

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft

PSYCHIATRISCHE KATASTROPHENFORSCHUNG

Seelische Folgen durch technische und Naturkatastrophen

Naturkatastrophen sind so alt wie die Menschheit. Technische Katastrophen durch Industrie, Verkehr und im Zivilleben sind inzwischen an der Tagesordnung. Die seelischen, psychosozialen und körperlichen Folgen für die Betroffenen sind unterschiedlich – aber meist viel ausgeprägter, als in der Regel bekannt wird. Dies betrifft vor allem die mittelfristigen bis Langzeit-Konsequenzen.

Die Katastrophenforschung, insbesondere aus der Sicht der Psychiatrie, steckt noch in den Anfängen. Die bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse aber lassen befürchten, dass mindestens jeder fünfte Betroffene mit Angstzuständen, depressiven Verstimmungen, psychosomatisch interpretierbaren körperlichen Beschwerden oder gar einer konkreten posttraumatischen Belastungsstörung nach einer Natur- oder von Menschenhand ausgelösten Katastrophe rechnen muss. Dies scheint sogar die untere Grenze zu sein, denn die Variationsbreite entsprechenden Leids liegt bei 20 bis 50 % und mehr. Wobei einige dieser Symptome Jahre oder gar jahrzehntelang peinigen können.

Welche Art von Katastrophe provoziert welche Folgen? Gibt es Unterschiede nach Geschlecht und Alter, insbesondere was Kinder und Jugendliche angeht? Welche Risikofaktoren vor, während und nach der Katastrophe können das Beschwerdebild verlängern und verstärken? Und vor allem: Was kann man tun?

Nachfolgend eine kurzgefasste Übersicht über eine Reihe von Erkenntnissen aus der Sicht der psychiatrischen Katastrophenforschung.

Erwähnte Fachbegriffe:

Katastrophenforschung – Naturkatastrophen – technische Katastrophen – Katastrophenopfer – Katastrophenzeitpunkt – Katastrophenwirkung – Katastrophenschaden – Erdbeben – Vulkanausbrüche – Überschwemmungen – Hurrikan – Wirbelstürme – Tornados – Schlammlawinen – Buschfeuer – Schneestürme – Nahrungsmittel-Massenvergiftung – Reaktorunglücke – „Radiophobie“ – radioaktive Krebsfolgen – Strahlenkrankheit – Amok – Großbrände – Verkehrskatastrophe – Nuklearunfälle – Kriegsfolgen – Bürgerkrieg – Terrorismus – Vertreibung – Flucht – Obdachlosigkeit – Evakuierung – Umsiedlung – seelische Katastrophenfolgen – psychosoziale Katastrophenfolgen – körperliche Katastrophenfolgen – posttraumatische Belastungsreaktion – posttraumatische Belastungsstörung – Katastrophen-Syndrom – katastrophen-reaktives psychopathologisches Repertoire – „numbing“ (Gefühlsverlust) – Katastrophenfolgen und Geschlecht-Katastrophenfolgen und Alter – Risikofaktoren vor, während und nach der Katastrophe – Akuttherapie – Psychotherapie – Pharmakotherapie – Gespräche – Selbstmanagement – Evakuierungs-Hilfen – Umsiedlungs-Hilfen – Interventions-Strategien – Hilfe durch Selbsthilfe – professionelle Katastrophenhilfs-Institutionen – Komorbidität (Depressionen, Angstkrankheit, Suchtmittelmissbrauch u.a.).

„Alles wird schlechter“, meinen viele. „Selbst Zahl und Gewalt von Naturkatastrophen nehmen zu“, beklagen andere. Ganz zu schweigen von jenen Tragödien in Industrie, Verkehr und Zivilleben, an denen der Mensch direkt beteiligt ist.

Ob das wirklich stimmt, ist schwer nachprüfbar. Was auf jeden Fall zugenommen hat, ist die Informationsdichte und insbesondere Informationsnähe. Noch nie war die Menschheit vor allem via Fernsehen so häufig und intensiv mit Katastrophen aller Art konfrontiert wie derzeit. Dass so etwas nicht ohne Folgen bleiben kann, ist nachvollziehbar.

Dass aber frühere Generationen – zumindest mit zeitlicher und regionaler Verdichtung – ebenfalls Belastungen schlimmster Art ausgesetzt waren, wird wohl von keinem bezweifelt. Und dass die Konsequenzen im wesentlichen die gleichen sein mussten, unter den damaligen, weit weniger effektiven Hilfsmöglichkeiten wahrscheinlich noch folgenschwerer, auch nicht. Und dass vor allem die seelischen und psychosozialen Auswirkungen in vielen Fällen länger und wohl auch stärker nachwirkten als so manche körperlichen Belastungen oder Verletzungen, dürfte ebenfalls einsichtig sein.

Nur beweisen kann man es nicht. Denn im Grunde gibt es ein wissenschaftlich fundierte **Katastrophenforschung** erst seit etwa zwei Jahrzehnten. Zuvor beruhten die entsprechenden Erkenntnisse vorwiegend auf Einzelfällen oder Erhebungen kleiner Stichproben, meist Katastrophenopfer, die Schadenersatz

beantragten, verletzte Personen, Kläger vor Gericht oder Helfer, die mit dem entsetzlichen Geschehen, das sie vorfanden, nicht mehr fertig wurden.

Was aber ist mit den zahlreichen Opfern, die niemand beachtet, geschweige denn befragt oder untersucht hat? Was machten jene Menschen durch, die unter schrecklicher Angst und Qual schließlich den Tod fanden, während der Katastrophe oder später als direkte oder indirekte Folge?

Vor allem: Dort, wo offenbar die meisten Katastrophen vorkommen, nämlich in den Entwicklungsländern und auch auf dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion (jetzt Russland und die selbstständig gewordenen Staaten) gibt es die wenigsten Untersuchungen. Oft ist man nicht einmal in der Lage, den Opfern die notwendigsten Überlebenshilfen zukommen zu lassen, von den psychischen Folgen ganz zu schweigen.

Und selbst dort, wo inzwischen eine fundierte Katastrophenforschung praktiziert wird, stehen die Wissenschaftler immer wieder vor unterschiedlichen Ergebnissen und damit eher fragwürdigen Erkenntnissen. Einige Ursachen dieser Untersuchungs-Differenzen finden sich im nachfolgenden Kasten.

Fehlerquellen in der Katastrophenforschung

- Selektive Mortalität: nur Überlebende können untersucht werden
- meist keine repräsentative Stichprobe möglich:
 - Katastrophenopfer über das Land verstreut oder anschließend umgesiedelt
 - für Katastrophen-Untersuchungen nicht zu gewinnen, da man von anderen Sorgen erdrückt oder verärgert ist über verspätete oder unangemessene Hilfsprogramme
 - fehlerhafte Erinnerungen
 - hinderliche Auflagen von Seiten der Behörden, die die Untersuchungsergebnisse verfälschen
- Zeitliche Planung der Erhebungen zu früh, zu spät
- Interviewfehler
- Niedrige Antwortzahlen
- Unterschiedliche, vor allem nicht einheitliche und damit vergleichbare Auswahl der Messinstrumente
- Einfluss der jeweiligen Katastrophenart:

- Natur- oder von Menschen herbeigeführte Katastrophe (Industrie, Verkehr, Zivilleben)
 - Plötzlichkeit des Katastrophenzeitpunktes
 - Dauer der Katastrophenwirkung
 - Ausmaß des Katastrophenschadens
 - Anzahl der Toten, Verletzten und plötzlich Obdachlosen
- Art, Zeitpunkt und Effektivität der Evakuierung/Umsiedlung
 - Wiederholungsgefahr
 - u.a.

Wie häufig sind seelische und psychosoziale Folgen nach entsprechenden Katastrophen?

Selbst wenn man davon ausgehen muss, dass es viele Fehlerquellen bei der Erhebung solcher Untersuchungsergebnisse gibt (siehe oben), kann man dennoch zu einer halbwegs zutreffenden Zahl kommen, wenn man so viele Untersuchungen wie möglich zusammenfasst und daraus einen Mittelwert errechnet. Der kann allerdings auch eine erhebliche Spannbreite aufweisen.

Im allgemeinen scheint aber etwa jeder fünfte Betroffene nach etwa einem Jahr noch immer unter entsprechenden Beeinträchtigungen zu leiden: seelisch, körperlich, psychosozial. Es liegen jedoch auch Studien vor, die bis zur Hälfte aller Opfer als beeinträchtigt erklären. Und natürlich gibt es Einzelereignisse von solch durchschlagender „Wucht“, dass nahezu keiner der Betroffenen in überschaubarer Zeit damit fertig wird (z. B. im Rahmen eines Kidnapping, bei entsprechenden Kriegshandlungen mit Misshandlung der zivilen oder militärischen Gefangenen mit Schein-Hinrichtungen u.a.).

Nach allem, was man aber bisher weiß, scheint die durchschnittliche Krankheitsrate höher zu liegen als angenommen – und zwar beträchtlich. So fanden beispielsweise neuere Studien über Naturkatastrophen in Kolumbien, Indien und Sri Lanka Häufigkeitsangaben von 55, 59 oder gar 75 %. Solche erschreckend hohen Zahlen ernsthaft Beeinträchtigter dürften vor allem abhängig sein von Art und Ausmaß der Katastrophe, von der untersuchten Bevölkerung, dem Zeitpunkt der Datenerhebung, den verwendeten psychologischen Messinstrumenten u.a.

Ähnliches gilt für Studien in der westlichen Welt einschließlich Mittelamerika. So ließ ein Erdbeben in Mexiko ebenfalls auf rund ein Fünftel ernstere Folgen schließen, untersucht an den überlebenden Opfern in Schutzräumen. Dabei waren die Hinweise auf eine Angststörung annähernd gleich häufig wie für eine spätere depressive Entwicklung. Bei Frauen lagen die Störungen jeweils doppelt so hoch bis mehrfach darüber.

Oder eine Studie über Albträume, Wochen nach einem Erdbeben in den USA. Vier von Zehn der betroffenen Studenten berichteten über entsprechende Schreckträume, jedoch nur 5 % bei einer Kontrollgruppe im Innern des Landes ohne diese Belastung.

Oder ein Erdbeben in Italien, nachgeprüft bei Patienten, die wegen körperlicher Gesundheitsprobleme ihren Allgemeinarzt aufsuchten. Wiederum fast die Hälfte, bei der sich eine psychische Störung fand. Noch dramatischer bei einem Erdbeben in Armenien, bei der drei bis sechs Monate nach der Extrembelastung drei Viertel eine sogenannte posttraumatische Belastungsreaktion (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel) aufwiesen, mehr als jeder Fünfte depressiv erschien.

In allen Fällen muss man allerdings einräumen, dass gerade Erdbeben als besonders erschütternd gelten. Der Grund ist einleuchtend: Wenn sich das Festeste und eigentlich Sicherste in unserem Leben, der Boden, auf dem wir stehen, als nicht mehr zuverlässig erweist, dann muss man sich über die entsprechenden Reaktionen von Erdbeben-Opfern nicht wundern.

Das Beschwerdebild eines Katastrophen-Syndroms

Die nach einer Naturkatastrophe am häufigsten berichteten Krankheitszeichen bei Erwachsenen sind körperliche Beschwerden, depressive und Angststörungen sowie posttraumatische Belastungsreaktionen.

Das Gesamtbild einer solchen Beeinträchtigung wird gelegentlich als „**Katastrophen-Syndrom**“ bezeichnet (komplizierter Fachausdruck: katastrophen-reaktives psychopathologisches Repertoire). Natürlich handelt es sich hier nicht um ein einheitliches Krankheitsbild, sondern ein kompliziertes Zusammenspiel letztlich voneinander unabhängiger Störungen auf

- körperlichem,
- psychosomatischem (unverarbeitete seelische Belastungen äußert sich körperlich),
- kognitivem (geistigen-intellektuellem),
- affektivem (gemütsmäßigem),
- schließlich zwischenmenschlichem und beruflichem Gebiet.

Die meisten Untersuchungsergebnisse liegen vor nach Erdbeben, Überflutungen, Hurrikans, Vulkanausbrüchen, Schlammlawinen, Wirbelstürmen und Tornados sowie Massenvergiftungen mit Nahrungsmitteln (z. B. toxisches Rapsöl), Buschfeuern, Schneestürmen u.a. Die gleichen seelischen und psychosozialen Folgeerscheinungen treten aber auch nach technischen Katastrophen auf.

Begonnen hat diese Art von Katastrophenforschung übrigens mit den Überlebenden des Atombombenabwurfs von Hiroshima. Dort fiel den US-amerika-

nischen Wissenschaftlern vor allem eines auf: die seelische Abstumpfung (Fachausdruck: „numbing“ – ursprünglich als psychologisches Sich-Verschließen bezeichnet), also eine Art Gefühlsverlust als Auswirkung extremer Qualen, in diesem Fall den Massentod von Mitbürgern und vor allem die Unfähigkeit, auf die Hilferufe der Katastrophenopfer adäquat zu reagieren.

Gibt es einen Unterschied zwischen Natur- und technischen Katastrophen?

Zwei Befunde aus dem Bereich der psychiatrischen Stressforschung sprechen offenbar dafür, dass sich die seelischen Folgezustände bei technischen Katastrophen und anderen durch menschliche Einwirkung hervorgerufenen Extrembelastungen von den psychischen Auswirkungen von Naturkatastrophen unterscheiden:

- Zum einen der eher chronische Verlauf seelischer Gesundheitsprobleme bei technischen Katastrophen, vor allem durch
- die Furcht, sich durch solche seelische und/oder körperliche Folgen eine längerfristige oder lebenslange Krankheit zuzuziehen.

Dies bezieht sich besonders auf Kernreaktoren. Hier überwiegen körperliche Beschwerden, besonders hoher Blutdruck und ein erhöhter Spiegel bestimmter Stress-Hormone. In seelischer Hinsicht sind es Angstzustände, Verstimmungen, aber auch Übererregbarkeit, immer wiederkehrende Gedanken an den Unfall und der zwanghafte Vermeidungsversuch, sich ständig daran erinnern zu müssen.

Noch viele Jahre danach können es unter diesen Bedingungen insbesondere Frauen sein, die ein überdurchschnittlich hohes Niveau an Besorgtheit quält, besonders, wenn es sich um Mütter kleiner Kinder handelt.

Nachvollziehbar sind dabei auch die Sorgen um Krebs oder eine Strahlenkrankheit, wenn es sich um technische Unfälle mit radioaktiver Strahlung handelt. Da hilft es dann auch nicht, wenn die Behörden abschätzig und verniedlichend von „Radiophobie“ sprechen (wie beispielsweise beim Reaktorunglück in Tschernobyl).

Was disponiert zu einer entsprechenden Katastrophenreaktion?

Die Frage, was die Folgen einer Katastrophe, sei es von Natur oder Menschenhand, besonders beschwerlich macht, hat zu drei *Risikofaktoren* geführt:

Risikofaktoren, die bereits vor der Katastrophe bestanden: Dazu gehören das weibliche Geschlecht, vorbestehende seelische Störungen sowie frühere

traumatische (seelisch verwundende) Erfahrungen in jeglicher Form. Im Einzelnen:

- **Frauen** reagieren offensichtlich empfindlicher auf Katastrophen-Ereignisse als Männer. Nach einem Vulkanausbruch im Nordwesten der USA wiesen weibliche Opfer doppelt so häufig eine sogenannte Generalisierte Angststörung, eine schwere Depression und/oder eine posttraumatische Belastungsstörung auf als Männer (21 : 11 %).

Bestätigt wurde dies durch eine andere Studie nach einem Hurrikan in den südöstlichen USA, diesmal bei Jugendlichen (9 : 3 %).

Allerdings finden sich nicht in allen Katastrophenberichten solche Geschlechtsunterschiede. Auch sind bei posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und Angsterkrankungen Frauen in der Regel ohnehin häufiger betroffen.

Manchmal lassen sich auch psychopathologisch (also vom Krankheitsbild her) unterschiedliche Katastrophen-Reaktionen feststellen: So finden sich beim weiblichen Geschlecht mehr konkrete Symptome der erwähnten Gemütsstörungen (Depressionen und Angstzustände), bei Männern häufiger entgleisungsgefährliche Selbstbehandlungsversuche mit nachfolgender Suchtgefahr, meist durch Alkohol. Das zeigt übrigens, wie unterschiedlich die beiden Geschlechter unterschiedlich reagieren: Frauen stehen eher zu ihren Gefühlen, Männer versuchen sie mit spannungslösenden Mitteln zu überspielen (vor allem Alkohol, gelegentlich auch Rauschdrogen, seltener Medikamente).

- Dass **seelische Störungen in der Vorgeschichte** eine spätere Traumatisierung (psychische Verwundung) noch folgenschwerer machen können, ist nachvollziehbar. Dies bezieht sich auf praktisch alle Reaktionsformen, also posttraumatische Belastungsstörungen, depressive und Angstzustände.

Bei einigen Untersuchungen, z. B. nach einer Feuersbrunst, ließ sich noch Jahre nach dem belastenden Ereignis nachweisen, dass die psychische Gesundheit vor der Gefährdung bedeutsamer ist als die Intensität des Katastrophen-Ereignisses. Oder mit anderen Worten: Selbst extreme Belastungen werden besser verkraftet, wenn der Betreffende zuvor über eine stabile psychische Gesundheit verfügte. Musste er allerdings schon früher mit entsprechenden seelischen, psychosomatischen und psychosozialen Beeinträchtigungen kämpfen, reichen schon leichtere Unannehmlichkeiten, und der Betreffende droht zu dekompensieren.

Seelische Störungen in der Vorgeschichte stellen für eine spätere Traumatisierung einen erheblichen Risikofaktor dar.

- Das Gleiche gilt für **frühere Konfrontationen mit traumatischen Lebensereignissen**: „Einmal verwundet, immer verwundbar“ bzw. „schon geringe Beeinträchtigungen lassen es seelisch wieder bluten ...“ (Zitate).

Auch ein dauerhaft hohes Belastungsniveau zum Zeitpunkt der Katastrophe hat ähnlich negative Auswirkungen. Hier geht es schlichtweg um die Summe oder noch besser die Potenzierung solcher Belastungsfaktoren. Die entscheidende Frage lautet: Sind dem Opfer ausreichend lange zwischengeschaltete Erholungsmöglichkeiten vergönnt oder nicht.

Dabei ist im übrigen noch zu bedenken, dass solche Erholungs-Pausen im Einzelfall viel mehr Zeit beanspruchen können, als sich die meisten vorstellen („eine seelische Wunde heilt viel langsamer als eine körperliche“).

Manchmal wird auch behauptet, frühere Belastungen könnten sogar ein sogenannter protektiver, also die innere Stabilität erhöhender Faktor sein (Theorie der Immunisierung gegen Belastungen). Doch die Mehrzahl der Forscher ist der Meinung, was im übrigen auch immer wieder durch die Realität bestätigt wird, dass mehrere Belastungen hintereinander eher ein sogenannter Vulnerabilitäts-Faktor sind (vom Lateinischen: vulnus = Verletzung, Wunde, Schaden, auch Verlust und Kränkung).

Oder kurz: Zuviel ist zuviel.

Risikofaktoren bei Kindern

Machen solche Katastrophen schon Erwachsenen zu schaffen, um wie viel mehr Kindern und Jugendlichen. Allerdings weiß man darüber noch wenig, auch wenn man sich gut vorstellen kann: je jünger, desto nachhaltiger die Langzeit-Konsequenzen. Entsprechende US-Untersuchungen, beispielsweise nach Hurrikans oder Großbränden, sprechen sowohl dafür als auch dagegen.

So glauben manche Wissenschaftler auf Grund ihrer Untersuchungen herausgefunden zu haben, dass die seelischen und psychosozialen Folgeschäden bei Kindern mit zunehmendem Alter wachsen, d.h. je älter, desto nachhaltiger die Konsequenzen (weil die Katastrophe in ihrem Ausmaß dann auch besser überschaut werden kann).

Außerdem gilt es eine zweite, schon für Erwachsene bekannte Belastungskomponente zu berücksichtigen, auch und wahrscheinlich vor allem im Kindesalter: Je mehr bestimmte seelische, psychosomatische, psychosoziale und körperliche Gesundheitsprobleme bereits vor dem Ereignis bestehen, desto nachhaltiger reagieren auch Kinder auf entsprechende Traumatisierungen.

Und Drittens: Je beeinträchtigt der Gesundheitszustand der Eltern vor der z. B. gemeinsam erlebten Katastrophe war, desto empfindlicher reagieren auch deren Kinder.

Es gibt aber auch Wissenschaftler bzw. deren Untersuchungs-Ergebnisse, die dies nicht bestätigen können, die sogar das Gegenteil behaupten: Nach deren Erkenntnissen neigten kleinere Kinder eher zu posttraumatischen Belastungsstörungen oder zumindest ähnlichen Reaktionen wie ältere.

Allerdings handelt es sich hier – wie erwähnt – um die Resultate einzelner Untersuchungen, und hier gilt es einfach die eingangs erwähnten Fehlerquellen in der Katastrophenforschung zu berücksichtigen, die naturgemäß zu ganz unterschiedlichen Erkenntnissen führen können (z. B. keine repräsentative Stichprobe möglich, Unterschiede nach Natur- oder technischen Katastrophen, Zeitpunkt der Untersuchung u.a.).

Nicht uninteressant ist auch die Hypothese, dass es vor allem die Reaktion der Mutter auf eine Katastrophe ist, die die seelischen und psychosozialen Folgen für das Kind entscheidend (mit-)bestimmen. Manche Wissenschaftler sind sogar der Meinung, die Reaktion der Mütter lasse Rückschlüsse auf die Heilungsaussichten der Kinder zu, die mit der gleichen Katastrophe konfrontiert waren.

Auf jeden Fall wird dadurch klar, dass in solchen Situationen die Erwachsenen eine besondere Verantwortung für die anwesenden Kinder tragen, wobei es natürlich nicht jedem gegeben ist, hier jene Ruhe und Gelassenheit zu zeigen, die für möglichst glimpflich abgelaufene Langzeitfolgen bei Kindern nötig wären.

Was grundsätzlich eine Rolle spielt, ist die Nähe zum Ereignis. Oder kurz: je dichter, desto heftiger die Reaktion. Auch dies sind wieder Untersuchungsergebnisse aus den USA, z. B. angesichts des todbringenden Angriffs eines Amokläufers auf einen Spielplatz. Oder im Rahmen eines Erdbebens, bei dem die Reaktionen umso nachhaltiger ausfielen, je näher die Opfer dem sogenannten Epizentrum des Erdbebens (über einem Erdbebenherd liegendes Gebiet) ausgesetzt waren.

Zusammenfassend wird zweierlei deutlich: Von entscheidender Bedeutung sind bei Kindern sowohl das Alter als auch die Eigenart und Intensität des Ereignisses. Zwei Erkenntnisse, die durchaus einleuchten.

Risikofaktoren während der Katastrophe

Zu den entscheidenden **Risikofaktoren während der Katastrophe** gehören zum einen die Exponiertheit (inwieweit bin ich dem Ereignis mehr oder weniger hilflos ausgeliefert), der Tod einer nahestehenden Person oder eines

engen Freundes, die körperliche Bedrohung sowie der subjektive Kontrollverlust. Im einzelnen:

Dass die Schwere der Gefährdung der wahrscheinlich wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung seelischer Folgen ist, leuchtet ein. Diese Belastung hängt wiederum ab von

- dem Schweregrad der Zerstörung, und zwar entweder unmittelbar selber vor Augen oder vorweg genommen, wie beispielsweise beim Unfall in einem Kernkraftwerk mit entsprechend befürchteten Konsequenzen,
- den Stress-Faktoren (Fachausdruck: Stressoren), denen man während der Evakuierung und/oder Umsiedlung ausgesetzt ist,
- dem plötzlichen Tod eines Menschen, dem man (sehr) nahe stand,
- einer schweren körperlichen Schädigung, der man selber ausgesetzt ist,
- dem sogenannten subjektiven Kontrollverlust („ich kann nichts dagegen tun“),
- der Vorhersehbarkeit und dem subjektiven Bedrohungsgefühl bzw. der Furcht vor ähnlichen Ereignissen in der Zukunft.

So zeigte sich beispielsweise bei einem Eisenbahnunglück in England, dass diejenigen Unfallopfer, die eingeschlossen waren, Zeugen beim Sterben von Mitpassagieren wurden oder der Meinung waren, sich in Todesgefahr befunden zu haben, länger und ausgeprägter im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung reagierten als andere Überlebende. Oder kurz: Je schwerwiegender die Exponiertheit, desto ausgeprägter die seelische Beeinträchtigung.

Der wahrscheinlich stärkste und nachhaltigste Belastungsfaktor ist der Tod von Angehörigen und Freunden. Hier ist es vor allem die Trauer, die den ohnehin zu ertragenden Katastrophenfolgen noch beigemischt wird. Vor allem nicht auf Hilferufe reagieren zu können ist ein Trauma eigener Art, mit dem viele Betroffene langfristig offenbar nur durch seelische Abstumpfung (Gefühlsverlust) fertig werden.

Risikofaktoren nach der Katastrophe

Risiko- oder besser Hilfsfaktoren nach der Katastrophe, also in der Erholungsphase, machen sich vor allem an der Frage der Unterstützung durch das Umfeld bzw. einer gezielten Intervention durch Fachleute fest.

Dabei müsste die schlichte Erkenntnis erst einmal bestätigt werden: je mehr Unterstützung, desto besser die seelische, psychosoziale und auch körper-

liche Regeneration. Seltsamerweise sind sich allerdings die Wissenschaftler auch hier nicht einig, insbesondere was Art, Zeitpunkt, Dauer und zusätzliche Aspekte der sozialen Unterstützung anbelangt. Vor allem scheinen auch die Art der Katastrophe und unterschiedliche demographische (bevölkerungstypische) Aspekte eine Rolle zu spielen.

Ein interessantes Beispiel ist dafür die katastrophale Ölverschmutzung durch einen Tanker in Alaska. Die Unterstützung durch die Familie war bei Amerikanern europäischer Abstammung durchaus hilfreich. Nicht jedoch bei der Urvölkerung von Alaska, für die die Auswirkungen der Ereignisse offensichtlich für totale Resignation und Depression sorgten, selbst wenn man sich gegenseitig zu trösten versuchte. Man kann sich bei diesen Menschen mit ihrer wahrscheinlich viel innigeren Bindung zur Natur denken warum.

Oder geschlechtsspezifisch: So gibt es Hinweise, dass die Unterstützung durch den Ehepartner die katastrophalen bedingten Folgen bei Männern verringerte, nicht jedoch umgekehrt bei Frauen, die von ihren Männern getröstet wurden. Ob das nun Einzel-Ergebnisse sind, die einer gesonderten Überprüfung bedürfen oder ob sich das eines Tages psychologisch für alle Betroffenen erklären lässt, muss die Zukunft zeigen. Ähnlich unterschiedliche Ergebnisse gibt es auch bei untersuchten Müttern, Kindern im Schulalter u.a.

Wenn ein Leiden zum anderen kommt

Ein besonderes Problem in psychiatrischer Hinsicht ist die sogenannte **Komorbidität**, also das gleichzeitige oder relativ rasch hintereinander folgende Auftreten mehrerer Störungen oder gar Krankheiten.

So kann beispielsweise eine posttraumatische Belastungsstörung durch eine Angstkrankheit, eine Depression, durch Suchtmittelmissbrauch und körpereigene Störungen (sogenannte Somatisierung) verstärkt, vor allem aber auch chronisch werden, d. h. dauerhaft peinigen. Nun ist es keine Frage, dass zwei oder mehr Leiden größere Probleme und insbesondere schlechtere Heilungsaussichten aufwerfen als eine einzige (die ebenfalls schon genügend Schwierigkeiten machen kann). Noch schwieriger aber wird es, wenn sich die einzelnen Symptome gegenseitig verstärken oder gar potenzieren (also um ein vielfaches belasten).

Das zieht dann auch entsprechende therapeutische Fragen nach sich. Beispiele: Soll man die Symptome (Krankheitszeichen) hintereinander oder gleichzeitig behandeln? Braucht es erst einmal eine psychotherapeutische Behandlung, also ausschließlich mit psychologischen Mitteln, oder kann die zusätzliche Verabreichung entsprechender Arzneimittel (Antidepressiva, Neuroleptika, Schlafmittel u.a.) einen rascheren und dauerhafteren Erfolg garantieren? Wie geht man bei Kindern vor (z. B. Medikamente, Einzel- oder Familienpsychotherapie)?

Die zunehmende Komorbidität ist ganz offensichtlich ein Problem unserer Zeit und Gesellschaft (oder sie wird erst jetzt als solche registriert, beforscht und adäquat diagnostiziert und behandelt). Im Falle einer Katastrophen-Belastung können die Folgen, insbesondere langfristig, noch dramatischer werden. Man wird sich also in Zukunft mit diesem Phänomen vermehrt beschäftigen müssen, und zwar nicht nur um das Leid Einzelner zu mildern, sondern auch um die wirtschaftlichen Einbußen in Grenzen zu halten, die gerade hier besonders große Verluste nach sich ziehen.

Gespräche lindern Langzeitfolgen

Wenn auch die Ergebnisse der Katastrophenforschung bisher in so manchen Studien eher verwirren als konkret weiterhelfen, was angesichts der unterschiedlichen Ausgangslage (Katastrophe/Opfer/Zeit/Auswirkung/sonstige Aspekte) eigentlich auch nicht verwundert, so bleibt doch eine Erkenntnis unverändert wichtig:

Gefordert sind Verständnis - Geduld – Zuwendung.

Im Grunde reduziert sich die „akute Krisenhilfe“ letztlich auf hilfsbereite Mitmenschen, die zuhören (können) und sowohl praktische als auch emotionale (gemütsmäßige) Unterstützung anbieten. Das sind offenbar die entscheidenden Aspekte einer umgehenden Linderung und später möglichst vollständigen seelischen, psychosozialen und körperlichen Erholung nach dem Katastrophen-Trauma.

Dies geht sowohl aus Folge-Untersuchungen an Opfern von Katastrophen als auch klinischen Studien an Patienten hervor, die durch andere Ursachen traumatisiert wurden. Und wenn man die Vielzahl theoretischer Überlegungen und Schlussfolgerungen (in einer meist nur Experten zugänglichen Fachsprache) auf einen allgemein verständlichen Punkt bringt, dann heißt das:

Vor allem wiederholte Gespräche über die traumatischen Erinnerungen und die damit verbundenen Gefühle können Furcht, depressive Verstimmungen, ängstliches Wiedererinnern, Schlafstörungen, Alpträume, Resignation, gemütsmäßige „Ertäubung“, geistige Einbußen, vegetative Entgleisungen (z. B. Schweißausbrüche) sowie entsprechendes Vermeidungsverhalten und damit Rückzug und Isolationsgefahr verringern.

Je größer die Unterstützung in der Krise, desto weniger Rest-Symptome (Fachausdruck: Residual-Syndrom), nicht zuletzt im Rückbildungsalter, wo ohnehin so manches im Guten wie im Schlechten erneut auftaucht – und verarbeitet werden muss.

Die Folgen von Evakuierung und Umsiedlung

Besonders nach entsprechenden Natur-, aber auch langfristig gefährlichen technischen Katastrophen (Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, in technischer Hinsicht vor allem Reaktorunfälle) ist eine notfallmäßige Evakuierung und später mittelfristige Umsiedlung nicht zu vermeiden. Konkret heißt dies, dass Mitbürger von heute plötzlich zu Flüchtlingen von Morgen werden können, in manchen Regionen dieser Erde zusammengepfercht und ohne angemessene sanitäre Einrichtungen und Ernährung, wenn nicht gar mit entsprechenden Sicherheitsmängeln.

Allein eine solche Internierung kann nicht ohne seelische und psychosoziale Folgen bleiben. Und wenn die Betroffenen noch aus „verseuchten Gebieten“ kommen, was nicht nur Radioaktivität, sondern auch infektiöse Krankheiten anbelangt, die in solchen Situationen rasch ausbrechen und sich vor allem ausbreiten können, dann kommt zur allgemeinen Not noch ein soziales Stigma hinzu, also eine Diskriminierung, die unter den gegebenen Umständen besonders weh tut.

Was dies für Folgen hat, insbesondere für eine posttraumatische Belastungsstörung mittel- bis langfristiger Art, wurde bisher noch nicht adäquat diskutiert, geschweige denn untersucht. Man kann sich aber denken, dass solche seelischen, psychosozialen und sogar körperlichen Konsequenzen die eigentlichen Katastrophen-Folgen noch um ein mehrfaches übersteigen. Und dass sich das Ganze zu einem langfristig unglücklichen Endzustand aufsummieren kann, der auch durch professionelle Hilfe kaum mehr in den Griff zu bekommen ist.

Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischen Katastrophen-Forschung

Früher war man der Ansicht, dass die seelischen und psychosozialen Auswirkungen von Natur- und technischen Katastrophen letztlich zu vernachlässigen, zumindest aber kurzlebig seien. Das hat sich als Irrtum herausgestellt, als grausamer Irrtum für zahlreiche Betroffene, die sich auf Grund dieser Fehleinschätzung der Wissenschaft und damit auch der Behörden zu allem Leid hin nicht ernst genommen, vielleicht sogar diskriminiert sahen.

Wenn heute gelegentlich darauf hingewiesen wird, dass man früher offensichtlich mehr auszuhalten und durchzustehen in der Lage, also der Mensch leidensfähiger und robuster war, dann muss man nach den inzwischen vorliegenden Erkenntnissen korrigieren:

Gelitten wurde früher wie heute gleich, nur weiß man inzwischen mehr darüber.

Dies liegt nicht zuletzt daran, dass eine neue wissenschaftliche Disziplin, nämlich die psychiatrische Katastrophenforschung ihre Arbeit aufnimmt und mit der Veröffentlichung ihrer Studien-Erkenntnisse die Folgen zumindest im Ansatz, vor allem zuerst einmal vom Verständnis her zu mildern vermag. Dass sich so manche Untersuchungs-Resultate widersprechen, hängt vor allem mit der unterschiedlichen Ausgangslage der Katastrophen zusammen. Dass aber – insbesondere was die Unterstützungsmaßnahmen anbelangt – letztlich immer die gleichen Hilfs-Empfehlungen herauskommen, ist schon einmal ein Fortschritt, vorausgesetzt, diese Erkenntnisse werden dann auch in die Tat umgesetzt.

Wo vor allem ein Wissens-Defizit besteht, das sind die mittel- und langfristigen Konsequenzen. Über die posttraumatische Belastungsreaktion, kurz nach dem Ereignis, wissen wir viel mehr als über das, was Monate oder Jahre danach noch immer nicht verarbeitet ist, vielleicht sogar verstärkt belastet – im ungünstigsten Fall das ganze Leben lang. Außerdem gilt es geschlechtsspezifische, alterstypische, sozio-ökonomische und nationale (damit auch mentale?) Unterschiede herauszufinden. Und dies wiederum nicht nur zu Beginn des Leidensweges, sondern auch im weiteren Verlauf dieser Folge-Störungen.

Zu den **wichtigsten Interventions-Strategien nach Katastrophen** gehören deshalb vor allem folgende Faktoren:

- Aufklärung der Öffentlichkeit,
- entsprechende Ausbildungsmaßnahmen in den Kommunen,
- Krisenberatung,
- ambulante Versorgung des Einzelnen und der Familie,
- Beratung zu Fragen der Rehabilitation und Rückfallverhütung,
- wirtschaftliche, finanzielle und versicherungsrechtliche Informationen.

Dabei geht es vor allem um einen Aspekt, der auch in anderen Krisen-Situationen immer wieder auftaucht, nämlich **Hilfe durch Selbsthilfe**. Die Katastrophopfer müssen langfristig ihre unmittelbaren (auch seelischen und psychosozialen) Bedürfnisse ohne fremde Unterstützung befriedigen können.

Für alle diese Aufgaben gibt es eine übergeordnete Institution, nämlich die *Division of Mental Health* der *World Health Organization*, die nicht nur Trainingsmaterialien, sondern auch professionelle Dienstleistungen zur Verfügung stellt. Außerdem wächst die Zahl nationaler und internationaler Organisationen, die nicht nur die sicher erst einmal wichtigeren körperlichen Gesundheitsprobleme, sondern später auch die seelischen und psychosozialen Folgen berücksichtigen. Eines scheint auf jeden Fall für alles zu gelten:

Schnell muss eine solche Intervention erfolgen, fachmännisch (angeleitet) und dabei doch einfach zu handhaben sein, die Selbsthilfe von vornherein unter-

stützend und die Erkenntnis respektierend, dass letztlich kein Mensch weiß, wie und vor allem wie lange er unter diesem Trauma zu leiden haben wird.

Also nicht nur Erkennen, sondern auch Anerkennen, was einem da widerfahren ist. Und dann auch entsprechende Hilfsangebote nutzen. Wer die Folgen nur verdrängt oder den Helden spielen will, kann sich mit bösen Überraschungen konfrontiert sehen.

Und was die Hilfe anbelangt, so muss sie auch verfügbar sein. Hier tun sich manche Regionen natürlich ungleich schwerer. Aber auch in den sogenannten zivilisatorischen Ländern sollte man sich keiner Illusion hingeben: Mag die technische Katastrophenhilfe inzwischen einen Perfektionsgrad erreicht haben, der sich kaum mehr steigern lässt. Die psychiatrische Katastrophenhilfe steckt noch in den Anfängen.

Dabei bräuchte es, wie wir gesehen haben, eigentlich wenig, um auch dieser (Not-) Situation wirkungsvoller zu begegnen. Erste Ansätze sind in Sicht.

Literatur

Die psychiatrische Katastrophenhilfe ist ein relativ junges Teilgebiet der Psychiatrie. Die Fachliteratur kommt überwiegend aus den USA und ist meist englischsprachig. Doch auch in Deutschland entwickelt sich langsam eine „Psychiatrie spezieller Lebenssituationen“, in der man sich speziell mit seelischer Katastrophenhilfe zu beschäftigen beginnt.

Grundlage vorliegender Ausführungen ist

E. J. Bromet: Psychiatrische Probleme infolge von Naturkatastrophen und von Menschen ausgelösten Katastrophen. In: H. Helmchen und Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart. Band 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Eine interessante Aufzählung entsprechender Tragödien findet sich in

Josef Nussbaumer: Tragödien. Katastrophen in Industrie, Verkehr und Zivilleben. Teil I: Ausgewählte Beispiele. Teil II: Chroniken. Sandkorn-Science, Buchverlag Franz Steinmaßl, Grünbach/Österreich 1999

Josef Nussbaumer: Die Gewalt der Natur. Eine Chronik der Naturkatastrophen von 1500 bis heute. Sandkorn-Science. Buchverlag Franz Steinmaßl, Grünbach/Österreich 1998