



Otto Hofer-Moser / Gerhard Hintenberger /  
Melitta Schwarzmann / Rita De Dominicis /  
Franz Brunner

# Krisenintervention kompakt

Theoretische Modelle, praxisbezogene Konzepte  
und konkrete Interventionsstrategien

V&R

Otto Hofer-Moser/Gerhard Hintenberger/Melitta Schwarzmann/Rita De Dominicis/Franz Brunner:  
Krisenintervention kompakt



© 2020, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen  
ISBN Print: 9783525408513 — ISBN E-Book: 9783647408514

Otto Hofer-Moser/Gerhard Hintenberger/Melitta Schwarzmann/Rita De Dominicis/Franz Brunner:  
Krisenintervention kompakt

Otto Hofer-Moser/Gerhard Hintenberger/Melitta Schwarzmann/Rita De Dominicis/Franz Brunner:  
Krisenintervention kompakt

Otto Hofer-Moser/Gerhard Hintenberger/  
Melitta Schwarzmann/Rita De Dominicis/  
Franz Brunner

# **Krisenintervention kompakt**

Theoretische Modelle, praxisbezogene Konzepte  
und konkrete Interventionsstrategien

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind  
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2020, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,  
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen  
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich  
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen  
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Sergey Nivens/shutterstock.com

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

**Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | [www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com](http://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com)**

ISBN 978-3-647-40851-4

# Inhalt

<b>1 Vorbemerkung</b> .....	9
<b>2 Allgemeines Krisenverständnis</b> .....	13
2.1 Systemtheoretische Modelle .....	13
2.2 Einteilungskriterien .....	15
2.3 Krisenaspekte .....	21
2.4 Allgemeine Prinzipien der Krisenintervention .....	21
<b>3 Konkrete Interventionsmaßnahmen bei Krisen</b> .....	27
3.1 Leitlinien für ein Kriseninterventionserstgespräch	27
3.1.1 Aktive Kontakt- und Beziehungsarbeit, emotionale Beruhigung .....	28
3.1.2 Problem-, Situations- und Ressourcenanalyse	31
3.1.3 Problembearbeitung .....	33
3.1.4 Abschätzung des Gefährdungspotenzials .....	38
3.1.5 Behandlungskontrakt .....	39
3.2 Die Folgegespräche .....	40
3.3 Weitere Kriseninterventionstechniken .....	44
3.3.1 Techniken der inneren Distanzierung .....	45
3.3.2 Techniken der inneren Stütze .....	48
3.3.3 Techniken zur Verankerung von Realität .....	49
3.4 Der Abschluss .....	50
<b>4 Suizidalität</b> .....	53
4.1 Allgemeine Aspekte .....	55
4.1.1 Epidemiologie .....	55
4.1.2 Risikogruppen .....	56

4.2	Professionelle Strategien im Umgang mit suizidalen Menschen .....	58
4.2.1	Abschätzung des Suizidrisikos .....	58
4.2.2	Fragen an latent suizidale Patientinnen .....	62
4.2.3	Fragen an manifest suizidale Patientinnen .....	63
4.2.4	Die stationäre Aufnahme .....	68
4.3	Chronische Suizidalität .....	71
5	<b>Einführung in die Akut-Psychotraumatologie .....</b>	<b>73</b>
5.1	Neurobiologie des Traumas .....	73
5.2	Dynamisches Verlaufsmo­dell psychischer Traumatisierung .....	74
5.2.1	Schockphase .....	75
5.2.2	Einwirkphase .....	77
5.2.3	Erholungsphase .....	78
5.2.4	Traumatischer Prozess .....	79
5.3	Konsequenzen für Interventionsstrategien .....	80
5.3.1	Sicherheit schaffen .....	81
5.3.2	Stabilisieren .....	82
5.2.3	Traumabearbeitung und Integration .....	85
6	<b>Notfall- und Krisenintervention bei psychiatrischen Störungsbildern .....</b>	<b>87</b>
6.1	Allgemeiner Überblick .....	87
6.2	Die akute schizophrene Störung .....	89
7	<b>Krisenentwicklungen mit dem Symptom »Panik­an­fä­lle« .....</b>	<b>93</b>
7.1	Symptome .....	93
7.2	Panik­an­fä­lle in Krisensituationen .....	95
7.3	Das Hyperventilationssyndrom .....	98

<b>8 Überwältigende Trauer</b> .....	103
8.1 Trauerbegleitung und Trauertherapie .....	104
8.2 Neue Ansätze in der psychotherapeutischen Trauerbegleitung und Trauertherapie .....	106
8.3 Dynamisches Verlaufsmodell der Verlustbewältigung .....	110
8.4 Voraussetzungen für Trauerbegleitung .....	113
<b>9 Krisenberatung online</b> .....	115
<b>10 Selbstfürsorge und Psychohygiene</b> .....	121
<b>Literatur</b> .....	127
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	135



Otto Hofer-Moser/Gerhard Hintenberger/Melitta Schwarzmann/Rita De Dominicis/Franz Brunner:  
Krisenintervention kompakt

# 1 Vorbemerkung

Krisenhafte Entwicklungen im Leben sind zunächst einmal kein pathologisches Anzeichen, sondern häufig eine normale Reaktion auf Situationen der Überforderung. Als solche können krisenhafte Zuspitzungen auch in laufenden psychotherapeutischen Behandlungen, während einer Beratung oder in der ärztlichen Praxis mehr oder weniger überraschend auftreten. Ausreichende Kenntnisse, Kompetenzen und Fertigkeiten zur Durchführung biopsychosozialer Kriseninterventionen gehören demgemäß zur Basisausbildung von verschiedenen Berufsgruppen.

Der professionelle Umgang mit Menschen in Krisen bedeutet für alle davon betroffenen Berufsgruppen eine große Herausforderung und er ist nicht selten von erheblichen Versagensängsten begleitet. Dementsprechend groß ist in solchen, zum Teil zutiefst verunsichernden Situationen das Bedürfnis nach klaren Richtlinien, um nur ja keinen Fehler zu begehen. Diesem sehr verständlichen Bedürfnis kann aber aus zwei Gründen nur bedingt entsprochen werden:

Zum einen gibt es keine einheitlichen, wissenschaftlich begründeten Konzepte darüber, wie man Krisen verbindlich definieren und kategorisieren kann, noch darüber, wie die *richtige* Vorgangsweise im Umgang mit ihnen auszusehen hat (Ortiz-Müller, 2010). In dieser wissenschaftlichen Unschärfe spiegelt sich vor allem die Tatsache, dass es sich gerade bei der Thematik Krise um ein höchst individuell ablaufendes, komplex-dynamisches Geschehen handelt. Dies betrifft sowohl die jeweilige Phänomenologie als auch die Frage, was sich für Betroffene als hilfreich erweist, um wieder ausreichend Boden unter die Füße zu bekommen. Die sehr differierenden Verlaufsgestalten von Krisen ergeben sich durch unterschiedliche

- Krisenanlässe und Krisenauslöser,
- familiär-kulturell biografische Hintergründe,
- Robustheit und Vulnerabilität der Betroffenen sowie
- aktuelle Lebens- und Ressourcenlagen.

Zum anderen geht es darum, als professionelle Helferin in einem persönlichen Reifungsprozess zu begreifen, zu akzeptieren und auszuhalten, dass der Umgang mit Menschen in Krisen fast immer eine große Verunsicherung auch auf Seite der Helferinnen mit sich bringt und die Grenzen des Helfenkönnens im Prozessverlauf oft ganz drastisch aufgezeigt werden.

Als Autorinnen und Autoren des vorliegenden Buches unterrichten wir alle im universitären und außeruniversitären Bereich das Fach »Krisenintervention im Kontext psychosozialer Berufsfelder«. Beim Austausch unserer Skripte und unseres Seminar designs wurde uns schnell klar, wie ähnlich unsere theoretischen Bezüge und unsere praktischen Herangehensweisen sind. So entstand die Idee, ein gemeinsames Buch zu gestalten. Wir blicken nicht nur in der Lehre, sondern auch in der Praxis auf einen langjährigen Erfahrungsschatz zurück, den wir gerne teilen und weitergeben möchten.

Im Dialog mit Sandra Englisch von Vandenhoeck & Ruprecht einigten wir uns auf eine sehr kompakte und praxisorientierte Darstellung dieses Themas. So entstand: »Krisenintervention kompakt. Theoretische Modelle, praxisbezogene Konzepte und konkrete Interventionsstrategien«. Für die konstruktive und wertschätzende Lektoratsarbeit möchten wir uns an dieser Stelle noch sehr herzlich bei Imke Heuer bedanken.

Dieses Buch ist durch folgende Schwerpunktsetzungen gekennzeichnet:

- *Essentials*: Die wichtigsten theoretischen Hintergründe und Interventionsstrategien werden auf einen Blick sichtbar. Das Buch ist für Praktikerinnen und Praktiker geschrieben, die in konkreten Situationen Orientierung suchen. Es ist aber auch für Personen im Ausbildungskontext als Überblickswerk konzipiert, das Kernwissen vermittelt und Einblicke in die Praxis der Krisenintervention gewährt.

- *Schulenübergreifend*: In der Krisenintervention wurde immer schon schulenübergreifend gearbeitet. Ein aktuelles Krisengeschehen verweist sehr rasch auf existenzielle Dimensionen menschlichen Daseins. Es scheint so, dass dadurch ideologische und schulenspezifische Betrachtungsweisen eine geringere Rolle als sonst üblich spielen. Auch wir verstehen uns in einer Tradition, in der das Verbindend-integrative vor das Trennende gestellt wird.
- *Interdisziplinär*: Psychosoziale Krisenintervention wird von mehreren Berufsgruppen durchgeführt. Psychotherapeuten, Ärztinnen, Psychologinnen, Sozialarbeiter, Beraterinnen etc. sind innerhalb ihres Berufsfeldes immer wieder mit krisenhaften Situationen und Verläufen konfrontiert und müssen schnelle, situationsadäquate Antworten darauf finden. Dieses Buch ist so konzipiert, dass die genannten Berufsgruppen die aufbereitete Theorie und Praxis rasch in ihren jeweiligen Alltag integrieren können.
- *Didaktik*: Uns war es beim Schreiben ein besonderes Anliegen, dass die Leserinnen die Inhalte den eigenen Anforderungen entsprechend und besonders anwenderfreundlich nutzen können. Durch optische Hervorhebungen sind folgende Schwerpunkte schnell zu erfassen:

**BEACHTE:** An diesen Stellen finden Professionelle wichtige ergänzende Hinweise für ihre praktische Arbeit.



### **Auf einen Blick**

In dieser Rubrik sind wichtige Inhalte extra gekennzeichnet.



### **Praxistipp**

Hier werden bewährte Interventionsstrategien vorgestellt.

### **Praxisbeispiel**

Entlang konkreter Beispiele lassen sich theoretische Ausführungen besonders gut nachvollziehen.



### **Take-Home-Message**

Am Ende eines Kapitels werden die wichtigsten Kernbotschaften nochmals zusammengefasst.

Wir verwenden im Text in zufälliger Folge die männliche und weibliche Form. Im Sinne der gendersensiblen Sprache mögen sich bitte alle mitgemeint fühlen. Um den Lesefluss nicht zu unterbrechen, werden nicht ständig alle jeweils gemeinten Berufsgruppen aufgezählt. Auch hier wird in zufälliger Folge von Ärzten, Psychotherapeutinnen, Psychologinnen, Beratern und Sozialarbeiterinnen die Rede sein.

## 2 Allgemeines Krisenverständnis

In diesem Abschnitt werden aus einer metatheoretischen Perspektive ein allgemeines Verständnis von Krisen, Kenntnisse zu Krisenverläufen und deren Dynamiken, hilfreiche Grundhaltungen sowie allgemeine Behandlungsleitlinien vermittelt. Diese theoretischen Perspektiven dienen als Grundlage für konkrete, alltagspraktische Interventionsstrategien.

### 2.1 Systemtheoretische Modelle

Was ist eine Krise?

Krisen sind der Ausdruck einer Labilisierung eines Systems (Person, Gruppe, Institution), die von den vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten (wie z. B. Coping-Strategien, Ressourcen, kreativen Gestaltungspotenzialen, Resilienzen) nicht aufgefangen werden können und dadurch zu einer Gefährdung des Weiterbestandes dieses Systems führen (Petzold, 1975). Wenn akute lebensverändernde Ereignisse eingespielte Regeln und Normen außer Kraft setzen und dadurch massive Ängste vor dem Verlust von Alltagsnormalitäten hervorrufen (Keupp, 2010), kommt es in unterschiedlichem Ausmaß zu einer Erschütterung des Selbst- und des Weltverständnisses. In Krisen manifestieren sich daher Entfremdungsphänomene gegenüber der eigenen Person oder anderen Menschen. Habituelle Bewältigungsstrategien greifen nicht mehr (ausreichend), das Identitätsgefühl wird brüchig: »So kenne ich mich gar nicht«, »So kenne ich meine Mitmenschen gar nicht«.

## Dynamisch-zeitliche Verlaufsgestalten einer Krise

Krisen werden durch äußere oder innere Ereignisse in Gestalt einer Konfrontation mit unausweichlichen Veränderungen ausgelöst und aktivieren gewohnheitsmäßige und aktuell zur Verfügung stehende Bewältigungsstrategien. Greifen diese nicht bzw. nicht ausreichend, dann kommt es zu einer Labilisierung, gefolgt von emotionalen Turbulenzen, wachsenden Unsicherheiten, Irritationen sowie Gefühlen des Überfordert- bis Ausgeliefertseins. Bleibt das Erleben existenzieller Bedrohung längere Zeit bestehen, spitzt sich das Krisengeschehen bis zu einem Höhe- oder Wendepunkt zu (»Krisis«).

Wenn Bewältigungsversuche durch

- Entlastung,
- das Heranführen von Ressourcen,
- die Aktivierung protektiver Faktoren sowie durch
- das Herstellen eines positiven Zukunftshorizonts mit persönlich bedeutsamen Zielen

zu Problemlösungen führen und Neuorientierungen möglich werden, kann im Durchlaufen einer Krise ein Identitäts- und Resilienzgewinn erfolgen (Petzold, 2003). Dieser Prozess verläuft oft in mehreren Durchgängen, also nicht so sehr in definierten aufeinanderfolgenden Phasen als vielmehr zirkulär und spiralförmig in Schleifen, wobei er zwischen Phasen hoher Instabilität und innerem Chaos und solchen relativer Stabilität hin und her pendeln kann. Bei misslingenden Bewältigungsversuchen besteht die Gefahr einer Chronifizierung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien, die Gefahr einer malignen regressiven Dekompensation bis hin zum resignativen Suizid, aber auch die Gefahr einer überschießenden Dekompensation bis hin zu spontanen reaktiven Suizidimpulsen bzw. zu Gewalthandlungen. Die individuellen Verläufe unterscheiden sich in der Regel sehr stark voneinander. Einen *richtigen* Verlauf, auch unter therapeutischer Begleitung, gibt es also nicht (Gahleitner, Scheuermann u. Ortiz-Müller, 2012).



### **Auf einen Blick**

Ziel einer Krisenintervention ist es, den Betroffenen zu helfen, möglichst rasch wieder eine ausreichende Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen und mögliche oder wahrscheinliche negative Folgeerscheinungen von Krisen zu verhindern. Krisenintervention ist primär also nicht auf grundsätzliche strukturelle Veränderung ausgerichtet, sondern in erster Linie Hilfe zur Selbsthilfe (Sonneck, Kapusta, Tomandl u. Voracek, 2012).

## **2.2 Einteilungskriterien**

Krisenverläufe können entlang unterschiedlicher Kriterien spezifiziert werden:

- zeitliche Verlaufsgestalt (plötzlich einsetzend, langsam, in Schüben sich zuspitzend etc.)
- Intensität der seelischen Erschütterung (Trauerreaktionen, unterschiedliche Ausprägungen dissoziativer Schockphänomene etc.)
- Krisenanlässe, die den krisenauslösenden äußeren Kontext ebenso umfassen wie das dadurch bewirkte innere subjektive Erleben, Bewerten und Verarbeiten.

Auch aufgrund unterschiedlicher therapeutischer Konsequenzen für die Krisenintervention ist es zunächst einmal sinnvoll, unter Verwendung der ersten beiden Kriterien, ein Kontinuum zwischen den Polen traumatische Krise einerseits und den sogenannten Entwicklungskrisen andererseits aufzuspannen. Zu letzteren werden beispielsweise die Adoleszentenkrise, Elternschaft, Midlife-Crisis etc. gezählt, bei denen äußere Krisenanlässe in erster Linie ein Reifungsdefizit oder eine Stagnation in der individuellen Entwicklung aktualisieren, während bei einer akuten Traumatisierung der äußere Anlass nahezu bei jedem Menschen eine ausgeprägte seelische Erschütterung mit entsprechender Symptomatik hervorrufen



würde. Krisen können also unter diesen Aspekten ganz plötzlich und massiv auftreten, sich relativ rasch entwickeln und in einem Vollbild kumulieren. Sie können sich aber auch chronisch schleichend, fast unbemerkt entwickeln. Erwähnt sei hier noch, dass Stein (2015) den Begriff der traumatischen Krise nicht mehr verwendet. Er spricht stattdessen ausschließlich von akuten Traumatisierungen. Im Sinne der angeführten allgemeinen Modelle und Definitionen kann ein akutes Trauma unserer Meinung nach jedoch auch als die Extremvariante einer Krise angesehen werden.

### Verlustkrisen

Die sogenannten Verlustkrisen können in ihren Ausprägungen, je nach Anlass und Krisenhintergrund, die gesamte gerade beschriebene Bandbreite an Symptomatik aufweisen. Dies reicht von hochtraumatisch (beispielsweise beim Unfalltod eines Kindes) bis hin zu einem ganz natürlichen Trauerprozess, wenn z. B. betagte oder vielleicht auch chronisch kranke Eltern mehr oder weniger vorhersehbar sterben. Neben dieser archetypischen Verlustkrise (Tod eines Nahestehenden) ist es möglich, dass eine Verlustkrise im Kontext von Trennungen, Arbeitsplatzverlust, erzwungenen Umzügen und Flucht, aber auch im Kontext des Verlustes körperlicher Unversehrtheit nach Unfällen oder des Verlustes der Gesundheit bei schwerwiegenden Erkrankungen auftritt. Zu beachten sind auch Krisen, die sich bei Werteverlusten (z. B. als spirituelle Krise) manifestieren.

Für all diese unterschiedlichen Formen und Ausprägungen von Verlustkrisen greift Stein (2015) unter Bezugnahme auf Cullberg (1978) auf ein Phasenmodell mit Schockphase, Reaktions-, Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase zurück. Diese Kategorisierung ist weitgehend ident mit dem Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung nach Fischer und Riedesser (2009), wobei die Reaktionsphase der Einwirkphase und die Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase der Erholungsphase entsprechen. Dass solche Phasenmodelle im heutigen Verständnis nur mehr eine orientierende, heuristische bzw. eine didaktische Funktion zukommt, wurde schon erwähnt.

## Krisen bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

Die Bezeichnung narzisstische Krise beschreibt weniger Phänomene im üblichen Krisenverständnis als vielmehr jene auf dem Hintergrund einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung. Bereits durch geringfügige Anlässe können schwere Irritationen eines brüchigen Selbstwertes ausgelöst werden, die oft mit einem erheblichen bis massiven fremd- und autoaggressiven Gewaltpotenzial einhergehen. Diese Krisenform bedarf daher eines störungsspezifischen Therapiesettings (siehe auch Stein, 2015), wenn sie im Verlauf eines therapeutischen Prozesses auftritt, und Maßnahmen der Notfallpsychologie, sollten Mitglieder eines Kriseninterventionsteams zu einer solchen Gewalteskalation vor Ort gerufen werden (zum Umgang mit gewalttätigen Patienten siehe auch Rupp, 2010b).

Ähnliches wie für die narzisstische Krise gilt für habituelle krisenhafte Phänomene, wie sie auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen auftreten. Für Menschen mit einem niedrigen Strukturniveau gemäß psychodynamischem Diagnosesystem Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (hier OPD II), d. h. mit schwach ausgebildeten Ich-Funktionen, stellen bereits alltägliche Lebensanforderungen eine mehr oder weniger ständige oder zumindest rezidivierende Überforderung dar. Dies trifft auch auf Menschen mit einer Borderlinestörung zu, die durch ihre Schwierigkeiten, Beziehungen adäquat zu gestalten, in chronifizierte oder sich wiederholende Krisen geraten. Auch bei diesen Störungsbildern ist primär eine störungsspezifische Intervention erforderlich. Die konventionelle Herangehensweise für Kriseninterventionen hingegen ist hier weitgehend kontraindiziert.

## Crisis? What Crisis?

Sonneck et al. (2012) sprechen unter Bezugnahme auf Caplan (1964) und Cullberg (1978) in Abgrenzung zu psychiatrischen Notfällen von psychosozialen Krisen. Diese Bezeichnung ist unseres Erachtens im psychotherapeutischen Kontext eher als Tautologie aufzufassen, da jede Lebenskrise auf dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells als Meta-Modell gedeutet und verstanden werden kann. Insofern macht das Adjektiv »psychosozial« – bzw.

genauer »biopsychosozial« nur als Abgrenzung zu einer beispielsweise Wirtschafts- oder Finanzkrise wirklich Sinn. Dieselbe Argumentation trifft auf den Begriff Lebensveränderungskrisen zu, die nach Stein (2015) – auch unter Bezug auf Caplan (1964) – »aufgrund von Ereignissen des üblichen Lebensverlaufes entstehen« (Stein, 2015, S. 26). Auch hier kann von einer Tautologie gesprochen werden, da jede ernsthafte Krise, sofern sie positiv bewältigt wird, zu einem Zuwachs an Lebenserfahrung führt und damit eine Veränderung im Selbst- und Weltbild sowie in der weiteren Lebensführung bewirkt. Damit deckt sich dieser Begriff der Lebensveränderungskrisen in weiten Bereichen mit dem der Entwicklungskrisen, auch wenn er weiter gefasst ist als letzterer und zum Beispiel auch Trennungseignisse oder Arbeitsplatzverlust mit beinhaltet.

Sinnvoller und aussagekräftiger, vor allem auch im Hinblick auf ihre subjektiven Auswirkungen und Bedeutungszuschreibungen sowie damit zusammenhängenden professionellen Implikationen, erscheint in diesem Zusammenhang die Differenzierung zwischen

- schicksalhaft bedingten Krisen (z. B. Krankheit, Naturkatastrophen etc.),
- gesellschaftlich bedingten Krisen (z. B. Kündigung, Scheidung, Burnout-Entwicklungen etc.) und
- den sogenannten »man made disasters« (z. B. Überfälle, Vergewaltigungen, Vertreibung, Flucht, Terror, Folter, Krieg etc.).

### ICD-10- und DSM-5-Diagnostik

Sowohl die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 der Weltgesundheitsbehörde (Dilling u. Freyberger, 2016) als auch der Diagnostische und statistische Leitfaden psychischer Störungen DSM-5 der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association, 2018) verzichten weitgehend auf den Krisenbegriff.

Der ICD-10 differenziert zwischen

- *einer akuten Belastungsreaktion* (F43.0) als »eine[r] vorübergehende[n] Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest

gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt« (Dilling u. Freyberger, 2016, S. 171).

Das entspricht in der Beschreibung einem allgemeinen und auch alltagsnahen Krisenverständnis. Die diagnostische Vorgabe, dass die seelische Erschütterung nach 48 Stunden weitgehend abgeklungen sein soll, erscheint jedoch in den meisten Fällen sehr unrealistisch. Ist das nicht der Fall, dann spricht der ICD-10 bereits von einer Anpassungsstörung. Auch im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) wird beispielsweise Trauer nach dem Verlust einer nahestehenden Person bereits nach zwei Wochen als Krankheit eingestuft. In beiden Fällen stellt dies aus unserer Sicht eine unnötige Pathologisierung einer normalen Reaktion auf außergewöhnliche Belastungen dar. Hier sollte der diagnostische Zeitraum für adäquate Reaktionen deutlich länger vorgegeben werden.

- einer *posttraumatischen Belastungsstörung* (F 43.1), wenn die Symptomatik ausgeprägter und anhaltender ist »als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde« (Dilling u. Freyberger, 2016, S. 173).

Das passt in etwa zu dem allgemeinen Verständnis eines Traumas bzw. dem einer traumatischen Krise. Der DSM-5 geht erst dann von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aus, wenn die ausgeprägte Symptomatik über einen Monat anhält. Dauert die Symptomatik höchstens bis zu einem Monat, dann ist von einer akuten Belastungsstörung auszugehen.

- *Anpassungsstörungen* (F 43.2). Diese werden als »Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten« beschrieben (Dilling u. Freyberger, 2016, S. 175).

Sie können mit depressiven oder ängstlichen Reaktionen oder mit Störungen des Sozialverhaltens einhergehen. Das entspricht am ehesten dem Verständnis von Veränderungskrisen.

## Notfälle

Der Vollständigkeit halber wird an dieser Stelle noch kurz auf den Begriff des Notfalles eingegangen, wobei die Grenzen zwischen Krisenintervention und Notfallintervention natürlich fließend sind. Notfallsituationen sind durch einen immens dringenden Handlungsbedarf auf Seiten des Helfersystems charakterisiert, wobei es darum geht, manchmal innerhalb von Minuten bis in der Regel von wenigen Stunden, durch geeignete Interventionen unmittelbare Gefahren für Leib und Leben der Betroffenen bzw. von ernsthafter Fremdgefährdung abzuwenden. Im subjektiven Erleben der Betroffenen treten Notfälle plötzlich und überraschend und mit überwältigender Intensität des Bedrohungserlebens auf (Lasogga u. Gasch, 2011). Es kann zwischen zwei Sorten von Notfallsituationen unterschieden werden.

- *Psychisch-psychiatrische Notfallsituationen*, wie zum Beispiel eine massive suizidale Einengung, ein traumatischer Schock, ein akuter psychotischer Schub, Panikattacken etc., können als dramatische Zuspitzung oder als letzte Eskalationsstufe ebensolcher Krisen betrachtet werden. Notfallinterventionen zielen darauf ab, eine ausreichende Beruhigung und eine Deeskalation in dem Ausmaß zu erreichen, dass ein normales Kriseninterventionsmanagement wieder als Hilfsangebot ausreicht. Dazu zählt auch, sollten die getroffenen Maßnahmen nicht erfolgreich sein, eine Zwangseinweisung (Rupp, 2010a).
- *Medizinische Notfallsituationen*, wie beispielsweise Kollapszustände, ein Asthmaanfall, ein epileptischer Anfall oder akute Schmerzzustände, erfordern von nicht-ärztlichen Helferinnen das Leisten einer *Medizinischen Ersten Hilfe* als Laienhilfe. Sollten die Betroffenen bei Bewusstsein sein, ist bis zum Eintreffen der Rettungskräfte auch eine kompetente und professionelle *Psychische Erste Hilfe* notwendig (Ausführliches zum Thema *Psychische Erste Hilfe* findet sich bei Lasogga u. Gasch, 2011).

## 2.3 Krisenaspekte

Sonneck et al. (2012) unterscheiden beim komplex-dynamischen Krisengeschehen die folgenden Aspekte:

- Krisenanlass,
- subjektive Bedeutung,
- Krisenanfälligkeit,
- Reaktion der Umwelt,
- Krisenverlauf.

Den Krisenanlass und dessen subjektive Bedeutung zu kennen, ist zentral für eine erfolgversprechende Krisenintervention. Die subjektive Bedeutung wiederum erschließt sich oft erst aus der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen auf dem Hintergrund der individuellen Biografie. Genetische Disposition zu Robustheit oder Vulnerabilität in Verschränkung mit den vorangegangenen Lernerfahrungen im Umgang mit Herausforderungen und Belastungen innerhalb des sozialen Feldes und der daraus resultierenden Ich-Stärke, der Beschaffenheit des Selbstwertgefühls und des Ausmaßes an Identitätsgewissheit bestimmen weitgehend die Krisenanfälligkeit. Für den Krisenverlauf entscheidend ist oftmals die tatsächliche Reaktion des sozialen Umfeldes in Verbindung mit der Fähigkeit und Bereitschaft des Betroffenen, in Abhängigkeit vom vorherrschenden Bindungsstil dessen Hilfe auch anzunehmen.

## 2.4 Allgemeine Prinzipien der Krisenintervention

Das Hauptziel der Krisenintervention besteht darin, den Betroffenen zu helfen, zunächst eine ausreichende kognitive Reorientierung sowohl über ihre äußere Situation als auch über ihre innere Verfasstheit zu gewinnen, um – darauf aufbauend – im Alltag wieder entscheidungs- und handlungsfähig zu werden und so dem zentralen Gefühl des Kontrollverlustes im Innen und Außen ausreichend entgegenzuwirken. Zu dieser kognitiven Reorientierung

gehört ganz wesentlich die Einschätzung darüber, »ob eher die äußere Realität durch eigene Anstrengungen zu verändern ist oder ob eine innere Anpassung an gegebene unveränderbare Umstände erfolgen kann bzw. muss« (Ortiz-Müller, 2010, S. 74) oder beides. Damit diese kognitiven Prozesse überhaupt stattfinden können, müssen vorher überwältigende Gefühle (vor allem Panik) ausreichend begrenzt werden.




### **Auf einen Blick**

Es geht in der Krisenintervention darum, die Klienten dabei zu unterstützen,

- ▶ zunächst Angst- und Panikzustände ausreichend einzugrenzen, indem aktuell ausgefallene oder geschwächte Ich-Funktionen vorübergehend zur Verfügung gestellt werden;
- ▶ weitere intensive belastende Gefühle, wie zum Beispiel Wut, Trauer etc. zu regulieren und letztlich zu integrieren;
- ▶ die Lebensführung wieder in die eigene Hand nehmen zu können.

Die allgemeinen Prinzipien für die Praxis der Kriseninterventionen lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen: Eine Krisenintervention sollte rasch beginnen und über eine aktive Beziehungsaufnahme und -gestaltung erfolgen. Am Anfang steht die diagnostische Einschätzung (inklusive einer Suizidabschätzung). Hierbei ist ein entschiedenes professionelles Auftreten in Verbindung mit einem klar strukturierenden, Halt vermittelnden, wenn notwendig auch direktiven Vorgehen angezeigt. Es gilt, auf die aktuelle Situation zu fokussieren und eine emotionale Stabilisierung bei der behandelten Person herbeizuführen. Die Behandelnden sollten nach den Prinzipien der Methodenflexibilität und Ressourcenorientierung agieren, das bedeutet auch, das soziale Umfeld konsequent mit einzubinden und mit Fachkollegen interdisziplinär

när zusammenzuarbeiten. Medikamentöse Optionen sollten bei der Krisenintervention auf jeden Fall mitbedacht werden.

**BEACHTE:** Als Professionals stellen wir nur das zur Verfügung, was das soziale Umfeld (noch) nicht zu leisten vermag und auch das nur solange, wie es tatsächlich notwendig ist. Gleichzeitig tragen Angehörige helfender Berufe im Rahmen von Kriseninterventionen ein noch höheres Maß an Verantwortung als dies sonst in ihrer beruflichen Tätigkeit der Fall ist. Darüber hinaus gilt: Wir können den Betroffenen schwere Schicksale nicht abnehmen, sondern sie nur in der Bewältigung unterstützen und auf begrenzte Zeit darin begleiten. 

Zur möglichen Problematik der unter Krisenaspekten sich konstellierenden therapeutischen Beziehung gibt Stein (2015, S. 77) zu bedenken:

»Die hohe emotionale Belastung, der Menschen in einer Krise ausgesetzt sind, macht sie offener für das Hilfs- und Beziehungsangebot, folglich kann sich sehr rasch eine intensive Nähe zwischen Therapeut und Klient entwickeln [durchaus in Abhängigkeit vom vorbestehenden Bindungsmuster – sicher gebunden, unsicher ambivalent bzw. vermeidend und desorganisiert –, bzw. auch vom Strukturniveau des Betroffenen; Anm. der Autoren]. Da es sich bei Krisenintervention aber um ein kurzfristiges Angebot handelt, ist es wichtig, dass der Betroffene möglichst rasch wieder selbstständig handlungs- und entscheidungsfähig wird. Daher sollen die Selbsthilfebemühungen des Klienten von Beginn an gefördert werden. Die Abhängigkeit vom Therapeuten muss also auf das Allernotwendigste beschränkt bleiben und die Beendigung der Krisenintervention von Beginn an mitbedacht werden.«

Diesen berechtigten Überlegungen von Stein ist unseres Erachtens in diesem Kontext ergänzend noch die Frage anzufügen: Wie viel Labilisierung lassen wir zu, wo verhindern wir mit zu schneller Stabilisierung auch Entwicklung? Darüber hinaus mag das Anstreben



einer möglichst raschen Stabilisierung manchmal auch der unbewussten Vermeidung von Empathiestress seitens des Therapeuten geschuldet sein. Ausreichend Supervision für Professionals, die in der Krisenintervention tätig sind, ist also dringend angeraten, sowohl um mögliche Abhängigkeitsdynamiken rechtzeitig erkennen zu können als auch um Empathiestress zu begrenzen und schließlich, um gegebenenfalls das mögliche Entwicklungs- und Reifungspotenzial der jeweiligen Krise erfassen und fördern zu können. Zum Abschluss dieses Kapitels sei noch darauf hingewiesen, dass wissenschaftliche Studien zum Einsatz rascher psychotherapeutischer Hilfsangebote zum Beispiel in Form sogenannter Debriefings belegen, dass diese Interventionen unter bestimmten Bedingungen sogar eine Verschlechterung der Symptomatik traumatisierter Menschen nach sich ziehen können (Bonanno, 2012). Beachten Sie daher den folgenden Praxistipp.



### Praxistipp

- ▶ Bieten Sie Hilfe und Unterstützung rasch und mit entschiedenem professionellen Auftreten, aber nur so lange wie nötig, an.
- ▶ Bieten Sie das Ausmaß an Hilfe und Unterstützung an, das vom sozialen Umfeld (noch) nicht zur Verfügung gestellt werden kann.
- ▶ Achten Sie darauf, dass die vorgeschlagenen Interventionen in Form und Intensität den natürlichen Reorganisations- und Heilungsprozess unterstützen.
- ▶ Entwickeln Sie ein gutes Gespür dafür, welche Haltung und welche Interventionen bei welchen Menschen zu welchem Zeitpunkt tatsächlich unterstützend wirken, und laden Sie die Betroffenen immer wieder zu entsprechendem Feedback ein.
- ▶ Verzichten Sie auf Interventionen, die von den Betroffenen als zu fremd, zu ungewohnt, irgendwie künstlich oder irritierend erlebt werden.
- ▶ Vertrauen Sie auf Ihre innere Gelassenheit und Stärke, um schwer belasteten und aufgewühlten Menschen emotionalen

Halt geben und stellvertretend Hoffnung vermitteln zu können, ohne aus eigener Hilflosigkeit in einen technischen Aktionismus zu verfallen.

### ➔ **Take-Home-Message**

Krisen labilisieren Personen und Systeme in einer Art und Weise, dass ihre gewohnheitsmäßigen Bewältigungsstrategien und Gestaltungspotenziale nicht mehr ausreichen und deshalb eine Dekompensation droht oder bereits eingetreten ist. Deshalb ist eine Krise keine Krankheit bzw. psychische Störung, sondern ein Zustand der aktuellen Überforderung, der nicht selten ein rasches professionelles Handeln erfordert, um nachhaltige Schädigungen abzuwenden. Krisen haben höchst individuelle Verlaufsgestalten. Ziel der Krisenintervention ist es, durch eine Aktivierung und Erweiterung äußerer und innerer Ressourcen möglichst rasch wieder eine ausreichende äußere und innere Handlungsfähigkeit der Betroffenen zu ermöglichen. Professionelle Hilfe und Unterstützung sollen zeitlich und inhaltlich nur in einem Ausmaß angeboten werden, wie sie vom sozialen Umfeld (noch) nicht zur Verfügung gestellt werden können und auch nur in einem Ausmaß, das die professionellen Helfer selbst nicht überfordert.