

"Krisen"

Arbeitsmaterialien, Konzepte, Literatur
zu Krisenintervention und Suizidalität

G. Lyon

Juni 2000

Inhalt

1.	Definitionen	2
1.1	Krise, was ist das?	2
1.2	Lebensveränderungs- / traumatische Krisen	3
2.	Symptome	4
3.	Entstehung von Krisen	5
3.1	Typen psycho-sozialer Belastungsfaktoren	5
3.2	Modell des Trauerprozesses	7
3.3	Zur Psychodynamik der Trauer / Depression	8
3.4	Trennung und Verlust als Krisensituation	9
4.	Suizidalität	10
4.1	Begriffsbestimmungen	10
4.2	Einschätzung und Prognose der Suizidalität	10
4.3	Stadien	11
4.4	Zeichen	11
4.5	Riskogruppen	11
4.6	Das präsuizidale Syndrom	12
4.7	Parasuizidale Handlungen - Suizidversuche	12
4.8	Zur Psychoanalyse der Suizidalität	13
4.9	Besonderheiten der Intervention bei suizidalen Krisen	14
4.10	Zur Umgang mit dem suizidalen Klienten	15
4.11	Fragen an suizidale Patienten	15
4.12	Der no-suicide-Vertrag	15
5.	Krisenintervention in der Praxis	16
5.1	Krisen-Diagnose	17
5.2	Schritte der Krisenintervention	18
5.3	Vorbereitende Fragen für Krisen-Helfer	19
5.4	Unterscheidungen:	20
5.4.1	Diagnose der Angst	20
5.4.2	Verwirrtheit / psychotische Basisstörung	22
5.4.3	primär / sekundär	23
5.4.4	dyston / synton	23
5.4.5	kausal / final	23
5.5	Psychoanalytisches Werkzeug	24
5.6	Der Bewältigungsprozess	25
5.7	Zusammenfassend – allgemeine Richtlinien	26
6.	Literatur	27

1. Definitionen

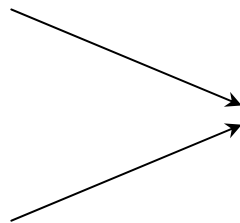
1.1 Krise, was ist das?

- ein akutes Geschehen, das überraschend eintritt
- bedrohlichen Charakter hat
- bisherige Normen, Ziele und Werte in Frage stellt
- mit Labilisierung und erhöhter Suggestibilität einhergeht
- ev. auch mit erhöhter Lern- und Änderungsbereitschaft
- zeitlich begrenzt ist auf Tage oder Wochen

GEFAHR

CHANCE

Eine Krise ist eine fortschreitende Verengung der Wahrnehmung, der Wertsysteme, der Handlungs- und Problemlösungsfähigkeiten.



Systemtheoretische Beschreibung der Krise: die Labilisierung eines Systems zu einem Ausmaß, wo die bisher vertrauten Bewältigungsmechanismen nicht mehr ausreichen und damit seine Identität gefährdet ist. Menschliche Systeme reagieren in Krisen mit dysfunktionalen Lösungsstrategien, wie z.B. "mehr desselben", zunehmender Einengung, Rigidität usw.. Systeme geraten umso eher in adaptive Krisen, je starrer und kontext-unsensibler der "Eigensinn", die Einstellungen, Regeln und Reaktionsmuster des Systems sind. Die Chaosforschung macht deutlich, daß dynamische Systeme eine sensible Abhängigkeit ihres Verhaltens von den Ausgangsbedingungen zeigen. Minimale Veränderungen dieser Bedingungen können zu maximalen und krisenhaften Veränderungen führen (Chaos). Es gibt bestimmte, kritische, hochsensible Punkte, wo ein kleiner Anstoß genügt, um ein System chaotisch entgleisen zu lassen. Diese Prozesse können selbstdestruktiv, aber auch selbstorganisierend ein kreativeres System hervorrufen. Selbstorganisation bedeutet, daß das System selbst Dynamiken hervorbringt, die nicht durch äußere Einflüsse zu steuern sind. Jede Krise bedroht zwar die **Identität eines Systems**, muß jedoch nicht zum Zerfall sondern kann auch zu einer veränderten Identität führen. Im instabilen und desorganisierten Zustand ist das System meist empfänglicher für Hilfe von außen. Eine relative, labile Offenheit des Systems gibt mehr Möglichkeiten der Einflußnahme. Ein Zweck der Krisenintervention, besser des Krisenbestandes ist es, eine vorzeitige Schließung des Systems zu vermeiden und die Krise lange genug offenzuhalten, damit eine Bearbeitung der Probleme stattfinden kann.

Der Begriff, den die Chinesen für "Krise" verwenden, "wei-je", setzt sich aus den Schriftzeichen für "Gefahr" und "Chance" zusammen.

das griechische "krisis" wird auch mit "Wendepunkt" übersetzt.

Spirituelle Krisen können als kritische und im Erleben schwierige Grenzsituationen des Seins und als Entwicklungsstadien einer tiefgreifenden menschlichen Transformation definiert werden.

Zum Begriff **Identität** aus psychoanalytischer Sicht:

"Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und Kontinuität in der Zeit und die damit verbundene Wahrnehmung, daß auch Andere diese Gleichheit und Kontinuität erkennen," (E.H. Erikson)

"... ein Konvergenzpunkt zwischen entwickeltem Selbst und der sozio-kulturellen Position des Individuums." (H. Kohut)

Je mehr die Identität des Menschen aus dem Haben (zB Besitz, übernommene Rollen) abgeleitet wird, desto krisenanfälliger ist sie. (siehe E. Fromm, "Haben oder Sein").

charakteristisch für Krisen ist (nach Caplan, 1964):

1. große Angst und das Gefühl einer Notsituation
2. Bedürfnis nach Aktion, "es muß etwas geschehen"
3. zeitliche Begrenzung
4. an sich vorhandene Fähigkeiten, die jedoch nicht zugänglich sind

1.2 Lebensveränderungs- / traumatische Krise

Lebensveränderungskrisen (G. Caplan) oder "normativen Krisen",

ausgelöst z.B. durch Verlassen des Elternhauses, Heirat, Geburt von Kindern, Umzug in eine neue Umgebung, Pubertät, Menopause, Pensionierung, Verlust von Arbeitsplatz, Wohnung, Besitz.

1. Phase: Konfrontation mit Ereignis
2. Phase: Lösung mißlingt, Gefühl des Versagens
3. Phase: Mobilisierung aller Bewältigungskapazitäten
führt entweder zur Lösung, Bewältigung
oder zu Rückzug und Resignation, **Chronifizierungsgefahr**
4. Phase: Vollbild der Krise mit innerer Lähmung oder ziellosen Aktivitäten.
zuletzt Neuanpassung mittels konstruktiver oder destruktiver Strategien

traumatische Krisen (J. Cullberg) werden durch unvorhergesehene plötzliche Ereignisse ausgelöst

körperlich: Krankheit, Traumen, Operationen (z.B. Schilddrüse)

psychisch: Verlust von geliebten Personen (auch von "inneren Objekten")
durch Trennung, Scheidung, Tod, Einsamkeit

latrogen: Umdeutung von gesunder Trauerreaktion in depressive Erkrankung,
mangelhafte Aufklärung z.B. bei Krebs- oder Aidsverdacht

1. Phase - Schockphase: Zustand der Betäubung oder chaotisch-ungesteuerter Aktivitäten
2. Phase - Reaktionsphase: Konfrontation mit Realität; Versuche der Integration
Fixierungsgefahr, wenn intrapsychische Konflikte aktiviert werden
Chronifizierungsgefahr, bei sozialer Isolierung, wenn äußere Hilfen versagen
3. Phase - Bearbeitungsphase: Lösung von Trauma und Vergangenheit
4. Phase - Neuorientierung: Selbstwertgefühl wieder gewonnen
neue Beziehungen hergestellt

Unterscheidungen: Krise als **Zustand** und als **Prozess**

Krisen im **Mikro-** (Indiv., Paar, Familie),

im **Meso-** (Gruppen, Organisationen, Institutionen)

im **Makro-bereich** (wirtschaftl., politisches, soziales System)

2. Symptome

übliche Reaktionen auf Krisen sind:

- Flucht
- Regression
- Affektstau
- Anästhesierung
- Aggression
- Resignation

Die **psychischen Krisensymptome** können nach Schweregrad hierarchisch geordnet werden und umfassen fast die gesamte akute Psychopathologie, vom reaktiv-neurotischen Pol bis zu produktiv-psychotischen Erscheinungen. Auch letztere lassen sich somit grundsätzlich als Zeichen einer kritischen Überforderung eines vulnerablen Verarbeitungssystems verstehen. Progressiv können auftreten:

1. erhöhte Spannung, Nervosität, Aufregung (arousal)
2. Unsicherheit, Ängstlichkeit, Erregung
3. Irritation, Aggressivität oder Autoaggressivität, Depressivität
4. affektiv-kognitive Verwirrtheit, zunehmend inadäquates Verhalten
5. Depersonalisations- und Derealisationsercheinungen
6. wahnhaftige Projektionen, Beziehungs- und Verfolgungsideen
7. Halluzinationen

Auch die möglichen **somatischen Zeichen** einer Krise sind sehr vielfältig und variieren nach Schweregrad. Im Gegensatz zu den psychischen Phänomenen lassen sie sich indessen nicht ohne weiteres in eine Hierarchie ordnen.

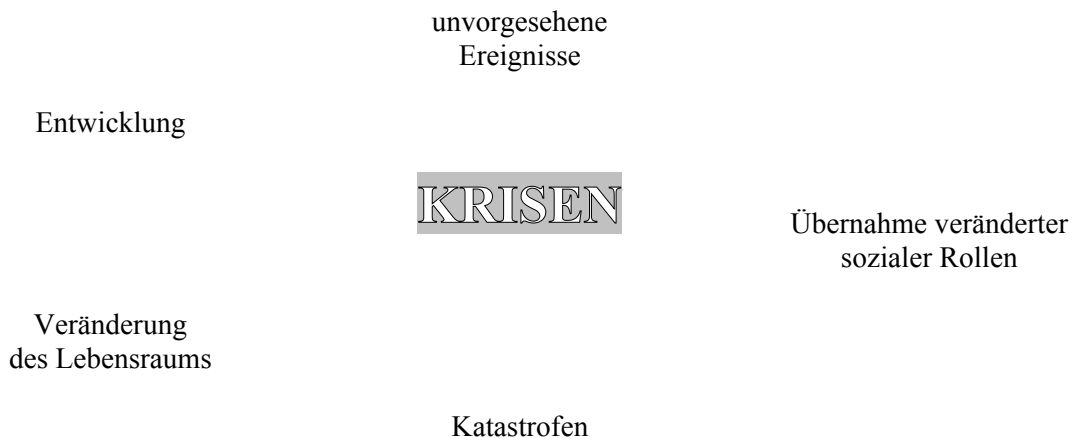
Sie können (allein oder kombiniert) umfassen:

1. Störungen im Respirationstrakt: Hyperventilation, Dyspnoe, Asthma
2. Störungen im Herz-Kreislauf-System: Tachykardie, Blutdruckerhöhung, lokale Durchblutungsveränderungen
3. Störungen im Verdauungssystem: Durchfall, Obstipation, Ulkusbildung
4. Störungen im Urogenitalsystem: Miktionsstörungen, Menstruationsstörungen
5. Dermatologische Störungen: u.a. Exazerbation von Ekzemen, Psoriasis
6. Muskuläre und neurologische Störungen: spannungsbedingte Rücken- oder Kopfschmerzen, Ischiasbeschwerden
7. Störungen des Immun- und Hormonsystems: allgemeine Resistenzverminderung, Infektionsbereitschaft, Erschöpfung

Welches Reaktionsmuster "gewählt" wird, ist individuell verschieden und hängt, neben situativen und konstitutionellen Faktoren, vermutlich auch von frühkindlichen Bahnungen ab.

(aus: L.Ciampi, Krisentheorie heute)

3. Zur Entstehung von Krisen



3.1 Typen psycho-sozialer Belastungsfaktoren (aus: DSM III)

Bei der Ermittlung ätiologisch bedeutsamer psychosozialer Belastungsfaktoren sollten die folgenden Bereiche berücksichtigt werden:

Partnerbeziehung (ehelich und nicht-ehelich): z.B. Verlobung, Heirat, Streit, Trennung, Tod des Partners.

Elterliche Beziehung: z.B. Schwangerschaft und Geburt eines Kindes, Auseinandersetzung mit einem Kind, Krankheit eines Kindes.

Andere zwischenmenschliche Probleme: Schwierigkeiten mit Freunden, Nachbarn, Geschäftspartnern oder nicht verwandten Familienmitgliedern, etwa Krankheit des besten Freundes oder ein schlechtes Verhältnis zu Vorgesetzten.

Berufliche Aspekte: hierzu gehören Arbeit, Schule, Haushalt, z.B. Arbeitslosigkeit, Pensionierung und Schulschwierigkeiten.

Allgemeine Lebensumstände: z.B. Wohnungswechsel, Gefährdung der persönlichen Sicherheit, Auswanderung.

Finanzen: z.B. Veränderung der finanziellen Situation.

Rechtliche und gesetzliche Aspekte: z. B. polizeiliche Festnahme, Haft, Rechtsstreit oder Prozesse.

Entwicklung: Lebensabschnitte wie Pubertät, Übergang in den Erwachsenenstatus, die Menopause, "50-Jahre-alt-werden".

Körperliche Krankheiten oder Unfälle: z.B. Krankheit, Unfall, Operation, Fehlgeburt

Weitere psychosoziale Belastungsfaktoren: z. B. natürliche oder von Menschen hervorgerufene Katastrofen, Strafverfolgung, unerwünschte Schwangerschaft, außereheliche Geburt, Vergewaltigung.

Familiäre Faktoren (bei Kindern und Heranwachsenden): In Ergänzung zu den oben genannten Bereichen sollten bei Kindern und Heranwachsenden folgende weitere Stressoren Berücksichtigung finden:

⇒ Art der Beziehung bzw.

⇒ Verhaltensweisen der Eltern gegenüber dem Kind (z.B. kalt, feindselig, das Kind bedrängend, mißbrauchend, konfliktgeladene oder verwirrend inkonsistente Beziehung der Eltern untereinander);

⇒ körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen anderer Familienmitglieder;

⇒ das Fehlen elterlicher Anleitung oder exzessive, strenge oder inkonsistente elterliche Kontrollen;

⇒ unzureichende, exzessive oder verwirrende soziale oder kognitive Stimulierung des Kindes;

⇒ eine anomale Familiensituation, z.B. komplexe und inkonsistente Muster von Beaufsichtigung und Besuchsregelungen;

⇒ Pflegeeltern; Heimerziehung und Verlust engerer Familienmitglieder.

Skala der Schwere psycho-sozialer Belastungsfaktoren (DSM -III-R Klassifikation)

bei Kindern und Jugendlichen:

Intensität bzw. Pathogenität der Belastung	AKUTE EREIGNISSE	LÄNGER ANDAUERENDE LEBENSUMSTÄNDE
keine	keine akuten Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Störung stehen	keine länger andauernden Lebensumstände, die im Zusammenhang mit der Störung stehen
leicht	Auseinanderbrechen der Freundschaft mit Freund oder Freundin; Schulwechsel	beengte Wohnsituation; familiäre Streitigkeiten
mittel	Schulaußschluß; Geburt eines Geschwisters	chronisch behindernde Krankheit eines Elternteils; ständiger Streit der Eltern
schwer	Scheidung der Eltern; unerwünschte Schwangerschaft; Gefängnisarrest	strenge oder zurückweisende Eltern; chronische lebensbedrohende Krankheit eines Elternteils; verschiedene Aufenthalte in Pflegeheimen
sehr schwer (extrem)	sexueller Mißbrauch oder körperliche Mißhandlung; Tod eines Elternteils	wiederholter sexueller Mißbrauch oder körperliche Mißhandlung
katastrophal	Tod beider Eltern	chronische lebensbedrohende Krankheit

bei Erwachsenen

keine	keine akuten Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Störung stehen	keine länger andauernden Lebensumstände, die im Zusammenhang mit der Störung stehen
leicht	Auseinanderbrechen der Freundschaft mit Freund oder Freundin; Schulbeginn oder -abschluß; Kind verläßt Elternhaus	Familiäre Streitigkeiten; Unzufriedenheit mit der Arbeit; Leben in einer Wohngegend mit hoher Kriminalität
mittel	Heirat; Trennung der Ehepartner; Arbeitsplatzverlust; Pensionierung; Mißerfolge	Eheprobleme; schwerwiegende finanzielle Probleme; Ärger mit Vorgesetzten; alleinerziehender Elternteil
schwer	Scheidung; Geburt des ersten Kindes	Arbeitslosigkeit; Armut
sehr schwer (extrem)	Tod eines nahen Verwandten; Diagnose einer schweren körperlichen Erkrankung; Opfer einer Vergewaltigung	schwere chronische Erkrankung; fortwährende körperliche Mißhandlung oder sexueller Mißbrauch
katastrophal	Tod eines Kindes; Selbstmord eines nahen Angehörigen; verheerende Naturkatastrophe	Gefangennahme als Geisel; Erfahrungen im Konzentrationslager

3.2 Modell des Trauerprozesses

Jede Einteilung in Phasen stellt eine idealtypische Vereinfachung der komplexen Vorgänge dar und soll nicht zu einem normativen Konzept umfunktioniert werden.

Phasen des Sterbens: (vgl. Kübler-Ross, P. Sporken, V. Kast)

Unwissenheit Unsicherheit

Leugnung: Nicht-Wahrhaben-Wollen; "Das kann nicht sein!";

Auflehnung, Zorn: Schock, Lähmung, Verdrängung

Verhandeln mit dem Schicksal: "Wieso gerade ich?", "Schuld sind die ... (Fremd- und / oder Selbstbeschuldigungen)

Depression: Gelöbnisse der Veränderung des Lebens, der Besserung, Erledigen unerledigter Dinge (Schuld, Schuldgefühle)

Annahme: Ausweichen, Verhandeln hilft nicht mehr
Zustimmung, Loslassen, Abschied

Den Phasen des Sterbens entsprechen oft die Phasen des Abschiednehmens durch die Angehörigen.

bedeutsam sind dabei:

- vorhandene Ich-Stärke, Grad der Abhängigkeit vs. Selbstunterstützung
- Identitätsstützen
- soziales Netz
- bisherige Erfahrungen im Umgang mit Sterben und Tod
- Plötzlichkeit des Verlustes

3.3 Zur Psychodynamik der Trauer / Depression (nach St.Mentzos)

TRAUER

DEPRESSION (gleichsam eine "mißlungene Trauer")

Objekt-Verlust

Aufgabe der TRAUER-ARBEIT ist u.a. durch Identifizierung mit best. Teilen des verlorenen Objekts, Ermäßigung des Verlustes und Schmerzes und teilw. Kompensation des Verlustes zu ermöglichen.

Wut ↑

Introjektion
des ambivalent besetzten
Objekts

Selbst- und
Objekt-Vorwürfe

Ich-Hemmung

Konzentration ↓ Antrieb ↓ Leistung ↓

zunächst ein Reparations-Schutz-Abwehr-Mechanismus der Trauer-Arbeit ermöglicht und so der Erholung und Reorganisation dient

Selbstwert ↓

(Auto-)Aggression

zunächst bei Trauer eine Reaktion auf Enttäuschung, Verlust, Kränkung (zB Asche aufs Haupt, Haare raufen, Klageweiber, etc.)
Darstellung und aktive Bewältigung des Schmerzes

Wut ↑

Wendung der Aggression
nach Innen
Selbst-destruktive Tendenzen
Selbst-Vorwürfe
Selbst-Bestrafung
(z.B. Nahrungsverweigerung)
bis zum (Para-) Suicid

3.4 Trennung und Verlust als Krisensituation:

1. Schock: physische und/oder psychische Extremreaktionen, bei labilen Personen eventuell Dekompensation;
2. Verleugnung: Die Faktizität des schmerzauslösenden und bedrohlichen Ereignisses wird nicht angenommen: "Das glaube ich nicht, das kann nicht sein";
3. Kontrolle: Der Mensch versucht, seine Gefühle in den Griff zu bekommen. Die äußeren, kulturell und sozial bestimmten Rituale, Verhaltensclischees, die Notwendigkeiten des Alltags (Begräbnisformalitäten etc.) religiöse Symbole und Riten werden wirksam.
4. Desorganisation, Turbulenz: Gefühle werden zugelassen und ausgedrückt, Beginn des Abschieds
⇒ Ausbruch in Vorwurf, Verzweiflung, Schmerz
5. Reorganisation, Neuerung und Restabilisierung:
⇒ Annahme der Faktizität des Verlustes, Vollzug des Abschieds
⇒ Bewußtwerden der daraus folgenden Konsequenzen
⇒ Überblicken der verbleibenden Möglichkeiten
⇒ Neuorientierung

4. Suizidalität

4.1 Begriffsbestimmungen:

- Suizid:
Selbsttötung
- Suizidversuch:
 - ⇒ eng gefaßt: mißlungener Suizid; aktive Handlung oder passive Unterlassung im Sinn einer beabsichtigten Selbsttötung ohne tödlichen Ausgang
 - ⇒ weit gefaßt: sogenannte parasuizidale Handlung; selbstschädigende Handlung ohne Tötungsabsicht, die aber - bewußt oder unbewußt beabsichtigt - meist von der Umwelt als suizidale Handlung verstanden wird, wodurch der interaktionelle, häufig appellative Charakter deutlich im Vordergrund steht.
- suizidale Geste:
nicht selbstschädigende, ausschließlich interaktionell ausgerichtete Handlung, die bewußt oder unbewußt die Umwelt auf das (suizidale) Problem aufmerksam machen soll.
- Suizid-Gedanken/ -Ideen/ -Phantasien:
eher sich passiv aufdrängende Vorstellungen über suizidale Handlungs- und Erlebnisweisen.
- Todeswunsch:
Wunsch zu sterben, einerseits überwiegend ohne suizidale Gedanken oder Absichten - andererseits geht bewußten suizidalen Handlungen immer auch der Wunsch zu sterben voraus.

Suizidalität ist keine Entität, auch kein Symptom, eher symptombildend, eine seelische Befindlichkeit, die raschem Wandel und der Beeinflussung durch viele bewußte und unbewußte Faktoren auf verschiedenen intra- und interpersonellen Ebenen unterliegt. Suizidalität ist nur insofern krankheitswertig und verpflichtet zu therapeutischem Handeln als sie eine Beeinträchtigung der Problem- und Krisenbewältigungsfähigkeit darstellt und somit bewußt oder unbewußt auf Fremdhilfe ausgerichtet ist. Jeder Mensch kann suizidale Phantasien und Phasen entwickeln.

„Freitod“ kann als Ausdruck von Humanität, Dignität und Liberalität gesehen werden („Wer abspringt ist nicht notwendigerweise dem Wahnsinn verfallen, ist nicht einmal unter allen Umständen gestört oder verstört. Der Hang zum Freitod ist keine Krankheit von der man geheilt werden muß wie von den Masern. Der Freitod ist ein Privileg des Humanen.“,

J. Amery);

Im Gegensatz dazu kann „Selbstmord“ als Endpunkt einer in jedem Falle pathologischen Entwicklung aufgefaßt werden

(„Menschen, die sich umbringen, halten den Feind für den Freund, sie sind Verräter an der Vernunft.“, E. Shneidman).

Im 19.Jhdt. stiegen in den sich industrialisierenden Gesellschaften nicht die Mordraten, wohl aber, gemeinsam mit der Gewalttätigkeit im Umgang mit der Natur, die Suizidraten um bis zu 400%. In traditionellen Gesellschaften, in denen die menschliche Aktivität mehr nach außen, in körperliche Arbeit, in den Kampf ums Überleben fließt, enden zwischenmenschliche Krisen eher in Fremdtötungen.

4.2 Einschätzung und Prognose von Suizidalität:

- es gibt jahreszeitliche Häufungen im Winter (Nov./Dez.) und im Frühjahr (April/Mai).
- Psychopharmaka sind die häufigsten Suizid-Mittel
- ca. 40% der Menschen verwenden zusätzlich Alkohol zur Enthemmung.
- 80% aller Suicide werden ausdrücklich wörtlich angekündigt!
- Ein prognostischer Hinweis besteht in der Kontaktqualität zum Helfer:
Wenn der Kontakt nicht oder nur schlechte hergestellt werden kann, z.B. wenn der Klient emotional nicht erreichbar ist oder nicht bereit ist, aufrichtig über sich zu sprechen, ist dies ein Alarmzeichen.

4.3 Stadien der suizidalen Entwicklung

1. Stadium der Erwägung
Suizid wird als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen
2. Stadium der Abwägung
Konfrontation zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörerischen Tendenzen, es entsteht große Spannung, direkte Suizid-ankündigungen (entweder als Drohung oder Vorhersage. Der wiederholt ruhig und offen geäußerte Todeswunsch ist ein Alarmsignal)
3. Stadium des Entschlusses
scheinbare Beruhigung, Spannungen fallen weg (Gefahr der Mißinterpretation durch die Umwelt), indirekte Suizidankündigungen, vorbereitende Handlungen

4.4 Zeichen für Suicidgefährdung:

- Fehlen tragfähiger sozialer Beziehungen
- ängstliche Erregung
- frühere Suicidversuche und aktuelle Suicidrohungen
- Alkohol-, Medikamenten-, Drogenmißbrauch
- häufige Unfälle bzw. Selbstverletzungen

4.5 Risikogruppen:

a) Risikogruppen im weiteren Sinn:

Suizidalität korreliert häufig mit einer neuro-psychiatrischen Grunderkrankung, einer Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Psychose. Sie tritt aber auch häufig als Reaktion auf ein individuell besonders belastendes, subjektiv nicht kompensierbares Erlebnis auf, ohne daß relevante Erkrankungen erkennbar sein müssen.

b) Risikogruppen im engeren Sinn bei:

- Depressionen aller Art
Bei Patienten, die sich in einer schweren depressiven Phase mit starker Antriebslosigkeit befunden haben, ist das Risiko dann besonders groß, wenn die Depression nachläßt und der Antrieb wieder zunimmt. In der Regel gilt, je schwerer die Depression, welche die Suizidabsicht begleitet, um so größer das Risiko.
- Schizophrenien
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen
- Alten und Vereinsamten
- Personen mit Suizidversuchen in der Anamnese
ca. 5 -10 % derjenigen, die einen Suizidversuch begangen haben, sterben innerhalb von 10 Jahren noch diesem Versuch durch Suizid
- Personen, die einen Suizidversuch ankündigen.
Entgegen anders lautenden Vorurteilen :'Leute, die über Suizid reden, bringen sich nicht um', kündigt die überragende Mehrheit der Suizidanten ihr suizidales Verhalten vorher direkt oder indirekt an
Eine Gleichzeitigkeit ("Komorbidität") der Risikogruppen - zB Zusammentreffen von depressivem Erleben eines Borderline-Patienten mit einer Suchtproblematik - erhöht die Suizidgefahr.

4.6 Das präsuicidale Syndrom (E. Ringel):

1. Einengung der Wahrnehmung,
der Gefühle,
der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Werte.
Rückzug auf sich, Gefahr der Vereinsamung in der Privathölle,
Sinn- und Ausweglosigkeit
2. Aggressionshemmung, schmerzliche Resignation, (Selbst-)vorwürfe,
gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
3. Todesphantasien, Suicidphantasien; das Risiko ist dann besonders hoch, wenn die
Gedanken sich passiv aufdrängen und mit Gefühlen großer Angst
und Kontrollverlust-vorstellungen einhergehen.

4.7 parasuizidale Handlungen – Suizidversuche

Bei der parasuizidalen Handlung sind meist drei Tendenzen vorhanden, die in unterschiedlicher Stärke ausgeprägt sein können.

- Parasuizidale Pause
Wunsch nach Ruhe und Unterbrechung stehen im Vordergrund; die Situation wird als unerträglich empfunden, es wird keine andere Regressionsmöglichkeit gesehen
- Parasuizidale Geste
enthält 2 Aspekte: den Hilferuf mit Kontaktsuche und die aggressive Äußerungen, - Rache und Erpressung
- Versuchter Suizid
Autoaggression und Wunsch nach dem Tod stehen im Vordergrund.
Suizidgefahr ist weiterhin sehr hoch

4.8 Zur Psychoanalyse der Suizidalität

9 Thesen aus objektbeziehungs-psychologischer Sicht:

1. Suizidalität steht im Dienste intrapsychischer und interpersoneller Regulationsvorgänge. Diese als Folge einer psychischen Dekompensation aufzufassen, greift zu kurz. Sie ist, wie andere psychische Symptome auch, Ausdruck einer psychischen Leistung in einer Krisensituation, die in diesem Moment anders nicht bewältigt werden kann.
2. Suizidalität entsteht auf dem Boden einer konflikthafter Beziehung zu inneren Objekten und Selbstaspekten, deren Charakteristika in den frühen Phasen der Entwicklung festgelegt wurden.
3. Suizidalität ist innerhalb einer Beziehung angesiedelt, auch wenn diese aktuell nicht mehr besteht (z.B. Rache an einem Vater, zu dem man seit Jahren keinen Kontakt mehr hatte, in der Vorstellung, ihn zur Reue zu bewegen).
4. Der Verständnisgrad für die Suizidalität eines bestimmten Patienten hängt davon ab, wie weit es gelingt, die pathognomonischen frühkindlichen Objekterfahrungen ausfindig zu machen und zu verstehen.
5. Manifestieren sich die Hauptcharakteristika dieser Objekterfahrungen in der Übertragung und Gegenübertragung, wird es möglich, die Dynamik der Suizidalität aus der Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung heraus zu verstehen. Dabei spielt die Gegenübertragungsanalyse eine entscheidende Rolle.
6. Suizidalität ist primär Ausdruck des Wunsches, eine Objektbeziehung zu ändern und zwar dadurch, daß das Objekt geändert werden soll. Sie ist nicht primär Ausdruck des Wunsches, zu sterben. Die Notwendigkeit dazu kann sich aber als Ergebnis einer im ersteren Sinne sozusagen "erfolglosen" Suizidalität (gescheiterte Objektänderung) ergeben.
7. Auch der vollzogene Suizid muß nicht Ausdruck eines primären Todeswunsches sein, sondern kann als letztes Mittel zur Objektänderung in Kauf genommen werden (z.B. "ich töte mich, damit Du bereust, was Du mir angetan hast, und dadurch ein mir gegenüber gut gesonnenes Objekt wirst"). Auch der vollzogene Suizid ist dann noch interaktionelles Mittel und nicht Selbstzweck.
8. Die Bezeichnung "Selbstmord" ist im Rahmen dieser Betrachtungsweise nicht mehr stimmig. Suizidalität gleicht vielmehr einer Geiselnahme, und zwar der Geiselnahme des Ich am Selbst, mit dem Ziel einer Objekt- und Beziehungsänderung. So, wie der Geiselnahmer die Geisel nicht mit dem primären Ziel nimmt, sie zu töten, sondern über dieses Mittel ein außerhalb liegendes Objekt zu einem bestimmten Verhalten zwingen will, will auch der suizidale Patient über die Bedrohung seines Selbst ein außerhalb liegendes Objekt und die Beziehung zu ihm ändern.
9. Sinn dieser Änderung ist, ein Objekt zu finden, welches das Gefühl der Existenzberechtigung verleiht, ohne das Leben nicht möglich ist.

(aus: J. Kind, Suizidal : die Psychoökonomie einer Suche, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1992)

4.9 Besonderheiten der Intervention bei suizidalen Krisen

Besonders wichtig im Umgang mit Suizidalität ist neben der Arbeit an der Beziehung (beziehungsfördernde Grundhaltung) das Akzeptieren der Suizidalität und die wertfreie Auseinandersetzung:

- Ich akzeptiere das suizidale Verhalten als Notsignal und verstehe die Bedeutung und subjektive Notwendigkeit, d. h. also, ich versuche zu verstehen, warum für diesen speziellen Betroffenen in seiner aktuellen Situation keine andere Möglichkeit bestand, als mit suizidalem Verhalten zu reagieren. Dies wiederum im lebensgeschichtlichen Zusammenhang (Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche), im Bemühen um eine tragfähige Beziehung und im sozialen Kontext.
- Das Ansprechen der Suizidalität ist von ganz besonderer Bedeutung, hat es doch für den Betroffenen sehr entlastenden Charakter. Im Stadium des Abwägens (Pöldinger 1968), zu einem Zeitpunkt, in dem gleichsam lebenserhaltende und lebensvernichtende Tendenzen miteinander im Kampf liegen (Ringel, 1968), ist die Not des Betroffenen so groß, daß es sehr häufig zu Suizidankündigungen oder -äußerungen kommt. Darauf dann vorurteilsfrei einzugehen, zählt zu den wichtigsten Interventionsmaßnahmen bei suizidalen Patienten. In der aktuellen Situation ist es aber für den Helfer im allgemeinen nicht leicht, hier die richtigen Fragen zu stellen, die in der Tabelle 3 von Pöldinger exemplarisch dargestellt werden. Wesentlich ist es allerdings, daß sich der Helfer vorher bereits überlegt hat, wie er selber solche Fragen formulieren würde, damit er dann in der aktuellen Situation, die ohnedies schwierig genug ist, angemessen vorgehen kann.
- Im Umgang mit Suizidgefährdeten gibt es allerdings einige Gefahren (Kulesa 1985). Zur Illustration möge das Beispiel dieses Autors dienen:

Eine Frau im Alter von 29 Jahren kommt nach einem Suizidversuch mit Schlaftabletten zur Aufnahme auf die Intensivstation. Sie ist seit 8 Jahren verheiratet und lebt mit ihrem Mann und dem 8jährigen Sohn im Hause ihrer Eltern. Als auslösendes Moment für ihre Suizidhandlung schildert sie spontan: "Ich habe das nicht mehr ausgehalten, diese ewigen Streitereien, dieses ewige Nörgeln und Besserwissen meiner Mutter".

Die folgenden Antworten auf die Aussagen der Patientin sind einengend und isolierend:

- *Vorschnelle Tröstung*: "Ach, das wird schon wieder werden. Die Zeit heilt alte Wunden, Kommt Zeit, kommt Rat".
- *Ermahnung*: "in Ihrem Alter sollte man über solchen Dingen stehen".
- *Verallgemeinerung*: "Das kommt immer wieder vor, daß die Mutter sich dauernd einmischt und alles besser weiß."
- *Ratschlag*: "Vergessen Sie lieber was war. Nehmen Sie sich eine andere Wohnung und lassen Sie Ihre Mutter links liegen".
- *Belehrung*: "Sie sehen das alles ganz falsch. Ihre Mutter will doch eigentlich nur das Beste und Ihnen helfen".
- *Herunterspielen der Probleme*: "So schlimm kann das doch nicht gewesen sein. Das kann schon mal vorkommen, nehmen Sie es ja nicht so schwer".
- *Beurteilen und Kommentieren*: "Sie haben sich ganz offensichtlich nie völlig von Ihrer Mutter lösen können, da ist solch eine Krise nur eine Frage der Zeit".
- *Ausfragen und Analysieren*: "Warum war denn nur die Beziehung zu Ihrer Mutter immer noch so eng? Wie kam es denn dazu? Sie haben sich wohl mit Ihrem Vater gegen Ihre Mutter verbündet".
- *Aktivitäten übereilt entwickeln*: "Ich werde mal ein paar Worte mit Ihrer Mutter reden, das hilft Ihnen sicher weiter".

Diese Punkte werden sich allesamt ungünstig auf die Beziehung auswirken. Sie erhöhen das Oben-Unten-Gefälle, erhöhen die Passivität des Betroffenen und können dem Betreffenden nicht das Gefühl vermitteln, angenommen und verstanden zu werden. Dieses Vorgehen orientiert sich zu sehr an der Einflußmöglichkeit durch Macht vom Arzt zum Patienten (Heim u. Willi 1986). Die Macht der Information, die Macht der Belohnung, die Macht der Kontrolle, die Macht des Experten, die Macht der Legitimität und die Macht des überzeugenden Modells ist jedoch nur recht beschränkt wirksam.

Die aus dem Autoritätsstereotyp möglicherweise resultierenden Verhaltensänderungen halten erfahrungsgemäß nicht lange an, da sie die Mitarbeitsbereitschaft (Kooperation) nicht fördern.

(aus: Umgang mit Suizidität bei Menschen mit Lebenskrisen, G. Sonneck
in: Klinische Suizidologie, Hg.: W.Felber, C.Reimer)

4.10 Zum Umgang mit dem suizidalen Klienten

- * Kontaktaufnahme steht immer ein Stück im Widerspruch zur Selbsttötungsabsicht
- * Suizidphantasien ansprechen und ausphantasieren lassen
- * Tot sein und nicht mehr weiterleben wollen soll als möglicher und einsehbarer Impuls der menschlichen Psyche akzeptiert und nicht tabuisiert und diskriminiert werden
- * Suizidalität hat für den Klienten eine sinnvolle Funktion und ist immer ein Notsignal
- * Vollständigkeit der Wahrnehmung des Betroffenen (der Anteile, die nicht mehr leben wollen und der Anteile, die leben wollen)
- * Eigenwahrnehmung ist wichtig: was löst ein suizidaler Mensch bei mir aus?
- * Der Helfer soll sich selbst Unterstützung organisieren können.

4.11 Fragen an suizidale Patienten:

- Haben Sie schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
- Wie würden Sie es tun?
- Denken Sie bewußt daran oder drängen sich derartige Gedanken auf, auch wenn Sie es nicht wollen?
- Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Absichten gesprochen und wie hat Ihr(e) Gesprächspartnerin darauf reagiert?
- Haben sich Ihre Interessen, Kontakte zu anderen etc. gegenüber früher reduziert?
- Was wären die Folgen Ihres Suizids für Ihre Angehörigen und Freunde?
- Wer würde am meisten, wer am wenigsten darunter leiden, wenn Sie sich töten (das Leben nehmen) würden?
- Gibt es in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis Menschen, die sich das Leben genommen haben?

4.12 Der no-suicide-Vertrag

Unter bestimmten Voraussetzungen kann man mit dem Pat./Klienten Vereinbarungen zum Umgang mit Suizidimpulsen treffen, um die schützende Funktion des Rahmens zu betonen, in dem die Krisenintervention/Therapie/Beratung stattfindet.

Durch den Vertrag wird die Suizidalität in der Regel deutlicher zum Thema der Therapie.

Im Zentrum des No-Suicide-Vertrages steht also weniger seine Einhaltung als vielmehr der Kampf darum.

Wenn man sich zur Vereinbarung eines no-suicide-Vertrags entschließt, muß man berücksichtigen:

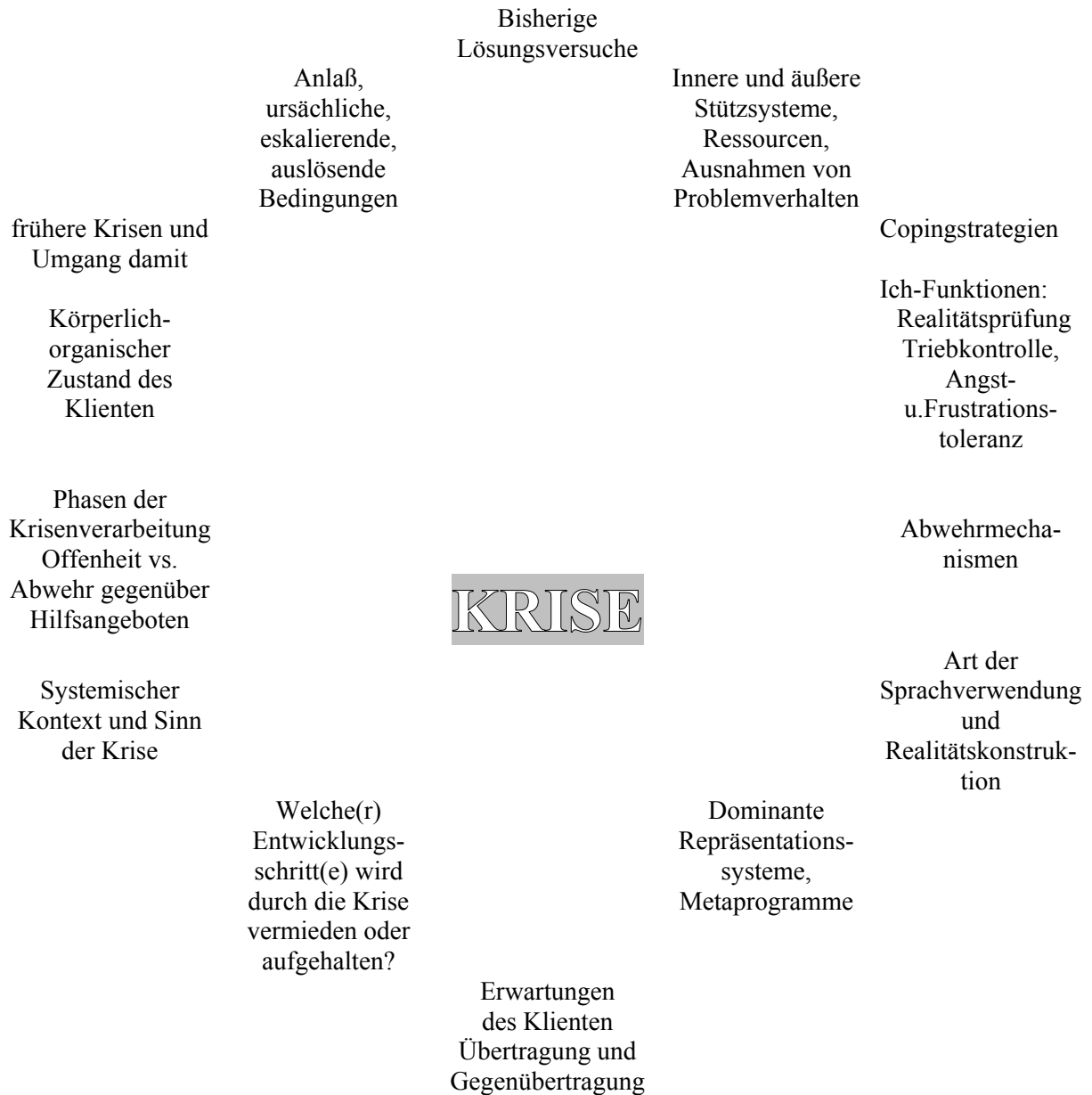
- daß er neben der beabsichtigten Schutzfunktion für den Pat./Klienten
- eine Entlastungsfunktion für den Therapeuten hat
- und damit rechnen, daß er gebrochen wird.

Voraussetzungen, die für solchen „Vertrag“ erforderlich sind:

- ausreichende positive Übertragung
- Gegen-Übertragungs-Reflexion (- Entängstigung des Therapeuten)
- Fähigkeit zu therapeutischer Ich-Spaltung (in beobachtendes und erlebendes Ich)
- genaue Zeitbegrenzung, verbindliche Terminabsprachen.

5. Krisenintervention in der Praxis

Diagnostische Aspekte einer Krise



KRISE

Ziel des Diagnoseprozesses: Wie kann der Klient mit seiner Krise so in Kontakt kommen, daß er die Chance und Aufforderung, die in der Krise liegt, auch wahrnehmen kann?

5.1 Zur Krisen-Diagnose

Nicht nur bei der Selbst- und Fremd-Tötung, sondern auch bei jeder ausweglos gewordenen und zum Sprung nötigen Angstabwehr/Problemlösungsmethode können wir von "Krise" sprechen: z.B. depressive, manische, paranoide, autistische, Leistungs-, Wert-, Selbstwert-, Partner-, Entwicklungs-, Reifungs-, Vereinsamungs- oder Zwangskrise usw. Stellen Sie daher bei jedem akuten Kontakt eines Menschen mit der Psychiatrie zunächst nur eine Krisen-Diagnose.

Befragung der Krise

Damit mir und dem Patienten die Gefahren und Chancen der aktuellen Krisensituation allmählich klar werden, habe ich folgende Aspekte zu berücksichtigen und in Fragen zu übersetzen:

- *Beschreibung* der Krise, wie sie jetzt und hier erlebt wird: "Was ist es, daß Ihre Lage, Ihr Leben jetzt ausweglos macht?" Unterscheidung zwischen Lebensproblem ("Wie leben Sie eigentlich?") und Problemlösungsmethoden ("Haben Sie die ganze Zeit gegen Ihre Angst, Wut, Wünsche angekämpft?").
- *Ernsthaftigkeit* der Krise: "Sie sind sicher, daß es so wie bisher auf keinen Fall weitergeht, daß nichts mehr möglich ist, daß Sie nur noch Schluß machen können, daß nur noch ein Sprung Sie retten kann?!" Das gilt auch für scheinbar banale Krisen.
- *Was verstärkt* die Krise, was nicht? Welche Antworten sind den Anderen, Angehörigen (Familie, Arbeit, Leute) auf Existenz, Signale, Symptome, Handeln des Patienten noch möglich?
- *Schuldzuschreibung*: "Welche Anteile Ihrer Krise sind durch Sie, welche durch Andere bedingt?"
- *Erwartungen* an Andere und sich selbst: "Wie empfinden Sie das, wie die Anderen auf Ihren Zustand eingehen?" Oder "Stellen Sie sich vor, alle für Sie erreichbaren Menschen sind weg, was täten Sie?" D.h. ist der Patient hilfefordernd, abhängig, verschämt, hilfeablehnend ("Ich muß allein fertig werden")?
- *Frühere Krisen* (wichtig für Prävention): "Als es Ihnen schon einmal schlecht ging: Wie kam das? Wie haben Sie herausgefunden - durch Andere, durch Selbsthilfe?"
- *Krisensinn*: "Welche Bedeutung hat Ihr jetziger Zustand für Sie?" Jeder ist nach seinen Todes-/Tötungswünschen zu fragen.
- *Krisenvertiefung*: Da viele Patienten, wenn wir sie kennenlernen, ihre alte, ungünstige Abwehr ein Stück weit schon wieder hochgezogen haben, ist es notwendig, daß Sie den Tiefgang der Krise womöglich noch ernsthafter sehen als der Patient selbst und darauf auch bestehen, z. B. nach einem Suizid-versuch "Eigentlich sind Sie ja schon drüben gewesen, haben Ihre Freiheit gefunden"
- *Krisennutzungspotential*: Dazu dürfen Sie erst kommen, wenn Sie im Gespräch den Grund der Krise erreicht haben ; sonst wird Ihre Begegnung ein billiges Trostmittel.

"Was mögen Sie an sich? Was sind Ihre Stärken?" (z.B. daß ich bescheiden/stolz bin", "Wie ich mich kleide") Bestehen Sie hartnäckig darauf, daß der Patient drei Stärken nennt!

"Was mögen Sie an sich nicht? Was ist Ihr Ziel? Wohin wollen Sie? Wollen Sie anders sein, als Sie sind oder wollen Sie sein, wie Sie sind?" Dazu die Kontrollfrage: "Ist dies Ihr Wunsch oder der Wunsch der Anderen?"

Dasselbe beim Suizid: "Wie sehr wollen Sie sich Ihretwegen, wie sehr des Anderen wegen umbringen?" "Was mögen Sie an Ihrem Partner, was nicht? Was könnte das mit Ihnen zu tun haben?" "Welche Zugehörigkeiten wünschen Sie sich?"

Selbstwahrnehmung von Zusammenhängen: "Immer wenn X der Fall ist, fühlen Sie sich schlechter/besser?" Wem dies ungewohnt ist, bekommt als Hausaufgabe, sich diesbezüglich für einen Tag oder eine Woche zu beobachten - möglichst schriftlich. So kommt der Patient selbst von der Grübelfrage "Warum bin ich so?" zu der Frage "Wie kann ich mich und mein Schicksal beeinflussen?" Der erste Schritt: "Wenn wir dies nun gemeinsam so sehen, was wäre das Einfachste, das Wichtigste, was können Sie als Erstes (bis morgen) tun?" Kontrollfrage: "Ist das nicht zu schwer, wollen Sie nicht zu viel auf einmal? Es soll Ihnen auf jeden Fall gelingen! Es soll Ihnen und uns ein Signal sein, daß Ihr Sprung geglückt ist, daß Sie am anderen Ufer, auf einem anderen Weg, auf einer anderen Ebene sind!"

(aus: K.Dörner,U.Plog, Irren ist menschlich)

5.2 Schritte der Krisenintervention

Sechs Schritte der Krisenintervention wie sie 1974 von Jacobson aufgrund der Caplanschen Theorien erstmals formuliert und seither mancherorts konzeptuell weiter vertieft und mit Erfolg systematisch angewendet wurden. Demnach sollten bei jeder Krisenbehandlung die folgenden Etappen gezielt beachtet und bearbeitet werden:

1. *Den Krisenanlaß verstehen.* Dies soll das erste Ziel der exploratorischen Gespräche mit Patient und wichtigsten Bezugspersonen bei Behandlungsbeginn sein. Wichtig ist dabei die Konzentration auf die aktuelle Situation und deren wichtigste anamnestiche Hintergründe.
2. *Eine gemeinsame "Krisendefinition" erarbeiten.* Hier geht es darum, das im ersten Schritt erlangte Krisenverständnis umzusetzen in eine auch für den Patienten und seine wichtigsten Bezugspersonen gut akzeptable und verständliche Problemdefinition. Diese dient in der Folge als Vertrauen und Sicherheit schaffende gemeinsame Arbeitsbasis.
3. *Gefühle ausdrücken bzw. entlasten.* Bei diesem oft vernachlässigten oder gar aktiv unterdrückten Punkt, der indessen von allen dynamisch orientierten Krisenforschern als zentral erachtet wird, geht es darum, Gefühlen von Trauer, Schmerz, Kränkung, Scham, Angst und Schuld, etwas weniger extensiv auch von Wut und Bitterkeit, bewußt Ausdruck zu verschaffen und sie damit distanzierend zu verarbeiten, anstatt daß sie spannungs- und krankheitsfördernd in sich hineingefressen werden.
4. *Gewohnte Bewältigungsstrategien reaktivieren. Konfrontation mit der Realität.* Dies erfolgt z. B. durch das Erstellen einer Prioritätenordnung und selektives Anpacken der dringlichsten Aufgaben, durch die Reaktivierung von vorübergehend sistierten normalen Verhaltensweisen z. B. Körperhygiene, Haushaltarbeiten, sportliche Betätigung. Schlaf-Wach-Rhythmus usw., sowie vor allem durch Wiederaufnahme eines evtl. unterbrochenen Dialogs mit wichtigen Bezugspersonen.
5. *Nach neuen Lösungen suchen.* Da Wechsel auch immer neue Belastung bringt und damit die Krise eventuell neu anheizt, sollten tiefergehende Veränderungen der aktuellen Situation wie z. B. ein Umzug in eine andere Wohnung oder Stadt, eine Trennung vom bisherigen Partner, ein Arbeits- oder Berufswechsel usw. erst dann ins Auge gefaßt werden, wenn sich zeigt, daß die vorangehenden Schritte keine genügende Entspannung bringen.
6. *Abschließender Rückblick und Bilanz.* Ein retrospektives Bilanzgespräch sollte immer einige Wochen später stattfinden, einerseits um die erfolgte Krisenbewältigung nochmals zu befestigen und zu kontrollieren, und andererseits um als Prävention für neue Krisen aus der inzwischen gewonnenen Distanz aus dem Erlebten zu lernen. Nur wenn auch dieser letzte Schritt sorgfältig beachtet wird, wird das ich-stärkende und -reifende Potential einer erfolgreich durchgestandenen Krise psychotherapeutisch voll genutzt.

In der Praxis gibt es natürlich zwischen diesen etwas zu schematisch klingenden sechs Schritten vielfache Überlappungen und fließende Übergänge. Zudem sind viele weitere praktische Gegebenheiten zu beachten. So empfiehlt z.B. Cullberg (1978), in der Schockphase den Patienten nie allein zu lassen, auch mit Körperkontakt zu arbeiten, unter Umständen eine gewisse "Regression im Dienste des Ichs" (d.h. ein "Zurückweichen vor dem Sprung über die Hürde") zuzulassen und zugleich ein "Klima der stellvertretenden Hoffnung" zu schaffen.

Es ist wichtig, daß die genannten sechs Schritte im Prinzip gerade in dieser und keiner anderen Reihenfolge ablaufen, da beispielsweise das Suchen nach neuen Lösungen (Schritt 5) vor dem Versuch der Reaktivierung von gewohntem Verhalten (Schritt 4), oder die Konfrontation mit der Realität (Schritt 4) vor der Abfuhr der aufgestauten Affekte (Schritt 3) oder vor dem Erarbeiten einer gemeinsamen Krisendefinition (Schritt 2) oft nur neue Spannung und Verwirrung schafft, statt diese zu lösen.

(aus: L.Ciampi, Krisentheorie heute)

5.4 Unterscheidungen für die Praxis der Krisenintervention

5.4.1 ANGST

Real-Angst:

eine biologisch notwendige,
sinnvolle Funktion
vergleichbar mit Schmerz
tritt auf als Signal für
Gefahr

KONKRET

neurotische Angst:

Aufmerksamkeit und Energie werden zunehmend
nicht in die Lösung des Problems,
die Beseitigung der Gefahr,
sondern in die Kontrolle der Angst investiert
Angst vor der Angst

psychotische Angst:

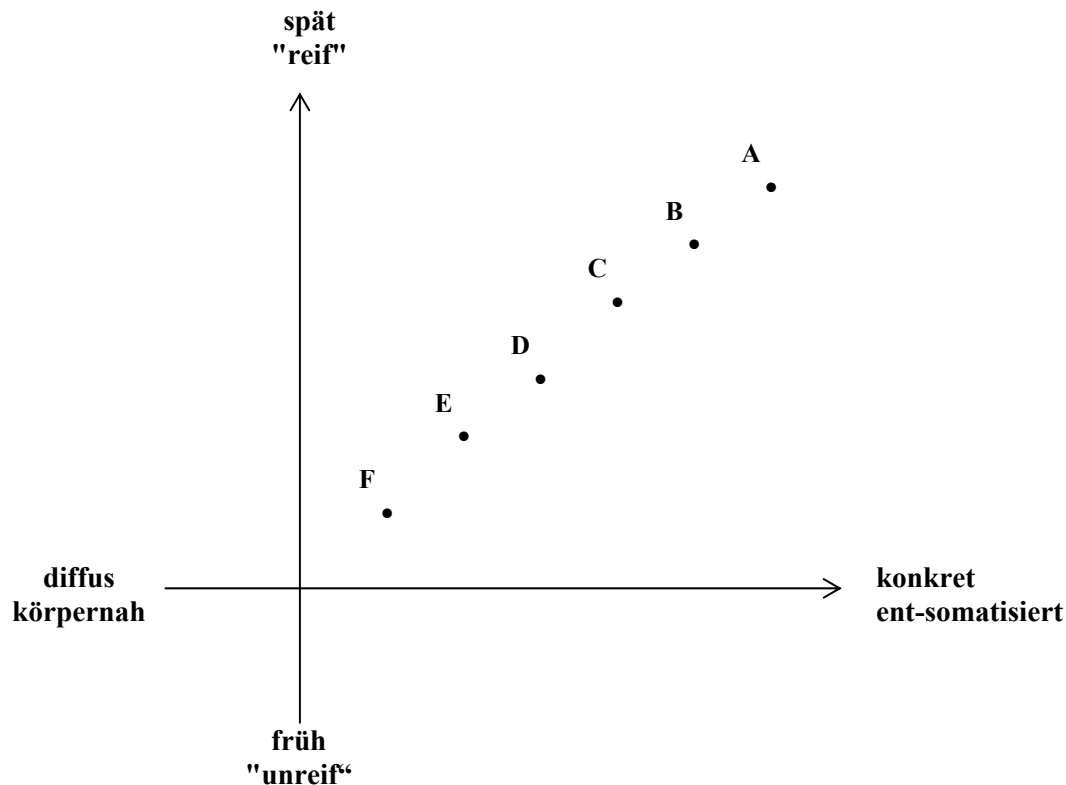
DIFFUS

frei flottierende Angst, Angst vor Vernichtung
und Überflutung durch primärprozeßhafte Inhalte

Werkzeuge zur Ent-Ängstigung:

- Präsenz des Helfers
Angebot der Begleitung durch angstvolle Erfahrungen in einer Haltung der Solidarität
(therapeutische Grundhaltung).
Voraussetzung: der Therapeut muß selbst einigermaßen angst-frei sein
bzw. sich seines Angstpotentials bewußt sein.
- Verbalisieren:
als Mittel der Konkretisierung von Angst zu Befürchtungen.
- reale Hilfsmaßnahmen:
bei Bedarf und im Notfall ev. bis zu Medikation
und Organisation der Hospitalisierung und Begleitung am Weg dorthin.

Zur Diagnose von Angstzuständen (nach St.Mentzos)



- A** "Normale" Furcht, **Real-Angst**, eine biologisch notwendige, sinnvolle Funktion, vergleichbar mit Schmerz, die als Signal für Gefahr auftritt
- B** **Relativ „reife“ Angst** bei Psychoneurosen, Angst vor Über-Ich, Kastrationsangst, Angst vor Autonomie- und Liebesverlust
- C** **Narzißtische Angst**, Angst vor Selbstwert-Verlust
- D** **Angstneurose**
- E** **Borderline-Angst**, Angst vor Kontrollverlust, Angst von Affekten überschwemmt zu werden, Angst davor, im Kern schlecht und unerwünscht zu sein, daher verlassen zu werden und es nicht anders zu verdienen.
- F** **Psychotische Angst = frei flottierende Angst**, Angst vor Desintegration, vor Vernichtung

5.4.2 VERWIRRTHEIT / PSYCHOTISCHE BASISSTÖRUNGEN

a) Verwirrheitszustände

können vorkommen.

- toxisch: Lösungsmittel, Drogen, Alkohol
- im Delirium (z.B. bei Fieber oder beim alkoholischen del.tremens):
 - Desorientiertheit
 - Verwirrtheit
 - psycho-motorische Unruhe, ev. auch Halluzinationen
- beim „akuten exogenen Reaktionstyp“
 - (ein Begleitsyndrom bei verschiedenen z.B. fieberhaften Erkrankungen)
 - Bewußtseins-
 - Orientierungs- und
 - Aufmerksamkeitsstörung
 - und ev.: Konfabulose
 - Halluzinose
 - Dämmerzustand
 - Delirium
- bei alten Menschen (besonders stark milieuabhängig)
- als neurotische "Pseudo-debilität", als Schutz/Abwehr-Verhalten.

b) Die psychotische Basisstörung

Der anonyme Bericht einer Betroffenen (Anonymus, 1981) knüpft direkt an das an, was Kraepelin als subjektive Erfahrung der Störung psychischer Funktionen beschrieben hat: Ein dauerndes Problem, das menschliche Beziehungen zu negativen Erfahrungen werden läßt, sind sehr niedrige Schwellen gegenüber negativen Emotionen anderer Menschen. Die Verfasserin des Selbstberichtes erkennt, daß ihre Empfindlichkeit das normale Maß weit überschreitet. Die eigenen Emotionen werden als wechselhaft und zu intensiv erlebt. Gegensätzliches kann miteinander verbunden sein. Aus der zwiespältigen Erregung helfen Medikamente heraus, die verbesserte Kontrolle der Emotionen wird jedoch mit einem Unbehagen erkauft, das als Nebenwirkung den Neuroleptika zugeschrieben wird. Kommunikation fällt der Betroffenen schwer, weil diese ständig bemänteln muß, daß es ihr Schwierigkeiten macht, aufzufassen und zu verstehen, was andere sagen. Besonders bei Ablenkung kann die Bedeutung eines Wortes nicht erkannt, werden. Im eigenen Verhalten bemerkt die Verfasserin einen zeitweiligen Übereifer in der Bereitschaft sich mitzuteilen, dem dann die Reue über das Gesagte folgt. Eine Anpassung gelingt nur zeitweilig. Schwierigkeiten, die normale Fassade aufrecht zu erhalten, treten besonders dann auf, wenn in der Situation emotionale Reaktionen erwartet werden. Ständig ist bewußt, welche Ober- und Untertöne in den Mitteilungen anderer mitschwingen und es wird vor allem wahrgenommen, in welcher Art und Weise etwas gesagt wird. Besonders ausgeprägte Unsicherheitsgefühle treten auf, sobald die Situation ein sehr formelles oder vorsichtiges Verhalten erfordert. Die Gedanken laufen ständig weg. Freies Assoziieren überwiegt das geordnete Denken. Oft ist deshalb rasch vergessen, was ausgesprochen werden sollte, weil bereits andere Ideen im Kopfe sind. Sobald die Konzentration gelingt, bemerkt die Autorin eine große Einfallsfülle. Dies jedoch selten, weil Konzentration zu den schwierigsten Problemen zählt. Eine weitere Hauptschwierigkeit ist, den Anforderungen von Beziehungen gerecht zu werden. Zuneigung kann nur aufrechterhalten werden, wenn negative Emotionen völlig ausbleiben. Die Betroffene fühlt sich von Menschen nicht so abhängig, von der Welt verschieden und letztlich unberührt. Sie erlebe, als ob sie einen Film vorgeführt oder Ereignisse durch andere Menschen oder Kräfte präsentiert bekäme. Das Gefühl der Unwirklichkeit und des eigenen Unberührtseins wird als anhaltender Zustand erlebt. Andere Gefühle und Gedanken kommen und gehen – ohne stärker zu affizieren.

(aus: L.Süllwold, G.Huber, Schizophrene Basisstörung)

5.4.3 PRIMÄR / SECUNDÄR

Gefühle, Antriebe, Impulse können sein:

PRIMÄR	SECUNDÄR
primäre Gefühle sind dadurch gekennzeichnet, daß sie den Klienten selbst aktivieren, zum „Vollzug“ führen danach rasch abklingen und spontan leicht einfühlbar sind z.B. Trauer, Schuld, Hunger, Wut, ...	secundäre Gefühle manifestieren sich meist dramatisch-theatralisch, dienen der Neigung Andere zu aktivieren, und haben oft eine verführerische Wirkung auf „eifrige HelferInnen“

5.4.4 DYSTON / SYNTON

Symptome können sein:

Ich-DYSTON	Ich-SYNTON
stören den Klienten selbst sind gut behandelbar, weil der für jede wirksame Behandlung erforderliche Leidensdruck gegeben ist zB Angst	stören eher die Anderen sind (wegen des fehlenden Leidensdrucks) nicht bzw. erst dann behandelbar, wenn sie in ich-dystone ungewandelt wurden

einschlägige Fragen: Was wollen Sie verändern?

Was wollen Sie, daß ich oder jemand Anderer für Sie tut oder verändert?

5.4.5 CAUSAL / FINAL

auch in akuten (Krisen-)Situationen sind beide Perspektiven wichtig

sowohl CAUSAL	als auch FINAL zu denken
z.B. was sind die Ursachen und Auslöser der Störungen und Konflikte? Welche Entstehungsgeschichte haben die in dieser Krise erkennbaren Symptome? Welche lebensgeschichtlichen Erfahrungen haben meinen in die Krise geratenen Klienten sich so und zu dem entwickeln lassen, der er/sie jetzt zu sein scheint?	z.B. wohin führen die Symptome? Wem nützt oder schadet das auffällige Verhalten des Klienten? Wen oder was aktiviert das Verhalten des „designierten“ Patienten im System? Was ist der „secundäre“ (versteckte) Krankheitsgewinn?

5.5 Psychoanalytisches Werkzeug:

aus psychoanalytischer (Ich-psychologischer) Sicht gehen Krisen einher mit:

- **Regression** auf **unreife Abwehrformen** und auf unreife Verhaltens- und Erlebnismuster
- **erhöhte Angst - Ohnmacht - Wut - Haß - Schuld - Scham Minderwertigkeitsgefühle**, die als Folge der Überschwemmung des Ich durch Es- und Über-Ich-Impulse ins eingengte Bewußtsein treten.
- **Einschränkung von Ich-Funktionen:**

Realitätsbezug:

	+	-
a) Anpassung an die Realität	gutes Zurechtkommen im Leben mit Familie, Partnerschaft, Beruf, Schule, Rollenverhalten	starke Einschränkungen im Rollenverhalten, bis zu paranoiden Zügen
b) Realitätsprüfung	gute Unterscheidung von inneren und äußeren Vorgängen	im Extremfall - bei Schizophrenie: Entstellung, Verleugnung, Projektion

Objekt-beziehungen

+	-
Nähe und Distanz zwischen sich und Anderen gut regulieren können	bestimmte Formen der Kollusion anaklitische symbiotische Objektbeziehungen ausbeuterische Beziehungsgestaltung, etc.

Denkprozesse

Secundär-Prozeß	Primärprozeß
z.B. Fähigkeit zur selektiven Ordnung des Vorstellungsmaterials, Exclusion von kontamierenden Neben-assoziationen	kognitive und affektive Grundstörung bei psychotischen Entwicklungen, die strukturell an die im Traum wirksamen Vorgänge, wie Verdichtung, Verschiebung, Aufhebung der Logik von Raum, Zeit, Causalität erinnern.

Abwehr-Funktionen

+	-
entwicklungspsychologisch spätere, reifere Formen wie z.B. Verdrängung, Reaktionsbildung, Intellektualisierung, etc. sind eher gut besprechbar	frühere, besonders anachronistische Formen wie z.B. Verleugnung, projektive Formen, Spaltung, primitive Entwertung + Idealisierung sind eher schwer besprechbar und bestimmen häufig das Verhalten in der Interaktion

Trieb-Kontrolle und -Steuerung

Fähigkeit zur:	↑	↓
	Frustrations- und Angst-Toleranz Neutralisierung Sublimierung (Selbst-) Tröstung Vermittlung von Außenwelt-, Über-Ich- und Trieb-Ansprüchen	

5.6 Der Bewältigungsprozeß in Krise und Krisenintervention

Def. von COPING: Als Bewältigung oder Coping kann das Bemühen bezeichnet werden, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch Krisen innerpsychisch (emotional/kognitiv) zu verarbeiten oder durch zielgerichtetes Handeln auszugleichen, zu meistern.

Dieser Vorgang stützt sich auf Ressourcen, innerpsychisch haben wir da die Persönlichkeitsstruktur, außerhalb die soziale Unterstützung durch das Umfeld.

Coping kann eine präventive, eine mildernde und eine readaptive Funktion ausüben.

Es gibt Forschungsergebnisse, die in unterschiedlichen Lebensbereichen aufzeigen, daß es eine Art "good copier", respektive "bad copier" gibt.

Jene Menschen, die sich aktiv, überlegt, ja hartnäckig den Problemen stellen, die eher phasenhafte, nicht abwendbare Belastungen verdrängen und die vor allem von einem guten sozialen Netz getragen sind, scheinen Krisen und Belastungen besser zu meistern. Umgekehrt sind es jene Menschen, die sich hilflos einer oft unkontrollierbaren Situation ausgesetzt fühlen, die schuldhaft in Bezug auf sich selbst oder andere reagieren, die resignieren und es nicht verstehen, soziale Unterstützung zu mobilisieren, die an Krisen am ehesten scheitern und die auch vulnerabler für Fehlentwicklungen sind.

YAVIS vs. HOUND

Copinganalyse und Copingmodifikation als wichtige Teile der Krisenintervention.

Coping kann eher handlungs- und/oder kognitions- und/oder emotionsbezogen sein.

Phasen der Krisenintervention nach HEIM:

1. Aufbauen einer therap. Beziehung
Krise anerkennen
Setting erklären
2. Problemanalyse
 - 2.1 Situationsanalyse
Objektive Situation (Krisenhintergrund und -auslöser)
Subjektive Interpretation
 - 2.2 Copinganalyse
Habituell
Krisenbezogen
Ressourcenbezogen
3. Problemdefinition
Problem klar und verständlich formulieren
Ungeeignetes vs. geeignetes Coping aufzeigen
Absehbar erreichbare Ziele formulieren
Ermutigung zu neuem Coping
4. Ziel-Definition
5. Problem bearbeiten - Coping modifizieren
Problem-Definition wo nötig wiederholen
Coping-Analyse wiederholen
Aktives Umsetzen in Realität unterstützen
Soziales Umfeld einbeziehen
Vorausschauendes Planen in Bezug auf spätere mögliche Krisen
6. Re-Evaluation bei neuer Krise
Durchstandene Krise besprechen
Neue Problem- und Ziel-Definition
Vorausschauendes Planen

(aus: E.Heim, Der Bewältigungsprozeß in Krise und Krisenintervention)

5.7 Zusammenfassend - allgemeine Empfehlungen für die Krisenintervention

- Als Helfer in Krisen - sich als „Begleiter“, statt als „Retter oder Erlöser“ anbieten.
- Auch als Krisen-HelferIn darf man Pausen machen und Supervision einholen, z.B. um Übertragung und Gegenübertragung zu reflektieren.
- Zur Frage der Reihenfolge: am besten fordert man zuerst das Mitglied des Systems, der Familie, des Teams, ... auf, seine Sicht der Dinge darzulegen, das am ehesten zum "explodieren" neigt.
- Es ist unvernünftig zu erwarten, daß sich ein Mensch in der Krise vernünftig verhält.
- Manchmal ist es nötig, sich an den Schauplatz des Krisengeschehens zu begeben und dafür die Einwilligung Aller zu erlangen.
- Bei hochgradig Erregten - Sicherheitsabstand bewahren und bei mangelnder Selbstkontrolle des Gefährdeten Fremdkontrolle organisieren.
- In Krisen kommt es häufig zu Einengung, Tunnelvision, Amnesie; - bei der Bewältigung sind: Realitätsbezug herstellen, inneres Distanzieren und Stützung wichtige Methoden
- zur Art der Sprache: so kurz und prägnant wie möglich, weil Menschen in Krisen nur beschränkt aufnahmefähig sind.
- Wenn möglich Kontrakte schließen, die zeitlich begrenzt, prägnant formuliert und unmißverständlich (nur das zusagen oder versprechen, was man halten kann) sind.
- Nach längstens 10 - 12 Kontakten überprüfen, ob Krisenintervention in Therapie übergeht, wozu ein neuer, anderer Kontrakt nötig ist.
- Nachkontrolle einbauen.

6. Literatur

- L. Bellak, Small,
Kurz- und Notfallpsychotherapie, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt, 1972
- G. Caplan,
Principles of Preventive Psychiatry, Basic Books, New York, 1964
- R. Danzinger, G. Lyon,
Das Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen in Graz,
Verlag der Österr. Akademie d. Wissenschaft, Wien, 1982
- K. Dörner, U. Plog,
Irren ist menschlich, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1985
- DSM-III-R,
Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen, Weinheim, Basel, 1989
- E. Durkheim,
Der Selbstmord, Suhrkamp-TB, Frankfurt, 1987
- H. Henseler,
Narzißtische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmords,
Rowohlt-TB, Hamburg, 1974
- Hyman,
Manual der psychiatrischen Notfälle, Enke-Verlag, Stuttgart, 1988
- J. Kind,
Suizidal, Die Psychoökonomie einer Suche,
Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1992
- R. Klusmann,
Psycho-somatische Medizin, Springer-Verlag, Berlin, 1986
- St. Mentzos(Hg),
Angstneurose, Fischer, Frankfurt, 1984
- E. Ringel,
Selbstmordverhütung, Huber, Bern, 1968
- U. Schnyder, J.-D. Sauvant, Hg.,
Krisenintervention in der Psychiatrie, Huber, Bern, 1993
- G. Sonneck, Hg.,
Krisenintervention und Suizidverhütung, Facultas-Verlag, Wien, 1985
- L. Süllwold, G. Huber,
Schizophrene Basisstörungen, Springer-Verlag, Heidelberg, 1986