

# Krisen

# intervention

Der wichtigste Aspekt der Krisenintervention ist das Herstellen einer tragfähigen Beziehung zum Patienten. Da in dieser Situation auch häufig Suizidalität auftritt, muss diese in jeder Krisenintervention offen angesprochen werden. Neben der lösungsorientierten Einbeziehung von Hilffsystemen kommen auch psychotherapeutische und akute medikamentöse Hilfe zum Einsatz.

**Von G. Sonneck, N. Kapusta et al.\***

Der Begriff „Krise“ wird im Alltag häufig für verschiedenartige psychische Zustände bis hin zur Beschreibung gesellschaftlicher Geschehnisse gebraucht. Die wissenschaftliche Aufarbeitung in Bezug auf psychische Krisen versteht darunter vor allem Lebenskrisen, deren Auslöser sogenannte Life-Events sind, denen eine besondere subjektive, häufig auch objektiv nachvollziehbare Bedeutung zugeschrieben wird. Dazu zählen traumatische Ereignisse wie Verluste, vitale Bedrohungen aber auch einschneidende Veränderungen in der Lebensführung, die vermehrte Anpassungsleistungen erfordern sowie Trauer- und Angstreaktionen hervorrufen. In diesem Sinn sind Krisen immer als bio-psycho-soziale Reaktionen auf Life-Events zu sehen.

#### **Charakteristika von Lebenskrisen**

(Schnieder-Stein und Till, 1995):

- Das Individuum wird in seiner Situation mit Neuem konfrontiert, kann es jedoch zunächst nicht bewältigen.

- Es entstehen negative Gefühle wie Überforderung.
- Der Vorgang ist zeitlich begrenzt.
- Krisen haben Auswirkungen auf die Zukunft (im positiven oder negativen Sinn).

#### **Gemeinsame Merkmale von Krisen lassen sich wie folgt definieren**

(Sonneck, 2000):

- Krisenanlass
- Subjektive Bedeutung
- Krisenanfälligkeit
- Reaktion der Umwelt
- Krisenverlauf

Krisenintervention zielt auf Unterstützung und Hilfe zur Bewältigung von Krisenzuständen ab. Die ersten wissenschaftlichen Ansätze zur Beschreibung von Kriseninterventions-Techniken entstanden ab den 1960er Jahren (Caplan, 1964, Cullberg, 1978). Im Allgemeinen versteht man unter Krisenintervention alle Formen von psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen und Krankheiten befassen, die einen zeitlich definierbaren Auslöser haben ►►



►► (Häfner, 1974). Krisenintervention wurde anfangs von akutenpsychiatrischen Maßnahmen abgegrenzt; durch zunehmende Professionalisierung und Verbreitung von Kriseninterventionszentren sind jedoch fließende Übergänge zwischen Krisen und akuten psychiatrischen Krankheitsbildern keine Seltenheit mehr (Sonneck, 2000). Kriseninterventions-Techniken gehören somit zum obligatorischen Behandlungsrepertoire von Ärzten und Psychotherapeuten. Paradigmatisch sind die beiden folgenden Krisenkonzepte von Bedeutung, da sie die Entstehung und den Verlauf von Krisen anschaulich beschreiben.

### Traumatische Krise

(Cullberg, 1978)

Plötzliche, meist unvorhergesehene Schicksalsschläge wie Krankheit, Invalidität, Tod eines nahen Angehörigen, Trennung oder Kündigung können zum Krisenanlass werden. Der Verlauf von traumatischen Krisen ist durch eine

erste Schockphase charakterisiert, welche einige Minuten bis etwa 24 Stunden dauern kann, gefolgt von der Reaktionsphase mit affektiven Reaktionen und den Gefahren wie Chronifizierung oder Suizidalität. Bearbeitung und Neuorientierung werden erst nach der Reaktionsphase möglich (siehe Abb. 1).

### Veränderungskrise

(Caplan, 1964)

Konfrontationen mit Veränderungen, die nicht in den Lebensvollzug integriert werden können, führen häufig zum Gefühl des Versagens und in der Regel zu einer Mobilisation innerer und äußerer Ressourcen. Stehen keine Hilfsangebote oder alternative Verhaltensmöglichkeiten zur Bewältigung zur Verfügung, können sich Rückzug, Chronifizierung oder bei völligem Versagen das Vollbild der Krise entwickeln, welches der Reaktionsphase der traumatischen Krise entspricht.

Obschon Krisenkonzepte ursprünglich gänzlich ohne Pathologisierung und Diagnostik auskamen und von Laien wie von professionellen Helfern verwendet werden können, müssen heute verwandte Konzepte aus der psychiatrischen Diagnostik mit einbezogen werden. Ähnlich dem nicht-pathologisierenden Konzept des „Burn-out“, welches im Übrigen etwa zeitgleich mit den Krisenkonzepten in den 1970ern entstand und ein Naheverhältnis zu psychiatrischen Krankheitsbildern wie depressiven Störungen hat, lassen sich gewisse diagnostische Kategorien des ICD-10 mit dem Krisenkonzept in Verbindung bringen.

### Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

(ICD-10: F43.x)

Für diese Kategoriegruppen sind (Traumatischen- und Veränderungskrisen entsprechend) zwei Auslöser als wesentliche diagnostische Kriterien beschrieben:

- Ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft oder
- eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und schließlich eine Anpassungsstörung hervorruft.

Im ICD-10 wird explizit festgehalten, dass weniger schwere psychosoziale Belastungen beziehungsweise Lebensereignisse auch Krankheitswertigen Charakter haben können, für die Diagnostik jedoch ein eindeutiger kausaler Zusammenhang zu einer akuten schweren Belastung oder zu einem kontinuierlichen Trauma nötig ist. Parallelen zum Krisenkonzept werden besonders anhand der drei wichtigsten Diagnosen deutlich.

#### 1) Akute Belastungsreaktion (F43.0)

Darunter versteht man eine vorübergehende Störung von beträchtlichem ►►

#### Typische Krisenverläufe (nach Sonneck, 2000)

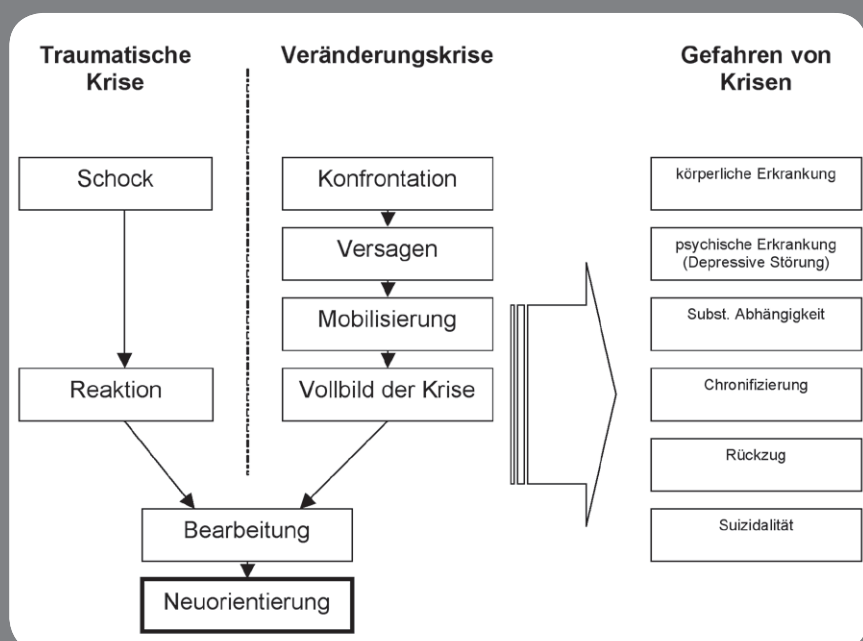


Abb. 1



# EINE SORGE WENIGER

bei co- und multimorbiden Patienten



Seite Fachkzinformation Seite 76



- Schweregrad, die sich bei einem ansonsten (bisher) psychisch Gesunden als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung einstellt und in der Regel innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Der Auslöser muss ein traumatisches Erlebnis (Bedrohung der eigenen Sicherheit oder eines nahe stehenden Menschen) oder eine plötzliche und bedrohliche soziale Veränderung sein. Die akuten Symptome wie Trauer, Angst, Ärger, Verzweiflung oder Überaktivität wechseln häufig ab. Hier ist zu beachten, dass Aggravierungen von bekannten psychischen Erkrankungen (rezidivierende depressive Episoden, Persönlichkeitsstörungen etc.) nicht zu dieser Kategorie gezählt werden.

## 2) Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS (F43.1)

Diese stellt ausschließlich eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis von katastrophenartigem Ausmaß dar (Krieg, Folter, Vergewaltigung, Terroranschlag etc.). Typisch dabei ist das wiederholte Nacherleben der traumatisierenden Situation (Nachhall, Flashbacks) mit entsprechender emotionaler und vegetativer Begleitsymptomatik. Als zeitliches Kriterium gilt, dass die ersten Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis auftreten müssen.

## 3) Anpassungsstörungen (F43.2)

Dabei handelt es sich um Zustände, die soziale Funktionen und Leistungen stören und sich aus einem Lebensereignis oder einer Krankheit innerhalb eines Monats ableiten, jedoch in der Regel nach etwa sechs Monaten abklingen. Hierzu zählen Trauerreaktionen nach Verlusten oder Emigration.

Alle drei Diagnosen haben - ähnlich wie die beschriebenen Krisenkonzepte - als gemeinsames Charakteristikum: einen Auslöser und einen bestimmten zeitlichen Verlauf. Da es sich bei den ICD-10-Diagnosen um Forschungskriterien handelt, sind die so definierten Entitäten eher als theoretische Gruppen als voneinander ge-

trennte Diagnosen mit unterschiedlicher Ätiologie zu sehen. Die Verwendung der ursprünglichen Krisenkonzepte hingegen ermöglicht ein besseres Verständnis für deren Ablauf und die nötige Vorgehensweise in Krisensituationen. Klassische depressive Störungen mit den drei bekannten Hauptsymptomen der depressiven Stimmungslage, Verlust von Interesse/Freude sowie Antriebsstörung sind in ihrer Ätiologie weniger deutlich an Auslöser gebunden und stellen daher nicht primär eine Indikation für Krisenintervention dar. Dennoch können sie als Folge von unverarbeiteten Krisen entstehen und stellen im Zusammenhang mit der Beurteilung der Suizidalität eine wichtige Risikogruppe dar.

## Krisenintervention

(Sonneck, 2000 und Stein, 2010)

In der Regel geht die Mehrzahl der Kriseninterventionen innerhalb eines bestehenden Systems effizient und ohne professionelle Hilfe vor sich. Viele Krisen werden von Familien, Schulklassen, in Betrieben oder Gemeinden - allgemein innerhalb funktionierender sozialer Systeme - reguliert. Dies erklärt auch, weshalb die Reaktion des Umfelds einen charakteristischen Aspekt von Krisen darstellt. Erst wenn Kompensations- und Regulationsmechanismen des nahen Umfelds versagen beziehungsweise fehlen, wird ein erweitertes Umfeld aktiv; dieses besteht meist aus engagierten Laien mit Kriseninterventionsausbildung (Telefonseelsorger, Krisentelefone, Akutdienste, Psychosoziale Notdienste etc.) oder professionellen Helfern wie Allgemeinärzten, Psychiatern, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern.

### 1. Beziehung schaffen

Die wichtigste Voraussetzung für eine effiziente Krisenintervention ist immer eine vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehung. Deshalb beginnt jede Krisenintervention zunächst damit, dass der Arzt (oder Helfer) einen vertrauensvollen Rah-

men schafft, in dem der Patient offen über seine Beschwerden und die auslösende Situation sprechen kann. Erst in diesem Setting kann sich die volle Wirkung einer Krisenintervention entfalten. Zu den allgemeinen Prinzipien der Krisenintervention gehört neben einem raschen Beginn (kein stundenlanges Warten lassen) auch ein aktives Zuhören und Methodenflexibilität, die sich nach den unmittelbaren individuellen Bedürfnissen des Patienten richtet.

### 2. Erfassen der emotionalen Situation

Erst nach der ersten beziehungsstiftenden Phase wird es möglich, auf die emotionale Situation einzugehen beziehungsweise die somatischen Symptome zu untersuchen sowie das eventuelle Ausmaß der psychischen Belastung diagnostisch einordnen zu können. Ebenso lässt sich ein eventuelles Suizidrisiko nur dann verlässlich einschätzen und ein präsuizidales Syndrom feststellen (Ringel, 1969), wenn der Patient vertrauensvoll und offen über mögliche Suizidgedanken oder -pläne mit dem Helfer sprechen kann.

### 3. Krisenanlass verstehen

Krisen aber auch akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen haben einen Auslöser. Es ist wichtig, diesen durch aktives Zuhören und Nachfragen, jedoch nicht nur für diagnostische Zwecke zu verstehen. Patienten fühlen sich in der Regel bereits erleichtert, wenn der Helfer die subjektive Bedeutung eines Auslösers herausarbeitet und zu verstehen versucht. Es wird in dieser Phase auch möglich zu klären, welche anderen Personen von der Krise noch unmittelbar mit betroffen sind (Partner, Freunde, Nachbarn etc.) und eventuell Hilfe benötigen - oder aber auch, wer als Hilfsperson mit einbezogen werden kann. Das Wissen um andere hilfreiche Personen ist für einen späteren Zeitpunkt der Krisenintervention wichtig, wenn es darum gehen wird, nach Lösungen zu suchen. Zunächst jedoch sind vorschnelle Lösungen und Ratschläge zu



vermeiden und in erster Linie an der Beziehung und am Verständnis zu arbeiten.

#### 4. Spezifische Gefahren beachten

Im Rahmen von Kriseninterventionen ist es nötig, auf bestimmte Gefahren zu achten. Während der Schockphase können dissoziative Zustände mit Desorientiertheit oder paradoxe Handlungen auftreten, die mit Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen können, weshalb in einer Schockphase darauf geachtet werden sollte, den Betroffenen nicht allein zu lassen beziehungsweise ihm jemanden bis zum Abklingen beizustellen. In der Reaktions- und Mobilisierungsphase von Krisen können ausgeprägte Affektreaktionen wie Aggressionsdurchbrüche, Panikzustände, Schlafstörungen, Substanzmissbrauch oder suizidales Verhalten stattfinden. In diesen Situationen kann eine akute medikamentöse Unterstützung zum Einsatz kommen, wie sie aus der Notfallpsychiatrie bekannt ist (siehe Tab. 4). In der akuten Krisenintervention kommen Antidepressiva aufgrund der Wirkungslatenz in der Regel nur zur Anwendung, wenn sich auch ein anhaltendes depressives Zustandsbild abzeichnet. Besonders wenn dieser Zustand mit Schlafstörungen einhergeht, können sedierende antidepressive Substanzen wie Trazodon, Mirtazapin oder Mianserin zur Anwendung kommen. Bei der Behandlung mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) und mit den dual wirksamen Antidepressiva aus der Gruppe der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) wie Milnacipran (Ixel®), Venlafaxin (Efectin®), oder Duloxetine (Cymbalta®) kann eine bestehende Agitation in der Initialphase verstärkt werden. Dagegen hilft zum einen eine vorsichtige kleinstmögliche Anfangsdosierung und das rasche Überprüfen der Medikamenteneffekte bei einem kurzfristigen Folgekontakt. Zum anderen ist in dieser Phase eine begleitende Symptombehandlung im Sinn von Sedierung, Anxiolyse und Schlafförderung beispielsweise mit Benzodiazepinen angezeigt.

Bei Kindern und jungen Menschen bis zum 25. Lebensjahr wird vor dem Hintergrund verschiedener Studien ein erhöhtes Suizidrisiko bei der Verabreichung von SSRI's diskutiert, weshalb bei Kindern und Jugendlichen eine antidepressive Therapie in Krisensituationen dem Facharzt vorbehalten bleiben sollte, beziehungsweise bei jungen Erwachsenen besonders auf die beschriebenen Vorgangsweisen geachtet werden soll.

Bei der Auswahl von Medikamenten im Rahmen der Krisenintervention ist generell auf die Halbwertszeit der verabreichten Substanzen zur Symptomtherapie zu achten. Durch ein rasches Abklingen der Wirkung bei nur kurz wirksamen Medikamenten, kann es zu heftigem Wiederauftreten des akuten Zustandsbildes kommen, insbesondere wenn der Auslöser der Krise weiterhin besteht. In diesem Sinn ist beispielsweise in suizidalen Krisen vom Einsatz reiner Einschlafmittel abzuraten.

Weiters ist auf die verordnete Medikamentenmenge (Packungsgröße) zu achten, da bei Vorliegen von Suizidalität die Gefahr besteht, dass Medikamente als Suizidmittel genommen werden. Aufgrund der höheren Kardiotoxizität wird die Verabreichung von trizyklischen Antidepressiva wie Amitriptylin (Saroten®, Tryptizol®) nicht mehr empfohlen (Kasper et al, 2005; 2011). In Krisensituationen sollten daher eher engmaschige Kontrolltermine vereinbart werden und eine entlastende Medikation bis zum nächsten Kontakt mitgegeben werden.

#### 5. Suizidalität klären

Jede Krisenintervention muss auch die Einschätzung der möglichen Suizidalität sowie deren Schweregrad beinhalten. Der sicherste Indikator dafür sind Suizidankündigungen oder indirekte Suizidhinweise. Das Wahrnehmen und Verstehen von solchen Ankündigungen als Notsignal und Ausdruck der inneren Hilflosigkeit sowie

#### Allgemeines Kriseninterventions-Konzept

1. Beziehung schaffen
2. Erfassen der emotionalen Situation
3. Krisenanlass verstehen
4. Spezifische Gefahren beachten
5. Suizidalität klären
6. Einbeziehen von Dritten - Soziale Situation
7. Weiteres Vorgehen besprechen

(nach Sonneck, 2000)

Tab. 1

ein vorurteilsloses Gespräch über die Suizidintendenzen, Suizidpläne und Suizidabsichten stellen per se wichtige suizidpräventive Interventionen dar. (Anmerkung: Der Ausdruck „Selbstmord“ wird heute durch den Begriff „Suizid“ ersetzt. Selbstmord impliziert fälschlicherweise eine strafbare Handlung und erschwert eine vorurteilslose Annäherung an die Motive und Ursachen eines Zustands, welcher zu behandeln und nicht zu bestrafen ist.)

Im Gespräch mit suizidalen Menschen werden Suizidhinweise verbal geäußert oder lassen sich aus dem Verhalten schließen. Warnsignale können sein: das Anhäufen von Medikamenten, die Verfälschung oder Änderung eines Testaments, sozialer Rückzug, Verschenken von wertvollen Gegenständen oder etwa die Beantragung einer Schusswaffe. Scheinbar paradoxe Aufhellung der Stimmungslage bei weiterhin bestehendem Krisenanlass sollte immer auch an einen feststehenden Suizidplan denken lassen. Menschen, die den Entschluss gefasst haben, Suizid zu begehen, können sich durch den Gedanken, im Suizid einen ‚Ausweg‘ aus der Situation gefunden zu haben, entlastet fühlen. Gegenübertragungsgefühle, also emotionale Reaktionen, die beim Helfer ausgelöst werden, wie Angst, Sorge, Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht aber auch Wut sind ebenso wichtige Hinweise, die an eine suizidale Einengung des Pati- ►►



▶▶ enten denken lassen sollten. Nicht selten stellen diese Reaktionen eine Antwort des Helfers auf Patienten dar, bei denen der Eindruck entsteht, dass ihnen „nicht mehr geholfen werden kann“.

Eine wichtige Regel der Suizidprävention ist, einen Patienten danach zu fragen, wenn man den Eindruck hat, dass er über Suizid nachdenkt. Dies gelingt am leichtesten, wenn offene Fragen nach der Befindlichkeit und Zukunftsperspektive im Laufe des Gesprächs in direkten Fragen

nach Gefühlen von Hoffnungslosigkeit, Lebensüberdross und Suizidgedanken übergehen (Tab. 2).

Die Angst, durch das Reden über Suizid einen solchen erst recht zu fördern, ist unberechtigt; meist ist das Gegenteil der Fall: Der Patient fühlt sich erleichtert, oft trifft dies auch für die Helfer zu.

Das ‚Präsuizidale Syndrom‘ (Ringel, 1953) ist eine Summe von Symptomen, die einem Suizidakt vorangehen und sich

deshalb zur Früherkennung der suizidalen Gefahr eignen. Die Triade der Suizideinschätzung besteht aus der Einengung, gehemmter Aggression und Suizidgedanken („EgAS“). Die suizidale Entwicklung lässt sich außerdem in einem Kontinuum zwischen Erwägung, Abwägung und Entschluss erfassen, im Sinn eines „Es wäre möglich.“ - „Soll ich oder soll ich nicht?“ - „Ich werde es tun.“. Gerade die Phase der abwägenden Ambivalenz ist häufig mit einem starken Leidensdruck verbunden, in der Suizidhinweise und Suizidankündigungen gemacht werden.

Zur Einschätzung des Schweregrades der Suizidalität ist es wichtig, die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe abzuklären sowie eine allfällige Krisenentwicklung zu berücksichtigen. Neben den Risikofaktoren haben auch Personen mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte ein erhöhtes Risiko, tatsächlich an einem Suizid zu versterben (Tab. 3). Schwere suizidale Krisen bedürfen einer erfahrenen Versorgung in einer psychiatrischen Behandlungseinrichtung oder Kriseninterventions-Stelle. Zu diesem Zweck erweist es sich als sinnvoll, eine entsprechende telefonische Notrufnummer griffbereit zu haben. Es liegt letztlich im Ermessen und in der Verantwortung des erfahrenen Psychiaters, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich ist oder eine Unterbringung eingeleitet werden muss.

Wenn aus einem Gespräch deutlich wird, dass Suizidgedanken im Stadium der Erwägung vorhanden sind und eine tragfähige Beziehung zum Patienten herstellbar ist, genügt oft neben empathischer Anteilnahme eine Vernetzung mit einem Facharzt und/oder Psychotherapeuten.

Prinzipiell gilt immer, je konkreter die Suizidideen, je genauer die Pläne der Suizidhandlung und je näher der Tag des geplanten Suizids, desto dringender ist eine (psychiatrische) Akutversorgung. Dies gilt besonders für sich aufdrängende zwangsähnliche Suizidgedanken mit Impulscharakter, wie sie bei Menschen mit wahnhaften

### Mögliche Fragen nach Suizidgedanken und Plänen

- Haben Sie in dieser belastenden Situation daran gedacht nicht mehr leben zu wollen?
- Denken Sie über den eigenen Tod nach?
- Denken Sie daran sich das Leben zu nehmen?
- Ich kann verstehen, dass Sie in einer sehr schwierigen Situation sind; muss ich mir Sorgen machen, dass Sie sich selbst etwas antun könnten?
- Haben Sie Suizidgedanken?
- Drängen sich diese Gedanken auf?
- Woran denken Sie da genau, haben Sie einen Plan?
- Wie würden Sie es machen? Wann?
- Ist die Waffe versperrt? Wer hat den Schlüssel?
- Haben Sie Medikamente gesammelt?

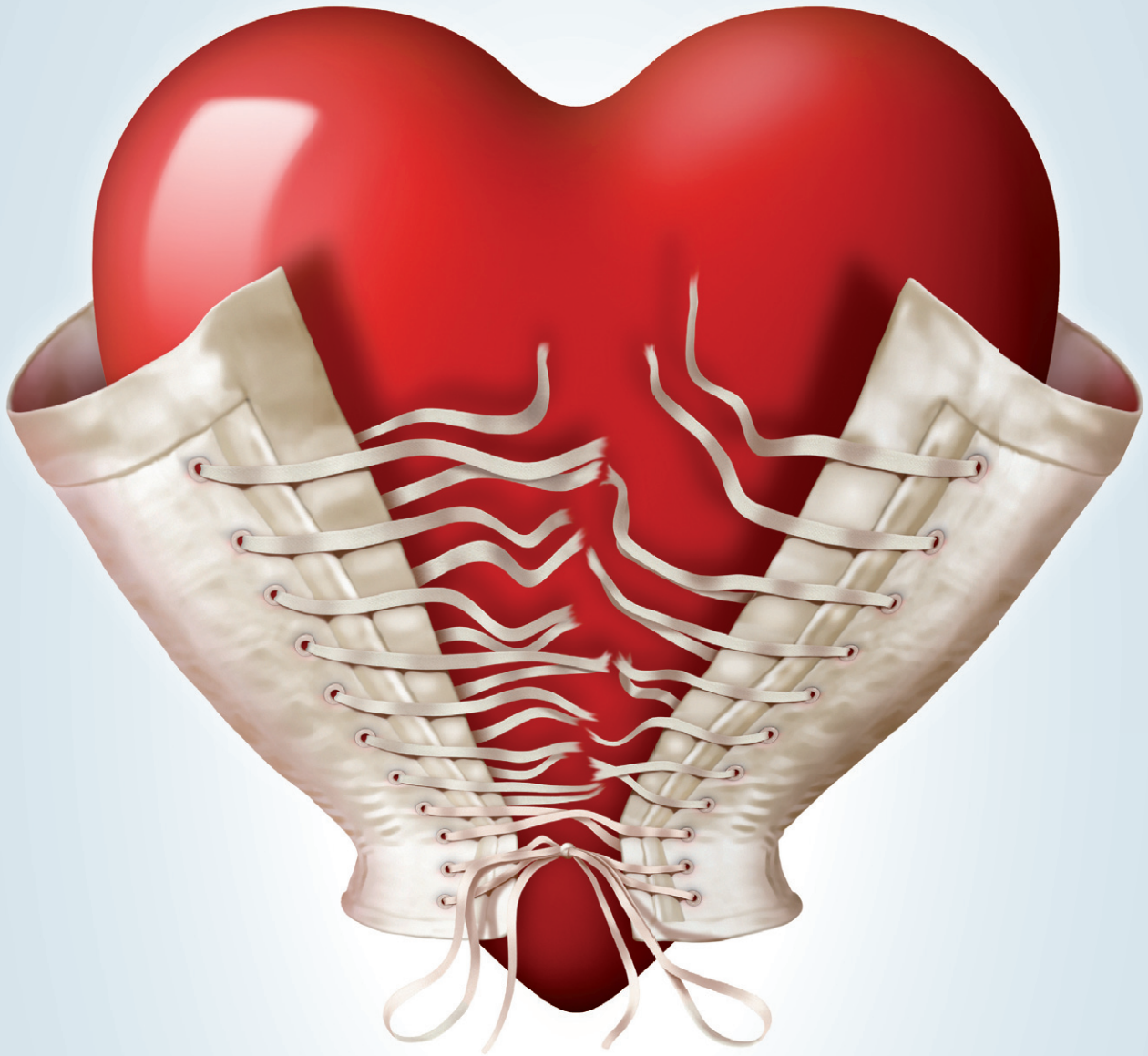
Tab. 2

### Einschätzung der Suizidalität (Sonneck, 2000)

Risikogruppen	Krisenverlauf	Suizidale Entwicklung	Präsuizidales Syndrom
Personen mit Suizidankündigung	Traumatische oder Veränderungskrise	Erwägung	Einengung
Personen nach Suizidversuch		Abwägung	- situativ
Depressive	„Life Events“	Entschluss	- dynamisch
Alte und Vereinsamte			- affektiv
körperlich schwer Kranke			- zwischenmenschlich
Substanzabhängige			Wertwelt
			gehemmte Aggression (Feindseligkeit)
			Suizidgedanken

Tab. 3

# Neue Freiheit.

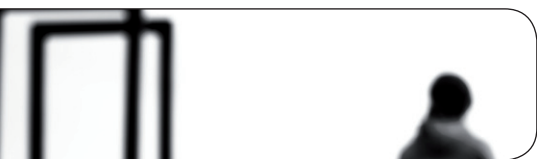


**Ranexa<sup>®</sup> durchbricht  
den Teufelskreis der Ischämie.<sup>1</sup>**

**Ranexa<sup>®</sup>**  
Ranolazin







» oder paranoid-psychotischen Störungen oder Impulskontrollstörungen vorkommen. Bei alten Menschen trifft man gelegentlich auf wahnhaftige Störungen im Rahmen von depressiven Episoden, bei denen die Patienten von der Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit der Situation unbeirrbar überzeugt sind und nur noch den Suizid als einzige Lösung begreifen. In solchen Fällen ist es meist nötig, den Patienten unter Aufsicht an eine psychiatrische Ambulanz zu überweisen. Ähnliches gilt für Situationen, in denen der Patient zu keiner Kooperation bereit ist (nicht „paktfähig“ ist) oder Antworten zur Suizidalität verweigert.

Bronisch (2000) beschreibt häufige Faktoren, die im Rahmen eines Gesprächs die Einschätzung der akuten Suizidalität ermöglichen. Einen wichtigen Aspekt stellt dabei die Beurteilung der Tragfähigkeit der

Arzt-Patienten-Beziehung dar. Distanzierte, auffallend ruhige, „abwesend“ wirkende Patienten sollten uns immer an mögliche Suizidalität denken lassen. Akute Situationen erfordern klares Handeln zum Schutz des Patienten. Dazu zählt die Reduktion der Gefahr durch Elimination potentieller Suizidmittel wie Messer, Schusswaffen und in institutionellen Situationen auch Schnüre, Gürtel, etc. Diesbezügliche Untersuchungen belegen, dass Suizidmethoden nicht einfach durch andere substituiert werden.

#### 6. Einbeziehen von Dritten - Soziale Situation

Krisenintervention erfordert in der Regel die Kooperation mit mehreren Personen. Nach Möglichkeit sollten bestehende vertraute Hilffsysteme des Patienten reaktiviert und einbezogen werden. Dazu zählt die aktive Kontaktaufnahme mit Angehörigen,

Freunden oder Nachbarn, die überbrückend individuelle Hilfe leisten können (Übernachtung, finanzielle Unterstützung, Transport, Erledigung von Besorgungen). Je nach Notwendigkeit oder bestehendem sozialem Netz, können auch andere professionelle Hilfsangebote (Sozialhilforganisationen, Vereine, Selbsthilfegruppen, Notschlafstellen, etc.) vermittelt werden.

#### 7. Weiteres Vorgehen besprechen

Am Ende einer Krisenintervention sollte das weitere Setting mit dem Patienten geklärt werden. Fragen wie Anzahl der Kontakte, in welchen Intervallen sie stattfinden und ob andere Personen eventuell hinzukommen könnten, sollten nicht offen gelassen werden. Sollte sich herausstellen, dass eine Psychotherapie indiziert ist, können auch entsprechende Vereinbarungen bezüglich Kontaktaufnahme mit Psychotherapeuten oder Fachärzten vorgenommen werden. Krisenintervention kann dann auch als Überbrückung fungieren, bis entsprechende Termine feststehen.

Wartezeiten bei Fachärzten für Psychiatrie von bis zu drei Monaten sind keine Seltenheit, bei kassenfinanzierter Psychotherapie häufig auch bis zu sechs Monaten. Üblicherweise sollten Kriseninterventionen nach wenigen Kontakten beendet sein. Bis dahin sollte darauf geachtet werden, dass der Prozess der Lösungssuche unterstützt wird und sich individuell an den Bedürfnissen des Patienten orientiert. Etwaige Rückfälle und Rückschläge im Prozess sollten antizipiert werden und mit dem Patienten Verhaltensweisen erarbeitet werden die in künftigen Krisen hilfreich sein könnten (nächtliche Notdienste, Notrufnummern).

Nicht selten ist im Anschluss an eine Krisenintervention auch eine weitere psychotherapeutische oder psychiatrische Betreuung etwa bei Vorliegen einer Erkrankung sinnvoll beziehungsweise indiziert. Dies sollte dem Patienten vermittelt werden und sich nach den realistischen

### Medikamente, die in akuten Krisen zur Symptombehandlung zur Anwendung kommen können

Wirkstoff	Handelsname	Dosis	Halbwertszeit (h)
<b>Schlafstörungen</b>			
Trazodon	Trittico	25-150mg	9h
Mirtazapin	Mirtabene	15-30mg	20-40h
Quetiapin	Seroquel	25-100mg	12-20h
Oxazepam	Praxiten, Anxiolit	15-30mg	6-12h
Lorazepam	Temesta, Temesta Expidet (Schmelztablette)	1-2,5mg	11-18h
<b>Einschlafstörung</b>			
Zolpidem	Zoldem, Ivadal	10mg	2-4h
<b>Aggressivität, Anspannung, Agitation</b>			
Olanzapin	Zyprexa, Zyprexa Velotab (Schmelztablette)	2,5-10mg	20-50h
Quetiapin	Seroquel	25-100mg	12-20h
Oxazepam	Praxiten, Anxiolit	15-30mg	6-12h
Lorazepam	Temesta, Temesta Expidet (Schmelztablette)	1-2,5mg	11-18h
Diazepam	Valium, Gewacalm	10-20mg	24-48h
<b>Angstreaktionen, Panikattacken</b>			
Alprazolam	Xanor	0,5-2mg	12-15h
Oxazepam	Praxiten, Anxiolit	15-30mg	6-12h
Lorazepam	Temesta, Temesta Expidet (Schmelztablette)	1-2,5mg	11-18h
Diazepam	Valium, Gewacalm	10-20mg	24-48h

Tab. 4

Möglichkeiten richten. Eigenmotivation ist schließlich eine wesentliche Voraussetzung für eine weiterführende Psychotherapie.

Suizidalität stellt mit Einschränkungen auch eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung dar. Die Wirksamkeit von psychodynamischen (Übertragungsfokussierte Psychotherapie, Mentalization Based Treatment) und verhaltenstherapeutischen Methoden (Dialektisch-Behaviorale Therapie, Schema-fokussierte Therapie) ist besonders bei chronischer Suizidalität und Selbstverletzungen wissenschaftlich gut belegt. Es wird empfohlen - falls bei suizidalen Kindern und Jugendlichen Antidepressiva verschrieben werden - auch eine begleitende Psychotherapie einzuleiten oder unter stationären Bedingungen zu behandeln.

## Zusammenfassung

Krisenintervention ist eine Methodenpluralistische Vorgehensweise, die bei psychosozial ausgelösten Krisen und psychischen Erkrankungen Anwendung findet. Der wichtigste Aspekt der Krisenintervention ist die Arbeit an einer tragfähigen Beziehung zum Patienten, die sich vorwiegend durch aktives Zuhören und Erfassen der Situation bewerkstelligen lässt. Orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Nöten der betroffenen Person kommt neben der lösungsorientierten Einbeziehung von Hilffsystemen auch psychotherapeutische und akute medikamentöse Hilfe zum Einsatz. Da in Krisensituationen häufig Suizidalität auftritt, muss diese in jeder Krisenintervention offen angesprochen werden können. Eine tragfähige Beziehung ermöglicht eine entsprechende Beurteilung des Schweregrades der Suizidalität, die über die weitere Vorgehensweise entscheidet. Da Krisenintervention nach wenigen Kontakten endet, werden diese gegebenenfalls auch für die Organisation und Vereinbarung weiterer Hilfestellungen genutzt (Abb. 2). ◀◀

### Interventionen bei Patienten mit Suizidgedanken

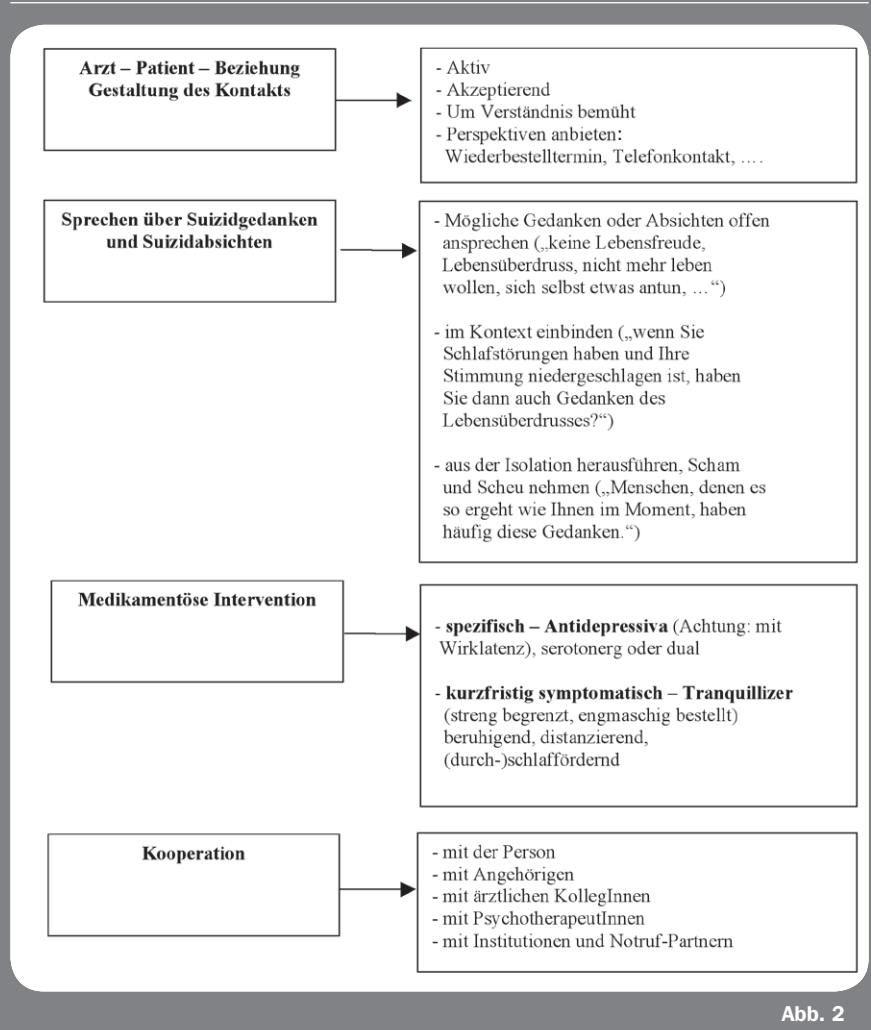


Abb. 2

#### Literatur bei den Verfassern

\*) o. **Univ. Prof. Dr. Gernot Sonneck**,  
Institut für Medizinische Psychologie/  
Zentrum für Public Health, Medizinische  
Universität Wien; Tel. 01/42 77 65 601;  
E-Mail: [gernot.sonneck@meduniwien.ac.at](mailto:gernot.sonneck@meduniwien.ac.at),

**Dr. Nestor Kapusta**, Universitätsklinik  
für Psychoanalyse und Psychotherapie/  
Medizinische Universität Wien;

**Dr. Thomas Kapitany**,  
Kriseninterventionszentrum Wien

#### Herausgeber

Österreichische Gesellschaft für  
Psychiatrie und Psychotherapie

#### Lecture Board:

**Univ. Prof. Dr. Christian Haring**,  
Psychiatrisches Krankenhaus des  
Landes Tirol, Hall in Tirol

**Univ. Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer**  
Furtbachkrankenhaus, Klinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart

**Univ. Prof. Dr. Michael Musalek**  
Anton Proksch-Institut, Wien





9.00 Uhr  
Squash mit  
Bernie

11.00 Uhr  
Statistik-  
Prüfung

14.00 Uhr  
Frisbee spielen  
im Stadtpark

17.00 Uhr  
Bandprobe

22.00 Uhr  
DJ-Session  
im Club

24.00 Uhr  
Übernachten  
bei Susi

STEFAN, 26 Jahre, Mathematik-Student, Sportler, Schlagzeuger, DJ und sehr verliebt!

# Voll im Leben! Trotz Migräne.

Mit der längsten Halbwertszeit aller Triptane  
- 26 Stunden<sup>1</sup> - wirkt Eumitan<sup>®</sup> besonders lange  
gegen Migräne und schützt zuverlässig vor ihrer Wiederkehr<sup>2</sup>.  
Damit Ihre Patienten voll im Leben stehen können!



1) siehe Fachinformation  
2) Géraud G, et al., Migraine headache recurrence : relationship to clinical, pharmacological,  
and pharmacokinetic properties of triptans. Headache 2003;43:376-388