

19.2 Zwangsstörungen

Susann Trompeter

19.2.1 Grundlagen

B Fallbeispiel Wasch- und Kontrollzwang. Die 26-jährige, zurückhaltende Patientin (Frau A.) stellt sich in der psychiatrischen Ambulanz vor. Es ist ihr sichtlich unangenehm, über ihre Beschwerden zu berichten. Im Gespräch meidet Frau A. direkten Blickkontakt und berichtet schließlich mit leiser Stimme, dass sie seit gut einem halben Jahr kaum noch schlafe und ihre Wohnung nur unter erheblicher Anstrengung verlasse, um zur Arbeit zu gehen. Sie sei immer in Sorge, sich zu infizieren. Mit ihrem täglichen Arbeitspensum komme sie auch unter erheblichem zeitlichen Mehraufwand nicht mehr zurecht. Vorbereitende Tätigkeiten beschäftigen sie zeitlich so intensiv, dass sie zu den eigentlichen Arbeiten gar nicht mehr komme. In den letzten Tagen habe sich die Situation noch zugespitzt. Sie könne die Wohnung nun gar nicht mehr verlassen, fühle sich müde und angespannt.

Die Probleme hätten schon vor ca. 6 Jahren während ihres Jurastudiums begonnen, was sie schließlich abbrechen musste. Ständig habe sie sich kontrollieren müssen. So sei sie wiederholt nachts aufgestanden, um zu überprüfen, ob sie ihre Mitschriften korrekt abgeheftet habe. Während der folgenden Banklehre hätten die Beschwerden zunächst nachgelassen, um dann nach der Trennung von ihrem damaligen sehr dominanten Freund erneut und noch heftiger wieder zu beginnen. Zusätzlich zu den Kontrollzwängen habe sie nun seit ca. einem Jahr ständig das Bedürfnis, sich die Hände intensiv mit starken Reinigungsmitteln zu säubern, besonders wenn sie in Kontakt mit Geldscheinen gekommen sei. Sobald sie ihre Wohnung betrete, müsse sie sich intensiv duschen. Tägliche verbringe Frau A. mehrere Stunden mit der Reinigung ihrer Wohnung. Ihr selbst erscheinen diese Handlungen übertrieben und unsinnig, zumal sie kaum noch Kontakte zu anderen Menschen habe und darunter sehr leide. Seit der Trennung von ihrem Freund lebe sie alleine. Auch enge Freunde wendeten

sich zunehmend von ihr ab. Außerdem habe sie wegen der Arbeitsbelastung kaum noch Freizeit.

Inzwischen sei Frau A. wegen entzündlicher Hautveränderungen in dermatologischer Behandlung. Seit 3 Wochen sei sie nun krankgeschrieben. In der Zwischenzeit sei ihr fernmündlich durch einen Vorgesetzten eine Abmahnung angekündigt worden, da Frau A. seit Wochen wichtige dienstliche Aufträge nicht abschließend erledigt habe. Fremdanamnestisch ergaben sich durch die Eltern der Patientin weitere Hinweise: Frau A. sei schon immer ein ängstlicher und selbstkritischer Mensch gewesen. Sie habe sich schon als Jugendliche wenig zugetraut. Zu Zwangssymptomen sei es allerdings erst im Erwachsenenalter gekommen.

Während des stationären Aufenthaltes wirkt die Patientin häufig zurückgezogen, ängstlich und niedergedrückt. In den Stationsrunden gelingt es ihr nur selten, eigene Bedürfnisse zu artikulieren.

D Unter dem Begriff Zwangsstörungen werden Krankheitsbilder zusammengefasst, bei denen Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und -handlungen vordergründig sind. Diese Erscheinungen werden vom Betroffenen als dem eigenen Ich zugehörig erlebt, allerdings als unsinnig und gelegentlich bedrohlich empfunden.

M Typische Merkmale neurotischer Störungen sind anhaltende Symptome, die von den Betroffenen als „krankhaft“ eingeschätzt werden, und die zu Leidensdruck führen, ohne dass es zu einer Einschränkung der Realitätswahrnehmung kommt.

Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz der Zwangsstörungen liegt in der BRD bei ca. 2%. Die Häufigkeit von Zwangsstörungen ist in unterschiedlichen Ländern und Kulturen ähnlich hoch, allerdings können die Inhalte der Zwänge kulturabhängig stark differieren. Das Geschlechtsverhältnis ist mit Frauen (55%) zu Männern (45%) fast ausgeglichen.

Ätiologie

Die Ergebnisse unterschiedlicher Erklärungsansätze für die Entstehung der Zwangsstörung weisen auf eine multifaktorielle Genese hin.

Psychodynamische Modelle verstehen die Störung als Abwehrversuche eines Abhängigkeits-Autonomie-Konfliktes bzw. im Rahmen von Konflikten zwischen aggressiven „Es“-Anteilen bei rigidem „Über-Ich“ mit Fixierung auf die anale Phase. Hierbei wird der Konflikt durch bestimmte Abwehrmechanismen wie Ungeschehenmachen oder Verschiebung in eine für das Bewusstsein auszuhaltende Weise bearbeitet. Nach psychodynamischen Erkenntnissen kommt bei der Entwicklung einer Zwangsstörung insbesondere dem Erziehungsstil der Eltern mit unnachgiebigem und strengem Verhalten eine besondere Bedeutung zu.

Lern- und verhaltenstherapeutisch wird davon ausgegangen, dass über Konditionierungsprozesse Zwangshandlungen zur Angstabwehr trainiert werden.

Kognitive Ansätze werten zwangshafte Phänomene als Versuche, inakzeptable Gedanken z.B. durch „neutralisierende“ Vorstellungen und Handlungen aus dem Bewusstsein zu verbannen. Es wird bei den Betroffenen eine beeinträchtigte Fähigkeit vermutet, gelegentlich auftretende Gedanken mystischen oder aggressiven Inhaltes als normalpsychologisches Phänomen in die Gedankenwelt des gesunden Menschen zu integrieren.

Neurobiologische Modelle vermuten eine zugrundeliegende Dysfunktion im Bereich der Stammganglien, des limbischen Systems und des Frontallappens im Großhirn. Außerdem scheint eine Beeinträchtigung serotonerger Systeme eine Rolle zu spielen. Allgemein wird außerdem von einem prädisponierenden genetischen Faktor ausgegangen.

Als unspezifische Auslösefaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen werden chronische Stresssituationen und akute Lebensveränderungen (Fallbeispiel: Beginn des Studiums), belastende Lebensereignisse wie Verlust einer Bezugsperson (Fallbeispiel: Trennung vom Partner) und körperliche Erkrankungen angeschuldigt. Diese Faktoren können ein schon prämorbid labiles System dekomensieren lassen.

19.2.2 Symptomatik

Bei der Zwangsstörung stehen zwanghafte Phänomene wie Zwangsimpulse, Zwangsgedanken, Zwangshandlungen und -rituale im Vordergrund. Unter Zwängen werden Impulse und Vorstellungen zusammengefasst, die sich immer wieder aufdrängen und, die vom Betroffenen nicht unterdrückt werden können, ohne dass Angst entsteht. Typisch ist der Umstand, dass diese Erscheinungen einerseits als Ich-zugehörig und andererseits auch als bedrohlich erlebt werden.

Zwangsimpulse. Unter Zwangsimpulsen versteht man sich aufdrängende Impulse zu mitunter aggressiven Aktionen z.B. sich selbst aus großer Höhe in die Tiefe zu stürzen, oder den Tischnachbarn mit dem Messer zu verletzen. Üblicherweise werden diese Aktivitäten unter Aufbietung der gesamten psychischen Kräfte des Betroffenen abgewehrt und daher nicht ausgeführt. Mit zunehmender Dauer der Erkrankung kommt es im Rahmen dieser beständig notwendigen Impulsabwehr zu psychischen und körperlichen Erschöpfungszuständen, aufgrund derer eine freie Lebensführung oft nicht mehr möglich ist.

Zwangsgedanken. Zwangsgedanken sind Vorstellungen und Befürchtungen beispielsweise von Verunreinigungen und Ansteckung.

Zwangshandlungen. Unter Zwangshandlungen versteht man Aktivitäten mit Zwangsscharakter, die im Rahmen von Zwangsgedanken und -befürchtungen (z.B. sich zu infizieren) durchgeführt werden (Fallbeispiel: Wasch-, Kontroll- und Zählzwang). Mitunter werden die Zwangshandlungen nach einem strengen „Plan“ mit zunehmendem Ritualcharakter durchgeführt. Aufgrund häufiger Zweifel an der „korrekten“ Durchführung des Rituals kommt es regelmäßig zu Wiederholungen der Zwangshandlungen. Mit zunehmender Chronifizierung sind die Betroffenen mitunter in ihrem sozialen Umfeld kaum noch handlungsfähig.

Angst und Depression. Subjektiv leiden die Betroffenen häufig sehr unter Ängstlichkeit, vor allem, wenn Situationen auftreten, in denen die Patienten an der Ausübung ihrer Zwangshandlungen gehindert werden. Sie neigen zu Depressivität und vermuten ständig, Anderen Leid zu bringen.

Erschöpfung bis zu Handlungsunfähigkeit. Bei chronifizierten Zwangsstörungen kann es im Rahmen der Zwangsrituale zu Schlafstö-



Abb. 19.5 Zwangshandlungen, wie der Waschzwang, führen häufig zu dermatologischen Komplikationen.

rungen, Erschöpfungszuständen und allgemeiner Handlungsunfähigkeit kommen.

Probleme im Sozialverhalten. Häufig entstehen Probleme am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft und bei Freizeitaktivitäten (s. Fallbeispiel). Gegenüber den therapeutischen Teams zeigen die Patienten häufig eine passive Erwartungshaltung und delegieren die Verantwortung für die Therapie an das Personal.

Dermatologische Erkrankungen bei Waschzwang. Bei ausgeprägtem Wasch- und Putzwang kommt es häufig zu dermatologischen Komplikationen (s. Fallbeispiel) wie chronischen Ekzemen (chronische entzündliche Hauterkrankungen mit Rötung, Schuppung, Juckreiz und Schmerzen) (Abb. 19.5), die für die Betroffenen nicht selten Begründung für ihre Befürchtungen darstellen, sich nicht genug gewaschen zu haben und daher schon „infiziert“ zu sein.

19.2.3 Diagnostik

Wichtig sind eine genaue Exploration und der Einsatz apparativer Untersuchungsverfahren zum Ausschluss neurologischer Erkrankungen wie Epilepsie, Hirntumore, Schädel-Hirntraumata und zerebrovaskulärer Insuffizienz.

Differenzialdiagnostik. Bei einer Vielzahl weiterer psychiatrischer Erkrankungen kann es ebenfalls zu Zwangssymptomen kommen:

- Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (mit bizarreren Zwangssymptomen)
- affektive Störungen
- Angststörungen

- anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (hier mit anhaltendem Muster zwanghaft-rigider Verhaltensweisen mitunter schon in der Kindheit)

- Autismus

Mitunter kann auch die Abgrenzung zu Störungen der Impulskontrolle z.B. Kleptomanie (s.S. 409) differenzialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten. Das Vorliegen folgender Merkmale spricht für eine Zwangsstörung:

- Gefühl der Ich-Dystonie („Ich-Fremdheit“) der Symptome
- innerer Widerstand gegen die Vorstellungen und Impulse
- Einsicht in die Sinnlosigkeit bzw. Unangemessenheit der Symptomatik

P Häufig berichten die Betroffenen nicht von sich aus über ihre Zwangssymptome. Daher spielt die Fremdanamnese bei der Erkrankungsdynamik eine große Rolle. Mitunter begeben sie sich fremdmotiviert durch Angehörige oder Vorgesetzte in die Therapie, sodass die eigentliche Motivation erst noch entwickelt werden muss. Auch an der Eigenverantwortlichkeit für die Therapiefortschritte muss oft noch gearbeitet werden.

19.2.4 Therapie

Insgesamt ist zu empfehlen, die Therapie im ambulanten Rahmen durchzuführen, am Ort, an dem die Zwänge manifest werden. Bei akuter Dekompensation (Fallbeispiel) können aber auch stationäre Aufenthalte nötig werden.

Medikamentöse Therapie

Infrage kommen hauptsächlich Antidepressiva, z.B. selektive-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Escitalopram. Selten kommen auch atypische Antipsychotika zum Einsatz.

Psychotherapie

Psychotherapeutische Methode der ersten Wahl ist die Verhaltenstherapie z.B. Reizkonfrontation, d.h. Konfrontation mit der besonders gefürchteten Situation, ohne die Möglichkeit zum Vermeidungsverhalten zu bieten.

Angewendet auf das geschilderte Fallbeispiel könnte ein Expositionstraining mit der Aufgabenstellung, z.B. Geldscheine und Münzen zu zählen und kombinierter „Waschplan“ mit zeitlich begrenzten Zeiten für das Waschen und Duschen festgelegt werden.

Kognitive Verfahren

Beispielsweise wird hier der Patient zum Führen eines Tagebuches angeleitet, in dem verzerrte Kognitionen (z.B. sich durch Kontakt mit Geldscheinen zu infizieren) protokolliert werden. Diese werden zunächst gemeinsam mit dem Therapeuten und später im Selbstmanagement auf ihre Wahrscheinlichkeit überprüft. Hierbei kann es einerseits zu einer Zunahme der Compliance und andererseits jedoch auch zu einer Verstärkung der Zwangssymptomatik kommen.

Weitere Therapiemaßnahmen

Die psychodynamisch orientierte Therapie bemüht sich um die Aufarbeitung des zugrunde liegenden Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes.

Im Rahmen der Soziotherapie werden alltagspraktische Übungen mit Selbstsicherheitstraining durchgeführt. Dabei kommen Rollenspiele zum Einsatz oder der Patient übernimmt gezielte Aufgaben auf der Station.



Abb. 19.6 Auch wenn die Betroffenen die Zwangshandlungen selbst als sinnlos empfinden, können sie mit ihrem eigenen Willen die Handlungen nicht unterbinden.

Ein einfaches Beispiel hierfür sind Kontrollzwänge.

Generell sind Patienten zu Behandlungsbeginn nicht in der Lage, ihre gewohnten Handlungsmuster und -zwänge aufzugeben. Betroffene erleben ihre Handlungen in der Regel als sinnlos und leiden sehr darunter (Abb. 19.6). Ihnen zu erklären, von ihren Zwängen abzulassen, ist keine vertrauensbildende Basis für die bevorstehende Behandlung. Es ist ein langer therapeutisch begleiteter Weg notwendig, bis es dem Patienten gelingen kann, von seinen Zwangshandlungen Abstand zu gewinnen.

Der Aufbau einer professionellen Beziehung zwischen Patient und dem zuständigen Bezugspfleger ist ein wünschenswerter Therapiebeginn. Eine fest zugehörige Person vermittelt dem Patienten Sicherheit, die er dringend benötigt, denn das Ziel der Behandlung ist es, eine Sicherheit gebende Handlung zu reduzieren.

Beziehung Patient und Mitpatienten

Die Beziehung zwischen Zwangserkrankten und Mitpatienten kann problematisch verlaufen. Meist stoßen sie mit ihren Zwangshandlungen auf Unverständnis oder werden gar belächelt. Es ist wichtig, die Patienten in solchen Situationen zu unterstützen und ihnen beizustehen.

Es ist auch möglich, dass Patienten mit Zwangsstörungen den Kontakt zur Patienten-Gruppe aus Schamgefühlen oder aus Angst vor Konfrontation meiden. Sie sollten langsam an die Gruppe herangeführt werden und die Möglichkeit haben, sich zurückzuziehen, wenn eine Situation für sie nicht mehr erträglich ist. Allerdings sollten solche Vorfälle im Nachhinein mit dem Patienten bespro-

chen und reflektiert werden, um mögliche Lösungsmuster zu erkennen und belastende Situationen besser meistern zu können.

Beziehung Patient und Angehörige/Freunde

Die Beziehung zu Familienangehörigen und Freunden ist für den Patienten eine wichtige Stütze. Von ihnen kann er Zuspruch und Rückhalt bekommen, den schwierigen Weg einer stationären Therapie zu meistern. Enge Freunde oder Lebenspartner sollten in die Therapie eingebunden werden, um zusätzliche Unterstützung für den Genesungsprozess zu erhalten und das Verständnis für die Erkrankung zu fördern. Hierbei ist stets die Einhaltung der Schweigepflicht zu beachten.

Nähe-Distanz, Akzeptanz, Vertrauen

Den Patienten mit seiner Erkrankung zu akzeptieren ist der Grundstein, um eine vertrauensvolle Basis für die Behandlung zu bilden. Die pflegerische Beziehung sollte stets unter dem Gesichtspunkt der Nähe-Distanz-Problematik stehen. Der Patient entscheidet, wie weit eine professionelle Beziehung geht und wo er seine Grenzen setzt. Den Wünschen des Patienten nach Distanz sollte stets entsprochen werden, um eine professionelle Beziehung aufzubauen und halten zu können.

Medikamente

Da die Patienten häufig Zweifel und Widerstände im Hinblick auf die Medikation haben, ist es wichtig, dass Sie sich genau über die verordneten Medikamente informieren, d.h. über Wirkung, Neben- und Wechselwirkungen. Nur so können Sie den Patienten unterstützen und die Compliance zur medikamentösen Therapie fördern.

Freizeitgestaltung, Aktivitäten, Alltagsfähigkeit

Patienten mit Zwangserkrankungen können in der Durchführung ihres Alltags sehr strukturiert sein. Wichtig ist es, dieses Muster nicht mit Gewalt zu durchbrechen. Sie haben meist einen festen Plan, an den sie sich halten. Abweichungen können sie gerade am Anfang der Behandlung nur schwer aushalten. Deswegen ist es wichtig, mit dem

19.2.5 Psychiatrische Fachpflege bei Zwangsstörungen

Nils Günzler

Kommunikation

Wie bei allen psychiatrischen Erkrankungen ist auch der Kommunikation bei Zwangsstörungen eine große Rolle beizumessen. Über eine durchdachte, professionelle Kommunikation kann es der Pflegekraft gelingen, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zum Patienten aufzubauen. Patienten mit Zwangsstörungen haben einen großen Leidensdruck. Ein hohes Maß an Verständnis, Geduld und Ruhe sind die Grundpfeiler für die Kommunikation.

Beziehung

Beziehung Pflege und Patient

Im Umgang mit diesen Patienten ist es zunächst wichtig, die Entstehung von Zwangsgedanken, Zwangshandlungen und Zwangsimpulsen zu verstehen. Zwänge dienen der Angstreduktion oder Angstvermeidung, sie geben vermeintliche Sicherheit. In Stresssituationen kann sich die Symptomatik verstärken und durch die Ausübung der Zwänge wird die Situation erst aushaltbar.

Patienten einen strukturierten, aber aufgelockerten Tages- und Wochenplan zu erarbeiten. Im Alltag hat es sich bewährt, dies schriftlich niederzulegen und dem Patienten auszuhändigen. Somit kann er sich am vorliegenden Plan orientieren. Wichtig hierbei ist, dass sich auch das therapeutische Team an diesen Plan hält, um den Patienten nicht

zu verwirren und Reibungspunkte zu minimieren.

Die Freizeitgestaltung sollte dem Patienten Ablenkung bieten, und ihm das Gefühl nehmen, in einem reinen klinischen Alltag zu sein. Pflegerische Kleingruppen oder Einzelbeschäftigungen mit dem Patienten bieten sich an. Allerdings sollte man abwägen, wel-

chen Patienten man zu welcher Aktivität einlädt. Einen Klienten mit Reinlichkeitszwang und Putzzwang mit in eine Kochgruppe zu nehmen kann sich schnell als Fehler erweisen. Solche Belastungserprobungen sind allerdings auch förderlich, um zu sehen, wie weit der Patient in der Behandlung fortgeschritten ist.

19.3 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Susann Trompeter

19.3.1 Grundlagen

D Reaktionen auf belastende Lebensereignisse gewinnen Krankheitswert, wenn sie in Art, Ausmaß und Dauer übliche Erfahrungen deutlich übersteigen. Im Verlauf kommt es häufig zu Beeinträchtigungen im affektiven Bereich, in den Sozialbeziehungen und zu Störungen der allgemeinen Leistungsfähigkeit.

Das Erscheinungsbild ist sehr unterschiedlich und hängt von der individuellen Vulnerabilität des Einzelnen ab. Betroffen sind Menschen, die bis zu dem Ereignis psychisch in der Regel weitgehend unauffällig waren.

Aktuelle Belastungen spielen bei den meisten psychiatrischen Störungen eine mit auslösende Rolle. Bei den reaktiven Störungen besteht jedoch ein direkter kausaler Zusammenhang, d.h., dass die Symptomatik ohne das belastende Ereignis nicht aufgetreten wäre.

Belastende Ereignisse werden nach dem Schweregrad eingeteilt:

- **Trauma** (griech. *Trauma* = Wunde, Verletzung): eine tief greifende Verletzung auf psychischer Ebene, ein Ereignis, das überindividuell als extrem belastend erlebt wird, z.B. schwerer Unfall (Abb. 19.7), Vergewaltigung, Naturkatastrophen
- **kritisches Lebensereignis**: einschneidende Veränderung, z.B. Tod des Partners, Partnerkonflikt unerwarteter Verlust des Arbeitsplatzes
- **biografische Übergänge**: sich in der Regel langsam entwickelnde, absehbare Veränderungen, z.B. Antritt eines neuen Arbeitsplatzes oder Umzug



Abb. 19.7 Eine akute Belastungsreaktion kann durch ein stark traumatisierendes Ereignis hervorgerufen werden.

Akut. Unter einer akuten Belastungsreaktion wird eine Symptomatik verstanden, die innerhalb von 5–60 Minuten nach einem belastenden Ereignis auftritt (Abb. 19.7).

Posttraumatisch. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich um eine Symptomatik, die sich mit einer zeitlichen Latenz von bis zu 6 Monaten auf ein seelisches Trauma mit in der Regel vitaler Bedrohung entwickelt.

Anpassungsstörung. Unter Anpassungsstörungen versteht man Zustände emotionaler Beeinträchtigung, die in der Regel nach kritischen Lebensereignissen bzw. im Rahmen biografischer Übergänge auftreten, und bei denen der individuellen Vulnerabilität eine besondere Rolle zugeschrieben wird.

Epidemiologie

Gesicherte Daten über die Häufigkeit reaktiver Störungen liegen nicht vor. Die akute Belastungsreaktion tritt akut auf und klingt meistens recht schnell, in Tagen bis wenigen Wochen, wieder ab. Es kommt nur relativ selten zu Konsultationen psychiatrischer Einrichtungen. Es ist davon auszugehen, dass die Störung in der Allgemeinbevölkerung relativ

häufig ist, sodass vermutlich hauptsächlich nichtpsychiatrisches Personal mit den Betroffenen konfrontiert ist.

Von der PTBS sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Im Durchschnitt halten die Symptome bei Frauen 48 Monate und bei Männern 12 Monate an. Angaben über Häufigkeit von Anpassungsstörungen variieren erheblich (5–20%). Besonders betroffen scheinen Frauen und jüngere Menschen zu sein. Die Symptomatik hält länger an, als bei der akuten Belastungsreaktion.

Ätiologie

Allen Störungen liegt eine cerebrale Vulnerabilität zugrunde, die in Zusammenhang mit Gen-Umwelteinflüssen zum Ausbruch und Manifestation der Erkrankungen führen kann. Für die Auslösung der Störung sind das belastende Ereignis, die individuelle Vulnerabilität und Persönlichkeitszüge, soziale Interaktionsmuster und persönliche Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien) entscheidende Faktoren.

Weitere Einflussfaktoren können organische Störungen, prämorbid auffällige Persönlichkeitszüge, „neurotische“ Verhaltensweisen und extreme Erschöpfungszustände sein. Allgemein gilt: Je schwerer die Belastung, umso wahrscheinlicher ist das Auftreten einer reaktiven Störung und umso stärker die Symptomatologie. Bei kritischen Lebensereignissen und biografischen Übergängen kommt der prämorbid Persönlichkeit eine größere Bedeutung zu, als bei den schweren seelischen Traumata. Außerdem scheint inzwischen gesichert, dass die Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln besonders groß ist, wenn das Ereignis von anderen Menschen absichtlich herbeigeführt wurde, z.B. Vergewaltigung.