

C. Kröger – Carolin Ritter – R. A. Bryant:

AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG

Hogrefe-Verlag, Göttingen 2012. 125 S., 6 Tab., € 36,95 mit CD-ROM

ISBN 978-3-8017-2418-4

Akute Belastungsstörungen sind so alt wie die Menschheit. Niemand bezweifelt das. Aber wissenschaftlich untersucht werden sie erst in den letzten Jahrzehnten, immer gezielter in den letzten Jahren. Auch die großen, ton-angebenden Institutionen der Medizin wie Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) bemühen sich inzwischen um immer konkretere diagnostische Kriterien (und eine Annäherung ihrer Kriterien). Manchem kommt aber das verstärkte Interesse irgendwie überzogen vor. Da lohnt sich ein Blick auf die bisher vorliegenden Studien, was die Häufigkeit und ihre spezifischen Ursachen anbelangt.

So zeigen nach entsprechenden Untersuchungen 18 bis 24% der im Straßenverkehr Verunglückten das Vollbild einer akuten Belastungsstörung. Nach einem Überfall konnte dies bei 19% der Betroffenen diagnostiziert werden. In Verbindung mit einem Industrie-Unfall zeigten 6% die entsprechenden Symptome. Und deutlich mehr Betroffene die Opfer von Raubüberfällen, nämlich 25%. Oder gar 33% jener Angestellten, deren Kollegen im Büro teilweise tödlich durch Schüsse verletzt wurden.

Von Menschen ausgehende Ereignisse lösen das Leidensbild mit höherer Wahrscheinlichkeit aus. Neuerdings gibt es auch Hinweise, dass selbst die Mitteilung einer Tumor-Diagnose zu einem entsprechenden Krankheitsbild führen kann, nämlich in 28 bis 33% der Betroffenen.

Das höchste Risiko tragen natürlich Opfer, deren Angehörige bzw. engere Freunde betroffen sind. Aber auch Zuschauer oder indirekte Zeugen (u. a. Rettungskräfte, Feuerwehrleute, Polizisten) können einer entsprechend hohen Beanspruchung ausgesetzt sein. Eher vernachlässigt wurden in der Vergangenheit jene, die Informationen über das Ereignis nur medial vermittelt bekamen. Doch auch hier kristallisieren sich bestimmte Risikogruppen heraus, nämlich Kinder und Jugendliche sowie bereits traumatisierte und psychisch Kranke. Unmittelbar nach dem Ereignis kann es bei vielen zu unspezifischen Beschwerden kommen. Wobei sich allerdings das Leidensbild

nach einigen Monaten deutlich reduziert. Nur bei einem Teil der Betroffenen bleiben entsprechende Symptome bestehen. Dabei gibt es gewisse Unterschiede, je nach Zahl der Opfer und Art der Belastung (z. B. Naturkatastrophen oder terroristische Anschläge).

Wenn eine akute Belastungsstörung vorliegt und entsprechende therapeutische Maßnahmen nicht möglich waren, dann droht auch eine posttraumatische Belastungsstörung. Über Einzelheiten wird noch geforscht, aber die Konsequenz ist naheliegend. Das Problem: In der allgemeinen Versorgung bleiben sowohl die akute Belastungsstörung als auch die posttraumatische Belastungsstörung häufig unerkannt.

Möglicherweise haben außerdem nicht nur risiko-reiche Verhaltensweisen, sondern auch andere psychische Störungen einen wesentlichen Anteil an solchen Entwicklungen. Dazu gehören vor allem psychotische, Persönlichkeits- und affektive Störungen sowie Missbrauch und Abhängigkeit entsprechender Substanzen. Auch hier wieder ein besonderes Problem: Wie exakt unterscheidbar sind die bereits vorliegenden (krankheits-typischen) Symptome und/oder die zusätzlichen Belastungs-Reaktionen? Hier ist insbesondere mit verstärkten Angststörungen und Depressionen zu rechnen, vor allem spezifischen Phobien (entsprechendes Vermeidungsverhalten). Auch Sucht und Missbrauch spielen eine Rolle.

Kurz: Die erwähnten Probleme sind nicht nur für die Betroffenen eine ggf. lebensbegleitende (Zusatz-)Belastung, sie sind rein statistisch und damit für die Solidar-Gemeinschaft nicht unerheblich.

Hier hat sich allerdings in Forschung (und Lehre?) inzwischen viel getan, das Angebot ist erfreulich: Deshalb wurde auch vorliegendes Manual entwickelt, um vor allem die psychosoziale Notfallversorgung von Opfern, aber auch Angehörigen und Einsatzkräften zu verbessern. Es stellt zunächst präventiv angelegte Versorgungskonzepte vor, die international empfohlene psychosoziale Interventionen berücksichtigen und erläutert praxisorientiert ein Programm, das in 7 Sitzungen vor allem kognitiv-behaviorale Behandlungs-Angebote vermittelt.

Das Manual bietet eine Reihe bewährter Handlungs-Anleitungen und imponiert vor allem durch zahlreiche Fallbeispiele und sogar wörtliche Dialoge, um den therapeuti-

schen Prozess zu veranschaulichen. Wichtig sind auch Emotionen zu erkennen und zu neutralisieren, die ansonsten übergangen, verdrängt oder nicht registriert werden und damit den Genesungs-Prozess behindern oder gar verhindern. Beispiele: Mut, Scham, Schuld und Ekel. Hier geht das Manual auch gezielt auf entsprechende Hindernisse vor und während der konkreten Umsetzung einzelner Behandlungsschritte ein, wozu vor allem diagnostische Instrumente und Therapie-Materialien (zusätzlich auf einer CD-ROM) hilfreich beitragen (VF).