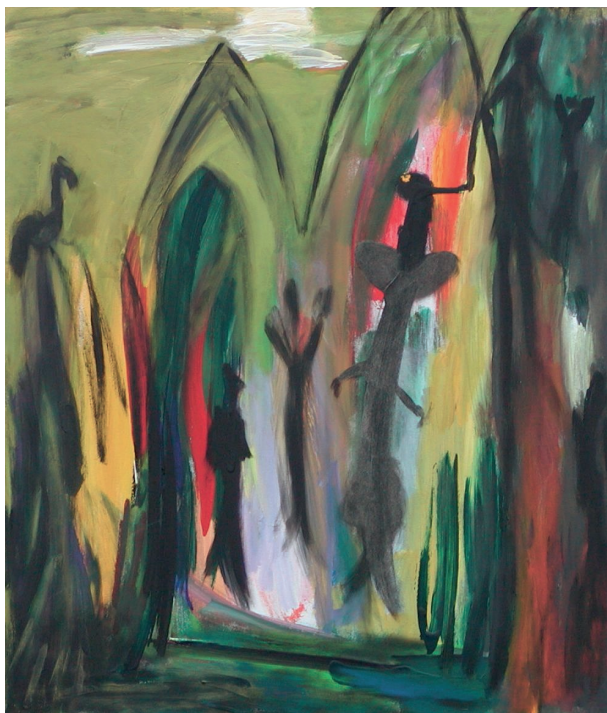


Anita Riecher-Rössler, Pascal Berger,
Ali Tarik Yilmaz, Rolf-Dieter Stieglitz (Hrsg.)

Psychiatrisch- psychotherapeutische Krisenintervention



Hogrefe

Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention

Psychiatrisch- psychotherapeutische Krisenintervention

Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete

herausgegeben von

Anita Riecher-Rössler, Pascal Berger,
Ali Tarik Yilmaz und Rolf-Dieter Stieglitz

unter Mitarbeit von Claudia Kunz



Hogrefe

Göttingen • Bern • Toronto • Seattle • Oxford • Prag

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler, geb. 1954. Seit 1998 Chefarztin der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Basel und Ordinaria für Psychiatrie an der Universität Basel.

Dr. med. Pascal Berger, geb. 1964. Seit 2000 Oberarzt an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel.

Prof. Dr. med. Ali Tarik Yilmaz, geb. 1963. Seit 2001 Chefarzt der psychiatrischen Abteilung, Medizinische Fakultät der Universität Kadir Has, Istanbul.

Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz, geb. 1952. Seit 2000 Leitender Psychologe an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel und Extraordinarius für Klinische Psychologie an der Universität Basel.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2004 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle • Oxford • Prag
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagabbildung: Jochen Dauster, Bensheim

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar

Gesamtherstellung: Druckerei Kaestner GmbH & Co. KG, 37124 Göttingen/Rosdorf

Printed in Germany

Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1649-X

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	9
Einführung	11
Teil I: Allgemeine Grundlagen der Krisenintervention	
1 Definition der Krise und Krisenassessment	
<i>Pascal Berger & Anita Riecher-Rössler</i>	19
2 Grundlagen der effektiven Krisenintervention in der Psychiatrie	
<i>Pascal Berger & Anita Riecher-Rössler</i>	31
3 Differenzielle Indikationsstellungen im Prozess der Krisenintervention	
<i>Walter Gekle & Wolfgang Tschacher</i>	47
4 Stationäre Krisenintervention – das Basler Modell am Allgemeinspital	
<i>Anita Riecher-Rössler, Pascal Berger, Frank Wernicke & Rolf-Dieter Stieglitz</i>	58
5 Interdisziplinäre Behandlung in der stationären Krisenintervention	
<i>Kathrin Wolf, Erika Bödecker, Trudy Celenk & Pascal Berger</i>	69
6 Krisenintervention bei Suizidalität	
<i>Thomas Bronisch</i>	80
7 Kultursensitive Krisenintervention	
<i>Ali Tarik Yilmaz</i>	91
8 Ambulante psychiatrische Notfall- und Krisenintervention	
<i>Manuel Rupp</i>	100
9 Pharmakotherapie in psychischen Krisen	
<i>Christoph Lauber, Pascal Berger & Anita Riecher-Rössler</i>	117

10 Forensische Aspekte der Krisenintervention	
<i>Anneliese Ermer & Volker Dittmann</i>	131
11 Telefonische Krisenintervention	
<i>Patricia Winter</i>	140
Teil II: Psychotherapie in der Krisenintervention	
12 Psychodynamische Aspekte der Krisenintervention	
<i>Henning Schauenburg</i>	153
13 Ökologische Psychotherapie in der Krisenintervention	
<i>Eduard Günther & Jürg Willi</i>	165
14 Kognitiv-behaviorale Ansätze in der Krisenintervention	
<i>Jörg Angenendt, Elisabeth Nyberg & Rolf-Dieter Stieglitz</i>	175
15 Systemische Aspekte in der Krisenintervention	
<i>Christoph Lauber & Wulf Rössler</i>	189
Teil III: Kriseninterventionsstrategien bei ausgewählten psychischen Erkrankungen	
16 Krisenintervention bei dissoziativen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen	
<i>Harald J. Freyberger & Carsten Spitzer</i>	201
17 Kriseninterventionsstrategien bei psychotischen Störungen	
<i>Roland Vauth</i>	211
18 Krisenintervention bei Suchterkrankungen	
<i>Rudolf Stohler</i>	227
Teil IV: Spezifische Themenbereiche in der Krisenintervention	
19 Frühintervention nach individuellen oder kollektiven Traumata	
<i>Stefan Vetter</i>	235

20 Krisenintervention nach Unfällen	
<i>Elisabeth Nyberg, Jörg Angenendt & Rolf-Dieter Stieglitz</i>	248
21 Krisenintervention bei häuslicher und sexueller Gewalt	
<i>Sabine Brunner</i>	264
22 Krisenintervention bei Frauen	
<i>Maria Hofecker Fallahpour</i>	274
23 Krisenintervention im psychiatrischen Konsiliardienst	
<i>Rolf Saupe & Pascal Berger</i>	285
24 Kriseninterventionen in der Onkologie	
<i>Barbara Stein, Kurt Fritzsche & Nicola Kochinki</i>	300
25 Krisenbewältigung in der Seelsorge	
<i>Walter Meier</i>	312
Teil V: Kriseninterventionsaspekte in verschiedenen Lebenszyklen	
26 Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter	
<i>Dieter Bürgin</i>	329
27 Krisenintervention bei älteren Menschen	
<i>Eva Krebs-Roubicek</i>	340
Die Autorinnen und Autoren des Bandes	351
Sachwortregister	355

Geleitwort

Die wissenschaftlichen Kenntnisse, die Technik und die sozioökonomischen Verhältnisse wandeln sich seit einigen Jahren in ungeheurer Geschwindigkeit. Es ist daher nicht erstaunlich, dass die Menschen im Allgemeinen und insbesondere jene mit erhöhter psychischer Vulnerabilität die heutzutage stets notwendigen Anpassungsleistungen oft nicht mehr zu erbringen vermögen und in eine Lebenskrise hineingeraten. Die moderne Psychiatrie muss sich deshalb, wie aus den Beiträgen der namhaften Autoren dieses Buches hervorgeht, notwendigerweise mit den vielfältigen Aspekten der durch das engere psychosoziale Umfeld und das Aufeinanderstoßen von Menschen unterschiedlicher Kulturen bedingten oder ausgelösten Krisen auseinandersetzen. Auch haben sich in den letzten Jahren mit der ständigen Erweiterung des Wissensspektrums und der an Differenzierung stetig zunehmenden globalen Kommunikationsmöglichkeiten die Anforderungen an jeden Menschen in unvorhergesehenem Maße gesteigert. Die damit verbundenen psychischen Krisen bedürfen oft akut der psychiatrisch-psychotherapeutischen Intervention. Diese kann und muss nicht notwendigerweise in psychiatrischen Kliniken und/oder durch Psychiaterinnen und Psychiater allein geleistet werden. Es ist ein Team einzusetzen, an dem Vertreter der verschiedenen, auf den Menschen ausgerichteten Berufe beteiligt sind.

Bereits im Jahre 1921 hat die aus politischen Parteien zusammengesetzte Kuratel der Universität Basel den Antrag gestellt, in der Stadt ein von der an der Peripherie der Stadt befindlichen Psychiatrischen Universitätsklinik unabhängiges Ambulatorium, eine Psychiatrische Universitätspoliklinik, zu schaffen, die allen von psychischen Nöten Ergriffenen zur Verfügung stehen sollte. Zwei Jahre später erfolgte deren Gründung. Die jahrelange Forderung nach einer der Poliklinik angegliederten psychiatrischen Kriseninterventionsstation konnte zu Beginn des Jahres 1991 am Basler Kantons- und Universitätsspital verwirklicht werden, nachdem 1977 bereits die Psychiatrische Poliklinik von einem kleinen Haus in der Stadtmitte dorthin umgezogen war. Die stationäre Krisenintervention in einem Allgemeinspital ermöglicht es, Patienten, die sonst Vorurteile den traditionellen psychiatrischen Kliniken entgegenbringen, unauffällig für einige Tage von einem multidisziplinären Team aus Psychiatern, Psychologen, Pflegepersonen, Sozialarbeitern, mit dem möglichen Zuzug von Spezialisten anderer medizinischer Disziplinen, fachliche und menschliche Hilfe zu leisten.

Das Basler Modell einer in die übrige Medizin integrierten stationären psychiatrischen Krisenintervention hat sich nun bereits über ein Jahrzehnt lang in der Alltagspraxis bewährt. Es ist mit der Eingliederung einer solchen Station in ein Allgemein- und/oder Universitätsspital der Vorteil verbunden, dass Menschen in Lebenskrisen nicht in das Sonderdasein mancher psychiatrischer Spitäler hineingeraten, sondern inmitten der übrigen, stationär zu betreuenden medizinischen Patienten behandelt werden. Die betroffenen Menschen werden sich daher durch ihr akutes Leid und Leiden nicht aus der menschlichen Gemeinsamkeit und Gemeinschaft ausgeschlossen fühlen.

Die im vorliegenden Band vereinigten Artikel geben einen vielseitigen erkenntnistheoretischen wie auch auf die Praxis ausgerichteten Einblick in das Problem der psychischen Krisen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisenintervention. Es wird damit in diesem leicht lesbaren und anregenden Buch Psychiatern und Psychotherapeuten anderer Fachrichtungen, Vertretern der Sozialberufe und interessierten Laien ein lehrreicher Zugang zu den biologischen, psychodynamischen und soziokulturellen Determinanten der Krisenentstehung und den Grundlagen zur wirksamen Behandlung und Bewältigung der Folgen schwerer psychischer Traumatisierungen und Erschütterungen vermittelt.

Basel, Frühjahr 2004

Raymond Battagay

Einführung

Der Begriff der Krise wird in unserer Gesellschaft zum Teil fast inflationär gebraucht. Auch in der Psychiatrie und Psychotherapie hat der Begriff der Krise eine zunehmende Ausweitung erfahren. Beschrieb er ursprünglich vor allem psychische Ausnahmezustände, die bei zuvor unauffälligen Menschen durch psychosoziale Belastungen hervorgerufen werden, wird er heute oft auch bei (drohender) Entwicklung schwerer psychischer Störungen, wie etwa einer Psychose, verwandt (Joy et al., 2001).

Trotzdem sollte versucht werden zu unterscheiden zwischen Krise mit klarem Auslöser und unspezifischer Symptomatik einerseits und drohendem Beginn oder Rezidiv einer psychiatrischen Erkrankung mit spezifischer Symptomatik nach vergleichsweise geringfügiger Belastung andererseits. Krisen treten bei Menschen mit vorbestehender psychischer Vulnerabilität besonders leicht und häufig auf, sie müssen aber nicht notwendigerweise zu einem Rezidiv der psychiatrischen Erkrankung führen.

Was ist eine Krise?

Unter einer Krise versteht man den Verlust des seelischen Gleichgewichts infolge akuter Überforderung eines gewohnten Verhaltens-/Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Ereignisse. Zur Krise kommt es also, wenn ein Mensch mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann. Krisenauslöser können akute Belastungen – etwa am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft – oder plötzliche, unvorhergesehene Schicksalsschläge wie Krankheit, Tod eines Nahestehenden, Trennung, Kündigung etc. sein. Aber auch Lebensveränderungen wie Verlassen des Elternhauses, Geburt eines Kindes oder Pensionierung können seelische Krisen hervorrufen. Häufig geht es dabei um Verluste oder Kränkungen, auch Verluste im weiteren Sinne, etwa Verluste des Selbstwertgefühls oder der Autonomie. Auch massive Traumen durch Gewalt, Missbrauch, politische Verfolgung oder Folter können Anlass einer schweren Krise sein.

Wer wird betroffen?

Jeder kann in eine seelische Krise geraten. Gerade heute, in einer Zeit gravierender wirtschaftlicher Veränderungen, in der der Leistungsdruck in den Betrieben immer größer, Kündigungen immer häufiger und Ängste immer stärker werden, in der die psychische und soziale Not auf Grund der zunehmenden sozialen Isolierung häufig nicht mehr durch die Familie oder Freunde aufgefangen wird, und nicht zuletzt in einer Zeit des allgemeinen Wertewandels und einer damit verbundenen Werteunsicherheit kommt es immer wieder zu schweren Krisen, die das Individuum alleine nicht mehr bewältigen kann.

Entscheidend ist dabei, dass die Belastungsfaktoren/Stressoren (ob schweres Trauma oder vergleichsweise geringfügige Belastung, ob akute Belastung oder anhaltende Lebensveränderung) die aktuell gegebenen Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums, seine inneren und äußeren Ressourcen, übersteigen. Besonders leicht treten Krisen bei psychisch vulnerablen Menschen auf. Bei ihnen kann es unter fast alltäglichen Belastungen nicht nur zu einer unspezifischen „Krise“, sondern in der Folge auch zu einer psychischen Erkrankung beziehungsweise dem Wiederauftreten einer Erkrankung kommen. Aber auch sozial benachteiligte oder stigmatisierte Randgruppen unserer Gesellschaft (z. B. Migranten) sind häufig von Krisen betroffen, da sie stärkeren Belastungen ausgesetzt sind und oft nicht über geeignete Ressourcen und Bewältigungsstrategien verfügen. Oft treten Krisen aber auch bei zuvor recht stabilen Individuen und ohne größere erkennbare Belastung auf. Der bedrohliche Charakter des Krisenauslösers ist in solchen Fällen oft nur aus der individuellen Vorgeschichte des jeweiligen Menschen und seiner Persönlichkeit verständlich.

Wie äußern sich Krisen? Was sind ihre Gefahren?

In einer Krise ist der Mensch in einem emotionalen Ausnahmezustand. Er leidet an innerer Anspannung, Unruhe, Nervosität. Häufig besteht eine starke Verunsicherung mit Rat- und Hilflosigkeit sowie Angstgefühlen, die sich bis zu panikartigen Zuständen steigern können. Meist imponiert eine schwere depressive Verstimmung mit Erschöpfungsgefühlen, oft verbunden mit Suizidgedanken oder (prä)suizidalen Handlungen. Häufig kommt es zu Schlafstörungen und körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schwindel, Atembeschwerden. Die Krise kann sich jedoch auch in Wut, Aggressivität, inadäquatem Verhalten, Verwirrtheitszuständen, Derealisations- und Depersonalisationserleben, unter Umständen sogar präpsychotischen Symptomen äußern.

Wenn das Individuum keine rasche Hilfe erhält, besteht akut die Gefahr der Zuspitzung mit Selbstverletzung bis hin zu Suizid oder auch fremdgefährdendem Verhalten. Schließlich kann die Symptomatik auch chronifizieren. Soziale Bezüge können verloren gehen – Partnerschaft und Beziehungen, Ausbildungs- oder Arbeitsplatz und vieles mehr.

Was ist Krisenintervention?

Das chinesische Schriftzeichen für Krise ist aus den Zeichen für „Gefahr“ und „Chance“ zusammengesetzt. Entsprechend bedeutet Hilfe in Krisen zum einen, die Gefahr zu bannen, zum anderen aber auch, das sich aus der Krise entwickelnde Potenzial an Chancen mit dem Patienten gemeinsam zu erkennen und zu nutzen. Dabei sind bestimmte Prinzipien den meisten Kriseninterventionsansätzen gemeinsam:

- der niederschwellige Zugang,
- der rasche Beginn und die möglichst wertfreie, flexible Durchführung der Intervention,
- die Konzentration auf die aktuelle Problemlage beziehungsweise den Krisenauslöser,
- die zeitliche Begrenztheit und
- die aktive Haltung des Therapeuten/der Therapeutin beziehungsweise des therapeutischen Teams

(vgl. z. B. Simmich & Reimer, 1998; James & Gilliland, 2001; Myer, 2001; Greenstone & Leviton, 2002).

Kasten 1: Krisenintervention – 8 Schritte

- Kontakt aufbauen
- Emotional entlasten
- Krise analysieren („Assessment“) (Auslöser, Hintergrund)
- Krisenfokus gemeinsam definieren
- Ressourcen analysieren (inkl. bisherige Bewältigungsstrategien und soziales Netz)
- Ziel(e) gemeinsam definieren
- Probleme bearbeiten (bewährte Lösungsstrategien reaktivieren; evtl. neue Lösungen suchen; soziales Netz aktivieren, Hilfe einschalten)
- Nachsorge einleiten (ggf. Psychotherapie, sozialpsychiatrische Betreuung etc.)

Im Allgemeinen wird schrittweise vorgegangen (vgl. Kasten 1), wobei die einzelnen Schritte selbstverständlich nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden können. Wichtig ist zunächst eine behutsame, vertrauensbildende Kontaktaufnahme in einem geschützten Rahmen. Dabei ist unbedingt die Sicherheit des Patienten wie auch aller anderen Beteiligten zu gewährleisten. In einem nächsten Schritt sollte es durch verständnisvolles Zuhören vor allem um die emotionale Entlastung für den Betroffenen gehen. Dies wirkt im Allgemeinen schon sehr hilfreich (James & Gilliland, 2001). Um dieses Ziel zu erreichen, sind auf Seiten des Therapeuten Empathie, Echtheit und Akzeptanz des Patienten notwendig.

Sodann werden gemeinsam mit dem Patienten Auslöser und Hintergrund der Krise genauer analysiert. Obwohl in der Krise vergleichsweise wenig Zeit bleibt, kommt einem guten „Krisenassessment“ eine große Bedeutung zu (Myer, 2001), denn nur auf der Basis einer soliden Einschätzung der Ursachen, Einflussfaktoren, Art und Schwere der Krise, aber auch der äußeren und inneren Ressourcen des Patienten inklusive seiner Bewältigungsstrategien können effiziente Interventionen erfolgen. Neben der Erhebung des aktuellen psychopathologischen Befundes des Patienten sollte eine differenzierte Erfassung der emotionalen, kognitiven und Verhaltensebene erfolgen. Dabei ist dem Patienten gerade beim Beschreiben der Emotionen oft Hilfestellung zu leisten, denn viele Patienten sind entweder in einem solchen Ausnahmezustand, dass sie ihre Gefühle gar nicht mehr differenziert wahrnehmen und beschreiben können, oder sie haben dies nie richtig gelernt. Insbesondere wenn die Reaktion des Patienten aus dem Ausmaß der Belastung nicht unmittelbar verständlich scheint, ist auf psychodynamische Zusammenhänge zwischen äußerem Krisenauslöser und innerem Konflikt des Patienten zu achten. Auch sind dysfunktionale Kognitionen genau zu analysieren, nicht nur in der Auslösung, sondern auch in der Aufrechterhaltung der Krise.

Dabei ist zu betonen, dass Krisenintervention methodenflexibel und schulenübergreifend sein sollte, orientiert am jeweiligen Patienten und an der jeweiligen Situation. Sie stellt von daher große Anforderungen an das psychotherapeutische Können, zumal die differenzielle Analyse der Krise und die differenzielle Indikation für einzelne psychotherapeutische Interventionen rasch zu erfolgen hat. Häufig sind auch sequenziell unterschiedliche psychotherapeutische Methoden einzusetzen. Ein Krisentherapeut sollte deshalb idealerweise zumindest über Basiskonntnisse der psychodynamischen, der kognitiv-verhaltenstherapeutischen, der systemischen und der interpersonellen Psychotherapieformen verfügen.

Ziel sollte immer sein, mit dem Patienten ein *gemeinsames* Krisenverständnis zu erarbeiten und darauf aufbauend Strategien zur besseren Bewältigung. Häufig ist es notwendig, nahe Bezugspersonen des Patienten und sozialarbeiterische Unterstützung unmittelbar einzubeziehen. Am Ende der Krisenintervention schließlich stehen nicht nur die gemeinsame Bilanz und der Abschied, sondern auch die Frage der Notwendigkeit und gegebenenfalls Art der Nachsorge. Eine weiterführende Psychotherapie kann erforderlich sein wie auch eine weitere (sozial-)psychiatrische Nachbetreuung.

Was ist „differenzielle Krisenintervention“?

Am Anfang der Intervention stehen die *Diagnostik und Differenzialdiagnostik* – dies sollte nicht nur für (psychische) Erkrankungen gelten, sondern auch für Krisen. Denn nur auf der Basis einer differenziellen Krisenbeurteilung kann auch eine differenzierte Intervention erfolgen.

Begegnen wir einem Menschen in einer Krise, so sollten wir also klären, ob es sich um eine ausschließlich psychosozial verursachte Krise handelt oder ob auch eine psychiatrische oder medizinische Erkrankung oder Gefährdung besteht. Eine entsprechende Behandlung sollte eingeleitet werden und hat manchmal – zum Beispiel bei vitaler Bedrohung – Vorrang vor den psychosozialen Interventionen. Aber auch die psychosozialen Interventionen selbst sollten auf einer differenzierten Diagnose der Problematik, einem genauen „Krisenassessment“, basieren (Myer, 2001).

In der akuten Krisenintervention sollte auf die Hauptproblematik fokussiert werden. Hierfür können sowohl sozialarbeiterische Hilfen als auch die verschiedensten psychotherapeutischen Techniken eingesetzt werden. Je nach im Vordergrund stehender Problematik, Vorgeschichte und Ressourcen des Patienten können eher kognitiv-verhaltenstherapeutische, psychodynamisch orientierte oder auch systemische Interventionen indiziert sein (vgl. Simmich & Reimer, 1998). Spezifische Lebenssituationen, Geschlecht, Alter und kultureller Hintergrund des Patienten sind ebenso zu berücksichtigen wie eine gleichzeitige körperliche Erkrankung (z. B. Malignom) oder der spezifische Auslöser der Krise (z. B. Lebensveränderung, akute Belastung oder Trauma). Schließlich spielt auch das Setting der Krisenintervention eine wichtige Rolle (z. B. ambulant, Kriseninterventionszentrum, stationär-psychiatrisch oder konsiliarisch im Allgemeinspital).

All diesen und den anderen oben genannten Aspekten der Krisenintervention widmet sich das vorliegende Buch. Denn eine differenzierte Krisenintervention auf der Basis einer differenzierten Krisendiagnostik kann entscheidend dazu beitragen, dass aus einer Krise wirklich eine Chance wird.

Basel, Juni 2004

Anita Riecher-Rössler, Pascal Berger, Rolf-Dieter Stieglitz

Literatur

- Greenstone, J. L. & Leviton, S. C. (2002). *Elements of crisis intervention – crisis and how to respond to them* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- James, R. K. & Gilliland, B. E. (2001). *Crisis intervention strategies* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

-
- Joy, C. B., Adams, C. E. & Rice, K. (2001). *Crisis intervention for people with severe mental illness* (Cochrane Review). The Cochrane Library 3.
- Myer, R. (2001). *Assessment for crisis intervention – a triage assessment model*. Wadsworth: Brooks/Cole.
- Simmich, T. & Reimer, C. (1998). Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention – Literaturüberblick unter besonderer Berücksichtigung der letzten 10 Jahre. *Psychotherapeut*, 43, 143–156.

Teil I:
Allgemeine Grundlagen der Krisenintervention

1 Definition der Krise und Krisenassessment

Pascal Berger & Anita Riecher-Rössler

1 Einleitung

Der Begriff „Krise“ und „Krisenintervention“ hat in den letzten Jahren eine regelrechte Expansion erlebt, was unter anderem durch eine große Anzahl von Publikationen eindrücklich dokumentiert wird. Auch außerhalb des eigentlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereichs wird der Begriff der Krise immer breiter angewendet, wie im Bereich der Wirtschaft, der Politik und des Sports.

Gleichzeitig ist eine stetige Zunahme an Angeboten für Menschen in Krisen zu verzeichnen, wobei sich manche „Krisenhelfer“ leider ohne grundlegende Ausbildung in der Krisenintervention versuchen. Dieses Defizit kann alleine durch persönliche Erfahrung und übermäßiges Engagement auf der Beziehungsebene nicht kompensiert werden. Der Umgang mit Menschen in Krisen erfordert das Erlernen von spezifischen, auf die Krisenintervention fokussierten Elementen (Hendricks & McKean, 1995). Durch falsche Einschätzung der akuten Situation und durch Fehlinterventionen kann es zu schweren Komplikationen kommen. Menschen in Krisen sind wegen der Akuität des Zustandes sowie der großen emotionalen Anspannung, die eine Krise bedingt, gegenüber unprofessionell Agierenden ausgeliefert und sehr verletzlich.

Das folgende Kapitel soll die allgemeinen Grundlagen der Krise und des Krisenassessments vermitteln.

2 Krise

2.1 Definition

Sehr viele Autoren haben sich in den letzten 30 Jahren dem Thema Krise und Krisenintervention gewidmet und versucht, diese zu definieren. Folgende Punkte sind den meisten Definitionen gemeinsam:

- die Krise steht in Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder aber mit einer Veränderung der Lebensumstände,
- es handelt sich um einen akuten Zustand,
- dieser wird vom Betroffenen als bedrohlich und überwältigend wahrgenommen und
- überfordert momentan seine Bewältigungsmöglichkeiten.

Aus den verschiedenen Krisen-Definitionen möchten wir zwei hervorheben, welche die beschriebenen vier Punkte enthalten.

Caplan (1964) und Cullberg (1978) definieren Krise als *„den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“*.

James und Gilliland (2001) definieren Krise zusammenfassend als „*ein Ereignis oder eine Situation, die als untragbare Schwierigkeit wahrgenommen wird und welche die für die betroffene Person vorhandenen oder im Moment zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien überfordert*“.

Merke

Der Krisenbegriff steht nicht auf der Basis der traditionellen psychiatrischen Diagnostik und stellt auch keine eigene Krankheitseinheit dar. Eine Krise ist auch keine „Restkategorie“, um klinische Bilder zu beschreiben, welche nicht die Kriterien für eine andere, spezifische Störung, wie z. B. eine Depression, erfüllen. Eine Krise und die mit ihr verbundene emotionale Reaktion ist ein emotionaler Ausnahmezustand, den prinzipiell jeder entwickeln kann.

Krisenanlass

Art und Ausmaß des Ereignisses bzw. der Veränderung sind allein nicht entscheidend dafür, ob und wie sich eine Krise manifestiert. „Banale“ Umstände, die in früheren Zeiten ohne Probleme bewältigt wurden, können unter gegebenen Voraussetzungen beim Betroffenen eine schwere Krise auslösen. Dem gegenüber können auch schwer traumatisierende Ereignisse ohne diese Komplikation überwunden werden. Nicht immer kann ein krisenspezifisches Ereignis definiert werden. Es kann vorkommen, dass mehrere gleichzeitige Belastungen nur in ihrer Summe zum Krisenauslöser werden. Auslöser einer Lebensveränderungs- oder Entwicklungskrise ist die Veränderung des Individuums selbst oder seiner Lebenssituation.

Akuter Zustand

Eine Krise ist immer ein akutes Ereignis unabhängig davon, ob sie sich auf Grund eines traumatischen Erlebnisses oder in Zusammenhang mit einer längerdauernden Belastung entwickelt hat. Für die Akuität des Zustandes ist nicht nur der Krisenanlass entscheidend. Zum Beispiel kann ein längerer maladaptiver Verlauf plötzlich zur Krise führen. Dabei erlebt sich der Betroffene in dem Moment akut in der Krise, in dem die Strategien, die ihm ermöglicht haben zu „funktionieren“, erschöpft sind.

Merke

Die Akuität hängt nicht nur vom auslösenden Ereignis ab. Häufig steht sie in Zusammenhang mit der kognitiven Bewertung der Situation und mit einem den Patienten plötzlich überwältigenden Ohnmachtsgefühl.

Gefühl der Bedrohung und der Ohnmacht

Die vom Betroffenen empfundene Wahrnehmung von überwältigender Bedrohung, Ohnmacht und Hilflosigkeit ist ein zentrales Symptom jeder emotionalen Krise. Mit ihr verbunden sind oft starke negative Gefühle wie Wut oder Trauer.

Die kognitive Einschätzung des Ereignisses spielt für die Entwicklung dieser Gefühle eine entscheidende Rolle. Sie hat vielfach schwer dysfunktionale Anteile. Eine erfolgreiche Krisenintervention schließt deshalb die Bearbeitung dieser kognitiven Interpretationen mit ein.

Merke

Es geht nicht darum, die für den Therapeuten entscheidenden Faktoren zu definieren, sondern es geht darum, wie der Patient seine Krise erlebt und ihre Ursachen einschätzt.

Häufiger Fehler

Als Therapeut zu schnell eine eigene Interpretation oder Deutung der Krise zu geben.

Bewältigungsstrategien und Ressourcen

Ressourcen umfassen den psychischen Bereich (z. B. Persönlichkeitsstruktur, Werte, Überzeugungen, Bewältigungsvermögen), körperliche Eigenschaften (z. B. Gesundheit, Aussehen, Kraft, Ausdauer) und Lebensumstände (z. B. zwischenmenschliche Beziehungen und finanzielle Möglichkeiten) des Individuums.

Durch die akute Belastung und die damit verbundenen starken negativen Gefühle werden aus dem Gedächtnis überwiegend emotional negative Inhalte abgerufen (Grawe, 1999). Die vorhandenen Ressourcen treten durch die starke Aktivierung der Problemebene zunehmend in den Hintergrund und sind häufig kaum mehr mobilisierbar. Damit kann sich in einer Art Circulus vitiosus das Ungleichgewicht zwischen negativem und positivem Erleben weiter hin zum Negativen verstärken.

Anhand der Ressourcen lassen sich verschiedene Formen der Krise differenzieren:

- Menschen mit guten Ressourcen, die durch ein außerordentliches, traumatisches Ereignis oder durch das gleichzeitige Einwirken mehrerer belastender Umstände eine emotionale Krise erleben.
- Zum andern Menschen mit wenig oder schwachen Ressourcen (z. B. schlechte soziale Integration, abhängige Persönlichkeitsstruktur) oder aktuell schlecht mobilisierbaren Ressourcen (z. B. in Entwicklungsübergängen), bei denen oft schon „kleine“ Belastungen genügen, um die Schwelle zur Entwicklung einer Krise zu überschreiten.

Ressourcen haben bei der Krisenbewältigung eine sehr wichtige Funktion:

- Sind gute Ressourcen vorhanden, genügen oft schon wenige therapeutische Maßnahmen, diese zu reaktivieren.
- Bei fehlenden oder nur sehr schwer mobilisierbaren Ressourcen bleibt der Betroffene ohne professionelle Hilfe vielfach sehr lange in dem emotionalen Spannungszustand der Krise. Dadurch steigt das Risiko einer Chronifizierung der Krise oder der Entwicklung einer psychischen Störung, wie Depression, Somatisierungsstörung oder Suchtmittelabhängigkeit (Versuch der Selbstmedikation).

Merke

Ressourcen sind sowohl für die Entstehung, wie auch für den Verlauf und die Therapie einer Krise von großer Bedeutung.

Die anfänglich entwickelten Krisentheorien und Interventionsmodelle beziehen sich hauptsächlich auf die oben beschriebenen Formen bei sog. psychisch gesunden Menschen (Joy, Adams & Rice, 2001).

Querido (1968) stellte ein erstes *sozialpsychiatrisch ausgerichtetes Modell* zur Behandlung psychiatrischer Krisen im häuslichen Umfeld vor. Ziel dieses Modells und weiterer, die folgten, war die Verhinderung der Exazerbation einer chronisch rezidivierenden psychiatrischen Erkrankung und einer psychiatrischen Hospitalisation.

Menschen mit einer vorbestehenden psychischen Erkrankung haben neben einer erhöhten psychischen Vulnerabilität häufig auch wenige und fragile Ressourcen sowie reduzierte Bewältigungsstrategien (Weisman, 1989). Das frühzeitige Erkennen einer emotionalen Krise und die frühe Intervention ist hier also besonders wichtig. In solchen Situationen ist es wichtig, sowohl kriseninterventionsspezifische Strategien, wie auch störungsspezifische psychiatrische Ansätze (medikamentöse, psychotherapeutische oder sozialpsychiatrische) parallel anzuwenden. Kriseninterventionstherapeuten sollten deshalb mindestens über psychiatrische Grundkenntnisse verfügen. Krisen bei psychiatrischer Grunderkrankung sollten erkannt und gegebenenfalls fachärztlicher Behandlung zugewiesen werden.

2.2 Krisentypen

In der Krisenintervention hat sich die Differenzierung zwischen Lebensveränderungs- oder Entwicklungskrise einerseits und traumatischer Krise andererseits durchgesetzt.

James und Gilliland (2001) benutzen in Anlehnung an Brammer (1995) auch die Begriffe existenzielle und umweltbedingte Krise. Das Konzept der existenziellen Krise ähnelt dabei stark dem der Lebensveränderungskrise. Im Zentrum steht die Reflexion des Lebensentwurfs.

Die *umweltbedingte Krise* steht in Zusammenhang mit einer naturgebundenen Katastrophe. Krisen können demnach auch Gruppen von Menschen oder ganze Bevölkerungen betreffen. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention bezieht sich jedoch immer auf das Individuum, das in Zusammenhang mit einer Umweltkatastrophe eine so genannte traumatische Krise entwickeln kann.

Traumatische oder Situative Krisen

Cullberg (1978) definiert die traumatische Krise als „*eine durch einen Krisenanlass mit subjektiver Wertigkeit plötzlich auftretende Situation von allgemein schmerzlicher Natur, die auf einmal die psychische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit bedroht*“.

Die traumatische Krise entwickelt sich auf Grund eines plötzlichen, unerwarteten, für den Betroffenen überwältigenden traumatisierenden Ereignisses. Traumatische Krisen verlaufen typischerweise in Phasen (siehe Abbildung 1). Die plötzliche Konfrontation mit einem traumatisierenden Ereignis löst beim Betroffenen eine *Schockreaktion* aus. Damit verbunden ist der Versuch, die Wirklichkeit zu leugnen und sich der Konfrontation mit der Realität zu entziehen. Dies führt zu starken Spannungszuständen und psychischen Abwehrmechanismen wie Verdrängung oder Verleugnung, die aber meistens nicht

lange aufrecht erhalten werden können. Die dann folgende Konfrontation mit der Realität löst eine starke emotionale Reaktion und ein Gefühl des *Versagens* aus. Die Einleitung eines Bearbeitungsprozesses ist oft nur möglich, indem zuvor das Stressniveau gesenkt und die emotionale Anspannung gelindert wird. Ein geschütztes und sicheres Umfeld, entlastende Gespräche und Ablenkung sind hierzu geeignete Mittel. Die weiteren Schritte der Integration des traumatischen Erlebnisses in die Gefühlswelt und der *Neuorientierung* sind häufig nur mit Hilfe einer kompetenten Krisenintervention möglich.

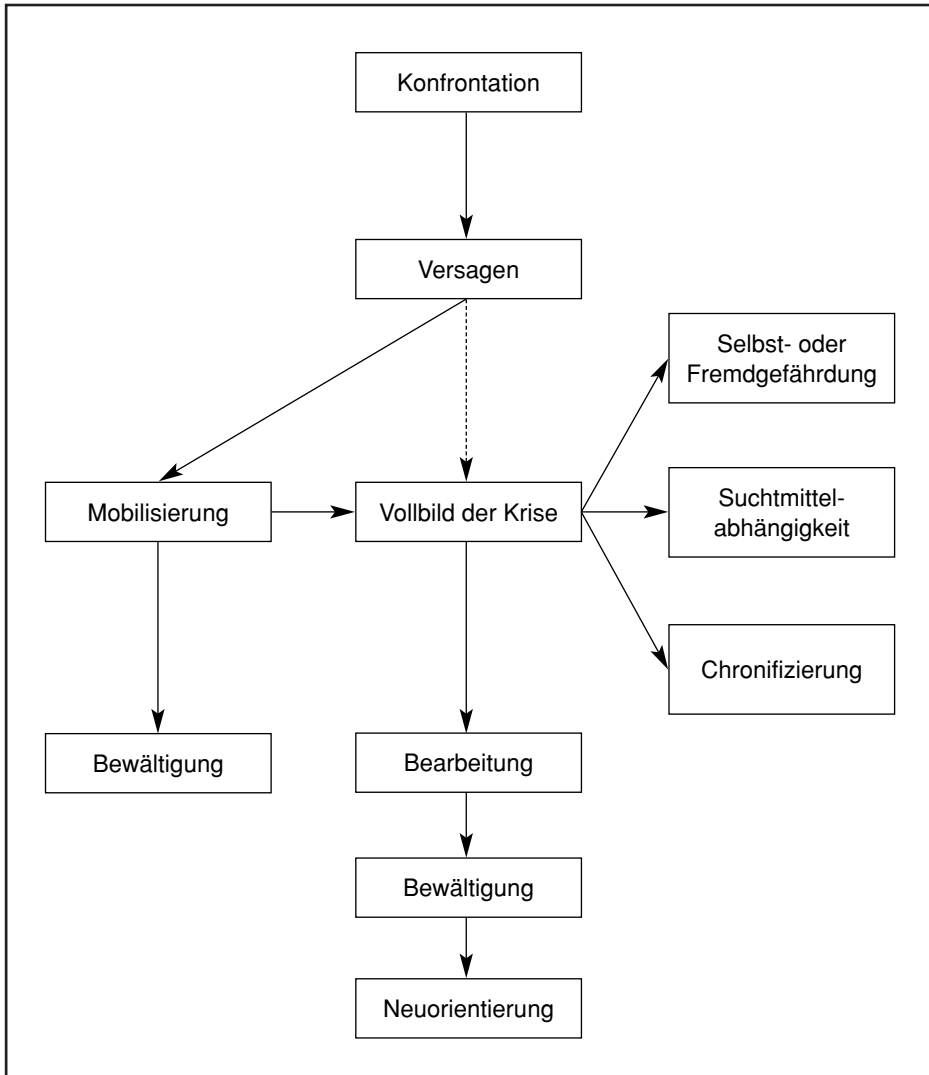


Abbildung 1: Krisenverlauf bei traumatischen Krisen (modifiziert nach Caplan, 1964 und Cullberg, 1978)

Entwicklungskrisen und Lebensveränderungskrisen

Entwicklungskrisen oder Lebensveränderungskrisen entstehen in Übergangssituationen des normalen Lebenslaufes, wie Verlassen des Elternhauses, Heirat oder Geburt eines Kindes. Auch andere Veränderungen im biologischen oder sozialen Bereich wie Pubertät, Menopause oder Pensionierung gehören in diese Kategorie.

Merke

Entwicklungskrise im *engeren* Sinne meint Krisen in Zusammenhang mit *Individualisationsschritten* v. a. in Jugend, Adolzenz und jüngerem Erwachsenenalter.

Caplan (1964) beschreibt im Verlauf einer Veränderungskrise sechs typische Phasen. Der Verlauf unterscheidet sich von dem der traumatischen Krise im Wesentlichen dadurch, dass die eigentliche Krise hier ein relevantes, sichtbares Niveau erst nach einem längeren Verlauf erreicht, wenn die Bewältigungsversuche erschöpft sind.

Die veränderte Lebenssituation führt zunehmend zur Entwicklung von Stress und Unbehagen. Am Anfang, in der Phase der *Konfrontation*, wird vom Betroffenen versucht, das Stressniveau zu reduzieren. Die ersten Bewältigungsversuche sind dabei häufig ungeordnet, manchmal sogar chaotisch.

Zunehmend erlebt sich der Betroffene als *Versager*; somit steigen das Stressniveau und die Spannung noch mehr an. In einem weiteren Schritt kommt es zum Versuch, alle möglichen Energien zu *mobilisieren*. Nicht selten sucht man sich Hilfe bei Angehörigen und Freunden. Häufig können dann die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung der Krise wieder eingesetzt werden. Damit lässt sich oft das Vollbild der Krise vermeiden.

Falls jedoch diese Bewältigungsstrategien nicht genügen, nimmt die starke innere Anspannung zu und es entwickelt sich das *Vollbild der Krise*. Der Betroffene ist rat- und orientierungslos, kann das innere Chaos nicht mehr ordnen. Die emotionalen, aber auch die körperlichen Beschwerden sind kaum noch zu ertragen.

Ziel der professionellen Unterstützung ist Hilfe bei der *Bearbeitung* des Krisenanlasses und bei der Einleitung der *Neuanpassung*, insbesondere der Entwicklung neuer Strategien zur Bewältigung der veränderten Lebenssituation.

2.3 Gefahren einer Krise

Eine Krise ist ein emotionaler Ausnahmezustand welcher multiple Gefahren birgt:

- Durch die hohe emotionale Anspannung sind in einer akuten Krise Aggressionshandlungen nicht selten. Es kann dabei sowohl zu fremdgefährdenden oder fremdschädigenden Reaktionen, wie auch zu Selbstschädigung, Selbstverletzung oder Suizid kommen.
- Eine akute emotionale Krise kann bei Menschen mit einer vorbestehenden erhöhten Vulnerabilität oder Prädisposition eine psychische Erkrankung (Depression, Angststörung oder psychotische Episode) auslösen.
- Insbesondere bei nicht konsequenter therapeutischer Intervention kann es zur Chronifizierung der Krisensymptomatik kommen mit andauernd erhöhtem Spannungszustand.

- Der Versuch, die Symptome mit Drogen, Alkohol oder Medikamenten zu lindern, birgt die große Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung.
- Eine weitere Gefahr besteht darin, dass die Zusammenhänge zwischen körperlichen Symptomen und emotionaler Daueranspannung nicht richtig erkannt werden, und es zur Entwicklung einer Somatisierungsstörung kommt. Dieser Prozess kann durch unnötige wiederholte diagnostische Prozeduren zusätzlich iatrogen negativ beeinflusst werden.

3 Krisenassessment

Eine akute Krise kann sich sowohl in psychischen wie in körperlichen Symptomen äußern.

Körperliche Symptome sind z. B. Schlafstörungen, Magen-Darmbeschwerden, Herzrasen, Schwindel, diffuse Schmerzen. Nicht selten melden sich Menschen in Krisen primär, um Hilfe für ihre körperlichen Symptome zu suchen. Körperliche Beschwerden sind gerade für Menschen aus fremden Kulturen häufig die einzige Möglichkeit, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen (vgl. Kapitel 7 in diesem Buch). Gerade Gefühlsdimensionen wie Angst und Niedergeschlagenheit äußern sich vielfach über körperliche Beschwerden. Die Kenntnis dieser kulturellen Unterschiede ist für die Behandlung wichtig.

Die *psychischen* Symptome lassen sich in drei Ebenen unterteilen:

1. Gefühlsebene
2. Kognitive Ebene
3. Verhaltensebene

Das Assessment, also die Untersuchung und Einschätzung dieser Ebenen, ist der Schlüssel zu einer effektiven Krisenintervention (Greenstone & Leviton, 2001). Dabei kommt der emotionalen Dimension eine besondere Bedeutung zu. Als hilfreich hat sich dabei z. B. das Triage Assessment Modell von Myer (2001) erwiesen, das eine systematische Einschätzung der drei oben genannten Ebenen ermöglicht.

Die syndromale Diagnostik, z. B. anhand des AMDP, sowie gegebenenfalls auch eine diagnostische Einschätzung anhand der aktuellen Klassifikationssysteme (ICD-10 oder DSM-IV), dürfen dabei nicht vernachlässigt werden. Sie spielen insbesondere bei Menschen mit vorbestehender psychiatrischer Erkrankung eine wichtige Rolle.

3.1 Gefühlsebene

Negative Gefühle sind das zentrale Symptom jeder Krise. Das Erregungsniveau dieser Gefühle ist der entscheidende Faktor für den Verlust des psychischen Gleichgewichts (Caplan, 1964). Die Gefühle sind von den drei beschriebenen Dimensionen diejenige, worüber der Patient spontan am ehesten berichtet, meist ganz am Anfang des Gespräches. Eine differenzierte Beschreibung und Benennung von Gefühlen ist für viele Menschen jedoch gerade in der Krisensituation sehr schwierig, vielfach ist es ihnen spontan nur möglich ihre Gefühle mit „schlecht“, „mies“ oder „gut“ zu beschreiben. Eine differenziertere Erfassung der Gefühlsdimensionen ist aber sehr wichtig, nicht nur für eine genaue Einschätzung des Patienten z. B. im Hinblick auf Psychopathologie, Eigen- oder Fremdgefährdung, sondern auch als erster therapeutischer Schritt. So kann es für den Patienten ungemein entlastend wirken, seine Gefühle einem verständnisvollen Zuhörer

gegenüber äußern zu dürfen. Gleichzeitig gewinnt er hierdurch mehr Klarheit über seine Gefühle. Deshalb steht bei vielen therapeutischen Interventionen die emotionale Ebene im Vordergrund.

Der Patient sollte darin unterstützt werden, das Erlebte und die damit verbundenen Gefühle wie auch die aktuellen Emotionen genau zu beschreiben und zu benennen. Offene Fragen und aktives Zuhören, indem man sich bei Unklarheiten nicht scheut, genau nachzufragen, sind dabei die nötigen Voraussetzungen. Manchmal kann es hilfreich sein, die Aussage des Patienten in anderen Worten zu formulieren. Zum Beispiel – „Wenn ich Sie richtig verstehe, meinen Sie damit ...?“ oder – „Könnte man dies auch so ausdrücken ...?“

Der Zugang zur Gefühlsebene des Patienten kann mit folgenden Fragen vereinfacht werden:

- *Wie haben Sie sich in der Situation gefühlt?* (Nützlich ist, dies in Bezug auf das für den Patienten schwerwiegendste Ereignis zu explorieren.)
- *Können Sie das näher beschreiben?* (Wichtig ist es, dem Patienten trotz der großen emotionalen Anspannung zu helfen, beim Thema zu bleiben.)
- *Wie sieht das bei Ihnen aus, wenn Sie traurig sind oder sich ärgern?*
- *Wie äußert sich das körperlich? Verspüren Sie in dem Augenblick auch körperliche Beschwerden?*
- *Welches dieser Gefühle belastet Sie im Moment am meisten?*

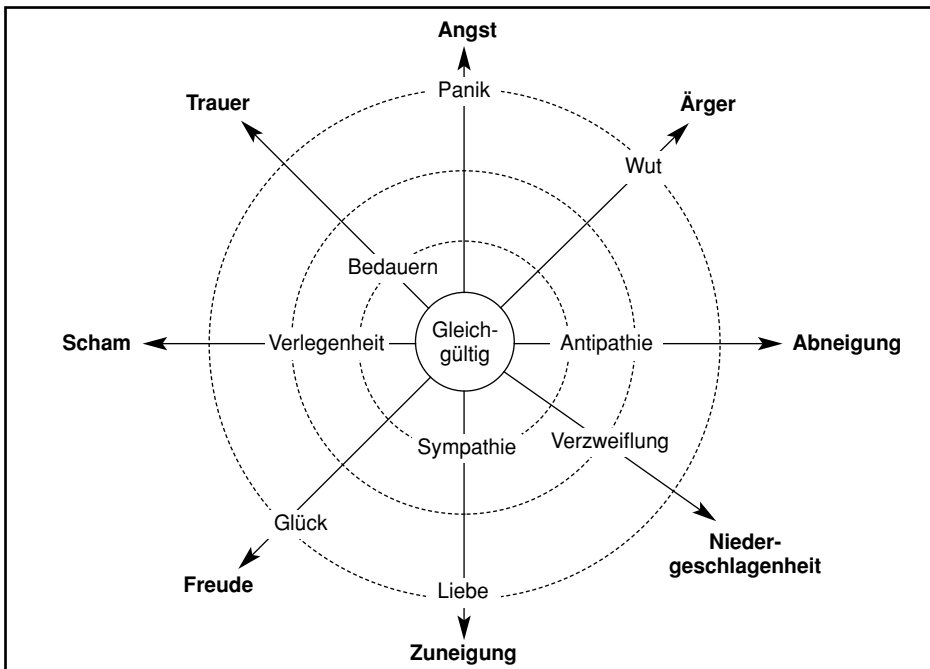


Abbildung 2: Gefühlsstern (modifiziert nach Stavemann, 1999), reproduziert mit freundlicher Genehmigung der Verlagsgruppe Beltz

Neben der Qualität der Gefühlsreaktion ist auch die Erfassung der Intensität der Gefühle wichtig. Hilfsmittel können der Gefühlsstern nach Stavemann (1999) – qualitativ oder quantitativ – sein (vgl. Abbildung 2) oder die Einschätzung auf einer numerischen Skala von 0 bis 100 (0 = keine Reaktion bis 100 = stärkste je erlebte Gefühlsreaktion).

Merke
<ul style="list-style-type: none"> – Primäre Gefühle wie Ärger, Trauer, Depressivität sind zentrale Symptome einer Krise. – Gefühlsäußerungen sind zur Krisenbewältigung nötig. – Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Patienten zu ermöglichen, seine Gefühle in einem sicheren Umfeld äußern zu können. – Neben der Sicherheit des Betroffenen ist auch die Sicherheit des Umfeldes und des Betreuungsteams zu gewährleisten.

3.2 Kognitive Ebene

Die kognitive Bewertung der Ereignisse ist für die Wahrnehmung der Krisensituation und des daraus folgenden Verhaltens entscheidend. Als Grundlage dafür kann das ABC-Modell (vgl. Abbildung 3) der Emotionen in der von Ellis entwickelten Rational Emotiven Therapie dienen (Ellis, 1977).

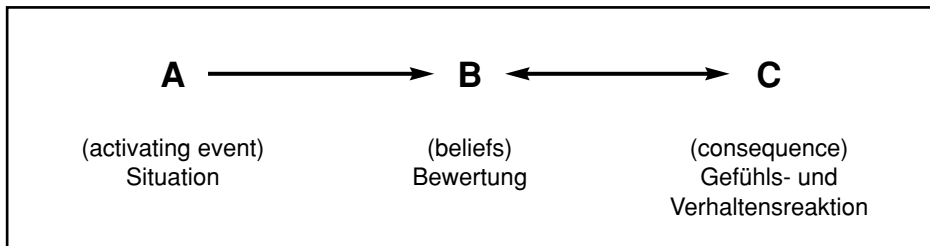


Abbildung 3: ABC-Modell (nach Ellis, 1997)

Mit „A“ (activating event) wird ein auslösendes Ereignis verstanden. Es kann sich sowohl um ein äußeres, wie auch um ein inneres psychisches Ereignis handeln (z. B. Verlust einer nahestehenden Person, Nachricht einer körperlichen Erkrankung, Versagensängste). „B“ (beliefs, belief systems) bezeichnet die Bewertung des Ereignisses A. Sie erfolgt auf Grund bestimmter bewusster oder unbewusster Überzeugungen (Bewertungsmuster, Einstellungen oder Lebensregeln), die in der auslösenden Situation durch das Individuum aktiviert werden. Das Bewertungssystem enthält persönliche Meinungen und Ansichten, die auf Grund der eigenen Lebensgeschichte und der damit verbundenen erlernten Denk- und Interpretationsmuster gebildet wurden. Die Erfassung dieser kognitiven Denkabläufe (Bewertungen) ist für die Krisenintervention äußerst wichtig. „C“ (consequence) bezeichnet schließlich die emotionalen und Verhaltensreaktionen, die auf A folgen.

Das zentrale Postulat von Ellis lautet: Emotionale Konsequenzen und Verhaltenskonsequenzen des Individuums (C) werden nicht direkt durch auslösende Ereignisse (A) verursacht. Sie werden vielmehr durch die Art der Bewertung dieses Ereignisses (B) hervorgerufen. Nicht die augenblickliche Situation bestimmt demnach unsere Gefühls- und Verhaltenskonsequenz (C), sondern unsere kognitive Bewertung (B).

Mögliche Fragen zur Erfassung der dysfunktionalen Kognitionen sind:

- Welche Gedanken gingen Ihnen in diesem Moment durch den Kopf?
- Was für Befürchtungen hatten Sie in dem Moment? Was haben Sie sich vorgestellt, was geschehen könnte?
- Was haben Sie in dem Moment zu sich selbst gesagt? Haben Sie in der Situation versucht, Ihre Gefühle mit Gedanken oder Selbstgesprächen zu beeinflussen?
- Was geht Ihnen jetzt durch den Kopf, wenn Sie an diese Situation denken?

Im weiteren Verlauf geht es auch darum, die die Gefühle und Verhaltensweisen aufrechterhaltenden Kognitionen zu erfassen. Häufige Aussagen sind etwa – „Ich werde nie mehr gesund.“ – „Meine Freunde werden mich verachten.“ – „Ich bin zu nichts fähig.“ – „Es wird mir alles zu viel.“ Solche Aussagen sollten nicht einfach so hingenommen werden. Der Patient erwartet vom Therapeuten, dass er nachfragt, wie das gemeint sei und was für Gedanken oder Befürchtungen dahinter stünden.

In einem weiteren Schritt können dann die zu Grunde liegenden, nicht unmittelbar bewussten, dysfunktionalen Grundannahmen erfasst und in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.

Sämtliche Lebensbereiche können durch die kognitiven Einschätzungen beeinflusst werden (siehe Tabelle 1). Diese betreffen die körperliche und die psychische Ebene, aber auch die moralische Identität und das soziale Gefüge des Patienten. Die Erfassung der am schwersten beeinträchtigten Lebensbereiche ist für die Behandlung sehr wichtig.

Tabelle 1: Für die Krisenintervention relevante Lebensbereiche

Körperliche Ebene	Körperliche Gesundheit, Integrität, Leistungsfähigkeit etc.
Psychische Ebene	Psychische Gesundheit, Unverletzlichkeit, Leistungsfähigkeit
Moralische Identität	Selbstbild, Glauben, Grundwerte etc.
Soziale Ebene	Beziehungen, Arbeit, Ausbildung, Wohnen, Freizeit etc.

Merke

- Die Analyse der Kognitionen ist nicht nur für die Bewältigung der aktuellen Krise sehr wichtig; deren Kenntnis hat für den Patienten auch später eine präventive Funktion, indem krisenauslösende oder krisenaufrechterhaltende dysfunktionale Gedanken frühzeitig erkannt werden können.
- Die Exploration der kognitiven Muster ist häufig ein längerer Prozess, der mehrere Gespräche erfordert.

3.3 Verhaltensebene

Das Verhalten steht mit der kognitiven Bewertung einer bestimmten Situation und der Gefühlsreaktion in einem engen Zusammenhang. Im Vordergrund steht der Versuch des Individuums, durch sein Verhalten das emotionale Gleichgewicht wieder einzupendeln. Durch das in Zusammenhang mit den negativen Gefühlen stark erhöhte Stressniveau sind die üblichen bewältigungsorientierten Verhaltensmuster häufig kaum mehr anwendbar. Caplan (1964) hat zwei verschiedene Verhaltensmuster in einer Krise beschrieben, einen *passiven* und einen *aktiven* Reaktionstyp (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Verhaltensmuster in einer Krise

Aktive	Passive
<ul style="list-style-type: none"> – Schlafstörungen – Unkoordiniertes Verhalten – Unruhe, Ungeduld – Übersichts- und Ordnungsverlust – Aggressives, gereiztes Verhalten – Medizinische Abklärungen aufsuchen – Dissoziative Zustände 	<ul style="list-style-type: none"> – Müdigkeit, großes Schlafbedürfnis – Rückzug – Regression – Gleichgültigkeit – Betäubungsverhalten (Alkohol, Medikamente, Drogen) – Vernachlässigung der Körperpflege – Verwahrlosung

Die Intensität der Verhaltensreaktion reicht von mehr oder weniger geordneten Bewältigungsversuchen über den Versuch, die kritische Situation zu meiden, bis hin zu einem Zustand der vollständigen Immobilität. Myer (2001) bezeichnet dies als einen Zustand, in dem der Betroffene von der Krise überwältigt ist und jegliche Kontrolle über seine Reaktionen verloren hat. In einem solchen Zustand ist die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung sehr groß.

Ein genaues Assessment der Verhaltensebene ist in Bezug auf eine nachfolgende zielorientierte Intervention sehr wichtig. Die ersten therapeutischen Schritte bestehen oft darin, den Patienten für konkrete, zielgerichtete Handlungen zu aktivieren. Solche, auch nur kleine aktive Handlungen geben dem Patienten das Gefühl, einen Teil der verlorenen Kontrolle wiederzuerlangen und können vielfach den Bearbeitungsprozess einleiten. Die Reaktivierung schon früher angewendeter Bewältigungsstrategien spielt dabei eine wichtige Rolle.

Merke
<ul style="list-style-type: none"> – Die Abklärung des Schweregrades der Beeinträchtigung der Verhaltensebene erfordert die Einschätzung der Funktionsfähigkeit des Patienten im Alltag, bezogen auf Arbeit, soziale Kontakte, Hygiene, Nahrungsaufnahme usw. – Suizidale und aggressive Reaktionen sind in einer Krise häufig. – Frühere selbst- oder fremdaggressive Handlungen müssen unbedingt exploriert werden. – Die Erfassung früherer Bewältigungsstrategien eröffnet Möglichkeiten für die aktuelle Intervention.

4 Zusammenfassung

Eine Krise ist ein Ereignis oder eine Situation, welche als unerträglich wahrgenommen wird und die momentanen Bewältigungsstrategien überfordert. Sie kann auch positiv verstanden werden als „eine Herausforderung, deren erfolgreiche Bewältigung mit einem gestärkten Selbstbewusstsein verbunden ist“ (Burgess & Baldwin, 1981).

Trotz akutem Zustand und der starken emotionalen Anspannung ist es sehr wichtig, das Assessment der emotionalen, kognitiven und Verhaltensebene nicht zu vernachlässigen. Diese ersten Schritte zur Erfassung der Krise erlauben, mögliche Gefahren zu erkennen und richtig einzuschätzen, sowie Bewältigungsschritte gezielt auf die jeweilige Krise und die Bedürfnisse des Betroffenen angepasst einzuleiten. Gleichzeitig führt eine professionelle und verständnisvolle Erhebung der Anamnese und des Befundes schon zu einer ersten emotionalen Entlastung des Patienten und hilft ihm, sein selbsterlebtes äußeres und inneres „Chaos“ zu strukturieren.

Literatur

- Brammer, L. M. (1985). *The helping relationship: Process and skills*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Burgess, A. W. & Baldwin, B. A. (1981). *Crisis intervention theory and practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cullberg, J. (1978). Krisen und Krisentherapie. *Psychiatrische Praxis*, 5, 25–34.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Greenstone, J. L. & Leviton, S. C. (2001). *Elements of crisis intervention: Crises and how to respond to them*. (2nd ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hendricks, J. E. & McKean, J. B. (1995). *Crisis intervention: Contemporary issues for onsite interveners*. Springfield, IL: Thomas.
- James, R. K. & Gilliland, B. E. (2001). *Crisis intervention strategies* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Joy, C. B., Adams, C. E. & Rice, K. (2001). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. In *The Cochrane Library (Issue 3)*. Oxford: Update Software.
- Myer, R. A. (2001). *Assessment for crisis intervention. A Triage Assessment Model*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Querido, A. (1968). The shaping of community mental health care. *British Journal of Psychiatry*, 114, 293–302.
- Stavemann, H. H. (1999). *Emotionale Turbulenzen* (2. überarbeitete Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Weisman, G. K. (1989). Crisis Intervention. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (pp. 101–134). New York: Plenum Press.