicht mehr im Einsatz.

Venlafaxin erbrachte im Vergleich zu Paroxetin und Sertralin eine geringere Wirksamkeit und mehr Nebenwirkungen.

**Mirtazapin kann eine interessante Alternative zu den SSRI's darstellen:** In einer Dosierung bis zu 45 mg ergab sich in 60% eine gute bis sehr gute Symptombesserung. Mirtazapin ist insbesondere interessant für die Behandlung der nahezu regelhaft vorliegenden und auch sehr belastenden Schlafstörungen traumatisierter Patientinnen und

Patienten. Die niedrige Fallzahl von 29 Patientinnen und Patienten in der Studie von Davidson zeigt allerdings einen dringenden Überprüfungsbedarf an einer größeren Fallzahl.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Mirtazapin das Mittel der zweiten Wahl für die psychopharmakologische Behandlung der PTBS darstellt. Es ist auch als Kombinations-therapeutikum zu einem SSRI zu empfehlen.

Kommen wir zur **Gruppe der Anxiolytika. Benzodiazepine** potenzieren bekannterweise die Wirkung der Gamma-Amino-Buttersäure. GABA hat bekannterweise eine beruhigende Wirkung auf nahezu alle Neuronen des Gehirns. Deshalb sollten Benzodiazepine eigentlich eine gute Wahl darstellen für die Behandlung der frühen posttraumatischen Belastungsstörung. Leider ist das Gegenteil der Fall.

Eine israelische Interventionsstudie (Gelpin et al. 1996) mit Benzodiazepinen versus Regelbehandlung an Überlebenden von terroristischen Überfällen zeigte bei der Benzodiazepin-Gruppe einen Trend zu einer höheren späteren PTBS-Rate. Es wurde vermutet, dass Benzodiazepine die physiologische kognitive Verarbeitung des Traumas erschweren, ebenso wie einen frühen psychotherapeutischen Zugang, zum Beispiel mit EMDR.

Eine Doppelblind-Studie mit Alprazolam (z. B. Tafil) versus Placebo bei Patienten mit chronischer PTBS zeigte eine bescheidene Verbesserung der Angstsymptomatik in der Verum-Gruppe. Allerdings kam es zu keinerlei Verbesserung der anderen, charakteristischen Symptome wie Intrusion, Vermeidungsverhalten und Numbing.

Auch führte die 12-Wochen-Studie zu wiederholten Entzugerscheinungen beim Absetzen des Alprazolams.

**Zusammenfassend** ist also festzustellen, dass **Benzodiazepine** trotz negativer Studienergebnisse erstaunlich häufig eingesetzt werden. Dabei sind sie - auch wegen ihres hohen Abhängigkeitspotenzials - **nicht zu empfehlen**.

Das gute alte Bespar zeigte in einer Studie mit acht Vietnamveteranen eine gute bis sehr gute Wirksamkeit für den gesamten PTBS-Symptomenkomplex.

Bekannterweise hat **Buspiron** keine Kreuztoleranz zu den Benzodiazepinen und beinhaltet nicht die Gefahr der Abhängigkeit und Entzugssymptomatik beim Absetzen. Wenn auch bei bescheidener Datenlage kann Buspiron sozusagen eine sichere und **wirksame Behandlungsalternative zu den Benzodiazepinen** darstellen. Und um noch ein bisschen aus dem klinischen Nähkästchen zu plaudern: Buspiron ist recht wirksam bei der Behandlung von SSRI-bedingten Libidostörungen.

Wir wissen aus der psychopharmakologischen Behandlung von Borderline-Störungen, dass Neuroleptika hilfreich sein können bei der Behandlung der Impulskontrollstörung. Auch eine psychosenahe Begleitsymptomatik - die so genannten Minipsychosen bei Borderline-Patienten - bedarf der Behandlung mit Antipsychotika. In Analogie dazu haben sich **Antipsychotika als hilfreich erwiesen als Co-Medikation bei schweren PTBS mit psychosenaher Begleitsymptomatik** wie Ich-Grenzenstörung, desorganisiertem Verhalten und schweren, persistierenden dissoziativen Symptomen.

Bei PTBS haben wir - wie bei der Borderline-Störung - ein deutlich erhöhtes Risiko von extrapyramidal-motorischen Störungen und tardiven Dyskinesien unter der Behandlung mit Neuroleptika zu erwarten. Deshalb sind niedrig dosierte atypische Neuroleptika (z.B. 200 mg Amisulprid, 2 mg Risperidon, 200-400 mg Quetiapin) als Mittel der ersten Wahl zu



empfehlen.

Stress verbinden wir in der Regel mit einem hohen Adrenalinpiegel. Auch bei PTBS stellt die Adrenalinregulation einen zentralen biologischen Befund dar. Der Norepinephrin-Plasmaspiegel ist bei Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung erhöht und es kommt zu einem weiteren signifikanten Anstieg in charakteristischen Trigger-Situationen. Diese Befunde stellten den theoretischen Hintergrund für einen Therapieversuch mit Propranolol (Pitman et al. 2002) dar. Diese randomisierte Doppelblindstudie mit allerdings relativ kleiner Fallzahl zeigte positive Ergebnisse: Propranolol wurde versus Placebo innerhalb von sechs Stunden nach Traumaexposition für 10 Tage verordnet. In der Verum-Gruppe erfüllten nur 18% der Patienten nach einem Monat die PTBS-Kriterien versus 30% der Patienten der Placebo-Gruppe. Nach drei Monaten zeigte kein Patient der Verum-Gruppe die üblichen körperlichen Symptome versus 43% der Placebo-Gruppe.

Demgemäß scheint **Propranolol - wenn ausreichend früh verordnet - hilfreich zu sein in der Prävention einer posttraumatischen Belastungsstörung.**

Die amerikanische Literatur beschreibt sehr pragmatisch die außergewöhnlich **hohe Prävalenz von PTBS mit anderen komorbiden psychiatrischen Störungen.** In der „National Comorbidity Survey“ (NCS, Kessler et al. 1995) zeigten 79% der Frauen und 88% der Männer mit einer posttraumatischen Belastungsstörung eine zusätzliche psychiatrische Diagnose, 49 % der Frauen und 59 % der Männer zeigten sogar neben PTBS drei weitere psychiatrische Diagnosen. In der Inzidenz stehen an erster Stelle Angsterkrankungen vor depressiven Störungen, bipolaren Störungen und Suchterkrankungen. Dies ist insbesondere auch bei der psychopharmakologischen Behandlung zu berücksichtigen.

Zu guter Letzt zeigt die sehr beeindruckende Studie von **Rosenberg et al.** aus dem Jahre 2001 erneut die zwingende Notwendigkeit von Traumatherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Sie **erbrachte, dass 90% aller Menschen mit einer psychotischen Erkrankung Traumaerfahrung haben!** 34 bis 53% hatten in ihrer Kindheit sexualisierte und/oder körperliche Gewalt erfahren und 29 bis 43% entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung. Dabei sind in der psychopharmakologischen Behandlung der psychotischen Grunderkrankung und der posttraumatischen Belastungsstörung sowohl Neuroleptika als auch SSRI's indiziert und geboten.

Bedarf es weiterer Argumente für die zwingende Notwendigkeit eines traumatherapeutischen

## Ansatzes im psychiatrischen Fachkrankenhaus?

**Literatur**

- Bonhoeffer** K (1926) Beurteilung, Begutachtung und Rechtssprechung bei den so genannten Unfallneurosen. Deutsche medizinische Wochenschrift 52: 179-182
- Butollo** W, Hagl M, Krüsmann M (1999) Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Charcot** JM (1887) Leons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière. Delahaye & Lecrosnie, Paris
- Davidson** JR, Rothbaum BO, van der Kolk BA (2001) Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry 58: 485-492
- Davidson** JR, Weisler RH, Butterfield MI (2003) Mirtazapine vs. Placebo in posttraumatic stress disorder: a pilot trial. Biological Psychiatry 53: 188-191
- Erichsen** JE (1866) On railway and other injuries of the nervous system. Walton & Moberly, London
- Freud** S (1895) Studien über Hysterie. In S. Freud: Studienausgabe in 10 Bänden. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Gelpin** E, Bonne O, Peri T (1996) Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. Journal of Clinical Psychiatry 57: 390-394
- Janet** P (1889) L'automatisme psychologique. Félix Alcan, Paris
- Kessler** RC, Sonnega A, Bromet E (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 52: 1048-1060
- Page** H (1885) Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion. American Journal of Psychiatry 154: 1114-1119
- Pitman** RK, Sanders KM, Zusman RM (2002) Pilot-study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. Biological Psychiatry 51: 189-192
- Rosenberg** SD, Mueser KT, Friedman MJ (2001) Developing effective treatments for posttraumatic stress disorders among people with severe mental illness. Psychiatric Services 52: 1453-1461
- Roth** G, Münte TF (2003) Neurobiologische Grundlagen psychischer Traumatisierung. In: Seidler GH et al.: Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Edition psychosozial, Gießen
- Schoenfeld** FB, Marmar CR, Neylan TC (2004) Current Concepts in Psychopharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. Psychiatric Services 55: 519-531