



## Medienopfersyndrom (II)

Gerne nehme ich die Replik [1] des Kollegen Gmür als Anregung entgegen, meinen Standpunkt in bezug auf die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) anhand praktischer Beispiele zu präzisieren, wurde mein Artikel doch grundlegend missverstanden. Die beiden Grundthesen könnten mit anderen Worten etwa lauten:

Psychiater behandeln recht häufig und mit Erfolg eine Krankheit (= Kategorie), die es gemäss ICD 10 nicht gibt. Weil dem so ist, macht die Schaffung einer Unterkategorie (z.B. Medienopfersyndrom) nicht Sinn. Deshalb erübrigt sich auch die Einführung eines neuen Parameters auf der Ebene von Unterkategorien.

Hat diese Krankheit einmal den richtigen Namen und tritt zusammen mit anderen (Diagnosen) auf, handelt es sich trotzdem häufig um eine andere Krankheit.

Diese scheinbaren Widersprüche entstehen u.a. aus folgenden Umständen. Erstes Beispiel: Ein Patient wird zwei Monate nach einem «leichten» Autounfall vom Hausarzt geschickt wegen einer Depression mit u.a. anhaltenden Alpträumen und Panikattacken. Die Symptome verschwinden innert kurzer Zeit unter psychotherapeutischer Behandlung auf dem Boden der imaginativen Psychotherapie (KB), Hypnose und EMDR. Obwohl es sich um eine PTBS mit den entsprechenden Symptomen handelt, kann keine PTBS diagnostiziert werden, weil das Kriterium der aussergewöhnlichen Schwere des traumatisierenden Ereignisses (A-Kriterium) nicht gegeben ist. Dieses ist z.B. Opfern von Naturkatastrophen, Kriegen, Folter etc. vorbehalten (Bedrohung, die in fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde). Im Vergleich dazu handelt es sich um eine «einfache Traumatisierung», eine eigentliche Diagnosekategorie gibt es nicht. In diese «Nichtkategorie» gehört auch das «MOS». Da das Problem der Klassifizierung in der Benennung der Schwere des traumatisierenden Agens liegt und nicht in dessen Art, bringt es keine Klärung, einen neuen Parameter (z.B. Gewalt, Unfall, Hirnoperation, «aggressiv-verletzende Publizistik» [Medien]) einzubringen.

Ein weiteres Beispiel: eine 25jährige Frau wird vom Hausarzt wegen akuter Suizidalität und mittelschwerer Depression angemeldet. Die Frau war vergewaltigt worden. Im Vordergrund stehen Gefühle der Scham und Ohnmacht. Von meinem Behandlungsverständnis her spielen die Art der Gefühle keine Rolle, das therapeutische Vorgehen besteht zunächst aus Stabilisierung, später Traumabearbeitung. Das eigentliche Problem kommt erst im Verlauf der Therapie zum Vorschein, die Frau war bereits in ihrer Kindheit fortdauernder körperlicher Gewalt

ausgeliefert gewesen. In der Praxis ist diese komplexe Traumatisierung nun aber erheblich schwieriger zu behandeln und erfordert einen viel längeren Behandlungszeitraum. Obwohl nun die Diagnose PTBS klar ist, bestimmt die damit gar nicht diagnostizierte, aufgrund ihrer Erfahrungen mit Gewalt in ihrer Kindheit resultierende Persönlichkeitsproblematik den Verlauf der Therapie. In meiner Praxis ist dies mitunter die häufigste Konstellation. Auch hier findet das MOS einen Platz.

Ein letztes Beispiel: ein 38jähriger Mann kommt wegen Depressionen mit Schuldgefühlen, Schlafstörungen, Alpträumen und wiederkehrenden Schweißausbrüchen in die Behandlung. Vor drei Monaten Autounfall mit Verletzten. Mit der Therapie bessert die intrusive Symptomatik bald, die quälenden Schuldgefühle aber bleiben bestehen. Auf Nachfragen gibt der Mann an, dass ein Gerichtstermin noch ausstehend sei. Die Schuldgefühle sind also nicht einfach unsinnig, sondern sind möglicherweise, je nach Gerichtsurteil, adäquat. In dieser Art bespreche ich dies auch mit dem Patienten.

Kollege Gmür beschreibt in seinem Artikel [2] mit «MOS eine Gruppe von psychopathologischen Erscheinungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen, die Opfer einer aggressiven, verletzenden Publizistik geworden sind». In meinem ersten Leserbrief [3] habe ich u.a. darzulegen versucht, dass die von ihm beschriebenen Beobachtungen mit den oben erwähnten Einschränkungen zur PTBS passen. Es darf aber meiner Meinung nach nicht übersehen werden, dass ein Teil dieser von ihm beschriebenen Opfer (wie in meiner dritten Kasuistik) auch Täter sein können. In der Behandlung einer PTBS gibt es zunächst das Problem der Stabilisierung, erst wenn die Medien sich ruhig verhalten, kann die Traumabearbeitung begonnen werden, ansonsten die Symptomatik verstärkt wird. Darauf hat man gewöhnlich keinen Einfluss, muss also zuwarten. Bei der Traumabearbeitung selbst stellen sich dann u.a. die oben erwähnten Probleme. Falls tatsächlich ein realer Täteraspekt vorhanden ist (als genanntes Beispiel Mord), gewisse Gefühle also nichts mit der Opferrolle zu tun haben, sondern eben mit der realen Tat (Scham nach einer moralisch verwerflichen Tat ist normal und somit nicht therapierbar), kommt ein neuer, nicht zu einer PTBS gehörender Aspekt hinzu. Darauf verweist Kollege Gmür ja auch am Schluss seines Artikels. In diesem Fall, bei anhaltender auf diesen Aspekt begrenzter Symptomatik, macht eine Diagnose MOS nach meinem Verständnis gar keinen Sinn.

*Dr. W. Schneider, Muttenz*

- 1 Gmür M. Replik. Schweiz Ärztezeitung 1999; 48:2840.
- 2 Gmür M. Das Medienopfersyndrom (MOS). Schweiz Ärztezeitung 1999;44:2604-6.
- 3 Schneider W. Medienopfersyndrom [Leserbrief]. Schweiz Ärztezeitung 1999;48:2839.

## Replik

Sprachlogische Ungereimtheiten und argumentative Unklarheit der nochmaligen unkonkisen Antwort von Herrn Kollege Schneider behindern eine geziemende und stringente Entgegnung. Soweit nachvollziehbar scheint seine Duplik im Ton des Widerspruchs, Ansichten zu formulieren, die ich selber bereits ausgeführt und jedenfalls nicht in Frage gestellt habe. Wie schon erläutert, ist auch beim Medienopfersyndrom (MOS) dem Schweregrad des Traumas sowie den traumaunabhängigen Persönlichkeitsstörungen und Belastungsfaktoren, sowohl bei der psychotherapeutischen Aufarbeitung als auch hinsichtlich der rechtlichen Beurteilung, Rechnung zu tragen. ICD-Diagnostik in Ehren, aber auch notwendige und nützliche institutionalisierte nosologische Methodik darf nicht nach dem Grundsatz verfahren: Es kann nicht sein, was nicht sein darf. Erbsenzähler haben auch Bohnen zu berücksichtigen.

*PD Dr. med. Mario Gmür, Zürich*

## Pressemitteilung

### Vereinigung der Reizdarm-Patienten IG IBS gegründet

pd. In Bern ist die Interessengemeinschaft der IBS-Patienten, die IG IBS, gegründet worden; sie dient der Aufklärung der Betroffenen und dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

IBS (Irritable Bowel Syndrome), auch als Reizdarm oder Colon irritabile bezeichnet, ist eine chronische Krankheit, die sich in schubweise auftretenden Bauchschmerzen, Blähungen, Verstopfung und Durchfall äussern kann. Aufgrund aktueller Erhebungen ist davon auszugehen, dass heute in der Schweiz rund 15 Prozent der erwachsenen Bevölkerung unter verschiedenen Schweregraden von IBS leiden, was einer Zahl von rund 750 000 Patienten entspricht.

Von den Betroffenen sind drei von vier aktiv auf der Suche nach Linderung; dies bedeutet, dass der Leidensdruck tatsächlich hoch ist, was auch von Arztseite bestätigt wird. Die in Bern gegründete «Interessengemeinschaft IBS (IG IBS)» verfolgt das Ziel, die Patientinnen und Patienten aufzuklären, über die Fortschritte in der Behandlung zu informieren und den gegenseitigen Erfahrungsaustausch zu erleichtern.

IG IBS wird von Professor Georg A. Stalder präsiert und arbeitet eng mit GastroMed Suisse, der Gesellschaft für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten des Magendarmtrakts und der Leber, zusammen. Ihre Tätigkeit wird von Novartis Pharma Schweiz AG unterstützt.

Anmeldungen und Bestellungen von Informationsmaterial nimmt ab sofort Telefon 031 312 88 11 entgegen. Postadresse: IG IBS, Postfach, 3000 Bern 2.