

Definition und Behandlungsprinzipien der Krisenintervention und des Notfalls

Definition and Basic Principals of Crisis Intervention and Emergency Care

Thomas Bronisch

Zusammenfassung

Die Tätigkeit des Psychotherapeuten ist eine sehr personenorientierte. Die Definition von Krisenintervention ist unscharf und vermischt sich mit dem Begriff des psychiatrischen Notfalls. Beim psychiatrischen Notfall sind zumeist medizinische Maßnahmen notwendig; beiden Begriffen gemeinsam ist die Notwendigkeit zum sofortigen therapeutischen und vorbeugenden Handeln. Akute Krisen sind begrenzt und laufen typischerweise in Phasen ab. Das vorrangige Ziel einer Krisenintervention ist Abwendung von Gefahr für Leben und Gesundheit des Betroffenen. Krisenintervention ist eine multiprofessionelle Aufgabe, bezieht das soziale Umfeld mit ein und setzt eine aktive Grundhaltung der Helfer voraus. Wesentliches Ziel der Krisenintervention ist die Weitervermittlung in längerfristige Betreuung und Behandlung.

Schlüsselwort Krisenintervention – Notfall – Definition – Behandlungsprinzipien

Summary

The definition of crisis intervention is fuzzy and intermingled with the term "psychiatric emergency". Although psychiatric emergency often requires medical measures, both terms include the necessity of instant therapeutic and preventive measures. Acute crises are limited and typically proceed in stages. The prime target of crisis intervention is caring for the health and life of the respondents. Crisis intervention is a multi-professional approach that includes the social environment and needs an active stance on the part of the helpers. The main aim of crisis intervention is the provision of long-term care and treatment.

Keywords crisis intervention – emergency – definition – treatment principals

1. Begriffsbestimmung

Die Wurzeln des Begriffs Krise lassen sich bis in die Zeit des archaischen Griechenland zurückverfolgen. Im Verlauf von annähernd 3000 Jahren wurde der Begriff auf Geschichte, Gesellschaft, Religion, Psychologie und Medizin übertragen. In der Romantik wurde er zur Kennzeichnung von Verlaufseigenheiten von psychischen Erkrankungen aus der Medizin übernommen. Von hier aus hat er Eingang in die Psychiatrie und deren Grenzgebiete gefunden (Kahre und Felber, 2001).

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

Unter Krisen werden bedrohliche kritische Lebenssituationen verstanden, die durch akute Belastungen entstehen. Diese können im Rahmen der bisherigen individuellen Problembewältigungsstrategien nicht gelöst werden und führen daher zu einer erhöhten psychischen Labilität und somatischen Reaktionsbereitschaft bis hin zu manifesten psychopathologischen Symptomen (Reiter und Strotzka, 1977).

Akute Krisen sind zeitlich begrenzt (von wenigen Stunden bis einige Wochen) und laufen typischerweise in Phasen ab (Simmich et al., 1999):

1. Schockreaktion auf den Krisenanlass mit Versagen gewohnter Problembewältigungsstrategien
2. Vergebliche Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen
3. Psychische Labilisierung und Symptomentstehung
4. Abklingen der Krise

Es sind zwei Formen des Ausgangs einer Krise möglich (Ulich, 1987):

1. Lösung im Sinne einer sekundären Bewältigung der Belastung und Neuorientierung jenseits der bisher erfolglos beschrittenen Wege
2. Symptomatische Lösung in Form einer
 - anwachsenden Verängstigung, Depressivität, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung mit akuter Suizidgefährdung oder
 - längerfristige Fehlanpassung mit psychischer Stabilisierung in persistierender Symptomatik (z. B. neurotisch, dissozial, süchtig).

Krisenintervention ist ein unscharfer Begriff. Von der eigentlichen Krisenintervention zu unterscheiden ist der psychiatrische Notfall. Die Notfallpsychiatrie befasst sich nach Statistiken verschiedener Institutionen (Häfner, 1974; Häfner und Helmchen, 1978) vor allem mit folgenden Patientengruppen:

1. Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen. In diesen Bereich gehören auch die meisten Suizidversuche, die mindestens ein Drittel der psychiatrischen Notaufnahmen ausmachen
2. Patienten mit Suchtkrankheiten, besonders mit Entzugssyndromen und Suchtpsychosen, sowie mit durch die Suchtkrankheit bedingten psychosozialen Notfallsituationen
3. Depressionen verschiedener Genese, vielfach mit latenter oder manifester Suizidgefährdung

Insofern finden sich Kriseninterventionen bei den meisten Notfallpatienten (Feuerlein et al., 1983).

Bei Krisenintervention wie auch in der Notfallpsychiatrie treten diagnostische Überlegungen gegenüber der unmittelbaren Intervention zunächst in den Hintergrund (Feuerlein et al., 1983). Sonneck (1980) sieht in der Notwendigkeit zum sofortigen therapeutischen und/oder vorbeugenden Handeln einen Zusammenhang zwischen Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. Heim (1980) spricht von Notfällen als „objektiv medizinischen Notfallsituationen“ und von Krisen als „schweren subjektiven Notlagen“.

2. Klassifikation

Krisen sind nach ICD-10 diagnostisch klassifizierbar als:

- F43.0 akute Belastungsreaktion bei psychisch nicht manifest gestörten Menschen oder
- F43.2 Anpassungsstörung auf entscheidende Lebensveränderung bei größerer Bedeutung von individueller Disposition oder Vulnerabilität.

Im Ausnahmefall kann auch die Klassifikation F43.1 posttraumatische Belastungsreaktion Verwendung finden, wenn die Krisenreaktion mit typischen klinischen Krisenmerkmalen in zeitlicher Latenz von bis zu 6 Monaten auftritt. Konzepte einer integrativen Behandlung mit Elementen der Notfall- wie auch der Krisentherapie wurden hierbei von Malt und Weisaeth (1991) entwickelt.

3. Indikation

Krisenintervention ist indiziert bei

- vorher nicht psychisch Erkrankten in subjektiv bedrohlichen Belastungen bis hin zu Extrembelastungen unterschiedlicher Art (Verluste, Trennungen, Beziehungskonflikte, bedrohliche Ereignisse wie schwere körperliche Erkrankungen, Unfälle, Naturkatastrophen, Gewalterfahrungen);
- Patienten mit akut dekompenzierten neurotischen und somatoformen Störungen sowie Patienten mit akut dekompenzierten Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen. Darunter fallen auch Patienten in Behandlungskrisen während laufender Psychotherapie;
- Patienten mit Psychosen, in deren Rahmen es zu akuter Selbst- oder Fremdgefährdung kommt oder bei denen sich durch die psychotische Erkrankung bedingt psychosoziale Krisen entwickelt haben (Arbeitsplatzverlust, Partnerkrisen, fehlende Bewältigung von Alltagsproblemen wie Behördengängen, körperliche Erkrankungen).

Katschnig und Konieczna (1986) haben im Rahmen eines von der WHO (WHO, 1985) geförderten Projektes eine Vielzahl von unterschiedlichsten Kriseninterventionseinrichtungen in Europa aufgesucht und analysiert. Hierbei zeigte sich eine große Vielfalt von Institutionen (ambulant, teilstationär und stationär) mit ganz unterschiedlichen Strukturen und multiprofessionellen Teams mit einer sehr differenzierten psychiatrischen, sozial-psychiatrischen und psychotherapeutischen Vorgehensweise.

4. Allgemeine Behandlungsprinzipien

In Anbetracht der Tatsache, dass für den klinischen Gebrauch Krisenintervention und Notfallpsychiatrie zusammengehören, ergeben sich folgende allgemeine Behandlungsprinzipien:

1. Vorrangiges Ziel muss Abwendung von Gefahr für Leben und Gesundheit des Betroffenen sein.
2. Dazu gehört allerdings auch, dass besondere Schutzmaßnahmen für die Helfer ergriffen werden müssen, um Abwendung von Gefahr für Leben und Gesundheit auch der Helfer zu garantieren.
3. Alle anderen Maßnahmen sind nachrangig gegenüber 1 und 2.
4. Die Zugangswege zur Krisenintervention sollten möglichst niederschwellig für alle Menschen in Krisen sein.
5. Krisenintervention ist ein multiprofessionelle Aufgabe.
6. Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes ist ein wichtiger Bestandteil der Krisenintervention.
7. Krisenintervention ist zeitlich begrenzt, erstreckt sich in der Regel über Stunden bis einige Tage.
8. Krisenintervention als solche ist durch eine aktive Grundhaltung der Helfer gekennzeichnet.
9. Zur aktiven Grundhaltung gehören rasche Verfügbarkeit, Begrenzung der Therapieziele, Verbleiben im Hier und Jetzt.
10. Krisenintervention beinhaltet immer Aufklärung und Information und schließt immer eine Beratung mit ein.
11. Die Mobilisierung von Ressourcen der Betroffenen mit dem Ziel der Hilfe durch Selbsthilfe ist oberste Maxime.
12. Wesentliches Ziel der Krisenintervention ist in vielen Fällen die Weitervermittlung in längerfristige Betreuung und Behandlung.

5. Fallvignette

Zur akuten Krankheitsentwicklung:

Frau L. kam wegen panikähnlicher Zustände, in denen sie keine Kraft mehr in den Armen und Beinen spürte, viel weinte und sich körperlich erschöpft fühlte, zunächst in die Behandlung einer Neurologin. Diese stellte die Diagnose einer endogenen Depression und behandelte Frau L. mit 50 mg/die Amitriptylin und 2 x 0,5 mg/die Alprazolam. Nach einer leichten Besserung war die Patientin zusammen mit ihrem Ehemann am darauffolgenden Wochenende an einen See gefahren, was jedoch zu einer Verschlimmerung der Beschwerden geführt hatte. Frau L. konsultierte daher eine befreundete niedergelassene Nervenärztin, die die Dosis von Amitriptylin auf 75 mg/die erhöhte. Da das Medikament wenig Wirkung zeig-

te und Nebenwirkungen auftraten, wurde mir die Patientin in der Ambulanz vorgestellt.

Zur Krankheitsvorgeschichte:

Zum ersten Mal sei sie, so der Bericht von Frau L., nach der Geburt ihrer ersten Tochter 1985 depressiv verstimmt gewesen. Die Depression mit Suizidgedanken habe sich im Laufe der ersten Wochen nach der Geburt langsam entwickelt. Hintergrund sei gewesen, dass sie ihr Baby nicht für sich gehabt habe, sondern dass sich die „großen Kinder“ (die Kinder ihres Mannes) sich um den Säugling gerissen hätten. Das Baby, durch Kaiserschnitt entbunden, sei ein ausgesprochen problematisches Kind („Schreikind“) gewesen. Erst nach einem halben Jahr habe sie wegen der Depressionen einen Arzt aufgesucht, der ihr Hyperforat verschrieben habe. Daraufhin sei es ihr besser gegangen.

Gegen den Willen ihres Mannes sei sie ein zweites Mal schwanger geworden, hätte das Kind jedoch in der 8. Woche verloren. Sie sei darüber sehr verzweifelt gewesen und habe kein Verständnis bei ihren Eltern oder bei ihrem Mann finden können, der erst durch den Abgang von der Schwangerschaft erfahren hatte. Schließlich sei sie drei Monate danach erneut schwanger geworden, wobei diesmal der Ehemann unter Vorbehalt zugestimmt habe. Schon während der Schwangerschaft habe sie dann unter Depressionen gelitten und sich in die Behandlung einer Nervenärztin begeben, die die Diagnose einer Schwangerschaftsdepression gestellt und keine weitere Behandlung unternommen habe. Auch das zweite Kind wurde mit Kaiserschnitt entbunden, wobei die Geburt äußerst schwer gewesen sei und sie kurz vor dem Tode gestanden habe. Nach der Geburt sei es ihr ausgezeichnet gegangen. Das Kind sei jedoch wegen einer Missbildung am Darm sechs Wochen später wieder ins Krankenhaus gekommen. Frau L. habe erneut unter Depressionen gelitten, die wiederum mit Hyperforat behandelt worden seien. Ihre Mutter habe kurze Zeit später einen Schlaganfall erlitten, Frau L. habe nun auch ihre Mutter versorgen müssen. Zu dieser Zeit hätten sich die Depressionen wieder verstärkt, sie habe vermehrt unter Übelkeit, unter Schulter-Rücken-Schmerzen, schließlich auch unter Migräne gelitten. Da die Beschwerden nicht besser geworden seien, sei sie im Frühjahr des darauffolgenden Jahres wieder zur Nervenärztin in Behandlung gegangen. Diese habe die Diagnose einer Erschöpfungsdepression gestellt und Sulpirid verschrieben. Daraufhin habe Frau L. eine Galaktorrhö (Milchfluss aus den Brustdrüsen) entwickelt, weswegen Sulpirid abgesetzt und durch Imipramin ersetzt worden sei. Gleichzeitig habe die Nervenärztin eine Gesprächstherapie begonnen; Frau L. habe die Therapie jedoch von sich aus abgebrochen.

Die weiteren gynäkologischen Kontrollen hätten dann ergeben, dass sie kein Östrogen mehr produziere, weswegen Östrogen substituiert wurde. Im Laufe der Zeit habe sie dann unter niedrigem Blutdruck gelitten, der vom Internisten mit Effortil (Sympathikomimetikum) behandelt worden sei. Zeitweilig sei dadurch eine Besserung eingetreten, die jedoch nicht angehalten habe. Zwischenzeitlich habe sie auch unter chronischen Blasenentzündungen gelitten, die mit Antibiotika behandelt wurden; die Migräne sei wieder stärker geworden, weswegen sie Ergosanol zur Behandlung bekommen habe. Schließ-

lich sei der Kreislauf wieder zusammengebrochen, weswegen ihr der Internist Astonin H (Mineralkortikoid) verschrieben habe, was ihr auch geholfen habe.

An Pfingsten hätte die ganze Familie Urlaub an einem See gemacht, wo sie ein Haus und ein Motorboot besitzen. Während einer Motorboot-Tour sei es kurz nach dem Auftanken des Bootes zu einem schweren Unfall mit einer Stichflamme im Boot gekommen. Wie durch ein Wunder sei kein Familienmitglied verletzt worden, alle seien mit einem massiven Schock davongekommen. Während dieses Unfalles sei die Stieftochter in den See gefallen, konnte aber zusammen mit den beiden anderen Kindern ans Ufer schwimmen. Als schlechte Schwimmerin habe sie selbst das Baby gerettet. Ihr Ehemann hätte unterdessen noch versucht, auf dem Motorboot den Brand zu löschen. Trotz dieses Ereignisses wollte der Ehemann erneut eine größere Motorboot-Tour mit Freunden machen, wogegen sich die Patientin innerlich sträubte, dies aber nicht zum Ausdruck bringen konnte.

Biographie: Der Vater der Patientin ist Industriekaufmann, sei nie zu Hause gewesen, da er viel gearbeitet habe. An ihm habe sie sehr gehangen. Am Wochenende sei er als leidenschaftlicher Jäger ebenfalls meistens nicht mit der Familie zusammen gewesen. Die Mutter sei Hausfrau gewesen, habe trotz nur zweier Kinder ein Hausmädchen gehabt. Die Mutter erlitt vor 2 Jahren einen Schlaganfall, von dem sie sich aber gut erholt habe. Zu der Mutter habe sie eigentlich wenig Kontakt gehabt. Diese habe ihren 4 1/2 Jahre älteren Bruder, zu dem jetzt ebenfalls kein gutes Verhältnis bestehe, ihr vorgezogen. Sie habe dann mit sechs Jahren die Volksschule besucht, sei mit 10 Jahren ins Gymnasium übergewechselt, habe im Gymnasium immer wieder Schwierigkeiten gehabt, sei aber mit Nachhilfe von den Eltern bis zum Abitur „durchgepeitscht“ worden. Da sie die familiäre Atmosphäre als wenig liebevoll und hilfreich erlebt habe, sei sie gleich nach dem Abitur von zu Hause ausgezogen. Während die Eltern immer gern eine Pharmazeutin aus ihr gemacht hätten, schrieb sie sich zunächst für Medizin ein und entschloss sich dann zu einer Optikerlehre. Der Bruder der Patientin absolvierte nach Wunsch der Eltern das Pharmaziestudium und ist nun Besitzer einer eigenen Apotheke. Frau L. zog nach München, wo sie Freunde hatte und eine Ausbildung als Augenoptikerin absolvierte. Während dieser Ausbildung lernte sie ihren zukünftigen Ehemann kennen, der Ausbilder in der Augenoptik war. Zu dieser Zeit sei er noch verheiratet gewesen. Während dieser Ausbildung nahm sie zu ihm eine intime Beziehung auf, als dieser in Scheidung lebte. Die Auseinandersetzungen mit seiner damaligen Ehefrau seien so massiv gewesen, dass ihr zukünftiger Ehemann Selbstmord begehen wollte. Frau L. habe ihm sehr beigegeben. Im selben Jahr noch habe sie die Optikerprüfung absolviert.

Sie sei dann mit dem Mann zusammengezogen und habe sich intensiv um die beiden Kinder aus seiner ersten Ehe gekümmert. Vier Jahre später sei dieser geschieden worden, und schließlich seien die Kinder ihnen beiden zugesprochen worden. Sie habe immer wieder versucht, die Adoptivkinder besser zu versorgen als die leibliche Mutter. Frau L. habe selbst in dieser Zeit ein Optikergeschäft geführt und noch ein Studium an der Fachakademie absolviert. Obwohl das Sorgerecht

für die Kinder auf den Ehemann übergegangen war und sie selbst diese Kinder versorgt hätte, hätten sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht geheiratet. Das Geschäft des Ehemannes stand damals immer kurz vor dem Konkurs. Außerdem habe ihr späterer Ehemann einen Herzinfarkt erlitten, weswegen sie dann ihr eigenes Geschäft und die Ausbildung an der Fachakademie aufgegeben habe. Nachdem das Geschäft des Ehemannes konsolidiert gewesen sei, hätten sie sich zur Heirat entschlossen. Vor allem von ihrer Seite sei der Wunsch angekommen, eigene Kinder zu haben. Sie sei dann noch im selben Jahr schwanger geworden.

Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes mit mir lebte Frau L. zusammen mit ihrem Mann und den vier Kindern (ein 13-jähriger Sohn und eine 15-jährige Tochter aus der ersten Ehe ihres Mannes sowie eine 2- bzw. eine 4-jährige Tochter aus der Ehe mit ihrem Mann).

Psychischer Befund: Die 32-jährige, erschöpft wirkende, untergewichtige und blass aussehende Patientin ist durch das Erstgespräch mit dem Referenten sehr entlastet, berichtet ausführlich über die verschiedenen extremen Belastungen, denen sie in den letzten Jahren ausgesetzt war, wobei der Eindruck entsteht, als ob sie Schwierigkeiten habe, sich mit ihren eigenen Bedürfnissen und Wünschen gegen ihre Umgebung, insbesondere gegen ihren Mann durchzusetzen. Hinweise auf ein ausgeprägt depressives Syndrom bestanden nicht.

Meine Arbeitshypothese:

Ein Konflikt scheint sich angebahnt zu haben, nachdem die Patientin eigene Kinder neben den Stiefkindern haben wollte und offensichtlich Probleme hatte, ihre Liebe gleichmäßig auf alle Kinder zu verteilen. Zusätzlich schien sie sich nicht ausreichend von ihrem Ehemann unterstützt zu fühlen, dem sie in den vergangenen Jahren sehr geholfen hatte. Diese Situation spitzte sich offensichtlich während der zweiten Schwangerschaft zu, die von Seiten des Mannes nicht gewollt war. Eine deutliche Verschlechterung der depressiven und auch jetzt noch bestehenden Angstsymptomatik erfolgte dann nach dem Motorboot-Unfall und der Absicht ihres Mannes, trotz des Unfalles eine weitere Tour zu unternehmen.

Hinweise für eine von anderen Kollegen geäußerte endogene Depression schienen mir im Augenblick nicht gegeben, wohl aber für eine chronische Überlastungssituation.

Therapeutisches Vorgehen und Verlauf:

Ich entschied mich bei der Patientin zu einer *ambulanten Krisenintervention*.

Zunächst sollte erreicht werden, dass sämtliche Kinder während der nächsten Wochen versorgt sind und der Ehemann sich mehr um die Patientin kümmert.

Des Weiteren wollte ich eine *Fremdanamnese* durch den Ehemann erheben, wozu mir die Patientin ihr Einverständnis gab. Die *Medikation* von 75 mg Amitriptylin abends sollte beibehalten werden, zunächst auch die Gabe von 0,5 mg Alprazolam morgens und abends.

Wegen der internistischen Abklärung der Kreislaufsituation sowie der hormonellen Stoffwechsellaage wollte ich mit den behandelnden *niedergelassenen Ärzten Kontakt aufnehmen*. Am darauffolgenden Tag kam das *Ehepaar* in meine Sprechstunde. Ich sprach zunächst mit Einverständnis der Patientin mit dem Ehemann allein. Er zeigte sich sehr besorgt um seine

Frau, bestätigte deren Angaben, meinte auch, dass seine Frau in letzter Zeit zu kurz gekommen sei. In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Ehepaar äußerte Frau L. auch unter Tränen den Vorwurf, zu kurz gekommen zu sein, was Herrn L. sehr betroffen machte. Als Hausaufgabe gab ich dem Paar mit, sich in den nächsten 10 Tagen, solange die Kinder außer Haus sind und der Ehemann sich vom Geschäft freimachen kann, mit sich selber zu beschäftigen, insbesondere mit den Enttäuschungen, die sie jeweils mit dem Partner erlebt haben.

Eine *Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Internisten und Gynäkologen* ergab folgende Befunde: Die internistische Untersuchung bei Frau L. hätte keinen pathologischen Befund ergeben, lediglich eine Hypotonie von systolisch 90 mm/Hg, auch ohne Psychopharmaka. Effortil und Novadral hätten nichts genützt, weswegen er eine kurze Zeit lang Astonin H gegeben habe. Der behandelnde Gynäkologe berichtete, dass Frau L. nach der zweiten Entbindung eine polyglanduläre Insuffizienz mit einer Hyperprolaktinämie gehabt habe, die durch Behandlung mit Pravidel gebessert werden konnte. Von mir darauf aufmerksam gemacht, dass Frau L. nach der zweiten Entbindung Sulpirid erhalten habe, räumte der Kollege ein, dass durch dieses Medikament ebenfalls eine Hyperprolaktinämie hervorgerufen worden sein könnte. Der Kollege sah im Augenblick keinen Zusammenhang mit der von der Patientin geschilderten Symptomatik.

Nach Rücksprache mit der Patientin erfolgte in der nächsten Woche stufenweise eine Reduktion und schließlich ein *Ausschleichen der psychotropen Medikation*, was gut toleriert wurde.

In den weiteren *psychotherapeutischen Gesprächen* stellte sich heraus, dass der Ehemann für die Einwilligung in die Ehe mit der Patientin die Adoption seiner beiden Kinder aus erster Ehe zur Bedingung gemacht hatte. Dadurch hätte sie bei der Versorgung der Kinder aus erster Ehe immer unter Leistungsdruck gestanden. Der Patientin wurde klar, dass nach dem Unfall ein erneuter Bootsurlaub sie in Panik versetzt hätte und, wie auch in aggressiven Träumen mit Einbeziehung des Ehemannes deutlich wurde, unterschwellige Aggressionen gegen ihren Mann hervorgerufen hätte. Die Adoptivkinder hätten sich jetzt während der Therapie ganz auf ihre Seite geschlagen, was sie als große Entlastung empfinde.

In einem zweiten Gespräch mit dem Ehepaar wird deutlich, dass auch der Ehemann sich überfordert fühlt und um eine Vermittlung in eine Psychotherapie bittet, was von mir arrangiert wird.

Nach einer dreiwöchigen Behandlung mit insgesamt 9 Terminen konnte Frau L. zusammen mit ihrer Familie noch in den Sommerurlaub von vier Wochen Dauer fahren, ohne dass es zu gravierenden Depressionen, Angstzuständen oder funktionellen körperlichen Beschwerden kam.

Weiterer Verlauf:

Nach dem Urlaub willigte Frau L. in eine Kurzzeittherapie von insgesamt 25 Stunden ein. Im Mittelpunkt der Kurzzeittherapie stand das fehlende Selbstbewusstsein der Patientin. Zusätzlich wurde deutlich, dass das Ehepaar wenig gemeinsamen Austausch hat und diesen Mangel durch eine Vielzahl von Aktivitäten überdeckt.

Mittlerweile habe ich eine Katamnese von 10 Jahren, wobei die Patientin bei Ehestreitigkeiten noch zweimal für wenige Stunden eine Krisenintervention benötigte, jedoch insgesamt mit Familie und Wiederaufnahme ihres Berufes gut zurechtkam. Im Laufe der Therapie kristallisierten sich histrionische Persönlichkeitszüge mit Neigung zur Dramatisierung, Rivalisieren mit dem Ehemann sowie labiles Selbstwertgefühl mit kompensatorischer Überaktivität heraus, ohne dass jedoch die Kriterien für die *Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung* erfüllt waren.

Abschließende Bemerkung:

Wichtige therapeutische Intervention waren: das *Arbeiten im Hier und Jetzt*, das *Fokussieren der Thematik* auf die aktuelle Krisensituation, das *aktive Vorgehen* auf Seiten des *Therapeuten* und die *Einbeziehung des sozialen Umfeldes* (Bronisch, 2004).

Die in diesem Schwerpunkttheft angeschnittenen Themen zur Krisenintervention umfassen ein weites Gebiet. Es reicht von Auto- und Heteroaggression, über verschiedene psychiatrische Diagnosen (posttraumatische Belastungsstörungen einschließlich Opfern sexueller Gewalt, Psychosen, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen), zu unterschiedlichen Altersstufen (Kindes- und Jugendalter) und Institutionen (Allgemeinkrankenhaus und stationärer Krisenintervention) bis hin zu Angehörigen von Traumaopfern und Betroffenen helfender Berufe.

Zu diesen einzelnen Aspekten von Krisenintervention werden die Autoren ihre spezifischen Erfahrungen auf der Basis ihrer psychiatrischen und psychotherapeutischen Provenienz dem Leser näherbringen.

Das Spektrum der Interventionen deckt einen sehr breiten Bereich von therapeutischen Zielen und Interventionen ab, sowohl auf der pharmakologischen als auch auf der psycho- und sozialtherapeutischen Ebene. Krisenintervention kann sich von dem einen Extrem mit Veränderung der therapeutischen Technik im Rahmen einer psychoanalytischen Langzeitbehandlung (Thomä und Kächele, 1989a und b) bis hin zur Krisenintervention im Rahmen von Natur- und anderen Katastrophen erstrecken. So reichte z.B. bei der Tsunami-Katastrophe die Krisenintervention von der Information der Opfer und Angehörigen, Begleitung von Schwerverletzten auf ihrem Rücktransport, Hilfe im Trauerprozess der Angehörigen und beim Transfer der sterblichen Überreste der Opfer bis zur Betreuung von Opfern, Angehörigen sowie Helfern (Bronisch et al., 2005; Bronisch et al., 2006).

War in früheren Dekaden Krisenintervention ein zu vernachlässigendes Gebiet der Psychotherapie, sicherlich nicht der Psychiatrie, so ist sie heutzutage ein zentraler Baustein jeglicher Psychotherapie geworden.

Da in der psychotherapeutischen Behandlung nicht mehr die Grenzen zu den klassischen psychiatrischen Erkrankungen gezogen werden, ist es sinnvoll, die Möglichkeiten der Intervention bei psychiatrischen Notfällen und Krisenintervention als zusammengehörend zu betrachten. Für dieses Schwerpunkttheft gilt daher die erweiterte Definition von Krisenintervention mit Einschluss der Notfallpsychiatrie.

Literatur

- Bronisch T (2004): Grundsätzliches zur psychotherapeutischen Krisenintervention. In: Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unckel C (Hrsg.): Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Bronisch T (2005): Protokoll über Krisenintervention nach der Flutkatastrophe (Tsunami) in Phuket und Khao Lak. Psychotherapie 10:5-12
- Bronisch T, Maragkos M, Freyer C, Müller-Cyran A, Butollo W, Weimbs R, Platiel P (2006): Crisis intervention in Phuket and Khao Lak (Tsunami). Crisis 27:42-47
- Caplan G (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books
- Culberg J (1978): Krisen und Krisentherapie. Psychiatr Prax 5:25-34
- Feuerlein W, Bronisch T, Fürmaier A (1983): Eine Station für Notfallpsychiatrie und Krisenintervention – Konzepte, Struktur und erste Erfahrungen. Psychiatr Prax 10:41-48
- Häfner H (1974): Krisenintervention. Psychiatr Prax 1:139-150
- Häfner H, Helmchen H (1978): Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – Konzeptuelle Fragen. Nervenarzt 49:82-87
- Heim E (1980): Notfallpsychiatrie. Schweiz Rundsch Med Prax 69:1296-1301
- Kahre O, Felber W (2001): Krisis. Konzeptgeschichtliche Betrachtungen zu einem psychiatrischen Schlüsselbegriff. Regensburg: Roderer
- Katschnig H, Konieczna T (1986): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In: Kisker H, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgen E (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 2. Berlin: Springer, S. 3-42
- Malt UF, Weissaeth L (1991): Disaster psychiatry and traumatic stress studies in Norway. History, current status and future. Acta Psychiatr Scand 80, Suppl. 355:7-12
- Reiter L, Strotzka H (1977): Der Begriff der Krise. Psychiatr Clin 10:7-26
- Simmich T, Alberti L, Reimer C, Bronisch T, Erbe C Klug G, Milch W, Plaß A (1999): Empfehlungen zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen Psychotherapeut 44:394-398
- Sonneck G (1980): Beziehungen der Krisenintervention zur Notfallpsychiatrie. In: Kryspin-Exner K, Hinterhuber H, Schubert H (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Syndrome. Stuttgart: Schattauer
- Thomä H, Kächele H (1989a): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1. Grundlagen. Springer: Berlin
- Thomä H, Kächele H (1989b): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 2. Praxis. Springer: Berlin
- Ulich D (1987): Krisen und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München: Psychologische Verlagsunion
- WHO (1985): Summary report on the "Working Group on Crisis Intervention and Psychiatric Emergency Services in Europe", Vienna, 25-28 February 1985. Copenhagen: World Health Organization

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie
 Kraepelinstr. 10 • D-80804 München
 Tel: 089-30622-239 • Fax: 089-30622-223
 E-Mail: bronisch@mippsykl.mpg.de