

Krise und Krisenintervention

Krise und Krisenintervention.....	1
1. Begriffsbestimmung.....	1
2. Krisentypen.....	6
2.1 Lebensveränderungs- oder Entwicklungskrise.....	6
2.2 Traumatische oder Situative Krise	7
3. Gefahren einer Krise.....	8
4. Grundlagen der psychotherapeutischen Krisenintervention	9
5. Literatur	18
6. Weiterführende Literatur.....	20

1. Begriffsbestimmung

Alltagssprachlich ist mit dem Wort ‚Krise‘ eine gefährliche Entwicklung, Zuspitzung oder Verschärfung, bzw. eine Entscheidungs- oder Ausnahmesituation gemeint, im gesellschaftlichen oder individuellen Kontext (Schnell & Wetzel 1999). Im klassischen Drama bezeichnet dieser Begriff den Höhepunkt des (dramatischen) Konfliktes und damit den Gipfel des dramaturgischen Spannungsbogens, auf den unmittelbar der Umschwung der Handlung erfolgt. Der altgriechische Begriff ‚crisis‘ bezeichnet einen „Wendepunkt zu Gesundheit oder Tod“. In der Medizin bezeichnet der Terminus ‚Krise‘ den entscheidenden Moment im Verlauf einer Erkrankung, in dem es zu einer beginnenden Heilung oder zu einer radikalen Verschlechterung im Zustand des Patienten kommt. Der chinesische Begriff für Krise setzt sich zusammen aus zwei Schriftzeichen, wobei eins dem Doppelzeichen für ‚Gefahr‘ und das andere dem Doppelzeichen für ‚Chance‘ entstammt. In vielen Kulturen, Epochen und Kontexten wurde demnach (auch) auf die in der Krise potentiell vorhandenen „Veränderungsenergien“ hingewiesen. Insofern kann der Begriff Krise auch positiv konnotiert werden, als „eine Herausforderung, deren erfolgreiche Bewältigung mit einem gestärkten Selbstbewusstsein verbunden ist“ (Burgess & Baldwin 1981)

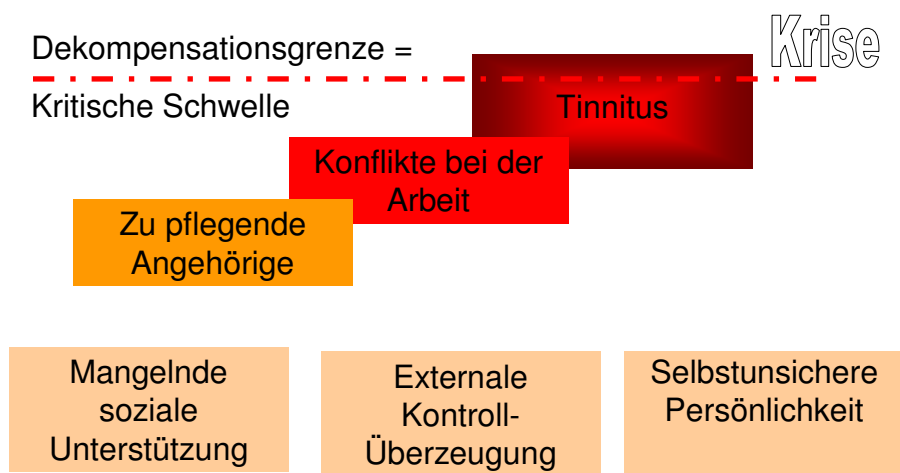
Nach der heutigen Terminologie enthalten die meisten Definitionen von Krise folgende gemeinsamen Punkte (nach Berger & Riecher-Rössler 2004):

- Diese steht in Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder mit einer bedeutsamen Veränderung der Lebensumstände
- es handelt sich dabei um einen akuten, zeitlich begrenzten Zustand

- der vom Betroffenen als bedrohlich wahrgenommen wird und der momentan seine Bewältigungsmöglichkeiten überfordert

Demnach ist eine Krise ein zeitlich befristetes Ereignis, das aus einer **akuten Überforderung** eines gewohnten Verhaltens- und Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Auslöser resultiert (Simmich et al. 1999). Die akute Überforderung kann dabei aus einer kurzfristig einwirkenden, „heftigen“ Belastung resultieren, oder das Resultat einer länger andauernden, kumulativen Belastung sein (→ Vulnerabilitätsmodell, s. folgende Abbildung).

Vulnerabilitätsmodell (Hiller & Goebel 1992)



Beispielhaft sind hier im Folgenden 2 Definitionen von Krise aufgeführt:

- „Krise beschreibt 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 von Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (nach Caplan 1964 und Cullberg 1978, zitiert aus Sonneck 2000, S. 16).

- „Krise ist 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“ (James & Gilliland 2001).

Als prototypischer Auslöser für Krisen gelten ‚**kritische Lebensereignisse**‘. Das sind erwartete oder unerwartete) Lebensereignisse mit einer besonderen affektiven Tönung, die von der Person als Einschnitte, Übergänge oder Zäsuren im Lebenslauf betrachtet werden und erhebliche Anpassungsleistungen erfordern (Filipp 1997). Als Auslöser kommen bspw. in Frage: lebens- oder existenzbedrohliche Ereignisse (wie etwa Natur- oder technische Katastrophen, mit z.B. Feuer, Wasser, Chemie), Gewaltverbrechen (Überfall, Vergewaltigung, Geiselnahme), drohende oder eingetretene Verluste von Angehörigen (schwere Erkrankungen, Tod, Unfälle), psychosoziale Bedrohungen (Arbeitsplatzverlust, Verlust von Eigentum) und gravierende Bedrohungen des Selbstwertgefühls (z.B. partnerschaftliche Kränkungen und Konflikte, Statusverlust). Diese kritischen Lebensereignisse können im Rahmen der bisherigen individuellen Problembewältigungsstrategien nicht gelöst werden und führen beim betroffenen Individuum zu einer erhöhten psychischen Labilität, Suggestibilität und somatischen Reaktionsbereitschaft bis hin zu manifesten psychopathologischen Symptomen (Reiter & Strotzka 1977). Dementsprechend treten die vielfältigsten Symptome auf, bspw. erhöhte Anspannung, innere Unruhe, Schlaflosigkeit Unsicherheit, Angst Hilflosigkeit, Irritation, und Aggressivität, Verwirrtheit, Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse, wahnhafte Projektionen und Halluzinationen sowie psychosomatische Beschwerden. Auf jeden Fall *erlebt* sich der Betroffene spätestens von dem Moment an akut in der Krise (und wird sich dementsprechend fühlen, denken und verhalten) wenn seinen problem- bzw. lösungszentrierten und palliativen Coping-Strategien erschöpft sind bzw. nicht mehr greifen.

Prinzipiell ist die Krise aus der Sicht des Betroffenen ein Ereignis, das in unterschiedlichem Ausmaß (nach Filipp 1977):

- den Selbstwert der Person in Frage stellt (→ Selbstwertbedrohung)

- zentrale Überzeugungen oder grundlegende Überzeugungssysteme der Person bedroht (→ Selbstkonsistenz-Bedrohung) oder in Frage stellt (→ Orientierungsverlust)
- mit zentralen Zielen und Anliegen der Person interferiert (→ Zielblockade)
- frühere nicht bewältigte Ereignisse aktiviert (→ Retraumatisierung)

Die Auswirkungen von Krisen auf die Befindlichkeit und das Verhalten des Individuums resultieren – nach dem transaktionalen Modell von Lazarus (1978) - aus der subjektiven **Bewertung** des Krisenanlasses *und* der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die Reaktionen des Patienten ist umso mehr geprägt von dem Gefühl überfordert zu sein, „überflutet“ oder gar „verrückt“ zu werden, je mehr er eine Situation als existenziell bedrohlich oder als gefährlich einschätzt (→ primary appraisal), und je niedriger er seine Erfolgsaussichten zum Aushalten oder Bewältigung dieser Krise ansieht (→ secondary appraisal). Insofern nehmen die **Ressourcen** eines Patienten einen wichtigen Einfluss auf den positiven oder negativen Verlauf einer Krise. Eine Ressourcenbedrohung bzw. einen Verlust von Ressourcen (bspw. die Trennung vom Partner, der „*immer alles für einen gemacht hat*“), kann darüber hinaus auch eine Krise auslösen.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass auch der Urlaub des Therapeuten oder die reguläre (!) Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung bei entsprechend vulnerablen Patienten eine Krise auslösen kann und deshalb vorab thematisiert und bearbeitet werden sollte.

Des Weiteren beeinflussen (funktionale) Coping-Strategien die „Resistenz“ der Person gegenüber einwirkenden Stressoren (→ Anhebung der „kritischen Schwelle“, s. Vulnerabilitätsmodell) und stellen deshalb ein schützender Faktor gegenüber des Ausbruches von Krisen dar. Ressourcen sind somit ein bedeutsamer Faktor für eine positive Prognose bei Eintreten und Zuspitzung einer Krise.

Der Begriff ‚Krise‘ stellt keine eigene Krankheitseinheit dar. Ursprünglich verstand man darunter einen emotionalen Ausnahmezustand, der bei (zuvor) psychisch unauffälligen Personen durch psychosoziale Belastungen hervorgerufen wird.

Dementsprechend wird eine Krise zum einen laut ICD 10 als → akute Belastungsreaktion oder → Anpassungsstörung (s. folgende Tabelle) kodiert:

- **F43.0** – Akute Belastungsreaktion bei psychisch nicht manifest gestörten Menschen, die im allgemeinen nach Stunden oder Tagen abklingt)
- **F43.2** – Anpassungsstörung nach einschneidenden Lebensereignissen und Veränderungen (z.B. Emigration, Trennung, Todesfall, Verlust des Arbeitsplatzes)
- **F43.8** – Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
- **F43.9** – Reaktionen auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet

In Ausnahmefällen kann auch die Klassifikation F 43.1 (posttraumatische Belastungsreaktion, PTSD) verwendet werden, wenn die Krisenreaktion mit entsprechenden typischen Reaktionen in zeitlicher Latenz von bis zu 6 Monaten auftritt. Aufgrund der verzögerten Manifestation der psychischen Störung im Verhältnis zum Krisenanlass, entspricht die PTSD streng genommen nicht dem Konzept der Krise (→ akute Überforderung, zeitlich befristet).

In einem erweiterten Sinne wird heutzutage unter dem Begriff der Krise auch die drohende Dekompensation einer manifest oder das Rezidiv einer bestehenden psychischen Störung verstanden. Dabei ist zu beachten, dass Menschen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen eine erhöhte Anfälligkeit (→ Vulnerabilität) gegenüber krisenhaften Anlässen und reduzierte Bewältigungsstrategien in Krisen aufweisen (Weisman 1989). Diese „krankheitsspezifische“ Krise muss dann entsprechend der Grunderkrankung (z.B. → Suizidalität im Rahmen einer Depression, psychotischer Erregungszustand im Rahmen einer Schizophrenie, starke Erregungs- und Affektzustände bei Borderline-Persönlichkeitsstörung) klassifiziert werden.

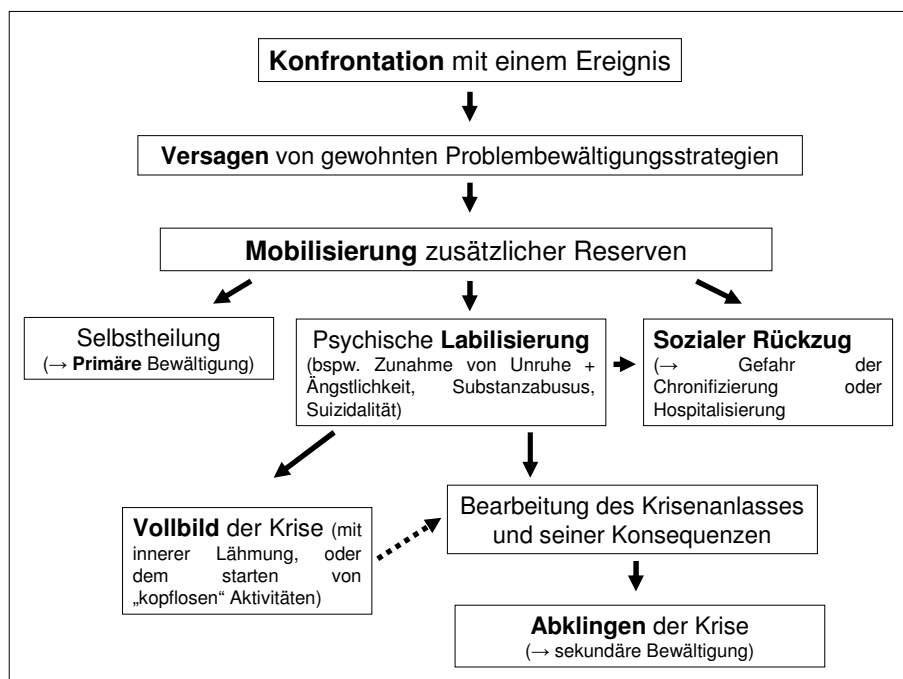
Vorsätzliche Selbstbeschädigungen im Rahmen suizidaler Krisen werden je nach angewandter Methode mit X60 bis X84 kodiert, während ein früherer Suizidversuch auf der Z-Skala (Z 91.5) vermerkt wird.

2. Krisentypen

In der Literatur wird grob zwischen Lebensveränderungskrise (= Entwicklungskrise) und ↔ traumatischen (= situativen) Krise unterschieden (Sonneck 2000). In einer anderen Terminologie wird unterscheiden zwischen einer existenziellen Krise, bei der die Reflexion des Lebensentwurfs im Mittelpunkt steht und der umweltbedingten Krise, die durch eine Naturkatastrophe ausgelöst wird (James und Gilland 2001).

2.1 Lebensveränderungs- oder Entwicklungskrise

Lebensveränderungskrisen können in sozialen (→ bspw. Verlassen des Elternhauses, Heirat, Geburt eines Kindes, Berentung, Trennung, Partnerverlust, Wohnortwechsel, Arbeitslosigkeit, Unterbringung in einem Altersheim) oder biologischen (→ bspw. Pubertät, Menopause, Krankheit, Behinderung) Übergangs- oder Ausnahmesituationen auftreten. Kennzeichnend für die Lebensveränderungskrise ist, dass hier der „kritische Zustand“ erst nach einer längeren Phase erreicht wird, nachdem die Person in ihren Bewältigungsversuchen gescheitert und erschöpft ist (Berger & Riecher-Rössler 2004). Caplan (1964) hat dies in seinem Phasenmodell der Lebensveränderungskrise folgendermaßen dargestellt:



Dabei ist zu beachten, dass zusätzlich zu der primären (durch die Entwicklungskrise ausgelösten) Labilisierung, das Scheitern der Bewältigungsversuche beim Patienten den Eindruck bzw. die Überzeugung auslösen kann „Versager“ (→ interne

Attribution) oder „Opfer“ (→ externe Attribution) zu sein. Diese dysfunktionale Ursachenzuschreibung kann mit dem Auftreten von gravierenden Schuld- und/ oder Wut-Gefühlen verbunden sein und damit eine zunehmende (sekundäre) Labilisierung des Patienten mit Ausbruch von Selbst- oder Fremdaggression bedingen.

Bei durch Lebensveränderung ausgelösten Krisen, ist es Ziel der Intervention den Patienten bei der Bearbeitung des Krisenanlasses und der Einleitung einer Neuanpassung (→ Akkomodation) zu unterstützen.

2.2 Traumatische oder Situative Krise

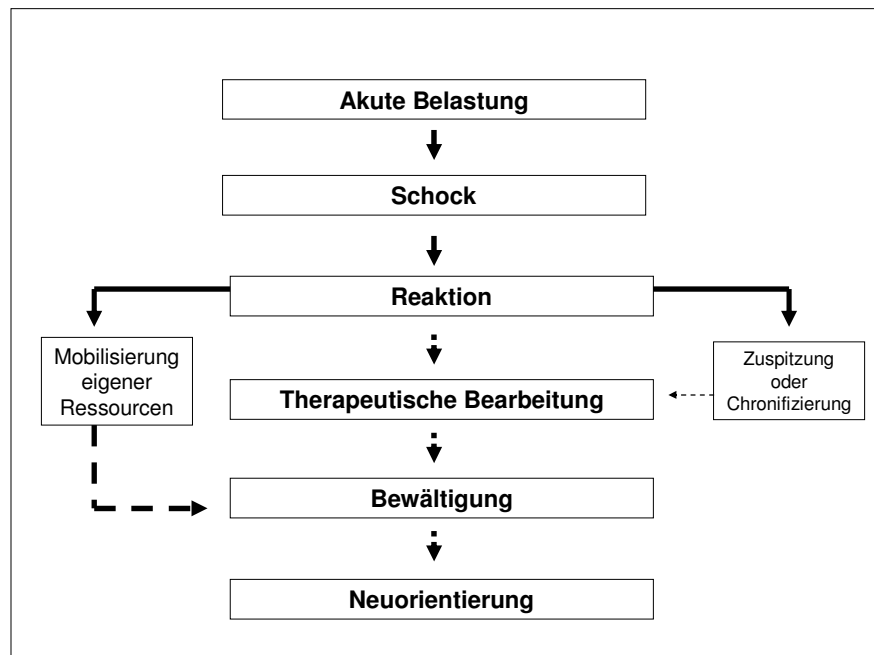
Cullberg (1978) definiert diesen Typus der Krise als *„eine durch einen Krisenanlass mit subjektiver Wertigkeit plötzlich auftretende Situation von allgemeiner schmerzlicher Natur, die auf einmal die psychische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit bedroht“*. Krisenanlässe sind plötzliche und zumeist unvorhergesehene Schicksalsschläge (→ bspw. Krankheit, Invalidität, Verlust [Tod, Trennung, Kündigung], sexuelle Gewalt, Misshandlung). Diese lösen beim Betroffenen eine wenige Momente bis Tage andauernde ‚**Schockreaktion**‘ aus, in der Spannung reduzierende Abwehrmechanismen wie Verleugnung und Verdrängung vorherrschen. Es herrscht ein inneres Chaos vor, das sich durch Apathie oder völlige Lähmung, aber auch durch Gefühlsausbrüche oder scheinbares Funktionieren ausdrücken kann.

An diese erste Phase schließt sich eine ‚**Reaktionsphase**‘ von Tagen bis Monaten an, in der sich beim Patienten affektive Turbulenzen und Apathie, jeweils mit schweren körperlichen Begleitsymptomen, abwechseln. Diese Phase birgt die Gefahr einer Fehlanpassung (→ bspw. Substanzabusus) mit sich, in der es zu einer weiteren Zuspitzung (→ bspw. psychotische Phase, Suizidalität) und Chronifizierung kommen kann.

Bei entsprechender Bearbeitung des Krisenanlasses und Bewältigung seiner Konsequenzen, kann der Patient in das Stadium der ‚**Neuorientierung**‘ und Reorganisation, bspw. mit Aufnahme neuer Beziehungen, eintreten. Oft ist eine Neuorientierung für den Patienten nur möglich, wenn eine Integration des traumatischen Erlebnisses in die Gefühlswelt des Betroffenen stattfindet.

Bei traumatischen Krisen ist das Ziel der Intervention zunächst die psychophysiologische Anspannung bzw. das Stressniveau des Patienten zu senken, um anschließend einen Bearbeitungsprozess einleiten zu können.

Zusammenfassend lässt sich das Modell von Cullberg (1978) folgendermaßen darstellen:



Abschließend sei noch die konzeptuelle Ähnlichkeit des Konzeptes von Cullberg (1978) mit dem Modell der Trauerreaktion von Bowlby (1970) erwähnt.

3. Gefahren einer Krise

In einer Krise sind Chancen, aber auch verschiedene „Gefahren“ enthalten, die es zu berücksichtigen gilt: durch die hohe emotionale Anspannung können Impulsdurchbrüche mit selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen auftreten, des Weiteren kann es bei entsprechender Vulnerabilität (→ Biopsychosoziales Diathese-Stress-(Coping) Modell) zum Ausbruch oder Rezidiv einer psychischen Störung (insb. Angst-, Depression) kommen. Bei unzureichender oder fehlender Bearbeitung kann eine Chronifizierung der Krise stattfinden mit dauerhaft angehobenem Spannungszustand und sich daraus entwickelten psychosomatischen Beschwerden (bspw. Schlafstörungen, Schmerzzustände, Schwindel, Magen-Darmbeschwerden).

Dies kann wiederum die Entwicklung einer Fehlanpassung fördern, bspw. ein schädlicher Gebrauch von Suchtmittel um die Symptome (→ bspw. Angst, Wut, Hoffnungslosigkeit) zu lindern.

4. Grundlagen der psychotherapeutischen Krisenintervention

Prinzipiell sind an eine Krisenintervention folgende Anforderungen zu stellen (nach Berger & Riecher-Rössler 2004):

- schneller Beginn
- zeitliche Begrenzung
- Sicherheit für Betroffene und Umfeld gewährleisten
- Rasche physische, kognitive und emotionale Entlastung anstreben
- Sicheren Raum anbieten für den Ausdruck von (heftigen) Gefühlen
- Aktive und (Methoden-) flexible therapeutische Haltung (Zuhören bis Handeln)
- Transparentes, nachvollziehbares und eindeutiges therapeutisches Vorgehen mit klarer Kommunikation
- Behandlungsfokus auf aktuelle Situation und/ oder Krisenauslöser
- Reaktivierung und Einbezug von Ressourcen
- Planung und Vereinbarung einer „Nachsorge“

Eine Krisenintervention fokussiert die Behandlung auf den akuten emotionalen und kognitiven Zustand des Patienten, sowie auf die Krisenauslöser und die vorhandenen Ressourcen. Sie ist per Definition eine zeitlich limitierte Intervention (→ idealtypisch 1 Sitzung), mit einem spezifischen, auf die unmittelbare Stabilisierung des Patienten ausgerichteten therapeutischen Vorgehen (Berger & Riecher Rössler 2004). Der Patient soll emotional entlastet und dessen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit wiederhergestellt werden. Nach dem bereits zitierten transaktionalen Modell von Lazarus (1978) erfordert dies vom Patienten letztendlich eine (funktionale) Neubewertung des Krisenanspruches (→ primary appraisal, bspw. Krise „*macht Sinn; ist eine Chance; ist eine Herausforderung; war notwendig; kann was daraus lernen; hat auch sein Gutes, wird leichter zu ertragen mit der Zeit;...*“) und/ oder eine optimistischere Einschätzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zur

Bewältigung (→ secondary appraisal, bspw. „*ich stehe das durch; ich finde eine Lösung; ich bin nicht alleine; ich hab schon ganz andere Sachen gemeistert;...*“).

Prinzipiell gilt: es sollen erste Bewältigungsschritte für akute Probleme und nicht „endgültige“ Lösungen gefunden werden.

Insofern ist eine Krisenintervention nicht gleichzusetzen mit einer lösungsorientierten Kurzzeit- oder einer „traditionellen“ Psychotherapie, die - bei entsprechender Indikation - im Anschluss an die eigentliche Krisenintervention stattfinden kann. Trotzdem wird auch in der Krisenintervention mit psychotherapeutischen Strategien und Techniken „gearbeitet“.

Der Ablauf einer Krisenintervention lässt sich schematisch in 4 Phasen unterteilen (Schnell & Wetzel (1999):

Beurteilung der Situation und der Befindlichkeit des Patienten:

- im Mittelpunkt der Beurteilung stehen dabei die unmittelbaren internen und externen Auslöser der Krise mit Fokus auf die aktuellen Schwierigkeiten. Biografische Daten werden nur herangezogen, wenn sie direkt auf die akute Situation einwirken. Auch die bisherigen Lösungsversuche (→ Coping: „*Nicht Ziel führend? Zum „falschen“ Zeitpunkt eingesetzt?*“) sollten eruiert werden. Wichtig: Selbst- und Fremdgefährdung einschätzen!

Planung der Krisenintervention:

- diese muss kurzfristig umsetzbar sein und zu einer unmittelbaren Stabilisierung des Patienten führen, dabei gilt es die Ressourcen des Patienten zu berücksichtigen

Durchführung der Krisenintervention:

- mit dem Ziel der Symptomverminderung und der ausreichenden Stabilisierung des Patienten

Abschluss der Krisenintervention:

- Bewertung und vorausschauende Planung → nächste Schritte: Überweisung

an spezialisierte Institutionen, Vereinbarung eines „Nachsorge-Termins“, Vereinbarung von stabilisierenden Maßnahmen unter Einbezug des sozialen Kontext des Patienten

Problembewältigung bedeutet häufig zuerst **Problemklärung**. Um ein möglichst umfassendes Bild von dem kritischen Lebensereignis und dessen Verarbeitung und Auswirkung zu bekommen, könnte der Patient folgendermaßen befragt werden (nach Filipp 1997). Dabei ist die Erhebung der Verhaltens- und Problemanalyse selbstverständlich dem Zustand des Patienten anzupassen:

Erfassen des **Anlasses** zur Konsultation:

- Was führt Sie hierher? Wie sind Sie darauf gekommen? Hat Sie jemand ermuntert dies zu tun? Wurden Sie geschickt oder dazu gezwungen? Warum haben Sie sich gerade jetzt dazu entschlossen, Hilfe aufzusuchen/ hierher zu kommen? Haben Sie schon früher Hilfe eingesucht? Mit welchem Ergebnis?

Erfassen von **Auslösern**:

- Was hat die Situation ausgelöst? Gibt es noch weitere schwierige Momente in den letzten Tagen? Kennen Sie solche Situationen von früher? Was war da anders, was vergleichbar? An was erinnert Sie diese Situation?

Erfassen der emotionalen, kognitiven, körperlichen und verhaltensbezogenen **Reaktionen**:

- Was ging Ihnen da durch den Kopf? Wie haben Sie das Ganze bewertet? Mit was haben Sie es in Verbindung gebracht? Wie ging es Ihnen gefühlsmäßig? Gab es körperliche Reaktionen oder Beschwerden? Was davon ist am Schlimmsten auszuhalten/ quält Sie am meisten?

Erfassen der **Gefährdung**:

- Wie lange können Sie das noch aushalten? Was würde dann passieren? Was davon müsste am dringlichsten geändert werden?

Erfassen von Ressourcen:

- Was hat Ihnen in früheren, vergleichbaren Situationen geholfen? Was davon könnte Ihnen jetzt auch helfen? Wo bei welchen Aktivitäten fühlen Sie sich sicher, etwas besser oder zumindest abgelenkt? Haben Sie jemanden, mit dem Sie darüber sprechen können? Was –wer könnte sonst noch helfen?

Zielformulierung:

- Was möchten Sie heute erreichen? Mit was wären Sie zufrieden? Was müsste sich dafür verändern? Wie kann ich Sie dabei unterstützen? Was können Sie selbst dazu beitragen?

Wenn mehrere Probleme berichtet werden, ist es wichtig, gemeinsam mit dem Patienten eine **Problem-Hierarchie** zu erstellen. Bei der Auswahl des zu bearbeitenden Problems ist einerseits dessen „Schwere“ (Rang in der Hierarchie), aber auch dessen unmittelbare Beeinfluss- und Veränderbarkeit zu berücksichtigen.

Die **therapeutische Haltung** in einer Krisenintervention lässt sich beschreiben mit flexibel und auf den jeweiligen Zustand des Patienten angepasst. Prinzipiell gilt:

Je schwerer die Krise und je „kopfloser“ oder „gelähmter“ der Patient, desto mehr ist ein aktives und - falls erforderlich - direktives therapeutisches Handeln gefordert. Je mehr der Patient im emotionalen Gleichgewicht ist und deshalb aktiv an der Bewältigung der Krise mitarbeiten kann, desto mehr kann der Therapeut die Haltung eines empathischen, aktiven Zuhörers einnehmen.

Dabei ist zu betonen, dass eine aktive Haltung des Therapeuten nicht mit einem Aufzwingen von therapeutischen Maßnahmen gleichzusetzen ist (Ausnahme: akute Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten). Des Weiteren erfordert jede Krisenintervention vom Therapeuten ein hohes Maß an „Robustheit“, da er unmittelbar mit starken Gefühlsausbrüchen und zum Teil mit erschütternden Berichten des Patienten konfrontiert wird, ohne dass er als Reaktion darauf die notwendige „Arbeitsdistanz“ unter- noch überschreiten darf. Eine Überidentifizierung mit dem Schicksal des Patienten kann zum Verlust des professionellen

therapeutischen Umgangs und zu einer emotionalen Überlastung des Therapeuten führen. Bei Ängsten vor starken emotionalen Reaktionen des Patienten oder Befürchtungen „das Ganze noch schlimmer zu machen“, wird man sich scheuen genau nachzufragen (→ Vermeidung) und keinen empathischen Zugang zu der Erlebniswelt des Patienten bekommen (Wilson & Lindy 1994). Dieser wiederum kann dadurch den Eindruck bekommen der Therapeut sei „desinteressiert“ oder „lehne ihn ab“ und fühlt sich dann mit seinen Problemen allein gelassen. Dies kann zu einer weiteren Verschärfung der Krisensituation beitragen.

Der Patient erwartet vom Therapeuten fachliche Kompetenz, Empathie, Verständnis und Akzeptanz seiner Probleme, größtmögliche Transparenz und Übernahme von Verantwortung für den Behandlungsablauf (Kanfer et al. 1996).

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass ein starkes emotionales Erregungsniveau das zentrale Symptom jeder Krise ist. Der Abbruch oder die Verdrängung von emotionalen Reaktionen beeinflusst den Verlauf einer Krise negativ und fördert die Chronifizierung (James & Gilliland 2001). Deshalb gilt es dosierte, von dem Patienten kontrollierbare (!) **Verbalisierung** von Gefühlen zu fördern, um ihn damit emotional zu entlasten und eine Klärung seiner „inneren Befindlichkeit“ zu induzieren. Der zweite Punkt ist dann besonders relevant, wenn der Patient seine (ihn quälende) Gefühlsqualität nicht genau „spürt“ und deshalb nur ungenau wiedergibt (→ „mies“, „angespannt“, „schlecht“). Es gilt unbedingt ein „Aufschaukeln“ der Emotionen mit zunehmender Aggressivität zu vermeiden, da dies eine vollständige Dekompensation des Patienten induzieren kann.

Diese emotionale Klärung und Entlastung ist auch wichtig, weil übermäßige Anspannung vorhandene Ressourcen blockieren kann: Nachdenken und gezielt Handeln ist unter Panik schlecht möglich (Ehlers & Clarks 2000). Eine sicheres Umfeld, die Reizabschirmung des Patienten (insbesondere bei psychotischen Krisen), Bewegung (bspw. „um den Block“ laufen mit dem Therapeuten), Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren [→ „sicherer Ort“] und beruhigende Versicherungen des Therapeuten können dazu beitragen, die psychophysiologische Übererregung des Patienten abzubauen und somit den Einsatz von Ressourcen und die Aufnahme von Anpassungsprozessen ermöglichen.

Genau so wichtig ist es die Krise-bezogenen **Kognitionen** des Patienten zu erfassen. Nach dem Grundsatz der Rational Emotiven Therapie nach Ellis (1977), werden emotionale und Verhaltens-Konsequenzen (C) eines Individuums nach dem „ABC-Modell“, nicht direkt durch auslösende äußere oder innere Ereignisse (A), sondern durch die Art der Bewertung (B) dieser Ereignisse hervorgebracht. Mögliche Fragen zur Identifikation dysfunktionaler Kognitionen sind (nach Berger & Riecher-Rössler 2004):

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

Die Analyse der Gedanken und Bewertungen gibt einerseits einen Hinweis auf innere Auslöser der Krise, darüber hinaus kommen dysfunktionale Gedanken und Bewertungen eine **krisenaufrechterhaltende** Bedeutung zu („*Ich wird nie mehr gesund; ich hab noch nichts geschafft in meinem Leben; ich muss alles alleine packen*“; ...). Allerdings ist die grundlegende Modifikation solcher dysfunktionaler Bewertungen und Selbstaussagen in der Regel nicht im Rahmen einer Krisenintervention möglich. Dies trifft umso mehr zu, wenn diese als „trait“ anzusehen sind. Aus diesem Grund sollte primär entlastend und stützend interveniert werden, um diesbezüglich aktiv zu werden nach erfolgreicher Krisenintervention, im Rahmen einer Psychotherapie.

Prinzipiell kann Krisenintervention es erforderlich machen, dass der zeitliche Umfang einer Therapiesitzung überschritten werden muss. Auf jedenfall ist vor Beendigung der Krisenintervention deutlich klarzustellen, dass die Sicherheit des Patienten und/ oder seines sozialen Umfeldes dauerhaft bzw. zumindest bis zum nächsten Kontakt gewährleistet ist. Bei Unsicherheit oder bei „Befangenheit“ ist es ratsam, sich eine „Zweitsicht“ über den psychischen Zustand und die Prognose (→Gefährdung?) durch

Hinzuziehen eines Kollegen einzuholen und sich bezüglich der weiteren Maßnahmen zu beraten.

Nach einigen Autoren (vgl. Riecher-Rössler et al. 2004) ist der Begriff der psychotherapeutischen Krisen- von der **psychiatrischen Notfall-Intervention** abzugrenzen (s. folgende Tabelle, nach Rupp 2004, S 101), bei dem ein unmittelbarer Handlungszwang zur Abwendung von Lebensgefahr oder anderen schwerwiegenden Folgeschäden besteht (Rupp 2004).

Dabei muss zur Gefahrenabwehr unter Umständen gehandelt werden, *bevor* eine genaue Kenntnis der Ursachen für die psychische Notlage vorhanden ist.

	Psychiatrische Notfallintervention	Psychotherapeutische Krisenintervention
Anlass	Vermeintliche oder tatsächliche Gefährdung (Erregung, Wahn, starke Angst, Verwirrung, Verlust der Impulskontrolle, Fremd- oder Selbstdestruktivität)	Drohender Verlust des seelischen Gleichgewichtes ohne akute Gefährdung
Ziel	Schutz, Sicherheit, emotionale Entlastung, Anbindung an Betreuungskontakt	Beziehungsaufnahme, Belastungsreduktion, Förderung der Selbsthilfe, Förderung der Ressourcen, soziale Vernetzung, emotionale Stabilisierung
Mittel	Falls kein einvernehmliches Handeln möglich, ist eine direktive Intervention, bei Bedarf unter Zuhilfenahme von polizeilichen Mittel, notwendig	Lösungs- und ressourcenorientierte psychotherapeutische Intervention

In einem alternativen Verständnis lässt sich die psychiatrische Notfallintervention als (massive Eskalation) einer lebens- oder krankheitsspezifischen Krise definieren, die mit den vorhandenen Ressourcen auf Patienten-, Therapeuten- und institutioneller Seite nicht in einem ambulanten Setting auflösbar ist und die einer unmittelbare Weiterführung der Behandlung (→ Einweisung, s. Handout „*Vorgehensregeln bei Krisensituationen*“ des WIPP e.V.) in einem stationären Kontext bedarf. Hier ist zu betonen, dass prinzipiell bei jeder Krise eine Einschätzung der Fremd- (→

Aggressivität, emotionale Steuerungsfähigkeit, Gewaltbereitschaft, [psychotische Exacerbation], Erregungszustand) und Selbstgefährdung (→ Selbstverletzung, Suizidalität, psychotische Exacerbation, Erregungszustand) des Patienten vorzunehmen ist und – bei Bedarf - entsprechende Schritte zur Gewährleistung der Sicherheit des Patienten *und* seiner Umgebung durchzuführen sind (Weisker 1999).

Folgende Kriterien können eine Orientierung für die Einschätzung der Höhe des Suizidrisikos geben (nach Dormmann 1991):

Erhöhtes Suizidrisiko kann angenommen werden:

- Wenn Selbsttötungsabsichten nur gegenüber Dritten (z.B. nur dem Therapeuten und nicht dem Partner gegenüber) geäußert werden
- Wenn schon Suizidversuche in Verbindung mit offener Feindseligkeit und provozierendem Verhalten vorliegen
- Wenn der Patient mehr Gründe fürs Sterben als fürs Leben nennt
- Wenn Suizidgedanken länger andauern (über mehrere Minuten), häufig auftreten und automatischen bis zwanghaften Charakter aufweisen
- Bei Beginn oder Abklingen einer depressiven Phase
- Wenn der Patient über starke Schuld- oder Wutgefühle (→ Gefahr des „erweiterten“ Suizid) berichtet
- Wenn keine Hindernisse vorhanden sind (bspw. religiöse Überzeugungen, zu versorgende Familie) oder dies dem Patienten „egal“ ist
- Wenn die Methoden gut durchdacht und/ oder verfügbar sind, der Patient in Besitz von einer ‚Anleitung zum Selbstmord‘ ist, sich in bestimmten Internet-Seiten/ Chat-Räumen aufhält
- Wenn Vorbereitungen getroffen sind (bspw. Tabletten gesammelt, Abschiedsbrief geschrieben, Testament aufgesetzt)
- Wenn eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass Sozialpartner einschreiten könnten
- Wenn der Patient seine Überlegungen gelassen schildert und seine Argumente einen (pseudo-) „rationalen“ Entscheidungsprozeß vermuten lassen

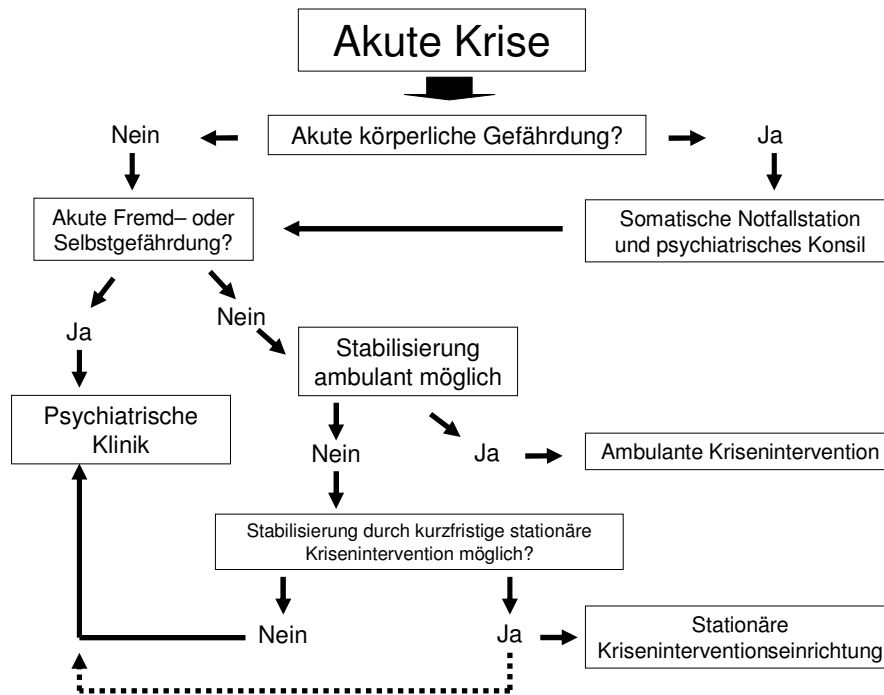
- Wenn nach Angst – Depressivität - Verzweiflung sich plötzlich eine Gelassenheit oder Heiterkeit beim Patienten einstellt

Des Weiteren ist zu betonen, dass bei der Gefahr einer körperlichen Schädigung des Therapeuten, die **Eigensicherung** natürlich Vorrang hat. Eine Abschätzung des von einem Patienten ausgehenden akuten Gefährdungs-Risiko, z.B. im Rahmen eines aufsuchenden Notfalleinsatzes, lässt sich bspw. anhand folgender Kriterien vornehmen (Rupp 2004):

- Sind **Zeichen von abgelaufener Gewalt** erkennbar - wurden Waffen eingesetzt? (beschädigte Einrichtung, verängstigte oder verletzte Mitmenschen)
- Wie **zugänglich auf verbale Interventionen** sind die Konfliktbeteiligten? (respektieren sie Grenzsetzungen, befolgen sie Anweisungen, tolerieren sie das Trennen der Konfliktparteien)
- Sind Gegenstände vorhanden, die sich als **Waffe** eignen? Ist ein **Fluchtweg** vorhanden? Sind weitere **Helfer** in unmittelbarer Nähe?

Es ist selbstverständlich, dass bei Gefährdung unverzüglich entsprechende Notfallkräfte (→ Polizei, Notarzt zur psychopharmakologischen Versorgung des Patienten) hinzuzuziehen sind.

In folgender Abbildung ist idealtypisch ein Ablauf-Schema zur Entscheidungen über die **Art** der durchzuführenden Krisenintervention dargestellt:



Generell ist darauf zu achten, dass bei der Krisenintervention auf eine eindeutige, vollständige und nachvollziehbare (bspw. von Gutachtern, juristischen Personen, Patient oder deren Angehörige) **Dokumentation** zu achten ist. Diese sollte folgende Punkte umfassen: die Einschätzung der Befindlichkeit und insbesondere der Gefährdung des Patienten vor und nach der Intervention (nach jeder Sitzung!), die diagnostische Klassifikation, das therapeutische Procedere und gegebenenfalls getroffene Vereinbarungen (bspw. telefonischer Kontakt, „Notfall-Plan“ bei erneuter – unerwarteter (!) - Zuspitzung der Krise).

5. Literatur

- Berger P & Riecher-Rössler A (2004) Definition von Krise und Krisenassessment. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe, 19-30
- Bowlby (1979) Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen. Weinsberg: Klett-Cotta
- Burgess AW & Baldwin BA (1981) Crisis intervention theory and practice. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Caplan G (1964) Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books

- Ciompi L (1993) Krisentheorie heute – eine Übersicht. In: Schnyder U & Sauvant JD (Hrsg.) Kriseninterventionen in der Psychiatrie. Bern: Verlag Hans Huber, 13-26
- Cullberg J (1978) Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis, 5, 25-34
- Ehlers A & Clarks DM (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38, 319-345
- Filipp HS (1997) Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg
- James RK & Gilliland BE (2001) Crisis intervention strategies. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer
- Reiter L & Strotzka H (1977) Systemische Krisenintervention. Tübingen: DGVT Verlag
- Riecher-Rössler A, Berger P, Wernicke F, Stieglitz RD (2004) Stationäre Krisenintervention – das Basler Modell am Allgemeinspital. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe, 58-68
- Rupp M (2004) Ambulante psychiatrische Notfall- und Krisenintervention. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe, 100-116
- Schnell M & Wetzell H (1999) Krisenintervention und –therapie. In: Asanger R & Wenninger G (Hrsg.) Handwörterbuch Psychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 371-376
- Simmich T, Reimer C, Alberti L, Bronisch T, Erbe C, Milch W, Plaß A (1999) Empfehlungen zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen. Psychotherapeut, 44 (6), 394-398
- Sonneck G (2000) Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Weisker I (1999) Krisenintervention bei Suizidenten. Nervenheilkunde, 18, 376-379
- Weisman GK (1989) Crisis Intervention. In: Bellack AS (Ed.) A clinical guide for the treatment of schizophrenia. New York: Plenum Press, 101-134
- Wilson JP & Lindy JD (1994) Countertransference in the treatment of PTSD. New York: Guilford

6. Weiterführende Literatur

- Anke M, Bojack B, Krämer G, Seiβelberg K (2003) Deeskalationsstrategien in der psychiatrischen Arbeit. Bonn: Psychiatrie Verlag, Psychosoziale Arbeitshilfen 23
- Bengel J (Hrsg.) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin: Springer
- Dormann W (1991) Suizid – Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. München: Pfeiffer
- Fischer G & Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt
- Füllgrabe U (2002) Psychologie der Eigensicherung. Stuttgart: Boorberg
- Kunz S, Scheuermann U, Schürmann I (2004) Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. Weinheim: Juventa
- Lasogga F & Gasch B (2002) Notfallpsychologie. Edewecht: Stumpf & Kossendey
- Mitchell JT & Everly GS (1998) Streβberarbeitung nach belastenden Ereignissen. Zur Prävention psychischer Traumatisierung. Edewecht: Stumpf & Kossendey
- Nijs M (2003) Trauern hat seine Zeit. Abschiedsrituale beim frühen Tod eines Kindes. Göttingen: Hogrefe
- Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe,
- Znoj H (2004) Komplizierte Trauer. Göttingen: Hogrefe, Fortschritte der Psychotherapie, Band 23