

Suizidalität und Krisenintervention

- Ein Literaturüberblick -

Diplomarbeit
im Fach Sozialpsychologie
(reflexiv-sozialwissenschaftlicher Zweig)

an der
Ludwig-Maximilians-Universität

vorgelegt von
Thomas Schneider
München, März 2000

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	6
II. Suizidalität	8
1. Suizidale Verhaltensweisen	8
1.1. Definition	8
1.2. Parasuizidale Handlungen	10
2. Epidemiologie	12
2.1. Suizidhäufigkeit	12
2.2. Suizidversuchshäufigkeit	14
2.3. Suizidgefährdung und Suizidrisiko	16
2.4. Risikofaktoren	18
2.5. Suizidrezidive	20
3. Erkennung und Beurteilung der Suizidalität	22
3.1. Suizidale Entwicklung	22
3.2. Präsuizidales Syndrom	23
3.3. Beurteilung des Suizidrisikos	26
3.4. Praxis der Einschätzung von Suizidalität	27
3.5. Klinisches Erstinterview	30

III.	Grundlagen der Krisenintervention	32
1.	Definitionen von Krisen	32
1.1.	Traumatische Krisen	33
1.2.	Veränderungskrisen	35
2.	„Krisenforscher“	37
3.	Geschichtlicher Abriß der Krisenintervention	40
4.	Ziel der Krisenintervention	42

5.	Konzepte der Krisenintervention	45
5.1.	Psychodynamischer Ansatz	46
5.1.1.	Psychodynamisches Interventionskonzept	47
5.1.1.1.	Büchi und Wirth	48
5.1.1.2.	Beziehungsanalytische Krisenintervention nach Bauriedl	51
5.1.1.3.	Fürmaier	53
5.1.1.4.	Henseler	54
5.2.	Klientenzentrierter Ansatz	56
5.3.	Systemischer Ansatz	59
5.3.1.	Systemische Therapie mit Suizidpatienten	63
5.3.1.1.	Die Idee der Neutralität	63
5.3.1.2.	Die Idee des Produzierens von Unterschieden	65
5.3.1.3.	Der Patient: nicht erleidendes Objekt, sondern handelndes Subjekt	67
5.4.	Sozialpsychologischer Ansatz	68
5.4.1.	Gemeindenaher psychiatrischer Gesundheitsfürsorge	70
5.4.2.	Bedeutung von Einsamkeit und fehlender sozialer Unterstützung	77
5.5.	Persönliche Stellungnahme	89
IV.	Stationäre Krisenintervention	94
1.	Indikation	95
1.1.	Vorliegen einer akuten psychosozialen Krise	95
1.2.	Formulierung eines erreichbaren Zieles	97
1.3.	Kooperationsfähigkeit / -bereitschaft	98
1.4.	Ausschlusskriterien	98

2.	Allgemeine Prinzipien	101
2.1.	Beziehung	103
2.2.	Aktueller Anlaß	106
2.3.	Einbeziehung der Umwelt	107
2.4.	Patientengruppe	110
2.5.	Multiprofessionalität	112
2.6.	Zeitlicher Rahmen	115
2.7.	Zusammenfassung	118
3.	Spezifische Anforderungen	120
3.1.	Kontaktaufnahme mit Suizidpatienten	120
3.2.	Umgang mit Regression	123
3.3.	Umgang mit suizidalen Krisen	124
3.4.	Rezidive, Chronifizierung und Complianceprobleme	126
3.5.	Begleitende therapeutische Maßnahmen	129
4.	Schlußbetrachtung	134
V.	Ausblick	135
1.	Suizidprävention und Verantwortung	135
2.	Die Frage nach der Versorgung	137
3.	Ein Gedanke zum „Ende“	144
VI.	Literaturverzeichnis	145

I. Einleitung

Suizide sind Ereignisse, die zu menschlichem Dasein in allen Zeiten und allen Gesellschaften genauso zugehörig zu sein scheinen wie Geburt und Tod, wie Krankheit und Unfall. Suizidalität als Befindlichkeit steht neben anderen menschlichen Befindlichkeiten wie Hunger, Erschöpfung, Verliebtsein oder Depressivität, denen sich der Betroffene kaum oder überhaupt nicht willentlich entziehen kann. Darüber hinaus sind Suizidhandlungen eingebettet in ein komplexes Verursachungsgefüge aus sozialen, psychologischen, biographischen und auch medizinischen Faktoren. Kein Verhalten hat im Lauf der Menschheitsgeschichte eine derart unterschiedliche Bewertung erfahren wie suizidales Denken und Handeln. Die Bewertung reicht von Suizidalität als Ausdruck größter Freiheit bis zu Suizidalität als Ausdruck größter Einengung durch psychische Erkrankung, von Selbsttötung als sittlich hochstehende Tat bis zu verwerflich, sünd- und schuldhaft.

Eine Beschäftigung mit dem Thema Prävention und Therapie suizidalen Verhaltens ist außerordentlich wichtig und nötig, da wissenschaftliche Ergebnisse gezeigt haben, daß in bestimmten Bereichen und Grenzen Prävention und Therapie bei Suizidgefährdung durchaus möglich sind. Hauptsächlich geht es hierbei um präventive Maßnahmen, jedoch ist auch Therapie aktueller Suizidalität möglich, wie beispielsweise in akuten psychosozialen Krisen mit ihren Denk- und Handlungseinengungen.

Ein weiterer wichtiger Grund für eine differenzierte Beschäftigung mit dieser Thematik ist, daß trotz Entwicklung und Benennung von Möglichkeiten der Prävention und Therapie suizidaler Gefährdung der individuelle Freiheitsgrad des Menschen niemals angetastet werden darf. Denn es wäre ein gänzlich unerträglicher Gedanke, eine potentiell erfolgreiche Prävention könnte irgendwann einmal jene letzte, im Alltag kaum je wahrgenommene, aber doch als Möglichkeit so wichtige Hintertür verstellen. Denn sie vermittelt dem Menschen das Gefühl, sein Leben selbst bestimmen zu können und somit immer eine Wahl zu haben.

Da Prävention und Therapie suizidalen Verhaltens ein komplexes Themengebiet darstellen, möchte ich in der vorliegenden Arbeit den Fokus auf verschiedene Konzepte der Krisenintervention richten. Hierbei habe ich mein Hauptaugenmerk besonders auf die stationäre Krisenintervention gelegt.

II. Suizidalität

1. Suizidale Verhaltensweisen

1.1. Definition

Die einfachste und doch sehr präzise Definition von suizidalen Verhaltensweisen stammt von Stengel (1970 zitiert nach: Bronisch, 1995), der sie als eine auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstbeschädigung sieht, von der der Betreffende nicht wissen kann, ob er sie überleben wird oder nicht.

Es sind drei Begriffe zu definieren, die Formen suizidalen Erlebens und Verhaltens beinhalten:

- Suizidideen
- Suizidversuche
- Suizide

Suizidideen können bedeuten: Nachdenken über den Tod im allgemeinen und den eigenen Tod, Todeswünsche und suizidale Ideen im engeren Sinne. Hierbei handelt es sich um direkte Vorstellungen von der Suizidhandlung, d.h. „ich möchte mich umbringen“ und „wie kann ich mich umbringen“ (Bronisch, 1995, S. 11).

Bei der Definition von Suizidversuchen ist zu berücksichtigen, daß es sich dabei um ein breites Spektrum von Verhaltensweisen handelt, welche durch eine unterschiedliche Ernsthaftigkeit der Absicht zu sterben und ein durch die Suizidmethode bedingtes verschiedenartiges objektives Letalitätsrisiko gekennzeichnet sind. Weil man den Begriff des Suizidversuchs enger oder weiter definieren kann, gelangt man in Abhängigkeit der zugrunde gelegten Definition auch zu unterschiedlichen Häufigkeitsangaben (Welz, 1992).

Oft werden auch Drogenkonsum und Alkoholmißbrauch als eine Form suizidalen Verhaltens aufgefaßt, und in Farberows Buch „The many faces of suicide“ werden sogar 18 verschiedene Formen indirekten selbstdestruktiven Verhaltens aufgeführt (z.B. häufiges Drachenfliegen, Automobilsport etc.). Diese Ausdehnung der Definition kommt auch in den Begriffen „protrahierter Selbstmord“ (Menninger, 1974) oder „Selbstmordäquivalent“ (Farberow, 1980) zum Ausdruck (Welz, 1999). Bei diesen Verhaltensweisen nimmt Menninger einen dem Betroffenen nicht bewußten Todeswunsch an. Allerdings fehlt hier die aktive, bewußte Intention zu sterben sowie die auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung (Bronisch, 1995).

Aus praktischen und wissenschaftstheoretischen Gründen ist es jedoch nicht zweckmäßig, den Begriff des Suizidversuchs auf alle gesundheitsschädigenden und mit hohem Risiko verbundenen Verhaltensweisen auszuweiten. Daher hat sich in den letzten Jahren zunehmend der Begriff des Parasuizids (Kreitman, 1980) durchgesetzt: Darunter versteht man ein „selbstinitiiertes, gewolltes Verhalten eines Patienten, der sich verletzt oder eine Substanz in einer Menge nimmt, die die therapeutische Dosis oder sein gewöhnliches Konsumniveau übersteigt und von welcher er glaubt, sie sei pharmakologisch wirksam“ (Welz, 1992, S. 12).

Aus der Definition des Suizidversuches/Parasuizides von Kreitman ergibt sich also, daß eine aktive Intention zur Beendigung des eigenen Lebens vorliegen muß (Bronisch, 1995).

Als „Beweis“ für einen Suizid, der Fremdverschulden ausschließt, gelten verschieden gewichtige, auch medizinische Kriterien, die allerdings von Land zu Land variieren können (Welz, 1992). Aus der oben ausgeführten Definition suizidaler Verhaltensweisen folgt, daß der Suizid ein zum Tode führender Suizidversuch ist. Dieser Satz mag zwar banal klingen, hat jedoch große Bedeutung, wenn man bedenkt, daß bei der Erhebung von Suizidhäufigkeiten im hohen und höheren Lebensalter die Entscheidung schwierig sein kann, ob der Suizidversuch oder bestehende körperliche Erkrankungen zum Tode des Betroffenen geführt haben (Bronisch, 1995).

1.2. Parasuizidale Handlungen

Kommt es zu einer suizidalen Handlung, so hat man mit Kreitman (1973) und Feuerlein (1974) zwischen verschiedenen Formen von Handlungen zu unterscheiden.

Zunächst ist einmal der Selbstmord zu nennen, dem meist eine sehr starke Autoaggression zugrunde liegt. Führt eine mit Autoaggression verbundene Selbstmordhandlung jedoch nicht zum Tode, so spricht man von einem mißglückten Suizid.

Der mißglückte Suizid ist jedoch nicht die einzige suizidale Handlung, die nicht zum Tode führt. Zusammen mit Kreitman hat Feuerlein die Bezeichnung parasuizidale Handlungen vorgeschlagen.

Zwischen der Entwicklung zum Selbstmord und der zum Selbstmordversuch bestehen allerdings Unterschiede. Während bei der Entwicklung zur Selbstmordhandlung die Autoaggression und Selbstzerstörung im Vordergrund stehen, läßt sich bei der Entwicklung zum Selbstmordversuch feststellen, daß hier neben der Autoaggression auch noch andere Faktoren eine große Rolle spielen.

So v.a. die Appellfunktion, weshalb Selbstmordversuche, die nicht als mißglückte Selbstmorde zu deuten sind, als parasuizidale Gesten bezeichnet werden (Pöldinger, 1982). Parasuizidale Gesten werden auch als kommunikative Suizidversuche bezeichnet. Es handelt sich hierbei um eine Form averbaler Kommunikation („cry for help“), die immer dann angewendet wird, wenn keine verbale Kommunikation mehr möglich ist (Sonneck, 1995). Als Beispiel dafür sei ein 16jähriger Junge genannt, der sich in sexuellen Schwierigkeiten befand und hierüber mit seinen Eltern sprechen wollte. Diese sagten ihm jedoch, daß er zuerst einen Beruf erlernen und auf eigenen Füßen stehen solle, bevor man mit ihm über Sexualität sprechen könne. Ein Suizidversuch mit bleibender Invalidität war die Folge (Pöldinger, 1982). Diese averbale Kommunikationstendenz findet man auch noch bei Selbstmorden, wenn diese im Sinne der sog. „Denkzettelhandlung“ unternommen werden. Durch den Selbstmord wird versucht, die Hinterbliebenen im Sinne eines Denkzettels zu beeinflussen, so daß diese von Schuldgefühlen nie mehr loskommen und von Reue gepeinigt werden. Häufig wird dies noch in Abschiedsbriefen zum Ausdruck gebracht.

Neben dem Suizid, dem mißglückten Suizid und der parasuizidalen Geste, spielt oft eine parasuizidale Pause im Rahmen der parasuizidalen Handlung auch noch eine gewisse Rolle. Hier steht der Wunsch nach einer Zäsur des Betreffenden im Vordergrund (auch salvatorischer Suizidversuch genannt, Sonneck, 1995). Dies trifft meist auf Menschen zu, die eine Krise überwunden haben und vielleicht einen neuen Lebensabschnitt beginnen wollen. Die Patienten berichten dann häufig nach Tabletten- und/oder Alkoholintoxikationen, daß sie für immer schlafen oder einfach abschalten und ihre Ruhe haben wollten (Bronisch, 1995).

2. Epidemiologie

Im Folgenden möchte ich neben Suizid- und Suizidversuchshäufigkeiten auf Häufigkeiten in den Themenbereichen Suizidgefährdung/-risiko, Risikofaktoren und Suizidrezidive näher eingehen.

2.1. Suizidhäufigkeit

Es muß davon ausgegangen werden, daß in der amtlichen Suizidstatistik die Dunkelziffer nicht bekannt gewordener Suizide nicht enthalten ist. Wedler (1984) nennt als einige Gründe für die falsch niedrige Suizidziffer neben gesellschaftlicher Tabuisierung und religiösen Gründen Rücksichtnahme auf Angehörige und finanzielle Ansprüche gegenüber Lebensversicherungen. Dazu kommen nicht aufgeklärte und als Verkehrsunfälle getarnte Suizide oder durch das Absetzen lebenserhaltender Medikamente herbeigeführte Todesfälle. Barraclough (1974) vertritt deswegen die Meinung, erst eine Zusammenfassung von Suiziden und unklaren Todesursachen gäbe die „wahre“ Suizidrate wieder. Für diese Überlegung sprechen auch die Ergebnisse von Schmidtke und Weinacker (1991), die für unterschiedliche Zeiträume und Altersgruppen feststellten, daß eine Abnahme bei den Suiziden mit einem gleichzeitigen Anstieg bei den unklaren Todesursachen verbunden war.

Die offiziellen Suizidstatistiken stellen somit nur eine Annäherung an die wirkliche Zahl dar. Wenn man allerdings von gleichbleibenden Einflüssen auf die amtliche Statistik ausgeht, sind diese Zahlen trotzdem für die Berechnung epidemiologischer Grundmuster und zeitlicher Veränderungen geeignet (Pohlmeier, 1983).

Bei Untersuchungen über die Häufigkeit vollendeter Suizide greift man praktisch immer auf die Angaben der amtlichen Statistik zurück. Diese Statistiken beziehen sich in ihren Angaben auf amtliche Dokumente ärztlicher Bescheinigungen und Leichenschauschein (Welz, 1999).

Die Zahl der Suizide schwankte in den alten Bundesländern seit 1951 zwischen 9159 (1951) und 13.926 (1977) pro Jahr.

Die Gesamtzahl der Suizidtoten für 1994 beträgt für das Gesamtgebiet der alten Bundesländer 9794 Personen (6999 Männer und 2795 Frauen). Die Suizidziffer, d.h. die Zahl der Suizide pro 100.000 Einwohner, für das Jahr 1994 betrug für Männer 21,79 und für Frauen 8,25.

In den neuen Bundesländern begingen 1994 2956 (2163 Männer und 793 Frauen) Suizid. Die Suizidziffer 1994 für Männer betrug für die ehemalige DDR 28,76, die für Frauen 9,90.

Im europäischen Vergleich liegen die Suizidziffern der ehemaligen BRD leicht über dem Mittelwert. Die Suizidziffern der ehemaligen DDR liegen im oberen Bereich der Verteilung (Hoffmeister, Wiesner, Junge & Kant, 1990).

Für die Altersverteilung der Suizidraten findet sich für die alten und neuen Bundesländer immer noch das sog. „ungarische Muster“, d. h., die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter sowohl für Männer als auch für Frauen signifikant zu.

Im Vergleich zu Anfang der 70er Jahre sind in den alten Bundesländern die rohen Suizidziffern innerhalb der Jahre 1989-1993 bei den Männern und bei den Frauen deutlich zurückgegangen. Auch für das Gebiet der ehemaligen DDR läßt sich in den letzten Jahren eine eindeutige Abnahme feststellen.

Bei der Beurteilung dieser Trends ist jedoch bei den jungen Altersgruppen zu beachten, daß in den alten Bundesländern die Zahl der Drogentoten in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Im Vergleich zum Jahr 1986 (mit 348 Drogentoten) fand sich bis zum Jahr 1994 (mit 1610 Drogentoten) eine Zunahme um über 300%. Das betrifft im wesentlichen junge Männer (Bundeskriminalamt, 1994 zitiert nach: Fricke & Schmidtke & Weinacker, 1997). Nach Untersuchungen im Auftrage des Bundeskriminalamtes soll sich jedoch unter den Drogentoten ein nicht unerheblicher Anteil von Suiziden verstecken, der mindestens 18% betragen soll. Denn es läßt sich unterstellen, daß ein gewisser Prozentsatz Drogenabhängiger sich wirklich den „goldenen Schuß“ setzen will, weil sein Leben für ihn unerträglich geworden ist, und somit liegt eine aktive Intention zur Beendigung des eigenen Lebens vor. Wird diese Unterschätzung berücksichtigt, indem man diesen Prozentsatz zu den Suizidzahlen rechnet, so ist bei den jüngeren Männern wahrscheinlich kein Rückgang der Suizidziffern anzunehmen.

2.2. Suizidversuchshäufigkeit

Zur Abschätzung der Suizidversuchshäufigkeit liegen keine offiziellen statistischen Angaben vor, weil die Dunkelziffer enorm hoch eingeschätzt werden muß (Schmidtke, 1984). Da dieses Problem mangelhafter Daten zur Suizidversuchshäufigkeit alle europäischen Länder betraf, wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1985 ein Projekt zur Erfassung möglichst wirklichkeitsgetreuer Suizidversuchsraten in Europa initiiert (WHO, 1986 zitiert nach: Fricke & Schmidtke & Weinacker, 1997).

Die auf der Basis dieser WHO-Stichprobe geschätzten Suizidversuchsziffern für die BRD für die Bevölkerung 15 Jahre und älter waren für 1989 bis 1993 weitgehend gleich. Die Suizidversuchsziffern betragen 1993 101 pro 100.000 für die Männer und 174 pro 100.000 für die Frauen. Der Vergleich der neuen Zahlen mit früheren Zahlen (vgl. Schmidtke, Häfner, Möller, Wedler & Böhme, 1988) macht deutlich, daß die Suizidversuchsraten seit 1985 in etwa stabil geblieben sind (Fricke & Schmidtke & Weinacker, 1997).

Während bei den vollendeten Suiziden die Männer die Frauen überwiegen und das Suizidrisiko mit zunehmendem Lebensalter ansteigt, trifft bei den Suizidversuchen das Umgekehrte zu. Suizidversuche sind am häufigsten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen und werden von Frauen öfter begangen als von Männern (Welz, 1992).

Bei den Suizidversuchsmethoden überwiegen im Gegensatz zu den Suiziden die „weichen“ Methoden (Vergiftungen). Laut den Ergebnissen der WHO-Studie wählten 49% der Männer und 69% der Frauen diese Methode. An zweiter Stelle steht die Methode „Schneiden“. Nicht zu vernachlässigen sind auch die Methoden „Alkohol“ (allein) und „Kfz-Unfall“, deren alleinige Klassifikation zum ersten Mal durch die neue X-Klassifikation der Suizidmethoden der WHO ermöglicht wurde. Hochgerechnet auf die alten Länder der Bundesrepublik ließe sich aufgrund dieser Daten eine Zahl von ca. 1000 Kfz-Unfällen pro Jahr schätzen, die in suizidaler Absicht durchgeführt wurden.

Die vom Behandler beurteilte Intention des Suizidversuchs kovariert signifikant mit dem Alter: Während in den jüngeren Altersgruppen bei beiden Geschlechtern mehr Suizidversuche nach der Klassifikation von Feuerlein (1971) als parasuizidale Pause oder Geste beurteilt werden, werden bei den älteren Personen signifikant mehr suizidale Handlungen als Suizidversuch im engeren Sinne eingestuft. Außerdem führen Männer mehr Suizidversuche im engeren Sinn durch als Frauen (Fricke & Schmidtke & Weinacker, 1997).

2.3. Suizidgefährdung und Suizidrisiko

Als suizidgefährdet sind Personen anzusehen, deren Risiko zu suizidalem Verhalten höher bzw. erheblich höher liegt als das der Normalpopulation. Hohes Risiko ist nach Beck et al. (1974) eine Suizidanzahl von 1000-10.000 auf 100.000 einer bestimmten Population, bzw. ab einem Suizidrisiko, das ungefähr 50-500mal höher ist als das der Normalpopulation. Aufgrund der breitangelegten Untersuchungen von Kiev (1970) und Wilkins (1970) ist bekannt, daß die potentielle Risikopopulation nach dem Maß ihrer Suizidgefährdung in folgender Reihenfolge, wenn es hierbei auch Überschneidungen und Mehrfachdeterminierungen gibt, anzusetzen ist:

1. Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige,
2. Depressive aller Arten,
3. Alte und Vereinsamte,
4. Personen, die durch eine Suizidankündigung, und
5. solche, die durch einen Suizidversuch (Parasuizid) auffällig wurden.

Die ausschließliche Beschäftigung mit der letzten Gruppe, die lange Zeit als primäre Zielgruppe für Suizidprophylaxe angesehen wurde, bedeutet, das größte Augenmerk auf jene mit dem vergleichsweise niedrigsten Suizidrisiko zu richten (dennoch bis zu ungefähr 50mal höher als in der Normalpopulation; Kreitman, 1980). Daß trotzdem die Betreuung nach Suizidversuch so lange die zentrale Stellung in der Suizidprävention innehatte, ist u.a. dadurch erklärbar, daß es in der großen Fülle der Suizidliteratur nur sehr wenige Arbeiten gibt, die sich mit Katamnesen nach Suizidversuch beschäftigen, daß der Parasuizid oft als versuchter Suizid diesem gleichgesetzt wurde und daß darüber hinaus der Suizidversuch alarmierender abläuft als z.B. eine depressive Verstimmung: Rund 10-15% der Bevölkerung kämpfen mit Lebensproblemen und haben hierunter erheblich zu leiden. Davon wird 1/10 ärztlich behandelt, wovon wiederum nur 1/5 in psychiatrische Behandlung gelangt. Die Depression als Ausdruck eines Leidenszustandes befindet sich auf einem relativ niedrigen Erkennbarkeitsniveau. Ein Suizidversuch dagegen ist als zumeist dramatisches Ereignis meist dazu prädestiniert, größere Beachtung zu erreichen. Laut einer Literaturschau von Sonneck (1995) bestätigt die Mehrzahl von Untersuchungen, daß etwa 10 Jahre nach dem Suizidversuch 5-10% durch Suizid verstorben sind, also etwa 1% pro Jahr, wobei unmittelbar nach dem Suizidversuch dieser Prozentsatz höher anzusetzen ist, später etwas niedriger, allerdings konstant weitergeht.

Man muß annehmen, daß ungefähr 30% aller Suizide von Depressiven unternommen werden: dieser Prozentsatz ist auf etwa 50 zu erhöhen, wenn man Depression nicht lediglich im engen Sinne der psychiatrischen Krankheitslehre versteht, sondern auch als nosologisch unspezifischen affektiven Gefühlszustand. Ein weiteres Drittel der Suizide wird von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen unternommen, wobei die beiden letzten Gruppen offenbar zahlenmäßig zulegen. Ungefähr 40% sind über 60 Jahre, und diese Grenze verschiebt sich in unseren Breiten noch weiter nach oben. Bedenkt man diese Tatsache, so wird deutlich: wirksame Suizidprophylaxe kann nur auf dem Boden eines breiten psychosozialen Ansatzes betrieben werden.

2.4. Risikofaktoren

Für die Suizidprävention von besonderer Wichtigkeit ist die Identifizierung der Personen, für die tatsächlich ein hohes Suizidrisiko besteht.

Das Risiko, suizidale Handlungen zu unternehmen, ist bei verschiedenen psychiatrischen Störungen erhöht. Untersuchungen zum Suizid in der Allgemeinbevölkerung zeigen (Barraclough et al., 1974; Wolfersdorf, 1989):

- einen hohen Anteil psychiatrischer Erkrankungen (über 90%; Anteil nicht psychisch Kranker unter 10%),
- ein Überwiegen depressiver Erkrankungen (40-60%), bis zu einem Drittel Alkoholranke und etwa 5% schizophrene Patienten.

(Wolfersdorf & Mäulen, 1992)

Des weiteren besteht bei Personen, die Indikatoren sozialer Instabilität aufweisen, ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen, wie epidemiologische Befunde in Deutschland und in anderen europäischen Staaten ergaben. So zeigt sich beispielsweise ein erhöhtes Risiko für Geschiedene und Alleinlebende (Kerkhof, Schmidtke, Brille-Brahe, De Leo & Lönnqvist, 1994 zitiert nach: Fricke & Schmidtke & Weinacker, 1997).

Die Ergebnisse der oben genannten WHO-Studie ergaben ein etwa vierfach erhöhtes Risiko für suizidale Personen für die Gruppe der geschiedenen Personen. Während in der Gruppe der verheirateten Männer 43 pro 100.000 einen Suizidversuch durchführten, sind es in der Gruppe der geschiedenen Männer 194 pro 100.000. Bei den Frauen betragen die Raten für die verheirateten 73 pro 100.000, bei den geschiedenen 260 pro 100.000.

Vergleicht man die Haushaltszusammensetzung zum Zeitpunkt des Suizidversuches mit der üblichen Lebenssituation der Suizidenten, so findet sich bei 16% der Männer und 7% der Frauen ein Wechsel der Situation, häufig von einer integrierten Form zu einer nicht integrierten Form wie z.B. ein Wechsel vom Zusammenleben mit der Familie zum Alleinleben (Fricke & Schmidtke & Weinacker, 1997).

In der WHO-Studie wurde auch ermittelt, daß etwa 70% der erfaßten Personen im Stadtgebiet (Würzburg) wohnten, obwohl die Stadtbevölkerung lediglich die Hälfte des Erfassungsgebietes ausmacht.

Suizidversuche sind in den unteren Schichten häufiger zu finden (Hawton, Fagg, Simkin & Mills, 1994). Das zeigen auch die Ergebnisse der WHO-Studie. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind Personen mit niedriger Schulbildung sowie Personen ohne Berufsausbildung bzw. niedriger Berufsausbildung überrepräsentiert. Bei diesen Befunden ist jedoch zu bedenken, daß Angehörige der unteren Schichten häufiger hospitalisiert werden und Suizidhandlungen in der Oberschicht häufiger kaschiert werden könnten (Heinrich, 1980).

Als ein weiterer Risikofaktor für suizidales Verhalten ist die Arbeitslosigkeit zu nennen (Kerkhof et al., 1994 zitiert nach: Fricke & Schmidtke & Weinacker, 1997).

Ebenso findet sich in der WHO-Studie ein vierfach erhöhtes Suizidversuchsrisiko für Arbeitslose. Während unter arbeitenden Männern und Frauen 83 pro 100.000 einen Suizidversuch durchführen, unternehmen unter arbeitslosen Männern und Frauen 348 pro 100.000 einen Suizidversuch.

2.5. Suizidrezidive

Unabhängig von dem in Einzelfällen bis zu dem 300fachen erhöhten Suizidrisiko gelten Personen mit Suizidversuchen in der Vergangenheit als die größte Risikogruppe für wiederholte Suizidhandlungen (Welz, 1992).

Von besonderer Bedeutung ist hier die Untersuchung von Katschnig et al. (1981): Sie haben die Gesamtpopulation aller Suizidversucher in der Stadt Wien erhoben und über einen Katamnesezeitraum von fünf Jahren verfolgt. Sie fanden für alle Patienten mit einem früheren Suizidversuch ein gegenüber dem Erwartungswert um das 43fache erhöhtes Suizidrisiko; bei der Gruppe der über 60jährigen mit einem Unglücksmotiv und einem mit harten Methoden durchgeführten Suizidversuch waren 8% innerhalb der darauffolgenden fünf Jahre tatsächlich an Suizid verstorben. Das Suizidrisiko übertraf in jener Gruppe das 70fache des Erwartungswertes.

In Abhängigkeit von Katamnesedauer und Kulturkreis liegt das Risiko für vollendete Suizide bei vorausgegangenen Suizidversuchen zwischen 69% in 12 Monaten und 0,2% Suizide im Laufe von neun Jahren (Wilkins, 1967, zitiert nach: Welz, 1992). Auch in der WHO-Studie hat ein hoher Prozentsatz, nämlich 39% der Männer und 50% der Frauen, mehr als einen Suizidversuch durchgeführt. Bei ungefähr der Hälfte der Personen lag die Zeit zwischen zwei Suizidversuchen unter 12 Monaten (Fricke, Schmidtke, Weinacker, 1997).

Die Zeit der größten Gefährdung ist tatsächlich in den ersten 12 Monaten nach dem ersten Suizidversuch anzusiedeln, wobei wiederholte Suizidversuche an Ernsthaftigkeit zunehmen (Böcker, 1973). Bei der Auswertung der wissenschaftlichen Begleitung eines Krisendienstes für Suizidgefährdete konnte das bestätigt werden: 35% der Gesamtklientel war sowohl akut suizidgefährdet und wies in der Vergangenheit Suizidversuche auf. Vergleich man dagegen den Anteil der akut Suizidgefährdeten innerhalb der Gruppe mit und ohne Suizidversuche in der Vergangenheit, dann stellte sich heraus, daß 93% derjenigen, welche bereits in der Vergangenheit einen Suizidversuch durchgeführt hatten, als akut suizidgefährdet eingeschätzt wurden gegenüber 65% derjenigen, die noch keinen Suizidversuch in der Vergangenheit aufwiesen (Welz, 1992).

Es ist gut vorstellbar, daß zumindest eine Erklärung zum Phänomen der hohen Rezidivgefahr unmittelbar nach einem Suizidversuch darin liegt, daß suizidale Appelle wirkungslos geblieben sind bzw. sogar noch verurteilt wurden. Positive Beantwortung suizidaler Appelle (z.B. die Rückgängig-machung vollzogener Trennungen) hingegen führt häufig zu einem sehr abrupten Ende der suizidalen Krise (Reimer & Arentewicz, 1993).

3. Erkennung und Beurteilung der Suizidalität

3.1. Suizidale Entwicklung

In aller Regel geht der suizidalen Handlung eine suizidale Entwicklung voraus (Pöldinger, 1968). In einem ersten Stadium wird der Suizid als eine mögliche Problemlösung in Erwägung gezogen. Hierbei spielen auf der einen Seite suggestive Momente eine sehr große Rolle, auf der anderen Seite jedoch auch Aggressionen, die nicht nach außen abgeführt werden können („ohnmächtige Wut“). Ist der Suizid einmal in Betracht gezogen, so kommt es in der Folge zu einem Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörenden Kräften, die allen Menschen innewohnen. Aus diesem Kampf heraus sind auch jene Appelle oder Notrufe zu verstehen, von denen Farberow und Shneidman (1965) ihre Berechtigung ableiten, generell suizidales Verhalten als Hilferuf (cry for help) zu titulieren. Darunter werden sowohl das Reden von Selbstmord, leise Andeutungen in dieser Richtung, als auch Drohungen und Voraussagen verstanden. Diese Appelle im zweiten Stadium der suizidalen Entwicklung dürfen keinesfalls überhört werden, denn sie geben dem Helfer eine Chance zu helfen (Sonneck, 1995). Deswegen ist es auch wichtig, mit dem Aberglauben aufzuräumen, der schon vielen Menschen das Leben kostete und der sich meist in folgender Erklärung äußert: „Wer von Selbstmord spricht, tut dies nicht, und wer es tun will, spricht nicht davon.“ In einem dritten Stadium kommt es dann zum Entschluß. Hierdurch tritt eine Beruhigung ein, die zumeist der Umwelt auffällt („Ruhe vor dem Sturm“). Leider wird hieraus jedoch meist der falsche Schluß gezogen, daß die Krise und damit die Gefahr vorbei seien. In Wirklichkeit ist lediglich die Krise vorüber, und man weiß nicht, in welche Richtung die Entscheidung gefallen ist. Es ist notwendig, denjenigen, der von Selbstmord gesprochen hat und es nun nicht mehr tut, zu fragen, warum er eigentlich jetzt leben will.

Wenn er tatsächlich weiterleben will, würde er sofort einen Grund angeben; hat er sich jedoch zum Selbstmord entschlossen, so wird ihm im Moment keine richtige Antwort einfallen (Pöldinger, 1982).

3.2. Präsuizidales Syndrom

Eine der wichtigsten Möglichkeiten, die Suizidalität abzuschätzen, stellt das von Ringel (1969) erarbeitete präsuizidale Syndrom dar.

1949 wurden in Wien 745 Personen nach Suizidversuchen untersucht; Ziel war es, ihre psychische Verfassung vor dem Ereignis zu klären. Hierbei wurden bei fast allen Untersuchten Merkmale gefunden, die von Ringel als präsuizidales Syndrom erkannt und 1951 erstmals beschrieben wurden.

Das präsuizidale Syndrom ist charakterisiert durch:

1. zunehmende Einengung,
2. gehemmte Aggression und
3. Selbstmordphantasien.

Diese drei Kennzeichen beeinflussen einander im Sinne einer Verstärkung und führen, wenn nicht interveniert wird, zur Selbstmordhandlung.

ad 1.:

Bei suizidalen Menschen entwickelt sich meist eine situative Einengung, also eine Einengung der persönlichen Möglichkeiten, welche als Folge von Schicksalsschlägen oder eigenem Verhalten eintritt (Krisenanlaß). Gravierender ist allerdings das Einengungsgefühl, das gleichsam am Übergang zur Einengung der Dynamik steht. Die dynamische Einengung bezieht sich auf die einseitige Ausrichtung der Wahrnehmung und Assoziation sowie der Affekte, Abwehrmechanismen und des Verhaltens (Pöldinger, 1982). Die affektive Einengung bewirkt meist ein ängstlich-depressives Verhalten, fehlende affektive Resonanz, fehlendes affektives Mitschwingen, am Höhepunkt der affektiven Einengung eine „auffällige Ruhe“ und ist ein deutliches Anzeichen drohender Suizidalität.

Des weiteren beobachtet man Einengungen der Wertwelt, die man vor allem daran erkennen kann, daß Dinge, die früher wichtig waren, keinerlei Bedeutung mehr haben. Als Beispiel läßt sich das Phänomen anführen, daß ein suizidaler Mensch, der immer Nachrichten gehört hat und die Zeitung las, sich plötzlich überhaupt nicht mehr darum kümmert, was in der Welt vor sich geht.

Schließlich spielt vor allem die soziale Einengung in Form von Vereinsamung eine große Rolle, wobei zu berücksichtigen ist, daß diese wieder einerseits von der Umwelt ausgehen kann, wenn jemand z.B. verlassen oder verstoßen wird, oder aber auch von der sich in der suizidalen Entwicklung befindlichen Persönlichkeit, welche zunehmend die Kontakte zur Außenwelt von sich aus abbaut bzw. auf Außenreize zu emotionalem Kontakt immer schwächer und schließlich gar nicht mehr reagiert (Haenel & Pöldinger, 1986).

ad 2.:

Das zweite Leitsymptom geht auf die Annahme von Freud (1917) zurück, daß der gegen die eigene Person gerichteten Aggressivität in Form der Suizidalität jeweils eine Aggressivität nach außen vorausgehen muß. Die gehemmte sowie die gegen die eigene Person gerichtete Aggressivität ist allerdings meist schwer erkennbar. Zweifellos spielt jedoch die Aggressionslage bei den Suizidhandlungen eine wesentliche Rolle, auch wenn sie klinisch oft nur schwer zu erfassen ist (Pöldinger, 1982). Therapeutisch außerordentlich bedeutsam ist, ob diese Hemmung auf eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, auf spezielle psychische Erkrankungen oder auf fehlende oder sehr problematische zwischenmenschliche Beziehungen zurückgeht (Sonneck, 1995).

ad 3.:

Symptome des dritten Bausteins des präsuizidalen Syndroms, nämlich die Selbstmordphantasien, sind relativ leicht zu erkennen.

Werden solche Phantasien aktiv intendiert, sind sie nur ein Alarmsignal. Derartige Todeswünsche haben allerdings dann eine besondere Bedeutung, wenn sie nicht fallweise in Erwägung gezogen werden, sondern wenn sie sich auch gegen den Willen des Betroffenen aufzwingen (Haenel & Pöldinger, 1986). Drängen sie sich also passiv auf und konkretisiert sich die Art und Durchführung der Suizidhandlung, besteht höchste Gefahr. Die Kombination von Suizidgedanken mit affektiver Einengung (fehlende affektive Resonanz, mangelndes affektives Ansprechen) weist klar auf Suizidalität hin (Sonneck, 1995).

Aus diesen Ausführungen geht hervor, daß es psychodynamische Gründe gibt, derentwegen Suizidale ihre Absicht meistens vorher ankündigen. Der Therapeut hat hiermit auch die Chance, nach einer auf die angeführten Kriterien gestützten Beurteilung des Suizidrisikos entsprechende Interventionen durchzuführen. Dies setzt jedoch voraus, daß man die Suizidalität nicht tabuisiert, sondern ganz offen darüber spricht (Pöldinger, 1982).

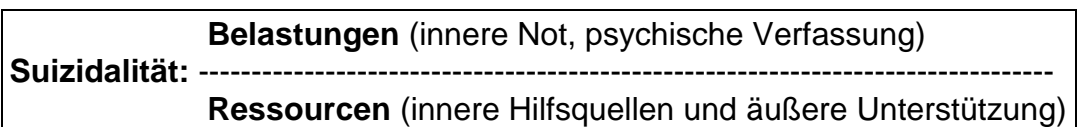
3.3. Beurteilung des Suizidrisikos

Ziel der Abschätzung von Suizidalität ist eine kurzfristige Vorhersage, ob ein Mensch in den nächsten Stunden und Tagen eine suizidale Handlung begehen wird. Hierbei besteht Übereinstimmung, daß es keine sichere Vorhersage gibt, sondern jede Abschätzung mit einer mehr oder minder großen Irrtumswahrscheinlichkeit behaftet ist (Giernalczyk, 1997a). Dies ist vor allem dann einsichtig, wenn man sich vergegenwärtigt, daß Menschen als autopoietische Systeme aufzufassen sind, die zwar ständig mit anderen Personen und ihrer Umgebung kommunizieren, jedoch letztlich sich selbst steuern (Maturana & Varela, 1982).

Zweifellos gehört diese Beurteilung des Suizidrisikos zu den verantwortungsvollsten Aufgaben, und es ist verständlich, daß seit langem nach verbindlichen Kriterien gesucht wird, um die Unsicherheit in der Einschätzung der Suizidalität zu reduzieren. Es liegen allerdings begreiflicherweise kaum genauere Untersuchungen über den Zeitraum unmittelbar oder kurz vor einem Suizid vor, und die Ergebnisse, die die sogenannte psychologische Autopsie bringen kann, sind oft von nur geringem Aussagewert. Die Mehrzahl der Untersuchungen basiert auf der Exploration von Menschen, die einen Suizidversuch durchgeführt haben.

Die Problematik dieses Ansatzes ist vielschichtig. Ein entscheidendes methodisches Problem bei der Postfactum-Untersuchung ist die Merkmalskonstanz: Die Annahme, daß die zu messenden Merkmale vor und nach einem Suizidversuch nur quantitative Veränderungen erfahren können, ist zumindest umstritten. Des weiteren ist die Übertragung von Ergebnissen, die aus Untersuchungen an Suizidversuchen gewonnen wurden, auf Suizide ein fragwürdiges Unterfangen.

Die Einschätzung der Suizidalität ist nie lediglich personenbezogen, sondern ist abhängig von der inneren Not, der subjektiven Belastung und auch von inneren und äußeren Unterstützungsmöglichkeiten, den Ressourcen, auf die ein Mensch Zugriff hat. In Anlehnung an das Belastungs-Bewältigungs-Konzept aus der Sozialpsychologie (Keupp, 1987) könnte man Suizidalität als Funktion darstellen:



3.4. Praxis der Einschätzung von Suizidalität

Der sicherste Indikator für Suizidgefährdung ist sicherlich der direkte oder indirekte Suizidhinweis. Das Wahrnehmen dieser Ankündigung, das Verstehen dieser Ankündigung als Notsignal und das vorurteilslose Gespräch über die Suizidtendenz sind die wichtigsten primären suizidpräventiven Interventionen (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Die Einschätzung der aktuellen Gefährdung von Klientinnen mit Suizidalität ist eine Mischung aus Informationserhebung und Beziehungsaufnahme, in der sowohl die Angaben des Klienten, die Entwicklung der therapeutischen Beziehung als auch das Störungsmodell des Therapeuten eine zentrale Rolle spielen.

In der Praxis dient die Abschätzung der Suizidalität dazu, dem suizidalen Menschen ein für ihn passendes und akzeptables Hilfsangebot zur Verfügung zu stellen und somit Suizidhandlungen (die als Zuspitzung extremer Notsituationen anzusehen sind) vorzubeugen (Giernalczyk, 1997a).

Die Einschätzung der Suizidalität stützt sich in der Praxis auf die Kenntnis

- der Risikogruppen,
- der Krisen, Krisenanlässe und Krisenanfälligkeit,
- auf die Kenntnis der suizidalen Entwicklung,
- des präsuizidalen Syndroms

(Sonneck, 1995).

Es muß zunächst abgeklärt werden, ob der Betroffene einer Risikogruppe angehört, ob er sich in einer Krise befindet, in welchem Stadium der suizidalen Entwicklung er steht und ob sich Hinweise auf affektive Einengung (präsuizidales Syndrom) finden. Gehört er z.B. einer oder mehrerer Risikogruppen an, befindet er sich in der Reaktionsphase einer Krise, in der Phase des Entschlusses der suizidalen Entwicklung und ist keine affektive Resonanz, kein affektiver Rapport herstellbar, so besteht zweifellos akute Suizidgefährdung. Die Suizidgefährdung wird als gering, gelegentlich sogar als ganz fehlend einzuschätzen sein, wenn keine akute Krise vorhanden ist, der Betroffene den Suizid lediglich als eine von mehreren Möglichkeiten mit in Erwägung zieht und keine affektive Einengung festzustellen ist. Zwischen diesen Polen ist die jeweils individuelle Suizidgefährdung anzusiedeln (Sonneck, 1989).

Wenn schwere Depressionen oder übergroße Angst (Panik) nicht durch Entlastung, wie z.B. Gefühle äußern, chaotisches Ordnen, Zusammenhänge verstehen, und durch Entspannung (Atmung und Muskelentspannungsübungen) entscheidend vermindert werden können, bedarf es auch medikamentöser Hilfe, insbesondere bei hoher Suizidgefahr, Entscheidungsunfähigkeit oder Unfähigkeit zu sinnvoller Zusammenarbeit. Die medikamentöse Therapie (\Rightarrow ausführlich Punkt 16) wird aber immer nur eine Unterstützung sein, sind doch die gewichtigsten Indikatoren für die konstruktive Bewältigung der bestehenden Krisensituation die Bewältigungsfähigkeit vor der Entstehung der Krise, das derzeit vorhandene Selbsthilfepotential und das Ausmaß der sozialen Integration (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Generell verläuft die Einschätzung der Suizidalität mit der Beziehungsaufnahme und ersten Krisenintervention parallel. Vor diesem Hintergrund ist die Einschätzung eine „verändernde Messung“. Denn gerade die Reaktionen des Patienten auf die Intervention der Krisenhilfe geben einen bedeutsamen Aufschluß über die Ansprechbarkeit, den Grad der Einengung und die noch vorhandene Beziehungsfähigkeit des Patienten. Die Entwicklung des Kontaktes im Erstgespräch wird im Sinne eines sozialen Mikrokosmos interpretiert. Das Patientenverhalten und die Gesprächsszene im Hier und Jetzt des Kontaktes wird als wichtiger Indikator für das Da und Dort der Gefährdung im Alltag außerhalb der therapeutischen Beziehung angesehen. Ist der Patient ansprechbar und läßt er sich auf die Erörterung seiner Gefühle und seiner Probleme ein, so kann man dies als Hinweis auf eine geringere Gefährdung annehmen, als wenn kein Arbeitsbündnis zustande kommt, sei es, da Therapeut/Klient sich nicht verstehen, sei es, da sich die Einengung und Hoffnungslosigkeit im Rahmen des Gesprächs nicht verändern (Giernalczyk, 1997a).

3.5. Klinisches Erstinterview

Oft spielen Prädiktionsüberlegungen schon beim klinischen Erstinterview (Konsil) eine Rolle. Hier muß anhand der Abschätzung der momentanen und zu erwartenden weiteren Suizidalität über die Behandlungsstrategie entschieden werden (Entlassung oder weitere klinische Behandlung; falls weitere klinische Behandlung: offen oder geschlossen, freiwillig oder mit Unterbringungsbeschluß). Bei Übernahme in die Klinik spielen Überlegungen zur Einschätzung der Suizidalität zu mehreren Zeitpunkten der Behandlung eine Rolle, spätestens vor der Entlassung bzw. bei der Organisation einer Nachbehandlung; aber auch wenn während der klinischen Behandlung eine Veränderung des Settings erwogen wird (z.B. Verlegung von der geschlossenen auf eine offene Station).

Der Therapeut kann anhand der folgenden Kriterien zu den beschriebenen Zeitpunkten eine Prognose stellen:

1. Ausmaß der Akuität / Distanzierung von den Suizidimpulsen

Es muß eine ausreichende Distanz zur suizidalen Krise vorhanden sein. Dies kann der Therapeut dadurch überprüfen, daß er z.B. die Einstellung des Patienten zur Suizidhandlung zu mehreren Zeitpunkten während der Behandlung exploriert. Er sollte z.B. wiederholt fragen, ob der Patient froh ist, gerettet worden zu sein, oder dies bedauere, ob er noch Suizidgedanken habe, die sich aufdrängen, und ob er eine Zukunftsperspektive sehe.

2. Behandlungsstand der Grunderkrankung¹

Die Prognose der weiteren Suizidalität hängt auch vom Stand der zugrunde liegenden Erkrankung (z.B. Depression) ab. Eine abklingende depressive Phase ist ein potentieller Gefahrenpunkt, wenn die neu zur Verfügung stehende Aktivität auch autodestruktiv genutzt werden kann.

3. Soziale Situation außerhalb der Klinik

Für die Prognose der Suizidalität spielt ebenfalls die soziale Wirklichkeit des Patienten außerhalb der Institution eine Rolle (Qualität des sozialen Netzes, insbesondere die Partnersituation und generelle soziale Perspektiven) (Reimer & Arentewicz, 1993).

¹ Bei einem Teil der Patienten, die in seelische Ausnahmesituationen geraten, machen soziale oder persönliche Schwierigkeiten nur einen Faktor aus, zu dem noch weitere, auf den ersten Blick nicht erschließbare Faktoren hinzukommen. Aufgrund der Art und Weise, wie diese Menschen allerdings ihre Schwierigkeiten artikulieren, bzw. wie ihre Umwelt mit ihnen in Schwierigkeiten gerät, kann man sie psychiatrisch bewerten und einordnen. In der Fachwelt ist es immer noch umstritten, ob es psychische Krankheiten im Sinne von körperlichen Krankheiten wirklich gibt. Ich verstehe deshalb in meiner Arbeit unter dem Begriff Grunderkrankung lediglich eine Arbeitshypothese der Psychiater.

III. Grundlagen der Krisenintervention

1. Definitionen von Krisen

Das psychotherapeutische Interesse an Krisen und ihren psychischen Folgen begann vor ca. 50 Jahren. Extreme Bedrohungen oder menschliche Verluste durch Unglücke in ihren vielfältigen Ausprägungen führen demnach zu typischen Verläufen, wie sie v.a. von Caplan Mitte der sechziger Jahre formuliert wurden. Auf ein auslösendes Ereignis folgt ein Spannungsanstieg, eine Phase der Verwirrung, dann die Mobilisierung letzter Energien und im Falle einer Überforderung der Bewältigungsstrategien die Desorganisation der Persönlichkeit, wie sie sich z.B. in einer suizidalen Handlung manifestiert (Reimer & Arentewicz, 1993).

Der Krisenbegriff steht nicht auf der Basis der traditionellen psychiatrischen Diagnostik und stellt auch keine eigene Krankheitseinheit dar, er beruht vielmehr auf der Akuität des Zustandsbildes, wenn also therapeutisches Handeln im weitesten Sinn unverzüglich einsetzen muß, um irreversible Schäden, z.B. Chronifizierung, Krankheiten oder Suizide zu verhindern. Daher ist es auch schwierig, eine diagnostische Indikationsliste zu erstellen: Wenn man ursprünglich unter Krisen nur psychogene Störungen verstand, so zeigt sich in den letzten 20 Jahren eine sehr deutliche und durchaus praktikable Tendenz, Krise als akuten Zustand im Verlauf verschiedener auch psychischer Erkrankungen zu bestimmen (Gabriel & Reiter & Springer, 1977).

Unter psychosozialen Krisen versteht man „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen oder 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“ (Goll, 1995, S. 31).

Diese Definition drückt die Vielschichtigkeit von Krisen aus, und die Komplexität der Intervention besteht darin, alle möglichen und bedeutsamen Zusammenhänge auch wirklich zu erkennen und damit für die Bewältigung nutzbar zu machen. Besser jedoch als jede Definition der Krise dient die Darstellung paradigmatischer Krisenverläufe, wie sie von Cullberg (1978) bezüglich der traumatischen Krisen und von Caplan (1964) hinsichtlich der Veränderungskrisen beschrieben wurden.

Lebensveränderungen gehören gleichsam zum normalen Lebenslauf, eine Vorbereitung darauf ist relativ gut möglich, während traumatische Krisenanlässe, die meist überraschend kommen, schwerer vorzubereiten sind und daher leichter zu Krisen führen (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

1.1. Traumatische Krisen

Laut Cullberg entsteht eine psychische Krise dann, wenn „das Individuum mit äußeren Lebensumständen konfrontiert wird, die von der Art und dem Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen gelernten Fähigkeiten, Lebenssituationen zu meistern, überfordern. Die Krise ist dann ein Ausdruck dafür, daß die Grenze des individuellen Anpassungsvermögens erreicht oder überschritten ist“ (Wedler, 1994, S. 59).

Als Krisenanlässe bei traumatischen Krisen gelten plötzliche, meist unvorhergesehene Schicksalsschläge, wie z.B. Krankheit oder Invalidität, Tod eines Nahestehenden, Trennung, Kündigung etc. Die erste Reaktion auf den Krisenanlaß ist der sog. Krisenschock, der wenige Sekunden bis etwa 24 Stunden dauern kann (Sonneck & Etzersdorfer, 1992). In der Schockphase wird charakteristischerweise die Wirklichkeit ferngehalten oder ausgeblendet. Das Erinnerungsvermögen an die erste Reaktionsphase in der Krise (besonders nach einem Trauma) ist später häufig stark herabgesetzt. Der Krisenschock wird durch die Reaktionsphase abgelöst, in der der Betroffene gezwungen ist, die Augen für das zu öffnen, was geschehen ist und was geschehen soll. Es entstehen Versuche der Anpassung an die neue Wirklichkeit, verbunden mit Verleugnung und Verdrängung. Abhängigkeitswünsche werden mobilisiert, mitunter kommt es zu Selbst-Destruktion. Werden durch die Krise latente intrapsychische Konflikte mobilisiert, entsteht die besondere Gefahr der Fixierung in der Krise. Sind die äußeren Hilfsstrukturen unbefriedigend und ineffizient und wird der Betroffene in die Isolierung getrieben, so entsteht die Gefahr der Chronifizierung (Wedler, 1994). Die Reaktionsphase ist eine Tage bis Wochen dauernde Periode, in der sich affektive Turbulenz mit Apathie abwechselt, tiefste Verzweiflung, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Feindseligkeit und Aggression, Wut und Trauer und oft schwere körperliche Begleitsymptomatik den Menschen belasten. Dieses Stadium besteht allerdings nicht kontinuierlich, sondern schließt (z.B. durch entsprechende Intervention) durchaus auch Zeiten der Entlastung ein, in denen dann Bearbeitung (schrittweise Distanzierung und Lösung vom vergangenen und erlittenen Trauma) und Neuorientierung (das erschütterte Selbstwertgefühl wird wiederaufgerichtet und enttäuschte Hoffnungen werden bearbeitet) möglich sind.

Immer wieder jedoch muß zumindest im Verlauf der ersten Wochen und Monate mit dem neuerlichen Auftreten der *Reaktionssymptomatik* gerechnet werden (Chronifizierung, Alkohol- und Medikamentenmißbrauch, Ausbruch einer Erkrankung, psychischer Zusammenbruch und Auftreten von Suizidalität).

Die Reaktions-, die Bearbeitungs- und Neuorientierungsphasen gehen also zumindest zu Beginn ineinander über und sind daher nicht so deutlich abgrenzbar wie der Krisenschock, auf den unweigerlich die Reaktions-phase folgen muß. Bei günstigen Voraussetzungen kann durch die Bearbeitung des Krisenanlasses und seiner Konsequenzen die Phase der Neuorientierung erreicht werden, in der die innovative Chance der Krise genützt werden kann (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

1.2. Veränderungskrisen

Veränderungskrisen nehmen nicht diesen eigengesetzlichen Verlauf, wie er bei traumatischen Krisen unausweichlich ist, sondern können bis zur dritten Phase (Mobilisierung), die sich oft erst im Laufe von Wochen entwickelt, unterbrochen werden: Nach einer Konfrontation mit der Veränderung kommt es, sofern diese nicht in das Leben integriert werden kann, zu dem Gefühl des Versagens, zum Ansteigen von Druck und innerer Spannung und, wenn hier keine Hilfe einsetzt, zur Mobilisierung innerer und äußerer Hilfsmöglichkeiten. Dieser Zeitpunkt stellt eine große Chance für den Helfer dar, da hier seitens des Betroffenen aus starker innerer Not große Bereitschaft besteht, Hilfe anzunehmen. Ist die Hilfe adäquat, kommt es zur *Bewältigung* und damit auch zur Beendigung dieser eben erst beginnenden Veränderungskrise, ist die Hilfe inadäquat, kann es zu *Rückzug* und *Resignation* kommen, allenfalls auch zu *Chronifizierung*.

Ebenso jedoch kann sich auch ein Vollbild der Krise entwickeln, das ähnlich aussieht wie die Reaktionsphase der traumatischen Krise und ab hier auch den gleichen Verlauf nehmen kann: Einerseits Chronifizierung oder Krankheit, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. suizidales Verhalten, im günstigsten Fall jedoch wiederum Bearbeitung und Neuorientierung. Als entsprechende Krisenanlässe können Verlassen des Elternhauses, Heirat, Geburt, Umzug und ähnliches angeführt werden, aber natürlich auch solche Veränderungen, wie sie z.B. in der Pubertät im psychischen, sozialen und biologischen Bereich auftreten oder z.B. zum Zeitpunkt der Pensionierung (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

2. „Krisenforscher“

Schon in den dreißiger Jahren entstand in Amsterdam, wie Querido (1968) berichtet, eine erste Krisen- und Notfallstation. Der Beginn einer gezielten Krisenforschung wird jedoch allgemein beim sogenannten Coconut-Grove-Brand 1942 angesetzt, als in einem Tanzlokal in Boston über 140 Menschen umkamen. Eric Lindemann (1944) fand bei Geretteten und Hinterbliebenen regelhafte Schock-, Schuld-, Trauer- und Aggressionsreaktionen und forderte gezielte psychotherapeutische Unterstützung vor allem bei der Trauerarbeit. Gerald Caplan (1964) vertiefte diese Ansätze in den sechziger Jahren unter spezifisch sozialpsychiatrisch-präventiven Gesichtspunkten mit dem Hauptziel der Verhütung von unnötigen Hospitalisationen; er gilt mit Sicherheit zu Recht als der „Vater der modernen Krisentheorie“ (Ciompi, 1993). Caplan untersuchte das Durchlaufen einer Krise beim Tod eines Angehörigen, bei frühzeitiger Entbindung, bei Operationen oder chronischen Krankheiten etc. Eine Krise ist für Caplan eine Übergangsperiode, in welcher sowohl die Gefahr erhöhter Verletzlichkeit als auch die Chance für persönliches Wachstum beschlossen ist.

Lindemann und Caplan, und weitere amerikanische Autoren, die maßgeblich an der Entwicklung gemeindenaher sozialpsychiatrischer Dienste und Notfalldienste beteiligt waren, betonen den Charakter der Krise als Überlastungssituation. Laut dieser Konzeption gibt es im Leben jedes Menschen unausweichliche Geschehnisse, die man als gefährliche Situationen bezeichnen kann. Zu Krisen werden solche Situationen lediglich für Individuen, die wegen früherer Erfahrungen gegenüber diesen Belastungen besonders verletzlich sind und deshalb die Belastung nicht auffangen können. Es handle sich dann für sie um ein plötzliches Hindernis, welches sie mit ihren üblichen Methoden des Problemlösens nicht bewältigen können.

Hierdurch entstehe ein emotionales Ungleichgewicht, Desorganisation und Konfusion. Die therapeutische Konsequenz ist, daß der Mensch, um wieder ins Gleichgewicht zurückzukehren, das Problem entweder lösen oder sich an die Tatsache der Nichtbewältigung anpassen müsse.

Bedeutsam wurde jedoch auch Erik Eriksons (1957, 1970) psychodynamische Konzeptionalisierung der kritischen Lebensphasen. Er verstand Krisen als normale Reifungsphasen, die in der psychosozialen Entwicklung jedes Menschen auftreten. In diesen „Lebenskrisen“ oder Phasen sind jeweils bestimmte Entwicklungsschritte zu leisten (Bauriedl, 1985). Aus der älteren Literatur ist ferner auf das heute zu Unrecht weitgehend vergessene Buch von William Sargant, „Battle for the mind“ (1957) aufmerksam zu machen, in dem in krisenhaften Bekehrungserlebnissen, Voodoo-Praktiken, Gehirnwäschetchniken usw. gemeinsame emotionale Mechanismen aufgezeigt wurden, die mit den Ergebnissen der Krisenforschung verblüffend gut übereinstimmen. Besonders wichtig ist hierbei, daß in Krisen während einer kurzen Phase stark erhöhter Suggestibilität neue Überzeugungen und Verhaltensweisen eingepflanzt werden können, die in der Folge oft jahrelang stabil bleiben (Ciompi, 1993).

L.A. Hoff (1984) sieht Krisen nicht lediglich als Folge von Stress oder von Krankheit. Sie betont, daß Krisen immer in sozialen Zusammenhängen stattfinden, in einem Zusammenspiel von Stress und Krankheit. Nicht die Ereignisse rufen Krisen hervor, sondern die Interpretation der Ereignisse, der Grad der Bewältigungsfähigkeit und die mehr oder weniger große Begrenztheit der sozialen Ressourcen. Hier sind Ansätze zu einer Verbindung zwischen der äußeren Situation und dem subjektiven Erleben dieser äußeren Situation zu finden (Bauriedl, 1985).

Nach den Pionieren aus den fünfziger und sechziger Jahren beschäftigen sich weltweit eine ansteigende Zahl von Forschern mit der Krisenthematik; als besonders wertvoll können die Veröffentlichungen von Jacobson (1974), Bellak (1978) und Sifneos (1972,1980) aus den USA, Häfner et al. (1986) aus Deutschland, Cullberg (1978) aus Schweden, Reiter und Strotzka (1977) und Katschnig und Konieczna (1986) aus Österreich hervorgehoben werden.

Große grundsätzliche Neuerungen sind in der Krisentheorie in den letzten 10 bis 15 Jahren jedoch kaum zu verzeichnen; vielmehr scheint es zu einer gewissen Konfusion und Verwischung von ursprünglich klareren theoretischen Konzepten gekommen zu sein. Dazu trägt auf der einen Seite die Multiplikation von Ansätzen im Zusammenhang u.a. mit der zunehmenden Diversifikation der Versorgungsstrukturen bei, auf der anderen Seite jedoch auch die starke Entwicklung von überlappenden Nachbargebieten wie der Notfallpsychiatrie, der Suizidforschung, der Kurzpsychotherapie sowie der Coping-, Life-events- und Streßforschung (Ciompi, 1993).

3. Geschichtlicher Abriß der Krisenintervention

Krisenintervention wurde in den vierziger Jahren in den USA als therapeutisches Konzept in ambulanten Diensten der Gemeindepsychiatrie (community mental health) entwickelt. Einer der Grundsätze der Gemeindepsychiatrie war bereits damals die Behandlung von Patienten in ihrem sozialen Kontext und nicht in der krank machenden psychiatrischen Klinik. Als erste stationäre Einrichtung, in welcher das Prinzip der Krisenintervention angewandt wurde, erwähnt Alzheimer (1986) in seiner Übersichtsarbeit die „Emergency Treatment Unit“ des Yale-Hospital New Haven, welche 1967 im Zuge einer Verbesserung der psychiatrischen Notfalldienste an Allgemeinspitälern („Emergency-Room Psychiatry“) entstand. In der Folge wurden in den USA und in den siebziger Jahren auch in Europa (NL, D, CH) eigentliche Krisenzentren und Kriseninterventionsstationen eröffnet. Die erste Kriseninterventionsstation in Europa wurde 1971 in Amsterdam gegründet (De Smit 1971). Weitere Beispiele für derartige neu gegründete Kriseninterventionsstationen sind: Groningen 1971, Laibach 1974, Reims 1974, Bern 1977, West-Berlin 1977, Triest 1980, München 1981 und Budapest, 1983. Sowohl in den USA als auch in Europa wurde Krisenintervention für eine Zeit zum meistfavorisierten versorgungspolitischen Neuansatz, zum „Catch-all“-Konzept, mit dem beinahe jedes ambulante oder stationäre Versorgungsproblem lösbar schien. Die anfängliche Euphorie ist inzwischen einer realistischeren Sicht gewichen, geblieben ist eine beträchtliche Unschärfe der Begriffe, Konzepte, Verfahrensweisen und Erwartungen.

Die angegebene Arbeit von Alzheimer aus dem Jahre 1986, „Nichtambulante Krisenintervention und Notfallpsychiatrie“, bezieht sich auf stationäre Einrichtungen in Westeuropa und zeigt auch deutlich, daß sich unter sehr ähnlich klingenden Bezeichnungen wie Krisenzentrum und Kriseninterventionsstation sehr unterschiedliche Behandlungsangebote und -konzepte finden lassen. Aus einer ursprünglich ausgesprochen ambulanten Behandlungsmethode, deren Ziel meist gerade das Vermeiden eines stationären Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik war, haben sich in diesen Einrichtungen verschiedene stationäre Modelle entwickelt, die sich alle auf einen oder mehrere Aspekte der Krisentheorie beziehen (Sauvant, 1993). Trotzdem verstehen sich diese auf Hilfe in Krisen spezialisierten Stationen als Alternative zur Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus, auch wenn bedacht werden muß, daß durch den Kurzaufenthalt auf einer Kriseninterventionsstation die Stigmatisierung und der Kontakt mit der Psychiatrie vielfach nicht vermieden werden kann, nicht zuletzt weil viele Stationen direkte organisatorische und geographische Verbindungen zur Psychiatrie haben (Katschnig & Konieczna, 1986).

4. Ziel der Krisenintervention

Ein wesentliches Ziel der Krisenintervention ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Das bedeutet zunächst, dem Betroffenen zu ermöglichen, sich in seiner Krise zu akzeptieren und davon ausgehend selbst zu Lösungen und Bewältigungsmöglichkeiten zu kommen. Es sollte Hilfe zu einer aktiven Bewältigung der Krise sein - im Gegensatz zu Bewältigungsversuchen durch Passivität, wie dem Sich-Entziehen der Probleme. In einer Situation, in der destruktive Lösungsversuche wie suizidale Handlungen oder Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch sehr nahe liegen und unter Umständen der einzige Ausweg bleiben können, geht es darum, Alternativen dazu zu finden. Gerade wenn die erlernten, gewohnten und bisher bewährten Strategien versagen, kann diese Alternative auch einmal darin bestehen, gänzlich neue Wege einzuschlagen, etwas auszuprobieren, was man noch nie ausprobiert hat und unter normalen Bedingungen vielleicht auch nie gewagt hätte. Das ist es ja, was die Krise nicht nur zu einer Gefahr, sondern auch zu einer Chance machen kann. Das Ziel muß sein, daß der Betroffene seine Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit wieder zurückgewinnt und für sich kreativ einsetzen kann, um mit der aktuellen, aber auch mit möglichen zukünftigen vergleichbaren Situationen fertig zu werden (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Das Schlagwort „Hilfe zur Selbsthilfe“ beinhaltet jedoch auch den schwierigen Balanceakt therapeutischen Verhaltens, den Patienten einerseits so weit zu entlasten, daß er zu seinem krankhaften Ich Distanz gewinnen kann, ihn andererseits aber doch zum richtigen Zeitpunkt, wenn er stabil genug ist, in die Eigenverantwortlichkeit zu entlassen, aus der er vernünftig für sich handeln kann. Das kann sehr Unterschiedliches bedeuten. Einige Patienten können nach dem Aufenthalt nicht mehr in ihr soziales Milieu zurück. Hier werden ganz konkrete Änderungen der äußeren Lebenssituation angestrebt. Bei anderen Patienten versuchen die Therapeuten so viel Ich-Stabilität zu erreichen, daß sie in eine weiterführende Therapie vermittelt werden können (Fürmaier, 1984). Stationäre Krisenintervention kann somit auch - obzwar selbst ein kurzfristiges Angebot - Motivationsarbeit für längerfristige Konzepte leisten.

Nicht der Ersatz von Verlorenem und die Verleugnung der schmerzlichen Realität, sondern die Stützung, das Mitgefühl (Empathie) sowie die Ermutigung, Gefühle von Trauer, Schmerz, Feindseligkeit, Aggression etc. wahrzunehmen und zu zeigen, ist die Funktion des Helfers. Dieses Ziel muß kurzfristig realisierbar sein; eine tiefer greifende Persönlichkeitsänderung zu diesem Zeitpunkt anzustreben wäre nicht sinnvoll (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Es ist wohl realistisch, wenn man die Wirkung der Krisenintervention nach Suizidversuch als Kompromiß ansieht: Es wird sowohl ein Teil der alten Konflikte fortbestehen, es werden aber auch Ansätze zu Veränderungsmöglichkeiten erreicht werden können, und zwar in einer veränderten Einstellung zur Krise und zu sich selbst. Damit ist gemeint, ob man die Krise als Herausforderung oder als Bedrohung erlebt, wie man seine Bewältigungsstrategien einsetzt und sich ggf. bei Überforderung um Hilfe von außen kümmert.

Somit sind die Behandlungsziele sehr begrenzt, und das inhaltliche Vorgehen muß mit wenig anamnestischem Material auskommen.

Junge und von den Möglichkeiten der Psychotherapie noch enthusiastisch überzeugte Therapeuten haben oft die Neigung, die Wirkung ihres Handelns zu überschätzen oder den Patienten mit zu hohen Therapiezielen zu überfordern. Eine Überforderung ist es z.B. für Patienten, wenn der Therapeut im Rahmen einer kurzen Intervention erwartet, daß der Patient dann in der Lage sein müsse, bestimmte Aspekte seiner Persönlichkeit zu ändern (z.B. Wut offen zu zeigen, statt sie wie bisher zu unterdrücken) oder aber sich rasch aus einer verfahren erscheinenden, langjährigen Beziehung zu lösen. An diesem Punkt sei darauf hingewiesen, daß sich die häufig ehrgeizigen Ziele in der Krisenintervention nicht verwirklichen lassen. Vielleicht ist das auch ein Grund dafür, weshalb krisenorientierte Kurztherapieverfahren bei vielen Psychotherapeuten nicht sehr beliebt sind und dementsprechend erst gar nicht erlernt werden (Reimer & Arentewicz, 1993).

5. Konzepte der Krisenintervention

Einleitend möchte ich den Umstand der Heterogenität der Ansätze näher erläutern.

In einem Übersichtsartikel stellt Sonneck (1982) eine allgemeine Definition von Krisenintervention auf als „jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befaßt, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht“ (S. 228). Diese Definition ist in ihrer Vagheit jedoch nur Ausdruck der Schwierigkeit, sich auf eine einheitliche Sichtweise zu beziehen. Leuzinger-Bohleber (1985, S. 188) betont deswegen auch zutreffend die Unterschiedlichkeit der Ansätze und versucht keine allgemeine Definition: „Krisenintervention ist als theoretisches Konzept und als praktische Methode nach wie vor unklar und wird in der inzwischen recht umfangreichen Literatur heterogen dargestellt.“ Sie nennt die unterschiedlichen Wurzeln der Krisenintervention, etwa der Gemeindepsychiatrie, der Seelsorge, der Sozialpsychiatrie und der Psychiatrie. Ulich (1985) verweist auf die Beiträge der Streßforschung, dem erlernten Hilflosigkeitskonzept, der kognitiven Psychologie und der sozialen Unterstützungsforschung, die einen Beitrag zur Erklärung von Krisenerleben und Krisenbewältigung geleistet haben und die nicht ohne Einfluß auf Krisenintervention geblieben sind. Donker (1983) begründet die Entwicklung unterschiedlicher Ansätze und Arbeitsweisen in den siebziger Jahren in den Niederlanden mit den unterschiedlichen Interessen. Er hebt zwei Tendenzen hierbei hervor: Die einen Einrichtungen orientierten sich zu Beginn stark an der Theorie der Krise, insbesondere an dem präventiven Aspekt, während die anderen Einrichtungen sich mehr nach dem in der Gesellschaft beobachteten Bedarf richteten.

Diese Entwicklung ist auch im Bereich der Bundesrepublik zu beobachten. Häfner (1987) stellt sehr treffend vier unterschiedliche Wurzeln heutiger Dienste und Einrichtungen heraus: die Notfallpsychiatrie als Notfallmedizin, die gemeindenahere Psychiatrie zur Vermeidung der Hospitalisierung, die Suizidprävention sowie die Krisentheorie und Krisenintervention. Hinzufügen läßt sich noch die Orientierung an unterschiedlichen therapeutischen Konzepten, wobei die Psychoanalyse, die systemische Therapie, der klientenzentrierte Ansatz und der sozialpsychologische Ansatz hierbei wesentliche Rollen einnehmen.

Auf Konzepte der Verhaltenstherapie möchte ich nicht näher eingehen, da ihnen nach Literaturdurchsicht meiner Auffassung nach im Bereich der Krisenintervention keine zentrale Bedeutung zukommt.

Mit den folgenden Konzepten wird in der stationären Krisenintervention hauptsächlich gearbeitet. Allerdings möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, daß sie teilweise auch in der ambulanten Krisenintervention angewandt werden.

5.1. Psychodynamischer Ansatz

Die Forderung Sonnecks (1982) und einiger amerikanischer Autoren, auf die Einbeziehung tiefenpsychologischer Aspekte in die Krisenintervention mit Suizidpatienten zu verzichten - mancher würde hier von Kunstfehler sprechen wollen -, erinnert an die Auseinandersetzung über die Frage, ob während sogenannter endogen-depressiver Phasen eine tiefenpsychologische Psychotherapie, die über eine bloße Begleitung des Patienten deutlich hinausgeht, angebracht oder strikt kontraindiziert sei. Die Ansichten der Schulpsychiatrie sind in dieser Frage eindeutig (kontraindiziert).

Eventuell ist das weitgehende Fehlen tiefenpsychologischer Konzepte innerhalb der akuten Krisenintervention aber auch auf die tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten selbst zurückzuführen, weil erfahrungsgemäß kaum jemand von ihnen sich in der psychotherapeutisch-psychoanalytischen Praxis überhaupt auf Krisenintervention einläßt. Viele Kliniker sind sich dessen bewußt, wie schwierig es ist, Suizidpatienten auch nach erfolgter Krisenintervention in eine psychotherapeutische Behandlung zu vermitteln - ein Problem, das sich nicht nur mit Abwehrhaltungen von Patienten nach Suizidversuch erklären läßt. Eine tiefenpsychologisch orientierte Krisenintervention gehört leider nicht zum therapeutischen Repertoire vieler Psychotherapeuten, und es ist auch nicht verwunderlich, da tiefenpsychologische Krisenintervention innerhalb der psychotherapeutischen bzw. psychoanalytischen Weiterbildung gar nicht vermittelt wird (Reimer, 1992).

5.1.1. Psychodynamisches Interventionskonzept

Die psychoanalytische Literatur enthält ausgesprochen wenige Arbeiten zur Intervention in akuten Krisensituationen. Das liegt wohl daran, daß auf der einen Seite in einem psychoanalytischen Konzept Krisenintervention im allgemeinen für nicht möglich gehalten wird und daß auf der anderen Seite die in einer akuten psychischen Krisenintervention nötigen, mitunter sehr aktiven Eingriffe (z.B. Klinikeinweisung, Medikamente etc.) nicht für psychoanalytisch angesehen werden (Bauriedl, 1985).

Als bekannteste ältere Autoren können Bellak und Small (1972) und Balint (1973) aufgeführt werden. Unter den neueren psychoanalytisch orientierten Ansätzen gibt es eine Einigkeit über den Krisenbegriff und der Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytisch orientierten Krisenintervention (Bauriedl, 1985, Büchi und Wirth, 1985, Glick und Meyerson, 1980). So stellen Glick und Meyerson heraus, daß Gegenübertragungsgefühle auftreten, wenn der Therapeut versucht, sich gegen die unbewußte Identifikation mit dem hilflosen Patienten zu wehren und Wünsche nach omnipotenter Kontrolle, Rettungsphantasien und bestrafende Zurückweisungen des Patienten als unbewußte Motive auftreten. Unterschiede sind durch die unterschiedlichen Standorte der Autoren innerhalb der Psychoanalyse bedingt, die in diesem Rahmen jedoch vernachlässigt werden können. Ich möchte im Folgenden Aspekte des psychoanalytischen Beitrags verschiedener Autoren zum Thema Krisenintervention darlegen.

5.1.1.1. Büchi und Wirth

Wesentlich für das Verständnis des praktischen Vorgehens von Büchi und Wirth ist der von ihnen zugrunde gelegte Krisenbegriff, welcher mit einem psychoanalytischen Verständnis von Störungen korrespondiert.

In aller Regel (Ausschlusskriterien siehe Punkt IV.1.4.) sind Büchi und Wirth der Auffassung, daß das psychoanalytische Instrumentarium nicht nur für Langzeit- und Fokaltherapien, sondern auch in Kriseninterventionen eingesetzt werden kann.

„Zu einer Krise kommt es, wenn ein äußeres Ereignis auf einen latenten, inneren Konflikt trifft: die bisher funktionierende Abwehr kann dann teilweise zusammenbrechen“ (Büchi und Wirth, 1985, S.189).

Folglich hat die Krisenintervention zwei Ziele:

1. Die Wiederherstellung der Abwehrstruktur, wie sie vor der Krise bestanden hat. Dieses (vorrangige) Ziel versucht der Therapeut durch Stützung, Klären und Strukturieren, die zentralen Elemente in der Beratungssituation, zu erreichen.
2. In geeigneten Momenten wird mittels psychoanalytischer Deutungstechnik versucht, die tiefer liegende Problematik aufzuzeigen. Hierbei wird versucht, den aktuellen Konflikt mit der individuellen Geschichte des Patienten in Verbindung zu bringen.

In der Krisenintervention können Deutungen wichtige Zusammenhänge aufdecken und dadurch zum Klären und Ordnen einer unverständlichen und verwirrten Situation beitragen. Zudem kann durch angemessenes Deuten oft ein Prozeß in Gang gesetzt werden, der einen Teil der Aufmerksamkeit von der schmerzhaften äußeren Realität abzieht und auf das innere Geschehen lenkt. Allerdings sind hier enge Grenzen gesetzt: Der innere Aufruhr und die unter Umständen bereits vorhandenen Ängste sollen nicht durch unbedachtes Deuten verstärkt werden.

Im besten Fall wird zwar der Weg für die Wahrnehmung eines zentralen Konfliktes und zur Einsicht in wichtige Zusammenhänge frei: Die Auseinandersetzung damit und das Durcharbeiten ist in der verfügbaren Zeit allerdings kaum möglich. Aber nicht selten wird durch die Deutungsarbeit die Motivation gestärkt, sich in einer längerfristigen Therapie mit den angesprochenen Konflikten auseinanderzusetzen (Büchi und Wirth, 1985).

„Die Strukturierung des beunruhigenden Geschehens genügt in der Regel, um das vor dem Ausbruch der Krise vorhandene psychische Gleichgewicht zu erreichen“ (S. 195).

Auf diese Weise wird mit verhältnismäßig einfachen Mitteln das Minimalziel der Krisenintervention erreicht.

Der Gedanke der Vermittlung in längerfristige Angebote war bereits bei Lindemann (1944) enthalten. Krisenintervention hatte dort jedoch nicht den Charakter einer Vortherapie, wie er ihn in diesem Kontext zu bekommen scheint bzw. wo deutlich Zweifel angemeldet werden, ob mit einer kurzfristigen Intervention „mehr bewirkt wird als nur das Niveau der Möglichkeiten wiederherzustellen, wie es vor dem Einbruch der Krise bestand“ (ebd. S. 202).

Nach Meinung von Büchi und Wirth ist zu betonen, daß Krisenintervention und Psychoanalyse durchaus vereinbar sind ohne Aufhebung wesentlicher Positionen. Dadurch distanzieren sie sich von Freud (Schürmann, 1992). Dieser schloß die Behandlung akuter Krisenzustände für die psycho-analytische Methode aus: „In akut krisenhaften Zuständen ist die Analyse so gut wie nicht zu brauchen. Alles Interesse des Ichs wird dann von der schmerzlichen Realität in Anspruch genommen und verweigert sich der Analyse, die hinter diese Oberfläche führen und die Einflüsse der Vergangenheit aufdecken will“ (Freud, 1937, S. 372). Der Handlungsdruck in akuten Krisensituationen schien der abwartenden Haltung des Psycho-analytikers zu widersprechen (Bauriedl, 1985).

5.1.1.2. Beziehungsanalytische Krisenintervention nach Bauriedl

Thea Bauriedl hat einen neuen Gedanken in die Krisenliteratur eingeführt, indem ihr Kriseninterventionskonzept Veränderungswünsche und die Angst vor der Veränderung thematisiert (Schürmann, 1992). Eine dialektische Grundstruktur der Krise ist für Bauriedl durch die grundsätzliche Ambivalenz jeden Konflikts gegeben: „Ich möchte etwas verändern, aber ich habe auch Angst vor der Veränderung.“ Damit ist eine Aussage über die inhaltliche Grundstruktur einer Krise gemacht, die aus psychoanalytischer Sicht immer mit einem bestimmten Konflikt identisch ist (Ulich, 1987).

In Bauriedls Konzept wird Angst als wesentliches hinderndes Element aller Beteiligten bei der Konfliktaustragung gesehen. Deshalb definiert Bauriedl (1985, S. 115) Krise auch wie folgt: „In einer Krisensituation befinden sich ein oder mehrere Individuen im Zustand eines unausgetragenen Konflikts, der danach drängt, ausgetragen zu werden.“ Eine Krise ist ihrer Auffassung nach somit eine Entscheidungssituation, in der die Frage deutlich wird, ob alles beim alten bleiben soll bzw. ob sich etwas verändern darf und muß.

Im Gegensatz zur Beschreibung von therapeutischen Techniken, wie sie von der Psychoanalyse dargestellt werden, betont der von Bauriedl entwickelte beziehungsanalytische Ansatz (Bauriedl, 1980) das Einbezogensein des Therapeuten in das therapeutische System, in dessen potentielle Veränderungen und die sich aus diesem Verständnis ergebenden therapeutischen Möglichkeiten. Sie konzentriert sich in ihren wissenschaftlichen Untersuchungen auf die Frage: „Unter welchen Bedingungen kann ich es zusammen mit dem Patienten riskieren, bisher unbewußt gehaltene Persönlichkeits- und Beziehungsanteile bewußt werden zu lassen?“ (Bauriedl, 1985, S. 111).

Die Verhaltensänderung ist dann eine selbstverständlich eintretende Folge der Wahrnehmungs- und Bewußtseinserweiterung von Therapeut und Patient.

Krisen werden für Bauriedls beziehungsanalytisches Verständnis nicht nur von Einzelpersonen durchlaufen, sondern immer auch von mehreren Individuen, deren Übertragungsszenen in der Krisensituation ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen oder beeinflussen. Mindestens in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient kann man dieses Ineinandergreifen der Übertragungsszenen zum „therapeutischen System“ beobachten. Zumeist sind jedoch an der Krise außer dem einzelnen Patienten noch weitere Personen beteiligt; seine Familie, Freunde, Gruppe, das Pflegepersonal einer Klinik, alle sind betroffen von der kritischen Situation und gleichzeitig an ihr beteiligt. Soweit der Therapeut die übrigen Beteiligten in der gemeinsamen Intention, die kritische Situation aufdeckend zu reflektieren, einbeziehen kann, gehören alle diese Personen zusammen mit dem Therapeuten zum therapeutischen System. Dieses wird nun zum Fokus, in dem die Krisenintervention stattfindet. Der Fokus der Aufmerksamkeit ist also ein sich wandelndes System. Die Veränderungen in diesem System bringen Veränderungen in jedem einzelnen Beteiligten mit sich und indirekt auch Veränderungen bei Personen, die nicht am therapeutischen System, aber an der Krisensituation beteiligt sind - einfach dadurch, daß die an der Veränderung im therapeutischen System Beteiligten anders mit ihnen umgehen (Bauriedl, 1985).

5.1.1.3. Fürmaier

Große Therapierelevanz hat eine Arbeit von Fürmaier (1984), der ein psychotherapeutisches Konzept stationärer Krisenintervention im Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München beschreibt. Im Gegensatz zu den Empfehlungen z.B. verschiedener amerikanischer Autoren, denen sich auch Sonneck (1982) anschließt, nach denen in der Krisenintervention kein Wert auf tiefere psychodynamische Einsichten zu legen sei, halten es die Therapeuten der beschriebenen Kriseninterventionsstation für bedeutsam, die Dynamik der frühen Lebensgeschichte bei den therapeutischen Gesprächen zu berücksichtigen, um den Suizidversuch auf dem biographischen Hintergrund des Patienten verstehbar werden zu lassen und um den momentanen Konflikt zu entschärfen (Reimer, 1986). Auf diese Weise können frühere erfolgreiche Bewältigungsstrategien sinnvoll wiederverwendet werden. Erst auf der Kenntnis dieser verschiedenen Zusammenhänge und auf dem Boden positiv emotionalen Einverständnisses (Kernberg, 1992) ist dann ein aktiveres, direkteres therapeutisches Eingreifen angebracht. Der Therapeut kann dann den Patienten mit seinen irrationalen Ansprüchen konfrontieren, ihm negative Konsequenzen vor Augen halten und ihm eventuell Verhaltensalternativen anbieten. Erst danach kann zum Schluß auch mit der Planung des weiteren Vorgehens im sozialen Leben des Patienten begonnen werden. Die psychoanalytische Lehre der Übertragung und Gegenübertragungstheorie, der psychosexuellen Entwicklungsphasen sowie vor allem der Theorie der narzißtischen Störungen sind Stützen der Diagnostik und Therapie auf der genannten Kriseninterventionsstation. Vor allem der letztgenannte Bereich der narzißtischen Kränkungen und Krisen hat in Fürmaiers Arbeit große Bedeutung, weil im Verlauf der Therapie hinter den auslösenden Krisen häufig sehr schwere und frühe Störungen sichtbar werden (Fürmaier, 1984).

Die Ebene der Arzt-Patient-Beziehung findet in dieser Arbeit ebenfalls weitaus mehr Berücksichtigung, wenn z.B. auf die Rolle von negativen Übertragungen hingewiesen wird, die die Therapie erschweren können (Reimer, 1986). Die Arzt-Patient-Beziehung soll in den ersten Tagen so gestaltet werden, daß sie nicht zu einem Problem wird; der Patient soll sich in diesem Stadium durch Aussprechen Erleichterung verschaffen. Negative Übertragungen behindern in dieser Phase das Entstehen von Vertrauen und den Abbau von Angst, was wiederum Bedingung für spätere Klärungen und mögliche Einsichten beim Patienten ist (Fürmaier, 1984).

5.1.1.4. Henseler

Ein sehr dezidiertes Konzept zur Krisenintervention bei Suizidpatienten hat Henseler (1981a) auf dem Hintergrund einer psychoanalytischen Theoriebildung dargelegt. Er kritisiert die von bestimmten Laienorganisationen wie z.B. den Samaritanern vertretene Meinung, Mitarbeiter nicht theoretisch zu schulen, um den spontanen Prozeß des „befriending“ nicht zu stören. Henseler vertritt die Meinung, daß ohne Theorie bzw. Konzeptbildung eine Arbeit mit Suizidpatienten nicht erfolgen sollte, und weist noch einmal auf Gaupp (1905 zitiert nach: Reimer, 1986) hin, der auf die Unterscheidung zwischen den bewußt angegebenen Suizidmotiven und den eigentlichen Ursachen hingewiesen hatte. Auch Henseler fand in seiner Arbeit mit Suizidpatienten immer wieder bestätigt, „daß die bewußte Konfliktsituation in aller Regel einen Anlaß darstellt, an dem sich eine längst vorhandene, aber unbewußte Konflikthematik neu entzündet“ (S.138). Diese unbewußte Grundproblematik gelte es nun zu erschließen, wenn die suizidale Krise verständlich werden solle.

Henseler beschreibt dann eine psychoanalytisch orientierte Krisenintervention bei Suizidpatienten mit dem Ziel, vom bewußten zum unbewußten Konflikt des Suizidpatienten zu gelangen. Für dieses Konzept schlägt er folgende Stufen vor: Zunächst die *Suche nach dem kränkenden Anlaß*, die schon im ersten Gespräch mit dem Suizidpatienten unternommen werden sollte, die jedoch dadurch schon erschwert werden kann, daß bei den entsprechenden Patienten die Tendenz besteht, den kränkenden Anlaß nicht mehr offen darzulegen (Verleugnung, Verdrängung), sondern andere Motive vorzuschieben. Unmittelbar daran anschließen sollte sich die *Suche nach dem Hauptgrund* unter der Annahme, daß für die Entstehung akuter Suizidalität ein Hauptproblem maßgebend sei. Die Suche nach dem Hauptgrund kann erschwert werden durch bewußte Geheimhaltungen des Patienten oder jedoch auch unbewußte Anteile. Schließlich sollte in der psychoanalytisch orientierten Krisenintervention versucht werden, einen *Zusammenhang zwischen kränkendem Anlaß und unbewußtem Grundproblem* herzustellen (Reimer, 1986).

5.2. Klientenzentrierter Ansatz

In aller Kürze skizziert, müssen folgende Bedingungen vorhanden sein, damit sich ein therapeutischer Prozeß im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes entwickelt:

1. Zwei Personen nehmen miteinander Beziehung auf.
2. Die eine Person, Klient genannt, ist verletzlich, voller Angst; sie befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz.
3. Die zweite Person, Berater genannt, ist kongruent in der Beziehung, d.h. er ist in direkter Berührung mit allen Erfahrungen mit sich selbst in dieser Beziehung.
4. Der Berater empfindet bedingungslose positive Wertschätzung gegenüber dem Klienten, man kann auch sagen: Vertrauen in den Klienten.
5. Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Gegenübers, dessen Gefühle, aber auch die Bedeutung dieser Gefühle.
6. Der Klient nimmt zumindest in geringem Ausmaße diese bedingungslose positive Wertschätzung und das empathische Verstehen des Therapeuten wahr (nach Rogers 1959, dt. 1987, 40).

Diese Bedingungen werden als ausreichend für die Therapie angesehen, unabhängig davon, mit welchem diagnostischen Etikett der Klient - so etwa krisenhaft oder nicht krisenhaft - versehen wurde.

Das Besondere der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie macht nach Scobel (1987) der personenbezogene Ansatz aus, in dem sich der Berater durch das sich entwickelnde eigene Lebensverständnis seines Klienten anleiten läßt und nicht durch eine bestimmte Theorie. Die Theorien, die zur Anwendung kommen, müssen auf den jeweiligen Klienten zugeschnitten sein, da allgemeingültige Modelle den Blick für das Individuelle, Eigene und Andersartige verstellen.

Bereits im Erstgespräch wird die Anteilnahme des Beraters, seine Wärme und seine grundsätzliche Akzeptanz spürbar. Als ein nicht lenkender, permissiver Gesprächspartner fördert er die autonomen Fähigkeiten des Klienten. Dieser wird ermutigt, seine Gefühle zu verbalisieren und zu lernen, auch negativ bewertete Gefühle in ihrer menschlichen Qualität bei sich selbst zu akzeptieren. Das bedeutet auch, daß die Entscheidungen zur Selbstwerdung unterstützt werden. Der Klient kann schrittweise die Fähigkeit entwickeln, selbständig konstruktive Schritte zur Lösung seiner Probleme zu unternehmen. Die positive Konnotation des Kontaktwunsches wird zu einer wesentlichen Intervention gegen die suizidalen Impulse des Klienten.

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie unterstützt lediglich, Beziehungen aufzunehmen und zu unterhalten oder erste Schritte zur Veränderung einzuleiten. Aufgrund der zwiespältigen Haltung des Menschen in einer suizidalen Krise bedeutet es schon die Überwindung einer Barriere, sich überhaupt in ein Gespräch einzulassen. Wegen der besonderen Verletzbarkeit wird der Verlauf der ersten Kontakte davon entschieden, ob sich der Betroffene akzeptiert und angenommen fühlen kann oder sich wie bereits früher unverstanden und gekränkt zurückziehen muß.

Im Laufe der Gespräche erschließt sich der Klient alle wesentlichen Bereiche seiner Persönlichkeit selbst, indem der Berater die Selbstexploration des Patienten in Gang hält. Durch seine Einfühlung und sein Bemühen, eine Abstimmung zu den Gefühlen des Klienten zu finden, spürt der Klient die lebendige Präsenz des Beraters, und durch das anteilnehmende Interesse kann der Klient zunehmend sein Selbstkonzept erforschen. Wenn der Klient erkennen kann, wie er selbst an der suizidalen Dynamik beteiligt ist, dann kann er Aspekte bei sich selbst wahrnehmen, die ihm früher nicht zugänglich waren. Der Austausch mit dem Berater führt zu einer verlässlichen und entlastenden Beziehung, welche die Suizidgefahr abzubauen hilft. Ziel ist es, daß der Klient lernt, sich zunehmend mit Hilfe der therapeutischen Interventionen dem eigenen Erleben und Fühlen zu öffnen. In Kontakt mit dem Berater kann der Klient seine innerpsychische Isolation aufgeben und Bereiche in der eigenen Persönlichkeit kennenlernen, die zuvor vermieden wurden. So können dann auch negativ bewertete Gefühle einen Sinn erhalten (Milch, 1992).

Die Begegnung des Therapeuten und des Suizidgefährdeten ist der Beginn eines schöpferischen Prozesses, aus dem eine kreative Gestaltung noch hervorgehen muß, in dem allerdings die Grundlage jeder Schöpfung, das Chaos, schon vorhanden ist.

Das Ziel der Bearbeitung ist es, von der bedrohlichen, alles umfassenden und unfaßbaren Problematik zu der Auseinandersetzung mit den faßbaren und in ihrer Bedeutung erkennbaren inneren und äußeren Konflikten zu kommen. Erst wenn nicht mehr das ganze Leben und die gesamte Person als vernichtenswert erscheint, ist es möglich, die problematischen und einschränkenden inneren und äußeren Bedingungen zu bearbeiten und zu verändern. Die Grundlage dieser Arbeit ist die Beziehung, die entsteht, sobald sich die beiden Menschen, der Therapeut und der Klient, begegnen (Schnell, 1991).

5.3. Systemischer Ansatz

Die systemische Therapie ist ursprünglich ein familientherapeutisches Verfahren, welches sich in zahlreichen Varianten verbreitet hat und inzwischen erste empirische Erfolgskontrollen z.B. in der Behandlung psychiatrischer Patientengruppen vorweisen kann.

Schlagwortartig lassen sich die wichtigsten Behandlungsprinzipien wie folgt skizzieren:

Menschliche Systeme (Individuen oder Gruppen) werden nicht als triviale Maschinen mit vorhersagbaren Input-Output-Relationen, sondern als autopoietisch (Maturana & Varela, 1984) verstanden, welche sich ihren eigenen Strukturen gemäß verhalten und nicht von außen steuerbar sind. Dies heißt, daß eine therapeutische Intervention prinzipiell nicht imstande ist, zielgerichtete Beeinflussung vorzunehmen, sondern lediglich Abläufe „verstören“ kann. Es gibt somit auch keine Kausalität im Sinne von Ursache und Wirkung, sondern nur zirkuläre Bezüge.

Ein zur Sprache gebrachtes Symptom kann dementsprechend lediglich im Rahmen der vorhandenen Strukturen begriffen werden, die sich durch eine gemeinsame, d.h. von Patient und Therapeut vorgenommene Beschreibung ihrer Interaktionsregeln allmählich verändern können.

In der therapeutischen Praxis bildet der Therapeut Beziehungshypothesen, welche das Problem bzw. das Symptom in einen funktionalen, keinen kausalen Zusammenhang zu seiner wichtigsten Bezugsgruppe - das sind in der Regel Familie oder Partnerschaft - und seiner Lebenssituation stellen.

Hierzu benötigt er Informationen, die er in einem Familieninterview erhebt - in der Praxis klinischer Einrichtungen verfügt er natürlich fast immer über Vorinformationen, die erste Hypothesen erlauben. Ein wichtiger Unterschied zur klassischen Anamnese oder Verhaltensanalyse besteht neben dem Familientherapie-Setting auch in der Art der Interviewführung: mittels sogenannter zirkulärer und hypothetischer Fragen werden die Daten, Anliegen, Symptombeschreibungen und Verhaltensweisen in einen sich gegenseitig bedingenden Zusammenhang gesetzt. Ziel ist dabei, möglichst viele Beziehungsinformationen zu schaffen und in das System hineinzugeben, um dieses zu Weiterentwicklungen anzuregen (Kilian, 1997).

Mehrere Einrichtungen und Konzepte zur Krisenintervention favorisieren einen systemischen Ansatz (Mosher u. Burti, 1989; Canova u.a., 1990; Ferrannini u. Neri im Rahmen einer Kontextanalyse, 1983 etc.). Die Übernahme systemischen und ökologischen Denkens zum Verständnis psychischer Erkrankungen und professionellen Handelns ist jedoch kein Spezifikum der Krisenintervention, sondern steht im Zusammenhang mit einer zunehmenden Akzeptanz dieses Denkens bei Sozialpsychiatern.

Die Konzepte eines systemisch/ökologischen Verständnisses von Krisenintervention werden mit einem geänderten Verständnis psychischer Krankheit und der Heraushebung des Kontextes begründet. Für Dörner ist die Einheit psychiatrischen Denkens und Handelns nicht der einzelne psychisch kranke Mensch, das Individuum, auch nicht die Familie, sondern „der Haushalt als Ensemble aller Beziehungen zwischen den zugehörigen Menschen und all ihren materiellen (körperlichen und ökonomischen) Lebensbedingungen“ (Dörner, 1990, S. 68, zitiert nach: Schürmann, 1992).

Anstelle des Defizitkonzeptes von individueller Krankheit und Behinderung wird das psychiatrische Symptom als etwas verstanden, das einen Sinn hat, als Schutzversuch eines Menschen, als Angstabwehr, als Anpassungs-, Problemlösungs- oder als Selbstheilungsversuch eines innerhalb seiner biographischen Entwicklung in eine Krise geratenen Menschen. Das Verstehen des erkrankten Menschen geschieht unter Beachtung seiner materiellen Bedingungen und seines sozialen Beziehungsnetzes (Schürmann, 1992).

In systemisch orientierten Kriseninterventionskonzepten stehen deswegen folgende Ziele und Prinzipien im Vordergrund:

- Das systemische Konzept der Neutralität - z.B. in bezug auf Personen und Sichtweisen, jedoch auch auf Veränderung und Beharrung - stellt eine wichtige Bedingung für konstruktive Krisenintervention dar (s.u.).
- Die Interviewtechnik des zirkulären und hypothetischen Fragens ermöglicht rasche kognitive Umstrukturierung und Unterbrechung destruktiver Interaktionsmuster - gerade im Bereich der psychotherapeutischen Krisenintervention sind rasch wirksame Instrumente bedeutsam (Kilian, 1997).
- Die Vermeidung von Hospitalisierung als Vorgang der Dekontextualisierung mit den Folgen der Chronifizierung einer psychiatrischen Störung (Mosher u. Burti, 1989).
- Die mobile, aufsuchende Krisenintervention im sozialen Kontext des Symptomträgers und hiermit verbunden die Krisenbearbeitung einer Krise in einem Kontext. Es wird versucht, die an einem problem-lösenden System Beteiligten ins Spiel zu bringen, so daß außer Helfer und dem Patienten auch deren Angehörige sowie je nach Situation weitere wichtige Teilnehmer wie Vormünder, Hausärzte, Behördenvertreter und andere dazugehören können (Keller, 1990).

Kontextualisierung von Symptomen, also die Herstellung einer Verbindung zwischen Lebensgeschichte, familiärer Situation und Symptomatik, schafft Erleichterung durch Sinngebung. Gleichzeitig eröffnen sich damit Ansatzpunkte der Problemlösung - es kommen gewissermaßen die Lebensaufgaben zur Sprache, für deren Absolvierung die Symptomatik ein eher ungünstiger Lösungsversuch war. Ein familientherapeutisches Setting verbessert die Möglichkeiten der Kontextualisierung erheblich. Es darf nicht vergessen werden, wieviel aufwendige Transfermaßnahmen sich erübrigen, wenn die Bezugsgruppe am Therapieprozeß beteiligt ist (Kilian, 1997).

Gerade die Dringlichkeit vieler Krisensituationen wird dadurch verursacht, daß ein System, im allgemeinen die Familie, keine Lösungen mehr innerhalb seiner selbst oder seines Beziehungsnetzes finden kann, und drückt die Unfähigkeit aus, einer Krise entgegenzutreten (Canova & Scazza & De Marco & Lupo, 1990). Als ein weiteres Ziel gilt deshalb die Reduzierung der Dringlichkeit einer Krise durch Mobilisierung eigener Ressourcen in der Familie, um das auffällige Mitglied in derselben halten zu können und sie später einer längerfristigen Therapie zuzuführen.

- Ziel einer Kriseneinrichtung kann auf dem Hintergrund einer Kontextanalyse mehrerer Ebenen (des Individuums, der Versorgungsinstanzen und des Kriseninterventionsdienstes) auch die kritische Analyse der Dienststelle sein, damit sie ihren Aufgaben gerecht wird (Ferrannini u. Neri, 1983).

5.3.1. Systemische Therapie mit Suizidpatienten

Wie kann ein Klient zum Umschreiben seiner Lebenserzählung verführt werden, so, daß er Alternativen zum Suizid sieht?

Hierzu sollen im Folgenden einige auf einem systemischen Verständnis beruhende Ideen dargelegt und erläutert werden.

5.3.1.1. Die Idee der Neutralität

Zeigt man sich als Therapeut neutral in bezug auf die Frage, ob das Weiterleben für den Klienten sinnvoll, lebenswert, wünschenswert etc. sei, führt man den Klienten hierdurch als einen aktiven Entscheidungsträger in eine vielleicht beginnende neue Geschichte ein (Simon & Weber, 1990).

Wenn man metaphorisch eine Weggabelung vor sich sieht, aus der links die Straße der Lebensfreude und rechts die der Lebensmüdigkeit abzweigt, wäre es nach einem systemischen Verständnis wenig therapeutisch, den Patienten zum Gehen der Lebensfreude-Straße zu überreden, ihn an die Hand zu nehmen und dorthin zu führen. Für die Erfüllung des Kontroll- und/oder Fürsorge-Auftrages (soziale Kontrolle: Verhindern, daß dieser Suizid vom Patienten ausgeführt wird z.B. durch geschlossene Türen; Fürsorge: z.B. dem Patienten helfen, seine beruflichen Probleme zu bewältigen) kann zwar genau das indiziert sein; allerdings steht dies in einem Zielkonflikt mit therapeutischem Handeln, bei dem es darum geht, den Klienten in seiner Autonomie zu stärken und ihn dazu zu verführen, selbst einen lebensbejahenden Weg einzuschlagen. Dieser Zielkonflikt muß immer wieder aufs neue ausgehandelt werden; einfache Lösungen gibt es hierfür nicht.

Das bewußte Beharren auf einer neutralen Position kann interaktionell als eine potente Musterunterbrechung gesehen werden: Menschliche Beziehungen haben es an sich, sehr schnell in Komplementaritäten aufzugehen. Das negative Bilanzieren, der Fatalismus, die Selbstbeschuldigungstendenz und die Lebensmüdigkeit der Person A verführt Person B dazu, mit eher positiven Bilanzierungen, positiven Zukunftserwartungen, einem Freisprechen von Schuld und einem „Frisch-voran-Optimismus“ zu reagieren. Ein neutrales Reagieren zwingt die Person, die gewohnten Schützengräben zu verlassen.

Das Bemühen um eine neutrale Position gegenüber dem Symptom, hier gegenüber dem Suizidwunsch, wird irrtümlicherweise häufig als eine kalte, wenig empathische und distanzierte Haltung gegenüber dem Patienten verstanden. Empathisches Einfühlen ins psychische Leiden des Gegenübers muß einer Neutralität allerdings nicht widersprechen. Man könnte im Kontakt mit dem Klienten z.B. formulieren: „Der Wunsch zu sterben, scheint bei Ihnen derzeit sehr präsent, und ich kann erahnen, wie sehr Sie darunter leiden; dennoch können lediglich Sie selbst bestimmen, zu welchem Zeitpunkt Sie Ihren Lebensfaden wieder aufnehmen wollen. Ich als Außenstehender kann das für Sie nicht tun und Ihnen auch nicht raten, es zu tun, wenn Sie noch nicht bereit dafür sind.“

Des weiteren ist zu betonen, daß Neutralität als Grundhaltung in therapeutischen Interaktionen nützlich ist. Handelt es sich um andere Kontakte, bei denen andere Aufträge - wie soziale Kontrolle und Fürsorge - im Vordergrund stehen, ist Neutralität nicht mehr die entscheidende Kategorie, deren Wahrung ein wesentliches Element therapeutischen Handelns ist (Krüger, 1994).

5.3.1.2. Die Idee des Produzierens von Unterschieden

Zur Arbeitsweise systemisch orientierter Therapeuten gehört es, Fragen zu stellen, die mehr als Fragen sind (Weber & Stierlin, 1989). Vor allem mit der Technik des zirkulären oder reflexiven Fragens wird versucht, in der Bedeutungswelt der beim Gespräch Anwesenden Unterschiede zu produzieren, die Unterschiede machen. Beim zirkulären Fragen werden die Gesprächsteilnehmer jeweils indirekt zu ihren Meinungen, Haltungen, Verhaltensweisen, Gefühlen, d.h. dem äußeren Verhalten und inneren Erleben eines anwesenden anderen, befragt. Sie erfahren auf diese Weise, welche Annahmen die anderen über das eigene Verhalten und Erleben haben. Der dahinterliegende Gedanke ist der, daß Beziehungsmuster und interaktionelles Verhalten deswegen so stabil und gleichförmig erscheinen, weil eben die gegenseitigen Hypothesen darüber, wie der andere wohl denkt und fühlt, so stabil und gleichförmig sind. Das zirkuläre Fragen transportiert diese nicht ausgesprochenen Hypothesen in den Bereich der Kommunikation und erhöht hiermit deren Chance, irritiert zu werden (Deissler, 1988).

Dieses Prinzip des zirkulären Befragens des Patienten und seiner Familie ist ebenfalls in der Therapie mit suizidalen Patienten effektiv. Es besteht zwar kein prinzipieller Unterschied zu anderen Patientengruppen bezüglich der Technik, dafür allerdings bezüglich dem Fragefokus (Tomm, 1994). Denn eine Besonderheit dieser Patientengruppe dürfte sein, daß sie geneigt ist, keine Unterschiede wahrzunehmen, alles grau in grau zu sehen - zumindest in der Gegenwart. Ein besserer Boden für das Entstehenlassen von Unterschieden könnte die Zukunft sein, d.h. die Zeit nach einem potentiell erfolgten Suizid: Auf zweierlei Weise könnte man diese Überlegung in ein therapeutisches Gespräch einführen.

Man könnte den Patienten fragen, welche Visionen er für die Zeit nach dem Suizid hat: Wie sieht das Land aus, das Sie nach dem Suizid betreten werden? Werden Sie dort etwas vorfinden, was hier fehlt? Wird dort etwas fehlen, was Sie hier vorfinden etc.?

Antwortet der Patient auf diese Fragen (Sehnsucht nach mehr Nähe oder Distanz zu oder von bestimmten Personen, nach Autonomie, nach Ruhe vor bestimmten Konflikten und Themen) können diese auf die Gegenwart zurücktransportiert und dort weitergesponnen werden. Hierbei wird der Suizidwunsch neben etwas zu Vermeidendem und etwas Bedrohlichem auch als Lösungsversuch begriffen, welcher die Basis für ein Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient darstellen kann.

Die zweite Möglichkeit bestünde darin, dem Patienten und seinen Angehörigen ein Gedankenexperiment anzubieten, wonach er nach seinem Tod die Möglichkeit hätte, weiterzuverfolgen, wie das Leben ohne ihn weitergeht. Fragen, welche man in diesem Kontext stellen könnte, wären: Wie würden Ihre Angehörigen, Ihre Bekannten auf Ihren Suizid reagieren, wer wäre belastet, wer entlastet, wer in welchem Ausmaß? Welchen Aufgaben würden sich Ihre Angehörigen jetzt vermehrt zuwenden? Wie würden sich die Beziehungen in Ihrer Familie verändern, an Ihrer Arbeitsstelle, in Ihrem Bekanntenkreis; hätten einige Menschen, wenn Sie nicht mehr da sind, jetzt weniger miteinander zu tun, oder jetzt mehr?

Unterschiede, die durch eine solche Befragung entstehen, können, obwohl sie von einer Zukunft handeln, zu Bedeutungsveränderungen in der Gegenwart führen.

5.3.1.3. Der Patient: nicht erleidendes Objekt, sondern handelndes Subjekt

Oft bieten Klienten Metaphern für ihr Erleben von Depression, Lebensmüdigkeit und Todeswunsch an, die genutzt werden können, um den Klienten dazu zu verführen, sich statt als erleidendes Objekt als handelndes Subjekt zu erleben; dazu zwei Beispiele:

1. Nach einer belastenden, energieverzehrenden Zeit, die Sie durchgemacht haben, ist es für mich sehr verständlich, daß Sie nun mit Ihren Energien haushalten und den Schalter an Ihrem Lebensherd auf die niedrigste Stufe stellen ...
2. Sie sind der Ansicht, daß das Spiel, das Ihre Angehörigen und Mitmenschen spielen, ohne Sie besser läuft; wenn Sie die Situation so erleben, halte ich es für sehr verantwortungsvoll von Ihnen, wenn Sie mittels Ihrer Depression das Spielfeld verlassen, anstatt teilnahmslos auf dem Platz herumzustehen ...

Gelingt es dem Therapeuten, ein Sinnangebot zur Verfügung zu stellen oder besser noch ein vom Patienten gebrachtes aufzunehmen und so auszuformen, daß der Patient hierbei einen aktiven Part übernimmt (Schalter zurückdrehen und das Spielfeld verlassen sind Metaphern, welche den Patienten aktiv beschreiben), dann entstehen Geschichten, die für den Patienten den Möglichkeitsraum wieder öffnen: ist man in der Position dessen, der vor dem Herd steht und am Schalter dreht, kann man diesen natürlich auch wieder hochdrehen, man kann sich überlegen, ob die richtigen Töpfe auf dem Herd stehen, mit wem man zusammen kochen will ...

Ebenso kann der Spieler, der das Spielfeld aktiv verläßt, es zu einem späteren Zeitpunkt wieder aktiv betreten; er kann sich fragen, ob er zukünftig vielleicht in einer anderen Position spielen will; ob er sich einen Coach nehmen will etc.

Mit diesen Konnotationen wird aus dem symptomatischen Geschehen ein sinnvolles soziales Handeln, auf welches der Patient mit seinen Entscheidungen Einfluß nehmen kann. Er wird zur Instanz, welche darüber entscheidet, wann das Zeigen und Leben des entsprechenden Verhaltens noch bzw. nicht mehr sinnvoll ist. Der Gegensatz zwischen krank als nicht verantwortlich für sein Verhalten und damit unschuldig und gesund als verantwortlich und damit selbst schuld an der Situation kann auf diese Weise kreativ überwunden werden (Krüger, 1994).

5.4. Sozialpsychologischer Ansatz

Menschen werden bereits in einem sozialen Kontext geboren und entwickeln sich in Beziehung zu ihren Mitmenschen. Auch Lebenskrisen werden in einem sozialen Milieu erfahren. Nahestehende Personen in der Gemeinde, Freunde und die Familie helfen bei der Krisenbewältigung oder aber behindern sie.

Die Ergebnisse interdisziplinärer Forschung unterstützen zunehmend eine Verschiebung in der Betonung von Individualtherapie auf soziale Ansätze in der Krisenintervention. Trotz der Vorherrschaft individueller Interventionstechniken, zeigt sich heute eindeutig, daß soziale Netzwerke und Unterstützung die Hauptfaktoren sind, sowohl bei der Krankheitsentstehung, Behandlung als auch in der Krankheitsfolge - entweder Rehabilitation, Genesung oder Tod. Die umfangreiche sozialwissenschaftliche Literatur diesbezüglich wird komplettiert durch die klinischen Eindrücke von Praktikern (Polak, 1971; Garrison, 1974).

Verwendeten Kliniker erst einmal familientherapeutische Zugänge und soziale Netzwerk-ansätze, kehrten sie selten zurück zu ausschließlich individual-therapeutischen Ansätzen (z.B. Satir, 1972; Speck, R. & Attneave, C., 1973, dt. 1976). Hansell (1976) ordnet seine gesamte Beschreibung von Menschen in Krisen in ein soziales Gefüge ein.

Die Fähigkeit der Menschen, mit sich selbst im Einklang zu leben und in der Welt gut zurecht zu kommen, wird durch ihre Familien und Gemeinden geprägt. Ein Kind, das in eine chaotische, sozial instabile Familie hineingeboren wird, wird es schwer haben, in der Welt seinen Platz zu finden. Solch ein Kind ist krisenanfälliger, wenn es um schwierige Entwicklungsstufen, wie Schuleintritt, Pubertät und Adoleszenz geht. Auch die Familie des Kindes steht in Beziehung mit der sie umgebenden Gemeinde. Die Krisenanfälligkeit des Kindes und der Familie sind beeinflusst durch verschiedene Faktoren wie wirtschaftliche Ressourcen, Arbeitsplatzsituation, Qualität der zur Verfügung stehenden Schulen, Familien- und Sozialdienste und Erholungsmöglichkeiten für Jugendliche. Wenn mehrere Menschen und Familien durch diese Faktoren nachteilig betroffen sind, ist die ganze Gemeinde krisenanfälliger. Dieses Konzept von Menschen, Familien und Gemeinde, welche in wechselseitiger Beziehung miteinander stehen, unterstreicht die Wichtigkeit, Krisen in einem sozialen Gefüge einzuschätzen und handzuhaben. Natürlich braucht ein Mensch in einer Krise individuelle Hilfe. Aber diese sollte immer im Kontext seiner sozialen Bedürfnisse angeboten werden. Halleck (1971) geht sogar noch weiter, indem er der Ansicht ist, daß es unethisch für einen Therapeuten sein kann, wenn er beispielsweise bei der Behandlung eines suizidalen Gefängnisinsassen den Fokus lediglich auf das Individuum legt.

Über das Bemühen um einen Menschen in der Krise hinaus müßte ein verantwortungsvollerer Ansatz verwendet werden, um mit Hilfe professioneller Fähigkeiten auch das Gefängnisssystem zu beeinflussen, welches suizidale Krisen mitbewirkt.

Gil (1980, zitiert nach: Hoff, 1984) weitet bei seiner Untersuchung der sozialen Ursachen von Gewalt dieses Argument sogar noch aus. Er ist der Ansicht, daß bei einer Notfallbehandlung von mißhandelten Kindern soziale Institutionen wie Schulen hinzugezogen werden müssen.

Des weiteren unterstützen Studien mit geschlagenen und vergewaltigten Frauen die These, daß individuelle Krisen aus den gesellschaftlichen Werten bezüglich Frauen, Ehe, Familie und Gewalt entstehen (Hoff, 1984).

5.4.1. Gemeindenahe psychiatrische Gesundheitsfürsorge

Die in den 60er Jahren ausformulierten Krisenkonzeptionen der Gemeinde-psychiatrie und -psychologie haben eine lange Vergangenheit und eine ansehnliche Geschichte. In dieser Geschichte haben soziale Bewegungen wie etwa die Mental-Health-Bewegung, staatliche Gesetzesinitiativen, Gründung von Instituten zur gemeindenahen psychosozialen Gesundheits-fürsorge, alltagsnahe Untersuchungen von Krisen sowie theoretische Vorstellungen aus der Psychoanalyse und der Psychobiologie Adolf Meyers - eines frühen Pioniers der Life-Event-Forschung - eine herausragende Rolle gespielt (Ulich, 1987).

Die Bewegung der gemeindenahen Psychiatrie ist im wesentlichen von den USA ausgegangen, wo sie 1963 in einem Gesetz, dem Community Mental Health Centers Act, ihre legislatorische Formulierung fand. Dieses Gesetz vertrat das Prinzip der sektorierten Versorgung in kleinräumigen Einzugsgebieten mit Übernahme der Versorgungsverpflichtung durch die lokalen Institutionen und gewährte Zuschüsse der amerikanischen Bundesregierung zur Errichtung von gemeindenahen psychiatrischen Zentren lediglich dann, wenn neben ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung sowie psychiatrischer Beratung für andere Professionen und Institutionen auch ein rund um die Uhr tätiger psychiatrischer Krisen- und Notfalldienst etabliert wurde.

Die amerikanischen Community Mental Health Centers haben sich jedoch nicht wie geplant entwickelt. Gerade die vom Gesetz verlangten Krisen- und Notfalldienste wurden lediglich zum Teil eingerichtet. In einer 1976 durchgeführten Studie des National Institute of Mental Health stellte sich heraus, daß über ein Drittel der überprüften Community Mental Health Centers außerhalb der normalen Arbeitszeiten für Krisen- und Notfallhilfe praktisch nicht zugänglich waren (Psychiatric News, Volume XII, No. 16, August 19, 1977).

Auch von der Sachverständigenkommission Psychiatrie des Deutschen Bundestages (1975) wurden Krisenintervention und Notfallversorgung als konstitutives Element einer umfassenden gemeindenahen psychiatrischen Versorgung herausgestrichen (Katschnig & Konieczna, 1986).

Eines der Prinzipien der gemeindenahen Psychiatrie ist, einen psychisch Kranken so lang wie möglich in der Gemeinde zu behandeln und so seine Hospitalisierung zu verhindern. Als Gründe hierfür werden u.a. angegeben, daß eine Krankenhausbehandlung möglicherweise schädliche Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf hat und daß der stationär aufgenommene psychisch Kranke nach seiner Entlassung mit Stigmatisierungen zu kämpfen hat. Zudem können durch Früherkennung und Frühbehandlung Eskalierungen, die Ausbildung von schwereren psychiatrischen Zustandsbildern und somit Krankenhausaufnahmen verhindert werden (Wing u. Brown, 1970).

Der historisch erste Versuch, durch einen Krisen- und Notfalldienst psychiatrische Hospitalisierungen im großen Maßstab zu verhindern, wurde in den 30er Jahren vom holländischen Sozialmediziner Querido (1968) im Auftrag der Amsterdamer Stadtverwaltung durchgeführt. Es ist bemerkenswert, daß dieses Unternehmen offenbar nicht primär von fachlichen und humanitären Motiven geleitet war, sondern von ökonomischen: Die Stadtverwaltung wollte die enormen Kosten der Spitalbehandlung bei psychisch Kranken senken. Es ist weniger bekannt, daß der psychiatrische Krisen- und Notdienst Queridos lediglich eine von mehreren Komponenten (z.B. Nachsorge, Wohnungsprogramm u.a.) eines umfassenden gemeindenahen psychiatrischen Versorgungssystems war und heute noch ist (Gersons, 1983).

Gemeindenah angesiedelte, das heißt geographisch, zeitlich, psychologisch und finanziell leicht zugängliche ambulante Dienste und Einrichtungen, jedoch auch Tageskliniken, die für diesen Zweck noch zu selten eingesetzt werden, sollen zur Vermeidung einer psychiatrischen Hospitalisierung beitragen. Ebenso die vereinzelt schon angebotenen informellen Übernachtungsmöglichkeiten in gemeindepsychiatrischen Zentren und stationäre Behandlung außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses, etwa in Kriseninterventionsstationen oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, sind unter dem Aspekt der Vermeidung einer psychiatrischen Vollhospitalisierung zu sehen (Katschnig & Konieczna, 1986).

Die Psychiatrie mit ihren verschiedenen Versorgungssystemen bildet häufig eine in sich geschlossene Welt. Diese Psychiatrie-Welt hat im institutionellen Bereich zwei Nahtstellen zur Gesellschaft. Wenn man so will, kann man diese Nahtstellen einerseits als die Eingangspforte zur Psychiatrie und andererseits als die Ausgangstür zur Gesellschaft betrachten. Psychiatrisch-institutionell ist diese Eingangspforte die Krisenintervention, die Ausgangstür hingegen die Rehabilitation und Wiedereingliederung.

Auch heute noch, trotz aller anderen Erkenntnisse und Vorstellungen, ist die häufigste Form von Krisenintervention zumindest bei Menschen in Krisen, die psychiatrisch eingeordnet werden können, die Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus. Mit dieser Aufnahme findet zunächst einmal eine Ausgliederung aus der übrigen Gesellschaft statt, gelten doch in der Welt der Psychiatrie häufig andere Spielregeln, Normen und Riten. Allenfalls für Menschen, welche sich in seelischen Ausnahmezuständen befinden oder die aufgrund von äußeren Ereignissen in eine schwere Krise kommen, gibt es Hilfemöglichkeiten außerhalb der psychiatrischen Anstalt, und auch diese nur sehr vereinzelt. Es gibt allerdings zum Teil vielversprechende Modelle, mit denen sich die Grenze zwischen Gesellschaft und Psychiatrie bzw. die Hilfe in extremen Lebenssituationen auch anders organisieren läßt.

Vor 20 Jahren galt für Menschen, die in schweren psychosozialen Lebenskrisen waren, oder für solche, welche einen Suizidversuch unternommen hatten, der dann im Allgemeinkrankenhaus behandelt wurde, noch die Regel, daß sie danach in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen wurden. Berücksichtigt man, daß das Risiko, im normalen Leben eine schwere psychosoziale Krise zu erleiden, in der man fachliche Hilfe benötigt, sehr groß ist, wird verständlich, daß die Reform zunächst bei einer adäquateren Versorgung und Behandlung dieses Personenkreises ansetzte.

Im Mittelpunkt der Bestrebungen stand hierbei der Versuch, eine Psychiatrisierung zu verhindern und außerhalb von psychiatrischen Institutionen Hilfsangebote zu schaffen. Neben ambulanten Einrichtungen, wie Beratungsstellen und Telefonseelsorge, entstanden auch in vielen Krankenhäusern spezielle stationäre Einheiten zur Krisenintervention, welche sich auf die Behandlung von Menschen in Lebenskrisen vor und nach Suizidversuchen spezialisierten. Die Integration dieser spezialisierten Einrichtungen in das Krankenhaus war deshalb logisch, da meistens Behandlung und Hilfe nur für einen engbegrenzten Zeitraum benötigt wurden. Unter der Voraussetzung, daß von solchen Institutionen zum Beispiel auch psychotherapeutische Angebote vorgehalten wurden, gab es viele Patienten, die eine Krise als Form der persönlichen Weiterentwicklung auch positiv nutzen konnten. Eines der wichtigsten Modelle aus jener Zeit der Spezialisierung von Diensten stellt wohl nach wie vor das Krisen- und Kontaktzentrum in Dortmund-Hoerde dar, in dem ambulante Behandlungsangebote und eine stationäre Behandlungseinheit eng miteinander verzahnt betrieben und über eine Mischfinanzierung auch die Krankenkassen beteiligt werden (Nouvertné, 1998).

Im Zuge der Enthospitalisierungsbewegung der letzten Jahrzehnte wurden neue angemessene und wirksame Behandlungsalternativen in der Gemeinde entwickelt und erprobt. Die Behandlungsphilosophie, das Setting und die innere Struktur dieser neuen Behandlungseinrichtungen stehen in einem deutlichen Kontrast zu den psychiatrischen Kliniken. Am deutlichsten wird der Unterschied darin, daß die Menschen in einem Krankenhaus weit entfernt sind von ihren gewohnten täglichen Aktivitäten, während sie in einer gemeindenahen Versorgung diese weiterführen können und müssen.

In der Bundesrepublik wurden solche weitreichenden Versuche, das Krankenhaus durch alternative Behandlungsorte und Behandlungsformen zu ersetzen, leider nicht unternommen. Durch die im Zuge der Psychiatrie-Enquete zusätzlich eingerichteten Behandlungsstrukturen wie Tageskliniken, Tagesstätten, betreuten Wohngemeinschaften, Beratungsstellen und sehr selten nur Kriseninterventionsdienste wurde das Krankenhaus in seiner Funktion nicht ersetzt, sondern lediglich ergänzt. So konnten sie die Anzahl der psychiatrischen Betten auch nicht reduzieren. Weiterhin blieb und bleibt das Krankenhaus in Deutschland zentraler Behandlungsort, verursacht die meisten Kosten und hat gegenüber den anderen Behandlungsformen und Behandlungsstrukturen eindeutige Dominanz (Aderhold, 1998).

Eine wichtige Gruppe von Adressaten von Krisenintervention sind die chronisch psychisch Erkrankten, wobei diese Personengruppe in den letzten Jahren verstärkt in das Blickfeld der Psychiatrie rückte, da sie, im Gegensatz zu früher, mehr draußen lebt, zum Teil wieder in ihre Gemeinde gezogen ist und nicht mehr den größten Teil ihres Lebens in der psychiatrischen Anstalt zubringt. Häufig haben die betroffenen Personen bei ihrer Rückkehr in die Gemeinde langjährige Integrations- und Reintegrationsprozesse durchlaufen und auch schwere Krisen; sie sind gerade auf diesem Weg zurück in Ausnahmesituationen geraten. Um bei dem oben erwähnten Bild zu bleiben: häufig haben sie gerade die Ausgangstür aus dem System Psychiatrie passiert - und schon werden sie auf der anderen Seite durch die Eingangstür der Notfallaufnahme in dasselbe System wiederaufgenommen. Das Stichwort einer „Drehtürpsychiatrie“ ist mittlerweile ein landläufiger Begriff zur Beschreibung dieses Prozesses.

Die Gruppe der chronisch psychisch Kranken, die nach einem kurzen Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik wieder in die Gemeinde entlassen wird, um nach kurzer Zeit wieder von „draußen“ nach „drinnen“ aufgenommen zu werden, hat sich zunehmend als eines der größten Probleme der gemeindepsychiatrischen Entwicklung in den letzten Jahren herausgestellt. Die „Drehtürpatienten“ dienen der Anstaltspsychiatrie als Beleg dafür, wie wichtig Kliniken sind, ohne die viele Menschen ihre psychiatrischen Krisen überhaupt nicht überwinden könnten. Im ambulanten Bereich werden diese Patienten häufig vergessen oder verdrängt, erinnern sie doch schmerzlich an die eigenen Grenzen und an die tatsächlich oder vermeintlich mangelnde Effizienz dieser Arbeit. Deshalb geraten in den letzten Jahren zunehmend Modelle ins Blickfeld der psychiatrischen Fachöffentlichkeit, welche sowohl stationäre als auch ambulante Alternativen zur herkömmlichen Behandlung und Versorgung von chronisch psychisch Erkrankten in akuten Krisen anbieten (Nouvertné, 1998).

Des Weiteren ist die Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung von größter Bedeutung. Die vorhandenen ambulanten Stellen (SPDIs, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen etc.) sind bezüglich einer Weiterbehandlung dem stationären Team zwar bekannt, allerdings müsste häufig der Erfahrungsaustausch zwischen den Institutionen weiter intensiviert werden.

5.4.2. Bedeutung von Einsamkeit und fehlender sozialer Unterstützung

Dem sozialpsychologischen Phänomen der Einsamkeit wird in letzter Zeit viel Aufmerksamkeit geschenkt. Dies liegt mit Sicherheit zum einen daran, daß man diesem Phänomen den Charakter eines epochalen, kollektiven Gefühls zugeschrieben hat.² Zum anderen können jedoch auch die Folgen kontinuierlich erlebter Einsamkeit erheblich sein. So gehen Gefühle der Einsamkeit einher mit Depression, Angst, Neurotizismus, Feindseligkeit, Devianz, soziale Unsicherheit, Herz-Kreislauf-Störungen und suizidalen Tendenzen (Lauth & Viehbach, 1987). Des weiteren ist das Phänomen der Einsamkeit vielleicht wie kein anderes dazu geeignet, die Schnittstelle zwischen einer individualistischen und kollektiven, bis auf Durkheim zurückgehenden Sicht von Individualität und Bindung herzustellen.

Selbstmord bzw. Selbstmordversuch sind somit der Endpunkt einer Entwicklung, in die viele Faktoren einmünden und bei der gesellschaftliche und individuumsspezifische Komponenten zusammenwirken:

Aggressionen werden gegen die eigene Person anstatt gegen die Umwelt gerichtet; des weiteren sind der Umgang mit belastenden Lebenssituationen, Einsamkeit, Depressivität sowie ein soziales Netz, welches nicht in der Lage ist, bei der Krisenbewältigung zu helfen, weitere wichtige Faktoren (Eberwein, 1990).

² „Nach Angaben von Perlman (1988) klagten wöchentlich 50 Millionen Amerikaner über Einsamkeitsgefühle. Nach demoskopischen Untersuchungen von Noelle-Neumann und Piel (1983) gelten 7 bis 10 % der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland als chronisch vereinsamt“ (Röhrle, 1994, S. 33).

Der letzte Punkt wurde bereits von Emile Durkheim beschrieben: Der Selbstmörder ist nur in geringem Umfang in eine soziale Gruppe, in ein soziales Netz integriert und erlebt die Beziehungen zu anderen Personen nicht als befriedigend. So erklärt er die Tatsache, daß Verheiratete seltener Suizid begingen als Geschiedene, Ledige oder Verwitwete, mit Hilfe folgender Theorie: „Schließlich findet in jeder ineinander verflochtenen und lebendigen Gemeinschaft ein ständiger Ideen- und Empfindungsaustausch von allen zu einem, von einem zu allen statt, und es gibt eine Art moralischer Unterstützung, die den einzelnen, statt ihn auf sich selbst zurückzuwerfen, an den kollektiven Kräften teilhaben läßt und ihn dadurch stärkt, wenn er sich am Ende fühlt“ (Durkheim, 1973, S.333). Die fehlende soziale Unterstützung und ihre subjektive Seite, die Einsamkeit, stellt einen Wirkmechanismus dar, der die Kette von Variablen so unterschiedlicher Phänomene, wie z.B. die Struktur innerhalb eines Wohngebietes und das individuelle Risiko eines Suizidversuchs, miteinander verbindet. In einem Wohngebiet mit Merkmalen sozialer Desintegration ist ein Großteil der Bevölkerung alleinlebend, und er hat wegen der hohen Zahl der Zu- und Wegzüge und vorwiegender Hochhausbebauung eine dadurch bedingte geringere Wahrscheinlichkeit, ausreichende und zufriedenstellende Kontakte und Beziehungen innerhalb seines Wohngebietes herzustellen als ein Einwohner alteingesessener Stadtteile. Auf subjektiver Seite werden mehr Personen Einsamkeit empfinden, die, wenn noch weitere Faktoren dazukommen, zu einem ernststen Suizid- und Suizidversuchsrisiko werden kann (Welz, 1999).

Das Konzept der sozialen Unterstützung entstand auf dem Hintergrund der Forschungen zu kritischen Lebensereignissen („life events“), für die in verschiedenen Untersuchungen ein Zusammenhang mit psychischer oder physischer Krankheit (Depression, Schizophrenie, Hautkrankheiten, Tuberkulose, Herzkrankheiten usw.), jedoch auch mit Selbstmord bzw. Selbstmordversuch festgestellt wurde. Bei einer Untersuchung der Zahl kritischer Lebensereignisse in einem Zeitraum von 6 Monaten vor dem Suizidversuch im Vergleich zum selben Zeitraum vor Beginn einer Depression berichteten Suizidenten im Durchschnitt viermal so viele Ereignisse wie eine Kontrollgruppe aus der Bevölkerung und immerhin 50% mehr als die Depressiven. Diese Ereignisse häuften sich im Gegensatz zu den anderen Personengruppen besonders im Monat vor der Suizidhandlung und dort besonders ausgeprägt in der letzten Woche (Paykel, 1980).

Verschiedene Autoren beschreiben übereinstimmend soziale Stützsysteme, „ties to others“ oder „social reassurance“ als wichtigen Coping-Mechanismus bzw. „coping assistance“ (Thoits, 1986), welcher eine wesentliche Hilfe für den Umgang und die Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen oder Lebenskrisen darstellt (Antonovsky, 1974; Danish & D`Augelli, 1990; Faltermaier, 1982). Auftauchende Probleme werden von einer Person zunächst in Eigensteuerung (Sommer, 1982) zu lösen versucht. Gelingt das nicht, werden Beziehungen zu Einzelpersonen oder Gruppen eingeschaltet, also zu Familienmitgliedern, Freunden, Nachbarn, Arbeitskollegen etc., um die psychosozialen Probleme zu reduzieren. Das soziale Netzwerk läßt sich hierbei aufgliedern nach Größe, Dichte und Homogenität, nach dem Einfluß des sozialen Netzes auf das psychosoziale Wohlbefinden und nach inhaltlichen Kriterien wie emotionale Unterstützung, Informationsvermittlung, Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten, praktische und materielle Hilfen usw. (Sommer & Rellermayer, 1983).

In einer Untersuchung über die Größe des sozialen Netzwerkes und erhaltene soziale Unterstützung zeigte sich, daß Suizidenten über ein kleineres soziales Netzwerk und geringere soziale Unterstützung als Individuen aus einer Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung verfügen. Sowohl hinsichtlich der Anzahl der Bekannten und Freunde wie auch der Verwandten und Familienangehörigen, zu denen regelmäßige Kontakte bestehen, sind die Unterschiede signifikant und unabhängig davon, ob der Befragte alleine oder zusammen mit einem Partner lebt (Welz, 1986).

Beim Suizidversuch werden die Bewältigungsversuche nur mehr auf die eigene Person gerichtet, weil keine individuellen Handlungsmöglichkeiten in der Umwelt mehr gesehen oder erlebt werden (Arentewicz & Lütjen, 1987). Jeder Versuch der Kontrolle äußerer Bedingungen wird aufgegeben, der Suizident erlebt sich in höchstem Maße als hilflos (Seligman, 1979).

Für den Einsamen stellt sich die Situation von vornherein ungünstig dar: Einmal leidet er bereits darunter, daß er sich alleine fühlt, d.h. über keine oder nur wenige emotional vertraute Personen verfügt, zum anderen hat er Schwierigkeiten, die Unterstützung in einem sozialen Netzwerk zu finden, die für die Bewältigung seiner Krisensituation hilfreich ist. Hierbei ist Einsamkeit nicht gleichbedeutend mit Alleinsein, sondern kennzeichnet das Gefühl, von befriedigenden sozialen Beziehungen abgeschnitten zu sein (Perlman & Peplau, 1982).

Weiss (1982) unterscheidet zwei fundamentale Formen von Einsamkeit: Emotionale Einsamkeit aus der Abwesenheit einer Beziehung, in der Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit vermittelt werden, und soziale Einsamkeit, die aus dem Fehlen eines sozialen Netzes resultiert, von Freunden, Bekannten und Arbeitskollegen etc.. Beide Formen sind relativ unabhängig voneinander. Engel (1984, zitiert nach: Eberwein, 1990) befragte Suizidenten kurz nach ihrem Selbstmordversuch zu ihrer Einsamkeit vor dem Versuch und konnte oft eine Entwicklung von früher nur selten vorkommenden Einsamkeitsgefühlen zu immer intensiverem, quälendem Einsamkeitserleben in den Tagen vor dem Selbstmordversuch aufzeigen. Engel fand zwei Gruppen von Suizidenten: eine Gruppe verzweifelter, einsamer, hilfeschender Suizidenten mit starken auto-aggressiven Tendenzen, und eine Gruppe sich bald von ihrem Suizidversuch distanzierender Suizidenten, die ihren im Schnitt nicht so ernsthaften Selbstmordversuch weniger aus Verzweiflung oder überwältigender Einsamkeit unternommen hatten, sozial gut eingebunden waren und kurz nach dem Suizidversuch wieder ihr normales Leben führten.

Der Selbstmordversuch hat oft die Funktion eines Alarmsignals und eines Appells um Hilfe (Stengel, 1969). Die postsuizidale Zeit wird dann dadurch bestimmt, ob dieser Schrei um Hilfe erfolgreich war. Dem Suizidenten wird es vielleicht gerade aus seiner hilflosen Situation heraus erstmals möglich, offen zu sein für ein Gespräch über seine Probleme und Hilfe, auch therapeutische Unterstützung, von anderen Personen anzunehmen (Eberwein, 1990).

Im Folgenden soll versucht werden, Merkmale sozialer Netzwerke als Indikatoren der Einsamkeit auf ihren möglichen Bedeutungsgehalt zu untersuchen.

Geht man allerdings der Frage nach, welche Rolle Merkmale sozialer Netzwerke in bezug auf Einsamkeit spielen, so lassen sich so lange keine eindeutigen Antworten finden, wie nicht versucht wird, konzeptionell zu klären, welche psychologischen Prozesse das entsprechende Verhältnis gestalten.

Was verschiedene Definitionen und Erklärungsversuche zum Phänomen Einsamkeit verbindet, ist die breite Palette von Merkmalen, welche diesem Phänomen zugeschrieben wird: Gefühle der Isolation, der Verletzlichkeit, der Bindungslosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Entfremdung, Wertlosigkeit, Ärger und Langeweile, Rastlosigkeit usw. (Lauth & Viehbahn, 1987). Diese subjektive Seite der Einsamkeit, häufig auch als emotionale Einsamkeit bezeichnet, wird durch eine davon auch empirisch differenzierbare soziale Einsamkeit im Sinne einer quasiobjektiven Isolation ergänzend betrachtet (Bell, 1991). Aus dieser Untersuchung geht hervor, daß Merkmale sozialer Netzwerke zumindest nicht mit Einsamkeit gleichgesetzt werden können. Des weiteren ist der Zusammenhang zwischen erlebten Formen der Einsamkeit und folgenden Merkmalen sozialer Netzwerke meist mäßig bis verschwindend klein: Größe, Menge freundschaftlicher, verwandtschaftlicher oder romantischer Beziehungen, Kontakthäufigkeiten bzw. -dauer, Häufigkeit und Erreichbarkeit sozialer Unterstützungen, Komplexität, Dichte und Reziprozität bei der Nennung von Freunden. Hierbei ist zu beachten, daß dieser geringe Zusammenhang auf die Wirkung bestimmter psychologischer Prozesse zurückgeführt werden kann. So vermuten z.B. Fischer und Phillips (1982), daß die von ihnen untersuchten sozial isolierten Personen sich deshalb nicht einsam erlebten, weil sich ihre Standards den Gegebenheiten angepaßt hatten.

Andererseits zeigte sich, daß die Zusammenhänge zwischen Merkmalen sozialer Netzwerke und erlebten Formen der Einsamkeit um so deutlicher wurden, je mehr diese Merkmale subjektiv gewertet und je mehr sie auf bestimmte Formen der Einsamkeit ausgerichtet wurden.

Beispielsweise klärte die Größe der sozialen Netzwerke, die Zahl vertrauter Personen, der Anteil verwandtschaftlicher Kontakte, die Häufigkeit sozialer Unterstützung und die Dichte sozialer Netzwerke bei Stokes (1985) lediglich 14 Prozent der Varianz in Hinblick auf erlebte Formen der Einsamkeit auf. Hingegen waren es 44 Prozent, wenn die Intimität und Nähe der sozialen Beziehungen eingeschätzt wurde. Russell, Cutrona, Rose und Yurko (1984) stellten fest, daß sich Studenten besonders dann einsam fühlten, wenn ihnen soziale Unterstützungen fehlten, welche ihnen normalerweise Gefühle der Geborgenheit vermittelten. Die soziale Integration in verschiedene Gemeinschaften korrelierte im Gegensatz dazu mit dem Ausmaß an erlebter Einsamkeit lediglich sehr schwach. Russell et al. (1984) stellten fest, daß die Größe des Sektors freundschaftlicher Beziehungen mit der sozialen Einsamkeit korrelierte, während die Größe des Sektors romantischer sozialer Beziehungen mit emotionaler Einsamkeit kovarierte.

Daraus läßt sich schließen, daß soziale Netzwerke erst über individuelle psychologische Prozesse bedeutungsvoll werden. Vermutet werden hierbei kognitive Prozesse, welche individuelle und soziale Vergleiche in Hinsicht auf gewünschte Bindungen und Kontakthäufigkeiten definieren (Peplau & Perlman, 1982). Die dafür notwendigen Standards können jedoch auch Anpassungsprozessen ausgesetzt sein. Verknüpft werden diese Überlegungen mit der Annahme, daß hierbei grundlegende soziale Bedürfnisse nach Bindung zum Tragen kommen, wie sie von Neo-Freudianern, wie z.B. Sullivan (1955), postuliert wurden.

Zugleich spielen hierbei Überlegungen eine Rolle, wonach der Wunsch nach Identität insbesondere bei sozialen Formen der Einsamkeit nur schwer zu erfüllen ist. Studien, welche einen Zusammenhang zwischen erlebter Einsamkeit und negativen Aspekten des Selbstkonzepts berichten, sind dabei als deutliche Hinweise auf die identitätsstiftenden Funktionen von sozialen Netzwerken zu werten (z.B. Goswick & Jones, 1981). Man nimmt an, daß diese Funktionen in sozialen Netzwerken erfüllt werden, die gestaltbar sind und die kompensative Ressourcen bieten, wenn zentrale Mitglieder verlorengelassen (Röhrle, 1994).

Spricht man von Krisenintervention, dann muß man sich des weiteren vor Augen halten, daß eine Krise nicht nur an einem, sondern vermutlich an mehreren Orten mit verschiedenen Menschen bearbeitet wird.

Aus der Netzwerkforschung ist bekannt, daß es Zusammenhänge zwischen psychischer Beeinträchtigung und Netzwerkbeschaffenheit gibt: Pattison et al. (1979) konstruieren, die vorhandene Forschungsliteratur zusammenfassend, verschiedene Typen von Netzwerken: Menschen, welche nicht beeinträchtigt sind, stehen durchschnittlich mit 23 anderen Personen aus ihrer Familie, Freunden, Kollegen und Nachbarn in Kontakt. Menschen, die unter neurotischen Störungen leiden, stehen lediglich mit etwa 15 anderen Menschen in Beziehung, wovon etliche nur selten kontaktiert werden. Psychotisch erkrankte Menschen haben lediglich mit zehn bis zwölf anderen Kontakt und erleben ihre Beziehungen als überwiegend negativ und ambivalent.

Wer über mehr potentielle Orte für Krisenintervention verfügt, kann Krisen demzufolge besser bewältigen. Diese Aussage läßt sich allerdings noch weiter differenzieren: Denn verschiedene Merkmale des sozialen Netzes wirken sich unterschiedlich aus. Dazu ein Beispiel: Verliert eine Frau ihren Partner, so kann sie bei ihrer Trauerarbeit durch ein kleines Netz, in dem sich viele Mitglieder untereinander kennen und sich ähnlich sind, gut unterstützt werden. In einer späteren Phase der Krise, wenn sie sich neu orientieren will und nach anderen Lebensplänen sucht, kann das gleiche Netz, welches vorher sehr hilfreich war, eher hindernd wirken. Etwa dann, wenn alle Netzwerkpartner ihre neuen Pläne übereinstimmend kritisch sehen. Gleichzeitig gibt es in einem solchen Netz vielleicht nur relativ wenig Informationen, die für eine Neuorientierung wichtig wären. Allgemeiner läßt sich für Krisenbewältigung sagen, daß Netzwerke, in welchen sich viele Mitglieder untereinander kennen, sich sozial ähnlich sind und in räumlicher Nähe leben, am ehesten emotionale Unterstützung vermitteln können. Praktische Hilfe kann leichter aus einem Netzwerk erhalten werden, das groß ist und in welchem sich die Mitglieder gut untereinander kennen. Durch die Größe steigt die Möglichkeit, daß ein Mitglied über die richtige Information oder Hilfsmöglichkeit verfügt, und der gute Bekanntheitsgrad ermöglicht, daß eine entsprechende Nachfrage auch an die richtige Person gelangt (Giernalczyk, 1997b).

Neue Ideen und Anregungen bekommt man hingegen eher aus Netzen, in denen die Mitglieder nicht so oft Kontakt miteinander haben, in guter Verbindung zu anderen Netzwerken stehen und sich voneinander unterscheiden. Das lockere gelegentliche Treffen mit verschiedenen Menschen erhöht die Möglichkeit, etwas Neues von ihnen zu erfahren, worüber man sich bislang noch keine Gedanken gemacht hat. Neue soziale Kontakte sind dann besonders leicht möglich, wenn man mit Netzen in Kontakt steht, deren Mitglieder viele andere Menschen kennen, zu denen man selbst noch keinen Kontakt hat. Ist dies der Fall, so steigt die Wahrscheinlichkeit, daß man durch einen Bekannten mit einem Fremden zusammengebracht wird (Keupp, 1988).

Es ist bekannt, daß chronische Erkrankungen besser ertragen werden können, wenn soziale Unterstützung vorhanden ist.

Und dies gilt für eine Reihe weiterer Belastungs- und Krisensituationen: Bei positiver sozialer Unterstützung gibt es weniger Geburtskomplikationen, längere Phasen des Stillens, erfolgreichere Trauerarbeit nach dem Tod einer wichtigen Bezugsperson, bessere Bewältigung von Übergangssituationen (Einschulung, berufliche Veränderungen, Ruhestand etc.), von Arbeitslosigkeit oder vom Berufsstreß.

Wenn es zu einer krisenhaften Zuspitzung kommt, hängt u.a. viel von den mobilisierbaren Netzwerkressourcen ab, wie eine Person durch die Krise kommt. Eine Krise bedeutet erst einmal eine Unterbrechung alltäglicher Routinen, beunruhigt, macht betroffen, involviert Personen aus dem Netzwerk, stört, ist unangenehm. Die Krise muß definiert werden, und vor allem muß definiert werden, was zu tun ist.

An jenem Definitionsprozeß sind die Mitglieder des engeren Netzwerkes beteiligt. Aus diesem Prozeß folgt, ob sich die Mitglieder selbst zuständig fühlen für das, was zu tun ist; ob sie die Ereignisse und die Reaktion darauf normalisieren, verständnisvoll darauf eingehen, eine Krise mit durchstehen. Wie lange eine Krise, wie lange ein darauf bezogener Ausnahmezustand dauern darf, das alles wird normativ abgesteckt. Ob für spezifische Probleme externe Hilfe aufgesucht wird, hängt hauptsächlich von normativen Regulativen des Netzwerkes ab. Das Reaktionsmuster des Netzwerkes besteht aus einer je spezifischen Mischung aus einfachem Dasein, emotionaler Unterstützung, kognitiver Orientierung und Ratschlägen, materieller Hilfe und Dienstleistungen und sozialer Regulation. Diese Beziehungen sind mehrschichtig und überdeterminiert, einige ambivalent und manche negativ, helfend und gleichzeitig kontrollierend (Keupp, 1987).

Wohin sich ein Mensch in einer Krise wendet, hängt von dem Beziehungsnetz ab, über welches er verfügt. Bekommt er bei einer Krise von seinen Angehörigen ausreichend Hilfe, wird die Krise im privaten Netzwerk bearbeitet. Kommt der Betroffene oder kommen die Angehörigen allerdings zu der Einschätzung, daß ihre Unterstützung nicht reicht, so wird Kontakt zum Netz der professionellen Hilfe aufgenommen. Hierbei hängt es stark vom Informationsstand des privaten Netzes ab, an wen ein Mensch in einer Krise weitervermittelt wird: Das kann ein bestimmter Hausarzt, ein Psychiater, ein Pfarrer oder eine Beratungsstelle sein. Hat ein Netzwerkmitglied bereits einmal Kontakt zu einer professionellen Einrichtung gehabt und fühlte es sich dort gut behandelt, so wird es wahrscheinlich zu ebendieser Stelle raten, hat es hingegen dort schlechte Erfahrungen gemacht, rät es vermutlich ab, und das professionelle Netz wird an einer anderen Stelle kontaktet.

Auch die professionellen Einrichtungen bilden ein Netz, in dem sie miteinander Kontakt halten und sich Patienten zuweisen. Arbeitet eine Beratungsstelle mit einer bestimmten Klinik eng zusammen, erfolgen zahlreiche Überweisungen, bestehen kein Kontakt oder gegenseitige Ressentiments, so werden andere Weitervermittlungen prinzipiell ausgeschlossen (Giernalczyk, 1997b).

An der Produktion von Belastungssituationen und Krisen sind die jeweiligen strukturell gegebenen Beziehungsmuster ursächlich beteiligt. Ein Netzwerk kann spezifische Wünsche, Hoffnungen und ganze Lebensentwürfe ersticken. Neben der Unterstützungskomponente wird jedoch oft die Kontrolldimension völlig vernachlässigt. Um so enger und dichter Netzwerke sind, desto einengender und kontrollierender können sie auch wirksam werden, desto weniger Selbständigkeit für eigenständige Lebensentwürfe lassen sie zu. So kann die zu starke Verschachtelung von Beziehungen, die sich um Arbeit und Beruf gruppieren, mit jenen der Privat- und Freizeitsphäre zu gefährlichen Identitätsbrüchen führen, vor allem wenn berufliche Leistungs- und Konkurrenzhaltungen untergründig auch die private Welt infizieren und unterminieren. Auf diese Weise lassen sich bereits in den Netzwerkstrukturen die Widersprüche und Belastungen nachzeichnen, welche zu spezifischen Krisen führen (Keupp, 1987).

Krisen bringen erfahrungsgemäß eine große Intensität an notwendiger Hilfe und Begleitung mit sich. Menschen in Krisen wird diese häufig im Rahmen einer stationären Krankenhauseinweisung gewährt. In der Regel geht hiermit ein personeller Wechsel von Begleitung einher. Innere Prozesse und Beziehungen werden abgebrochen. Diese psychiatrische Praxis ist desintegrativ. Gerade dann, wenn eine Person in eine Krise gerät, helfen ihm vertraute Menschen.

Derjenige, der eine Person kennt, kann ansatzweise etwas von dem verstehen, was sich in der Krise ereignet. Die Person in einer Krise kann einen vertrauten - allerdings nicht mit ihm lebensgeschichtlich verstrickten - Menschen eher bei sich sein lassen als einen fremden. Es ist deswegen wichtig, einem Menschen in der Krise treu zu bleiben, um während des ängstigenden Erlebens Vertrautheit erfahrbar werden zu lassen.

Denn nach einer Krise kann das Geschehene dann am ehesten verstanden, aufgearbeitet und integriert werden, wenn vor, während und nach einer Krise personelle Kontinuitäten sichergestellt werden konnten (Weigand & Schädle-Deininger, 1998).

5.5. Persönliche Stellungnahme

Ich möchte im Folgenden einen Beitrag leisten zu einer Selbstbesinnung in all dem Überlegen darum, was man am besten mit suizidalen Klienten in Krisensituationen auf Station macht. Ich möchte mich herausnehmen aus der Euphorie des Machens und kritische Fragen richten an diesen expandierenden Markt von Möglichkeiten und Hinweisen, wie der Therapeut sich in kritischen Situationen verhalten kann und soll.

Ich beginne mit einem Zitat aus dem bekannten Buch von Diana und Louis Everstine „Krisentherapie“ (1985): „Unsere herkömmliche Ausbildung bereitet uns nicht darauf vor, mit ungewöhnlichen und lebensgefährlichen Situationen fertig zu werden, in denen es entscheidend darauf ankommt, daß wir sofort handeln. Wollten wir in solchen Situationen immer nur anwenden, was wir gelernt haben, also das geduldige, passive Zuhören und Reflektieren, das Aufdecken und Bewußtmachen - der Patient könnte darüber den Verstand oder gar das Leben verlieren ...“

Einige Absätze später: „Um überhaupt Hilfe in irgendeiner Form leisten zu können, muß der Helfer mehr mitbringen als die gemächlich-gefälligen Methoden, wie sie in der Therapie schon immer angewandt worden sind, nämlich die Suche nach den in der Vergangenheit liegenden Ursachen und den Appell an die Vernunft“ (S. 9 ff.).

Beim Lesen dieser Zeilen stieg in mir Verärgerung über die Autoren hoch - vorrangig nicht darüber, was hier an scheinbar Neuem angeboten wurde, vielmehr über die selbstverständliche Lebenserfahrung dieser „Krisentherapie“. Das erinnerte mich an Sätze aus meiner Jugend wie: „Werde erst mal erwachsen, erlebe erst mal das Leben in seinen harten Seiten, dann wirst du schon sehen, daß es doch was ganz anderes ist, wenn ...“

Man muß nicht lange suchen, um in der Literatur auf einen umfangreichen Fundus an aktivischen Kriseninterventionen zu stoßen. Die vorgeschlagenen Methoden sind hierbei auf unterschiedlichsten Handlungsebenen angesiedelt: Manipulation in der Umwelt, allgemeine Hilfs- und Stützmaßnahmen, Maßnahmen, welche auf den Krisenverlauf und bestimmte Krisenstadien abgestimmt sind, Interventionen im Rahmen individueller Betreuung einzelner Betroffener. Grobe Leitlinien zur Technik der Krisenintervention (wie: emotionale Stützung des Klienten durch den Therapeuten, Erarbeiten und Festlegung eines Behandlungsfokus, Aktivität des Therapeuten durch Konfrontieren des Klienten mit Ursachen und Konsequenzen der Belastungssituation) werden mittlerweile ergänzt und teilweise auch ersetzt durch Strategien mit einem sehr hohen Spezifizierungsgrad (wie: kathartische Reaktionen für den Klienten ermöglichen, Hoffnung und Optimismus vermitteln, interessenaktive Beteiligung zeigen, selektiv zuhören, faktische Informationen geben, Konsequenzen aufzeigen, Ratschläge erteilen und Vorschläge unterbreiten, Grenzen setzen, abrupt die Sitzung terminieren, Situationen entschärfen, Formulierungen wählen, welche zum Ja-sagen stimulieren, und v. a.).

Scheinbar weit spärlicher fällt der bereits von mir dargelegte klientenzentrierte Ansatz aus, wenn psychotherapeutische Erfahrungen

und Erkenntnisse „einfach“ auf die Krisensituation übertragen werden. Dabei scheint mir die Entscheidung gegen diesen Ansatz unbegründet. Für den klientenzentrierten Ansatz suggeriert sie, als kämen Einstellungen, die von Vertrauen in den Klienten und in die zwischenmenschliche Beziehung, von wohlwollender, respektierender Zugewandtheit in die Welt des Klienten geprägt sind, bei Menschen in Krisen an ihre wirkmächtige Grenze, als wäre dort anderes, grundsätzlich anderes vonnöten.

Scheint jener Ansatz für die normalen, sprich nicht über Maßen gestörten Klienten in der Therapie immer noch geeignet, so scheint andererseits ausgemacht, daß spätestens in Krisensituationen mit Verständnis, Akzeptanz und Echtheit verantwortungsvollerweise nicht mehr viel, zumindest nicht mehr genügend zu „machen“ ist. Offenbar im Gefühl, eine aktivische Seite in sich bislang zu wenig genutzt zu haben, sucht man nun in ihr nach Neuem, nach Verbesserung des therapeutischen, hilfreichen Beziehungsangebots.

Ein häufiger Anlaß dafür, zu glauben, in bestimmten Momenten einer Beziehung sei es angebracht, die „Methode“ zu wechseln, ist das nicht direkt wahrgenommene Gespür dafür, daß augenblicklich Beziehung nicht gelingt. Das soll allerdings nicht bedeuten, daß jede Veränderung im Erleben und im Handeln des Psychotherapeuten aus einem Gefühl des Mißlingens von Beziehung heraus resultiert. Oder gar, daß derjenige ein schlechter Therapeut sei, der Methoden wechselt.

Allerdings greifen Therapeuten gerade in kritischen Situationen oft nach Instrumentarien und Techniken, wobei sie aber erst in selbsterfahrenden, supervisorischen Prozessen diese „anscheinende Wahl“ als Beziehungsnot erspüren, sodaß diese Erfahrung ihnen dann hilft, die Beziehung über die Person des Therapeuten und nicht über irgendein Instrumentarium förderlicher zu gestalten.

Das Mißlingen von Beziehungen mit Klienten hängt nach der Ansicht Blattners (1988) funktional zusammen mit dem, was Rogers als die Kongruenz des Therapeuten in der Beziehung bezeichnet. „Dies bedeutet, daß die Symbolisierungen der Erfahrungen des Therapeuten in der Beziehung exakt sein müssen, wenn die Therapie effektiv sein soll. Wenn der Therapeut Bedrohung und Unbehagen empfindet, sich jedoch nur der Akzeptanz und des Verstehens bewußt ist, ist seine Beziehung nicht kongruent, worunter die Beziehung leidet. Allein entscheidend ist, daß er exakt er selbst in der Beziehung ist, was immer das Selbst in diesem Moment auch sein mag“ (Rogers 1959, dt. 1987, S. 41). Gerade in Krisensituationen ist diese Kongruenz des Therapeuten, dieses freie Gewährsein- und Verfügbar-haben-Können der eigenen inneren Empfindungen, von grundlegender Bedeutung. Verliert der Berater in solchen kritischen Situationen den direkten Zugang zum eigenen Erleben, ist dieses Erleben verstellt in vielerlei Form, hat der Berater so keine verlässliche Beziehung zu sich selbst und damit auch zum Gegenüber im Augenblick verfügbar, dann ist es nachvollziehbar, daß manche Therapeuten, wie aus Rettung aus diesem inneren Dilemma, Zuflucht nehmen zu erfolgversprechenden Techniken und Strategien. Es mag dann noch ein Austausch von oberflächlichen Gefühlen gelingen, ein Hören von Traurigkeit, Verzweiflung, dem Wunsch, seinem Leben ein Ende zu setzen. Was nicht mehr gelingt, ist ein Sich-bewegen-Können auf den tieferen Schichten dieser Gefühle, ein Erspüren dessen, was Rogers die Bedeutung von Gefühlen nennt (Blattner, 1988).

Es bleibt letztlich eine Herausforderung und Anfrage, wenn Rogers schreibt: „Mir scheint, daß der Therapeut nur dann die große Stärke der Fähigkeit und Kapazität des Individuums zur konstruktiven Handlung erkennt, wenn er voll und ganz einverstanden ist, daß jede Möglichkeit, jede Richtung gewählt wird. Wenn er damit einverstanden ist, daß unter Umständen auch der Tod gewählt wird, dann wird das Leben gewählt werden; wenn die Neurose ebenfalls zur Wahl steht, dann wird die Gesamtnormalität gewählt“ (1975, S. 59).

Dies ist keine neue Regel, keine neue Methode, „lediglich“ eine Selbsterfahrung, allerdings eine, die persönlich verändert.

IV. Stationäre Krisenintervention

1. Indikation

Für Krisenintervention gilt, wie für jede Behandlungsmethode, daß der Therapieerfolg entscheidend von der richtigen Indikationsstellung abhängt. Eines der Argumente für die sorgfältige Indikation zur stationären Krisenintervention ist der Gedanke, daß im Falle einer Kriseninterventionsstation die Entscheidung zur Hospitalisation eines Patienten manchmal zu rasch gefällt wird, da hier oft die Angst vor Stigmatisierung, die bei der Einweisung in eine psychiatrische Klinik auch heute noch hemmend wirkt, entfällt. In diesem Sinn wird zuweilen auch die Indikation zur stationären Krisenintervention „negativ“ gestellt, wenn das Leitmotiv des Zuweisers die Intention ist, eine (notwendige) Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik zu umgehen. Ich finde, die Kriseninterventionsstation Bern hat eine passende Antwort auf eine solche Zuweisung gefunden, indem sie sich als Ziel gesetzt hat, nichtindizierte Hospitalisation zu vermeiden und nicht, indizierte Hospitalisation zu verhindern.

Nun könnte man einwenden, die Aufnahme von Patienten, die einer Behandlung in der psychiatrischen Klinik bedürften, bringe keine Nachteile, da eine Weiterverlegung jederzeit möglich sei. Die Erfahrung zeigt allerdings, daß die Verlegung von Patienten aus einem stationären in einen anderen, „schwereren“ stationären Bereich (z.B. von der Kriseninterventionsstation auf die Depressionsstation) für den Patienten nahezu immer eine weitere Traumatisierung darstellt: Meist erlebt er die Verlegung als prognostisch ungünstiges Zeichen: „Ich bin doch schwerer dran als vermutet!“

Dazu gehört auch der ungünstige Abbruch der neu entstandenen therapeutischen Beziehungen und die Tatsache, daß die weiterbehandelnden Therapeuten nicht den ganzen Hospitalisationsverlauf überblicken können, was die Behandlung erschweren kann, da wichtige Informationen fehlen.

Die im Folgenden aufgeführten Indikationskriterien helfen dem Zuweiser im konkreten Fall, die Indikation zur stationären Krisenintervention stellen zu können. Sie bilden auch die Grundlage für das Gespräch zwischen Aufnahmekrankenhaus und Zuweiser bei der telefonischen Anmeldung von Patienten. Dabei ist herauszustellen, daß einige Kriterien auch auf die ambulante Krisenintervention zutreffen, denn Überschneidungen sind bei der Indikationsfrage unvermeidbar.

1.1. Vorliegen einer akuten psychosozialen Krise

Dieses Kriterium mag zunächst selbstverständlich erscheinen. Der Name der Station drückt ja bereits aus, daß sie für Patienten in Krisen geschaffen ist. Die praktische Erfahrung zeigt allerdings, daß der Begriff der Krise im konkreten Fall sehr unterschiedlich definiert wird. Wenn man den Begriff sehr weit faßt, kann man jede mehr oder weniger akute Problemsituation als „Krise“ bezeichnen. Eine der im deutschen Sprachraum vielzitierten Krisendefinitionen (Reiter & Strotzka, 1977, S. 16) lautet folgendermaßen: „Krisen sind zeitlich umschriebene Ereignisse von ungewissem Ausgang mit dem Charakter des Bedrohlichen, des möglichen Verlustes. Sie stellen gewohnte Wert- und Zielvorstellungen in Frage, fordern Entscheidung und Neuanpassung, können Gefühle der Hilflosigkeit erzeugen, führen vielfach zur Änderung von Verhalten und Erleben und bieten somit auch die Chance einer Neuorientierung.“

Zu dieser umfassenden Definition läßt sich für die Praxis eine ergänzende Präzisierung machen. Als pragmatische Richtlinie gilt die Aussage, daß eine Krise sich dadurch auszeichnet, daß sie sich vom „üblichen Lauf der Dinge“ im Leben eines Patienten abhebt. Man nimmt also dabei das bisherige Leben und den Alltag des Betroffenen als Referenz, um abzuschätzen, inwieweit tatsächlich ein krisenhaftes Geschehen vorliegt. Damit ist gemeint, daß es Zustände oder Situationen gibt, die sich krisenähnlich darstellen können, ohne der erwähnten Definition von Reiter und Strotzka zu entsprechen.

Die Frage danach, ob sich eine Situation vom üblichen Lauf der Dinge abhebe, geht von zwei Annahmen aus:

Die eine Annahme betont, daß das bisherige Leben des Patienten das Maß dafür ist, ob eine Situation als krisenhaft beurteilt werden kann oder nicht. Die Krisendiagnose kann man im Grunde genommen nur aus einer biographischen oder Verlaufsperspektive stellen und nicht allein gestützt auf die äußeren Umstände der aktuellen Situation.

Die zweite Annahme lautet, daß lediglich eine echte Krise die Chance der Veränderung und Neuorientierung in kurzer Zeit bietet. Eine krisenähnliche Situation, die Wiederholungscharakter aufweist, bietet gemäß dieser Annahme diese Chance nicht oder nicht in gleichem Maße (Sauvant, 1993). In diesem Zusammenhang ist der Gedanke von Farewell (1990) interessant: Er unterscheidet krisenhafte von krisenähnlichen Situationen mit den Begriffen „crisis“ (= Krise) für echte Krisen und „furore“ (= Aufsehen, Aufruhr) für krisenähnliche Situationen. Als Beispiel nennt er ein psychiatrisches Notfallteam, das in eine Familie gerufen wird, in der ein Familienmitglied akut psychotisch erkrankt ist. In einer „crisis“ entstünden bei den Betroffenen durch die eingetretene oder drohende Änderung Angst, Zweifel oder Wut. Als Therapeut schwinde man emotional mit und könne die verwirrenden Gefühle nachempfinden.

Anders bei einem „furore“: Nach kurzer Zeit stellten die Helfer bei genauerer Beobachtung fest, daß sie gefühlsmäßig „draußen“ bleiben; es entstehe dann oft der Eindruck, daß die Betroffenen ein ihnen bekanntes Stück aufführten und daß das Ganze mehr einem „Dampfablassen“ mit Wiederholungscharakter als einem In-Frage-Stellen von Werten und Einstellungen entspreche. „Furore“ diene im Gegensatz zu „crisis“ dazu, die gewohnte Rollenverteilung in einem System zu bestätigen und Spannungen, welche eine Veränderung herbeiführen könnten, abzubauen.

1.2. Formulierung eines erreichbaren Zieles

Dieses zweite Kriterium dient dazu, die Frage nach der Krise zu verdeutlichen. Der Zuweiser steht häufig unter Druck und hat sich vor der Kontaktaufnahme dazu entschlossen, den Patienten zu hospitalisieren. Er möchte hauptsächlich wissen, ob der Patient auf der Kriseninterventionsstation aufgenommen werden kann. In diesem Zusammenhang ist dieses zweite Kriterium klärend. Wenn kein kurzfristiges Ziel für einen stationären Aufenthalt von etwa zwei Wochen formuliert werden kann, ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß die Indikation für die Aufnahme auf der Kriseninterventionsstation nicht gegeben ist. Mit Ziel ist nicht gemeint, daß der Zuweiser in jedem Fall genau formulieren kann, was zum Schluß der Krisenintervention erreicht werden soll; meist wird es sich um ein Partialziel handeln. Zum Beispiel kann das Ziel heißen, die Suizidalität des Patienten soll so weit abgeklungen sein, daß eine ambulante Behandlung möglich wird. Oder das Ziel lautet, daß der Patient in Krise wieder arbeitsfähig wird, nachdem die Situation und die möglichen ambulanten Hilfen geklärt worden sind.

1.3. Kooperationsfähigkeit / -bereitschaft

Des Weiteren setzt Krisenintervention voraus, daß auch gemeinsam mit dem Patienten ein Problem definiert werden kann, das es zu bewältigen gilt. Eine gemeinsame Krisen- oder Problemdefinition ist nur dann möglich, wenn der Patient zur Mitarbeit bereit und fähig ist. Hierbei sind Kooperationsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft zwei Dinge: Mit Kooperationsbereitschaft ist die Motivation zur Behandlung gemeint; die Kooperationsfähigkeit bezieht sich auf die emotionalen und kognitiven Voraussetzungen, die für die Behandlung notwendig sind. Diese Fähigkeit zur Mitarbeit ist meist bei hirnrnorganisch oder psychotischen Störungen derart beeinträchtigt, daß eine Krisenintervention unmöglich wird. Ein Patient kann also wohl kooperationsbereit, das heißt für die Behandlung motiviert, jedoch zugleich kooperationsunfähig, das heißt durch die Behandlung überfordert, sein (Sauvant, 1993).

1.4. Ausschlußkriterien

Krisenintervention ist ein Verfahren, das lediglich bei akuten Krisen erfolgreich angewendet werden kann. Dieses Verfahren bewährt sich nicht bei Patienten mit

- hirnrnorganischen Störungen bzw. Veränderungen,
- Psychosen unterschiedlicher Ätiologie und Schwere,
- bei chronisch protrahierten Krisen bzw. chronischer Suizidalität (Henseler, 1981b) (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Als weitere Ausschlußkriterien gelten:

- (auf den meisten Kriseninterventionsstationen:) Suchtpatienten
Patienten, die eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit im Sinne einer Sucht haben, werden automatisch zu Längerbleibern, da die Behandlung der Suchtproblematik den engen zeitlichen Rahmen der Krisenintervention überschreitet. Die Entzugssymptomatik führt zu einer Verschiebung des zeitlichen Rahmens. Gerade bei süchtigen Patienten läßt sich nach einem Suizidversuch eine starke Bagatellisierungstendenz beobachten (der Alkohol hätte zu Kontrollverlust geführt und dann müsse wohl ein Kurzschluß passiert sein oder man habe aus Versehen ein paar Tabletten mehr genommen, um schlafen zu können). Hier wird also die Suizidhandlung schon primär geleugnet, was den Beginn einer stationären Krisenintervention erheblich belastet und verzögert (Reimer & Arentewicz, 1993).

Autoren, die über Kriseninterventionsstationen berichten, in welchen auch abhängige Patienten aufgenommen werden, beschreiben Problem und Fragwürdigkeit dieser Behandlungen: Das Problem der stationären Krisenintervention bei Suchtpatienten ist einerseits die implizit falsche Problemdefinition (= Abhängigkeit als zeitlich umschriebene Krise) und andererseits die Unmöglichkeit, in einem nicht auf Abhängigkeitsbehandlung spezialisierten Rahmen, das heißt ohne suchterfahrene Therapeuten, das Problem der Sucht therapeutisch anzugehen. Auch bei der Arbeit auf einer Suchtabteilung braucht es viel Erfahrung, um die Verleugnungstendenz abhängiger Patienten nicht mitzuagieren und das tatsächliche Ausmaß der - auf der Station mit Ausnahme von anfänglichen Entzugszeichen abwesenden - Sucht zu erkennen. Zur Verleugnung des abhängigen Patienten gehört meist eine (falsche) Problemdefinition, in welcher zwar das Suchtproblem häufig erwähnt, aber fast immer als sekundäre Folge der Krise deklariert wird.

Der nicht Suchterfahrene läuft dann Gefahr, diese so logisch erscheinende Problemdefinition zu übernehmen (Feuerlein et al, 1983, Bronisch et al, 1986, Dormagen & Tesch, 1990).

- Akute Fremdgefährdung

Wenn ein Patient gewalttätig ist und durch sein Verhalten andere bedroht und/oder in Angst versetzt, überfordert er den Rahmen einer Kriseninterventionsstation, welche nicht die Struktur und Personalressourcen einer psychiatrischen Klinik bieten kann. Jedoch kommt dieses Ausschlußkriterium nur in ganz seltenen Fällen zum Tragen. In der Tat werden Patienten, die eine minimale Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft mitbringen, kaum je gewalttätig.

- Erhebliche, nicht einschätzbare Suizidalität

Damit ist ein Ausmaß suizidaler Einengung gemeint, in welcher der Patient dem Angebot einer therapeutischen Beziehung nicht mehr zugänglich ist oder eine unkontrollierbare, impulsiv einschließende Selbstmordgefährdung. Auch dieses Ausschlußkriterium kommt jedoch in der Praxis selten zur Anwendung (Sauvant, 1993).

2. Allgemeine Prinzipien

Sieht man die therapeutischen Empfehlungen zum Vorgehen bei der stationären Krisenintervention mit Patienten nach Suizidversuch durch (z.B. Sonneck, 1982, 1995), so fällt auf, daß eine Fülle verschiedener Anweisungen gegeben wird, die oft mehr den Charakter von Ratschlägen als den von Konzepten haben: „Die Skala dieser verschiedenen Techniken reicht von gutgemeinten Ratschlägen ... bis zu abstrakten Formulierungen ..., von Handlungsaufforderungen ... bis zur Aufforderung, seine eigenen Gefühle Krisen- und Selbstmordgefährdeten gegenüber kennen-zulernen und Fehleinschätzungen zu korrigieren“ (Sonneck, 1982, S. 40).

Therapeutisch eher verschwommene Vorstellungen sind ein Charakteristikum der Literatur über Krisenintervention bei Suizidpatienten, wobei auffällig ist, daß sich viele entsprechende Publikationen in der Darstellung technisch-organisatorischer Details zur Krisenintervention erschöpfen (Reimer, 1986). Dies veranlaßte Henseler (1981a) zu der passenden Bemerkung: „Alle reden von Krisenintervention, vom Wie aber nicht“ (S. 136).

Zu den allgemeinen Prinzipien der stationären Krisenintervention gehören laut den Empfehlungen verschiedener amerikanischer Autoren, denen sich auch Sonneck (1982, 1995) anschließt, das unbürokratische therapeutische Angebot, die Aktivität des Helfers (die jedoch immer die Gefahr der Abhängigkeit in sich birgt) und die Methodenflexibilität (Hilfe im sozialen, psychologischen und biologisch-medikamentösen Bereich) (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Im weiteren muß stationäre Krisenintervention rasch und flexibel erfolgen können: „Um Menschen in Krisen zu helfen, müssen Ärzte raschen Zugang zu ihnen haben, und umgekehrt müssen auch die Patienten leichten Zugang zu Ärzten haben“ (Schnyder, 1993, S. 55). Die meisten Autoren zählen den raschen Beginn zu den allgemeinen Prinzipien der stationären Krisenintervention und sehen darin eine wichtige Maßnahme gegen die Gefahr von Kurzschlußreaktionen, Zusatzschädigungen und Chronifizierungen (Häfner 1974, Reiter 1978, Sonneck & Ringel 1977).

Der Behandler macht ein enges Beziehungsangebot und geht strukturierend vor, wobei der Fokus die aktuelle Situation ist, wenn diese natürlich auch immer auf den lebensgeschichtlichen Zusammenhang bezogen werden muß. Die Einbeziehung der Umwelt für Ressourcen aus dem sozialen Kontext und die adäquate Entlastung von emotionalem Druck (jedoch nur bis zu einem solchen Maß, daß der Wunsch nach Veränderung nicht völlig erlahmt) sind weitere wichtige Prinzipien (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Eine aktive und direkte, aber nicht unbedingt direktive therapeutische Haltung wird von den meisten Autoren gefordert (Häfner 1974, Reiter 1978, Sonneck & Ringel 1977). Eine solche Haltung muß aber nicht in unvereinbarem Gegensatz zum Versuch stehen, den Patienten in seiner aktuellen Lage und vor dem Hintergrund seiner Biographie zu verstehen. Die Anwendung psychoanalytischer Grundsätze stellt somit keinen Widerspruch zu dieser Forderung dar (Büchi und Wirth, 1985).

Reimer und Arentewicz (1993) vertreten zu dieser Thematik die Ansicht, daß das inhaltliche Vorgehen keiner der bekannten Therapieschulen verpflichtet ist, sondern eklektisch sein muß, da die Konzentration auf unbewußtes Material (Tiefenpsychologie) oder das Anstoßen von Selbstregulierungskräften (Gesprächspsychotherapie) oder auch das systematische Einüben neuer Einstellungs- und Verhaltensweisen (Verhaltenstherapie) den zeitlichen Rahmen, der üblicherweise zur Verfügung steht, überschreiten würde.

Mittlerweile sind mehrere Interventionskonzepte beschrieben worden. Da man beim Aufstellen eines Systems der Krisenintervention jedoch immer wieder Gefahr läuft, zu strategisch vorzugehen und zu wenig therapeutische Hilfen anzugeben (Reimer, 1986), möchte ich nach ausführlicher Literaturrecherche neben dem grundsätzlichen Interventionskonzept sechs wesentliche Charakteristika der stationären Krisenintervention, nämlich das Arbeiten an der Beziehung, die Konzentration auf die aktuelle Situation, die Einbeziehung der Umwelt, die Bedeutung der Patientengruppe, das Vorhandensein eines interdisziplinären Teams und der Umgang mit Regression, besonders herausarbeiten.

2.1. Beziehung

Um den Patienten zu Beginn der Behandlung von seinem emotionalen Druck zu entlasten (Feuerlein, 1978), muß zunächst eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeut und Patient aufgebaut werden (Sonneck, 1995).

Beziehungskompetenz ist primär unabhängig von der fachlichen Qualifikation und durch Supervision, Balintgruppenarbeit bzw. Selbsterfahrung erwerbbar, wobei der Herstellung einer hilfreichen Beziehung zwischen therapeutisch-pflegerischen Mitarbeitern und Patienten eine zentrale Bedeutung zukommt (Wolfersdorf & Heydt, Potschigmann & Vogel, R. & Vogel, W.-D. & Hole, 1992).

Besonders dort, wo im Zuge der Krise bereits eine suizidale Einengung (Ringel, 1969) besteht und diese nur über die Beziehung zu lockern ist, bedarf der Betroffene der Zuwendung, des Kontaktes und der Empathie.

In dieser Beziehung soll der Therapeut die Funktion „stellvertretender Hoffnung“ (Cullberg, 1978) übernehmen und sich nicht durch die Gefühlschwankungen des Patienten beunruhigen lassen (Fürmaier, 1984).

Der Versuch, die günstigste Nähe-Distanz-Relation zu finden und zu halten, kennt allerdings zwei Pole, die zu vermeiden sind:

a) Sich aus der Beziehung heraushalten: Das führt zu mangelnder Identifikation mit dem Betroffenen. Als Folge davon

- wird er in seinen Problemen nicht wichtig, nicht ernst genommen. Typische Aussagen: „Aber machen Sie sich doch nicht soviel daraus“, „das ist doch alles nicht so arg“, „es gibt viel Schlimmeres auf der Welt“ u.a.;
- hört ihm der Helfer zwar aufmerksam zu, läßt aber seine Gefühle nicht sprechen und damit auch die des Patienten nicht. Für alles, was ihn quält, sucht der Helfer dann vernünftige und logische Argumente, Erklärungen, Vorschläge;
- ist der Helfer an ihm nicht interessiert, langweilt sich und schiebt ihn zu sogenannten „Experten“ ab. (Dies ist nicht gleichbedeutend mit der zusätzlichen, manchmal sehr notwendigen Hinzuziehung eines Experten.)

b) Sich zu sehr in die Beziehung einzulassen bzw. verwickeln zu lassen führt dazu, daß der Helfer

- sich zu stark mit dem Betroffenen identifiziert und sich von seinen Bedürfnissen und Gefühlen zu wenig distanzieren kann. Die Fähigkeit, Bedürfnisse, Gefühle oder das Durchhaltevermögen des Betroffenen werden dann häufig über- oder unterschätzt;
- „ganz besonders“ helfen will, daher „besonders aktiv“ ist und an Stelle des Patienten Lösungen überlegt und vorschlägt, wodurch er ihm seine Eigenverantwortung nimmt (Sonneck, 1995).

Wie arbeitet man an der Beziehung?

- Den anderen annehmen, wie er ist, und nicht so, wie man glaubt, daß er sein sollte.
- Dort anfangen, wo der andere steht, also die primäre Konzentration auf die aktuelle Situation, die aber natürlich im psychodynamischen Zusammenhang gesehen werden muß; ist doch gerade die Krisenanfälligkeit, häufig die starke Kränkbarkeit des suizidalen Menschen, ein wichtiger Faktor für das Entstehen der Krise.
- Deutlich machen, daß man Kontakt aufnehmen will, also Aktivität in der Zuwendung zu dem anderen.

Eine der größten Gefahren in der Intervention ist das argumentierende Diskutieren, wodurch der Betroffene mehr und mehr dazu verführt wird, noch gravierendere Argumente für seine unmittelbare Situation zu suchen, anstatt an der konstruktiven Bewältigung zu arbeiten. Das Wahrnehmen der eigenen Gefühle in der Krisenintervention erleichtert nicht nur die Gegenübertragung zu handhaben, sondern gibt auch Hinweise darauf, wie der Betroffene mit seiner Umwelt umgeht. Die subjektive Wertigkeit, der subjektive Stellenwert, den der Betroffene dem Krisenanlaß und seinen Konsequenzen beimißt, steht ebenso im Vordergrund wie seine Bedürfnisse, nach denen sich der Helfer primär orientiert. Da eine tragfähige Beziehung nur symmetrisch möglich ist, arbeitet man an Partnerschaft, versucht also die Abhängigkeit des Betroffenen, die stark an die Aktivität des Helfers gekoppelt ist, so gering wie möglich zu halten, ohne daß dadurch die Stütze, die aus der Autorität und Kompetenz des Helfers erwächst, dem Betroffenen entzogen wird, denn in der Krise ist der Mensch abhängiger von der Hilfe von außen als in den meisten anderen Situationen seines Lebens (Kulesa, 1985).

2.2. Aktueller Anlaß

Von besonderer Bedeutung für die stationäre Krisenintervention ist die Kenntnis des Krisenanlasses (z.B. Lebensveränderungskrise oder traumatische Krise) in seiner jeweiligen subjektiven Bedeutung, also in der Berücksichtigung des jeweils persönlichen Stellenwerts des Betroffenen. Die individuelle Krisenanfälligkeit ist abhängig von dieser inneren Bedeutung des Krisenanlasses und der Fähigkeit, sich damit auseinanderzusetzen, sowie von dem Maß der sozialen Integration und früherer Lernerfahrungen. Es besteht Einigkeit darüber, daß z.B. psychische Erkrankungen bzw. unverarbeitete Krisen die Krisenanfälligkeit drastisch erhöhen. Die Reaktion der Umwelt ist nicht nur für das Entstehen von Krisen von großer Bedeutung, sondern auch für den Verlauf, da Krisen nicht im sozialen Vakuum ablaufen. Jene beeinflußt also auch deutlich den Krisenverlauf (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Die Konzentration auf die aktuelle Problemlage ist als grundlegendes Element selbstverständlich. Der „Pionier der Krisenintervention“, Eric Lindemann, legte in den vierziger Jahren seinen therapeutischen Schwerpunkt auf die Trauerarbeit, Caplan und Jacobson konzentrierten sich in den sechziger bzw. siebziger Jahren auf den aktuellen Krisenauslöser, und in praktisch allen Publikationen der letzten zwanzig Jahre wird auf die Wichtigkeit hingewiesen, sich auf diesen Fokus zu beschränken (u.a. Reiter 1978, Ulrich 1987, Fiedler 1988, Sonneck 1995). Im Fokus steht somit der Krisenanlaß und die Frage, wer davon noch unmittelbar betroffen ist, die derzeitige Lebenssituation des Patienten - auch die Situation hier und jetzt - sowie mögliche Veränderungen und bereits angewandte Lösungsstrategien. Die Vergangenheit interessiert hauptsächlich hinsichtlich der Dauer der Krise und den Fragen nach Bewältigung früherer, vielleicht ähnlicher Schwierigkeiten und einer eventuellen psychischen Vorbelastung (Krisenanfälligkeit) (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Jacobson (1974) betont, daß gerade der Umstand der selektiven Aufmerksamkeit für jüngere Therapeuten häufig ein Problem darstellt, wenn sie in einer Art therapeutischer Allmacht meinen, alles behandeln zu müssen.

2.3. Einbeziehung der Umwelt

Stationäre Krisenintervention zielt nicht nur auf das Individuum, das sich in der Krise befindet, sondern sie beinhaltet darüber hinaus auch Maßnahmen im sozialen Umfeld des Patienten. Soziale Unterstützung (social support) kann den Verlauf von Krankheiten positiv beeinflussen, und in diesem Sinne wird auch gefordert, daß bei Kriseninterventionen das soziale Umfeld als potentielle Ressource angesehen und in den therapeutischen Prozeß einbezogen werden soll (Jacobson 1974, Cullberg 1978, Ulich et al. 1985, Sonneck 1995). Andererseits kann es auch vorkommen, daß der Therapeut im sozialen Umfeld des Patienten direkt interveniert (Reiter, 1978) und beispielsweise durch ein klärendes Gespräch mit dem Arbeitgeber einen spezifischen Belastungsfaktor abzumildern versucht (Schnyder, 1993).

Bestehende Hilfssysteme des Patienten (Angehörige, Freunde, Nachbarn, etc.) sollen vom Therapeuten unterstützend mit einbezogen werden, im Notfall wird er diese selbst aktivieren bzw. heranziehen. Entsprechend der Notwendigkeit und den Möglichkeiten werden auch alle anderen Hilfen der Gemeinschaft vermittelt (z.B. Sozialhilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen etc.) (Sonneck & Etzersdorfer, 1992).

Es darf nicht vergessen werden, daß der Patient durch den Eintritt auf die stationäre Kriseninterventionsstation aus seiner natürlichen Umgebung herausgerissen wird. Dies führt einerseits häufig zu einer erwünschten Entlastung, allerdings hat auch dieser Entlastungseffekt Kehrseiten, die die Behandlung erschweren können. Der geschützte Rahmen der Station kann den Leidensdruck des Patienten, „Motor“ jeder psychotherapeutischen Arbeit, derart mindern, daß die Bearbeitung von Konflikten deutlich erschwert wird. Dies geschieht oft bei Krisen in der Paarbeziehung. Auf der Abteilung fehlt das tägliche Erleben des Paarkonfliktes „in vivo“, was Verdrängungs- oder Verleugnungstendenzen des Patienten unterstützt. Es ist dann häufig sehr schwierig, den Konflikt, der zur Krise geführt hat, überhaupt definieren und thematisieren zu können.

So geht eine stationäre Behandlung, bei welcher der Einbezug von relevanten Bezugspersonen nicht erwogen wird, an der Realität des Patienten vorbei. Die Art und Weise, wie das geschieht, kann von Fall zu Fall in bezug auf den Zeitpunkt und die am Gespräch beteiligten Personen variieren. Selbstverständlich finden keine Kontakte (auch telefonisch oder schriftlich) mit Drittpersonen statt, ohne daß der Patient vollumfänglich darüber informiert wird (Sauvant, 1993).

Manchmal kann nur unter Einbeziehung der Bezugspersonen ein therapeutischer Fortschritt erzielt werden. Auf vielen Kriseninterventionsstationen ist es ausdrücklich Bestandteil des Konzeptes, in einem Behandlungsschritt, der sicher nicht gleich zu Beginn des Aufenthaltes stattfinden kann, die am Konflikt beteiligten Personen, soweit sie verfügbar und bereit sind, zu gemeinsamen Gesprächen auf die Station einzuladen.

Des Weiteren unterlassen die meisten Kriseninterventionsstationen Hausbesuche, sondern versuchen, die Dynamik der Beziehungen auf Station ablaufen zu lassen. Die Patienten sollen während ihres Aufenthaltes auf Station möglichst wenig ihre Konflikte nach außen verlagern. Eine Klärung der Beziehungen soll in Gang gesetzt werden, die später in einer möglichen Partner- oder Familientherapie weitergeführt wird. Es kann hierbei auch wichtig sein, daß der Therapeut neben konfliktbeladenen auch gesunde und stabilisierende Anteile der Beziehungen des Patienten zur Hilfe nimmt und sie dem Patienten für sein weiteres Leben nutzbar macht (Bellack u. Small, 1972).

In der Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld kann ebenso ein entgegengesetztes Vorgehen vorkommen. Wenn eine Klärung und Zuhilfenahme der sozialen Beziehungen vergeblich erscheint und sich ein Ablösungsprozeß als Ziel der Krisenintervention herausstellt, ist es wichtig, den Patienten vor drängenden und ihn negativ beeinflussenden Beziehungen zu schützen. Er soll dann in einer von ihm selbst gewollten und begrenzten Isolation nur im Kontakt mit den Therapeuten seinen eigenen Bedürfnissen nachspüren und diese so verstärken, daß er Kraft für eine notwendige Trennung aufbringt (Fürmaier, 1984).

Da sich die Krisendynamik gerade in einer solchen Phase von Labilität sehr wechselhaft gestalten kann, ist es sehr wichtig, den Patienten beim Fällen von folgenschweren Entscheidungen nicht in einem überstürzten Agieren zu fördern. So betonen Jacobson und Portuges (1976) im Zusammenhang mit Paarkonflikten, daß man erst mit dem Patienten klären muß, wie definitiv eine Trennung tatsächlich ist, bevor man gemeinsam an der Bewältigung dieser Trennung arbeitet. Gerade eine definitive Trennung ist oft Anlaß zu Paargesprächen, weil dadurch das Trauern erleichtert oder manchmal erst richtig möglich wird.

Wenn Kinder von einer Trennung betroffen sind, ist ein Paar- oder Familiengespräch geradezu zwingend, da durch die Kinder bedingt eine solche Trennung de facto gar nie definitiv sein kann. Hierbei geht es darum, daß die Kinder einen Ort finden, wo sie in Anwesenheit von vielgerichtet parteinehmenden Dritten (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1993) ihre Betroffenheit zur Sprache bringen können oder daß die Art der zukünftigen familiären Kontakte besprochen wird. Das Einbeziehen von Bezugspersonen dient also dazu, die Alltagsrealität des Patienten in die stationäre Behandlung zu bringen, um diese Realität klären zu können. Hinzu kommt, daß die Bezugspersonen häufig entscheidende Ressourcen für den Patienten darstellen.

2.4. Patientengruppe

Viele suizidgefährdete Menschen sind vor ihrem Selbstmordversuch in eine weitgehende soziale Isolation geraten. Sie haben sich emotional von ihren Mitmenschen zurückgezogen und sind oft an einem Punkt angelangt, an dem ihr altes Beziehungsgefüge aufgebraucht und zusammengebrochen ist. In der suizidalen Handlung, soweit diese ernst gemeint war, zeigen diese Patienten noch einmal ein sehr aktives Verhalten, das allerdings in der Abkehr von anderen Mitmenschen auf sich selbst konzentriert ist. Nach dem Wiedererwachen auf der Intensivstation zum Beispiel realisieren diese Menschen ihr Gerettetwerden, d.h. das Scheitern ihrer letzten Aktivität. Diese Erkenntnis stürzt sie häufig in Apathie, Wut und Hilflosigkeit.

Die therapeutischen Bemühungen auf Kriseninterventionsstationen zielen deshalb auch darauf ab, dem einzelnen zu helfen, aus seiner sozialen Isolation herauszukommen. So wird der Aufenthalt des Patienten als ein Wiederbeginn und ein Einüben in soziale Beziehungen verstanden. Im langsamen Entstehen eines Wir-Gefühls in der Patientengruppe soll der einzelne lernen, sein Bedürfnis nach Hilfe erstmals wieder zu artikulieren. In seiner Krise hat er lediglich noch sich selbst, sein Problem und den für ihn einzigartigen Lösungsschritt gesehen (Fürmaier, 1984).

Im stationären Rahmen findet Krisenintervention zu einem großen Teil als Gruppentherapie statt. Dieses Element kann im Behandlungskonzept einer stationären Einrichtung mehr oder weniger betont werden. Bezüglich der Patientengruppe lassen sich zwei Ebenen, die ineinander übergreifen, unterscheiden:

- Die Gruppentherapie-Sitzungen, in welchen ein oder mehrere Therapeuten nach den Grundsätzen der Gruppendynamik und -therapie mit der Patientengruppe arbeiten. Meist kommen hierbei verschiedene Methoden wie themenzentrierte Gesprächsgruppe, Rollenspiel, kreatives Gestalten oder Bewegungstherapie zur Anwendung (Sauvant, 1993). Dem Patienten soll in der täglich stattfindenden Gruppe die Möglichkeit geboten werden, auch Hilfe von anderen Mitpatienten anzunehmen. Die Erfahrung der Schwierigkeiten der anderen kann dazu beitragen, die Selbstentwertung zu begrenzen, die Realitätsprüfung zu verbessern und somit das gestörte Selbstwertgefühl wieder anzuheben. In der Auseinandersetzung mit dem anderen wird dem Patienten sein in die Katastrophe führendes Verhaltensrepertoire widergespiegelt (Fürmaier, 1984). Häufig ist es auch so, daß sich die Konflikte eines Patienten in der Gruppendynamik deutlicher, sozusagen vergrößert darstellen und dadurch für den Therapeuten klarer erkennbar werden.

Ein weiterer Aspekt ist das praktische Übungsfeld, das die Gruppe dem Patienten bietet. Er kann dort neue Arten der Konfliktbewältigung im geschützten Rahmen der Station erproben.

- Die Kommunikation in der Patientengruppe ohne Therapeuten. Diese kommt im Stationsalltag außerhalb der definierten Therapiesitzungen zum Zuge und ist von großer Bedeutung. Denn die therapeutische Wirkung stationärer Krisenintervention beruht ganz wesentlich darauf, daß die Patienten feststellen können, daß andere Menschen, denen man es nicht ansieht, ganz ähnliche Probleme haben wie sie (Sauvant, 1993). Diese Feststellung klingt zwar banal und mag manche Therapeuten in ihrer beruflichen Identität kränken, aber meiner Meinung nach wird die entlastende Wirkung dieses unspezifischen Elements häufig unterschätzt. Des weiteren kommt es auf Station häufig zur Bildung von Untergruppen oder Paaren, und nicht selten entstehen Beziehungen, die weit über den Stationsaufenthalt hinausreichen.

2.5. Multiprofessionalität

Krisenintervention ist - im Gegensatz zur Notfallpsychiatrie - keinesfalls eine vorwiegend ärztliche Domäne (Katschnig & Konieczna, 1986), sondern wird meist von interdisziplinären Teams geleistet (Alzheimer, 1986): Psychiatriseschwwestern und -pfleger, Sozialarbeiter und Psychologen arbeiten häufig gleichberechtigt mit Ärzten zusammen (Schnyder, 1993).

Die Rollendiffusion - jeder ist für alles zuständig -, zu der die multiprofessionellen Teams neigen, kann auch zur Entwicklung eines Burn-out-Syndroms beitragen. So wird als besonders positiv an einer Teamarbeit immer wieder die Möglichkeit der gegenseitigen emotionalen Stützung hervorgehoben, die gegen diese Entwicklung prophylaktisch wirksam sein kann (Hanke, 1984).

Im stationären Rahmen arbeiten somit meistens ein Mehrfaches an Experten mit dem Patienten. Der Vorteil besteht im wesentlichen darin, daß sich der Patient im Einzelgespräch mit dem Arzt, in der Gruppentherapie oder im Einzelgespräch mit einem Mitglied des Pflorgeteams von ganz verschiedenen Seiten darstellt. Dies bietet die Möglichkeit, ein vollständigeres, der komplexen Wirklichkeit eher entsprechendes Bild und Verständnis des Patienten zu gewinnen. Die Schwierigkeit oder der Nachteil liegt darin, daß eine solche Teamarbeit den Anspruch an alle Teammitglieder stellt, die gewonnenen Informationen auch tatsächlich auszutauschen und zusammenzubringen - was sich in der Realität immer wieder als schwierig erweist - und sich kontinuierlich über das Ziel der Krisenintervention und den einzuschlagenden Weg zu einigen.

In der Krisentheorie wird beschrieben, daß ein Mensch in der Krise verzweifelt Lösungen und Auswege aus seiner Situation sucht und deshalb in dieser Phase besonders suggestibel ist. Ein solcher Patient wird naturgemäß die Tendenz haben, jeden potentiellen Helfer implizit oder explizit um Lösungsvorschläge, um Rat zu fragen. Sollte ein Ratschlag angebracht sein, ist es besonders wichtig, daß das Teammitglied diese Intervention mit den anderen Therapeuten koordiniert (Sauvant, 1993).

In diesem Zusammenhang sei an das Phänomen des Spaltens (Kernberg, 1992) erinnert, das als Abwehrmechanismus besonders bei Patienten mit früher Persönlichkeitsstörung auftritt und sich oft in entsprechenden Teamkonflikten spiegelt. Das Erkennen solcher Phänomene ist eine weitere wichtige Aufgabe für das therapeutische Team, damit das Mitagieren des Konfliktes eines Patienten vermieden werden kann.

Darüber hinaus liefern die Protokolle und die schriftlichen wie mündlichen Informationen des Pflegepersonals über das Verhalten der Patienten auf Station wichtige Hinweise für Diagnosestellung und therapeutisches Verhalten. Argelander (1970) ist der Ansicht, daß das psychotherapeutische Gespräch neben einer inhaltlichen auch eine szenische Funktion aufzeigt. Das bedeutet, daß jeder Patient neben dem, was er aus seinem Leben berichtet, durch verbale und averbale Kommunikation auf unbewußte Weise aktuell seinen Konflikt einbringt, ihn sozusagen auf der Bühne der Station noch einmal unbewußt inszeniert. Diesem Gedanken folgend, kann man davon ausgehen, daß sich auf Station eine Situation darstellt, in der sich Verhaltensweisen aus dem Leben des Patienten aktuell wiederholen und widerspiegeln.

Indem der einzelne aus seinem konfliktbeladenen Milieu herausgenommen wird, vermindern sich auch die Abwehrstrategien, und es wird ein die therapeutischen Prozesse begünstigendes Klima hergestellt. In einer solchen Situation können unbewußte Phantasien neu belebt werden, die dann im Zusammenleben mit den Mitpatienten und dem Pflegepersonal zutage treten. Diese Phantasien spiegeln sich in Äußerungen, Stimmungen und Verhaltensweisen wider, die vom Pflegepersonal tagsüber und während des Nachtdienstes protokolliert und am darauffolgenden Tag in die Besprechung eingebracht werden (Fürmaier, 1984).

2.6. Zeitlicher Rahmen

In der Literatur ist man sich weitgehend einig darüber, daß die zeitliche Begrenzung ein wichtiges Merkmal einer Krisenintervention ist. Caplan (1964) war der Ansicht, Krisen würden in der Regel nach vier bis sechs Wochen spontan abklingen. Seither gilt diese Zeitspanne sozusagen als Norm in der Krisenintervention (z.B. Cullberg 1978), obwohl der entsprechende wissenschaftliche Nachweis bis heute fehlt und die allgemeine Erfahrung eher für eine große interindividuelle Variabilität spricht (Schnyder, 1993). Dies bedeutet nicht, daß nach dieser Zeit alle Schwierigkeiten überwunden oder alle Probleme gelöst sind, sondern daß in den allermeisten Fällen nach dieser Zeit der Wendepunkt, die Entscheidung der Krise vorüber ist oder, anders gesagt, daß zu diesem Zeitpunkt nicht mehr die Krisendynamik - geprägt vom Charakter des Bedrohlichen mit der Chance zur Neuorientierung (Reiter & Strotzka, 1977) - vorherrscht (Sauvant, 1993).

Baldwin (1979) stellt in diesem Zusammenhang therapeutische Überlegungen an und weist in Analogie zum Parkinsonschen Gesetz darauf hin, daß Patient wie Therapeut mehr Motivation zur Veränderung aufbringen, wenn der zeitliche Rahmen der Behandlung frühzeitig definiert wird. Lindemann (1944) empfahl seinerseits acht bis zehn Sitzungen, Jacobson (1974) kam mit vier bis höchstens sechs Sitzungen aus. In einer Übersichtsarbeit erwähnt Ulich (1987) ungefähr sechs Sitzungen über höchstens sechs Wochen verteilt. Sonneck (1995) empfiehlt längstens 10 bis 12 Gespräche.

Bei einer Aufenthaltsdauer von 10 bis 14 Tagen kommt ein wichtiges Element zum Tragen, nämlich das Wochenende. Oft ist dies die Gelegenheit zu längerem Ausgang oder in manchen Fällen Urlaub zu Hause, was häufig einer Konfrontation mit der Alltagsrealität (Partnerbeziehung, Familie) gleichkommt. Der Umgang des Patienten mit dieser Konfrontation ist ein Hinweis darauf, ob und wenn ja in welcher Richtung eine Änderung des Verhaltens, ein Überwinden der Krise in Gang gekommen ist (Sauvant, 1993).

Bezüglich des zeitlichen Rahmens muß man davon ausgehen, daß erfahrungsgemäß nach Ende der somatischen Primärversorgung und Übernahme nach Konsil in die psychiatrische Klinik viele Patienten rasch auf Entlassung drängen und bei Fehlen weiterer Selbst- und Fremdgefährdung auch entlassen werden können, wenn nicht die Schwere der Grunderkrankung ein weiteres Verbleiben erforderlich macht. Im allgemeinen bleibt das Gros der nichtpsychotischen Suizidpatienten dann drei bis fünf Tage in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Behandlung kann auch nicht beliebig in die Länge gezogen werden, weil bekanntlich die psychische Abwehr mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Suizidversuch zunimmt.

Bei einer Reihe von Patienten kann sich erst im Verlauf der Krisenintervention herausstellen, daß sie nicht nach drei bis fünf Tagen entlassen werden können. Es handelt sich hierbei um folgenden Gruppen:

- Patienten, bei denen die akute Suizidalität fortbesteht.
- Patienten, die aufgrund einer gravierenden, am Anfang in dem Ausmaß nicht sichtbar gewordenen Störung leiden (Patienten mit schweren depressiven Grundstörungen sowie Patienten ohne soziales Netz mit Angst vor Rückkehr in die Isolation; Patienten, bei denen eine diagnostische Zuordnung erfolgt, die die krisenorientierte Kurztherapie nicht sinnvoll erscheinen läßt, z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen).

- Bestimmte Patienten sind aufgrund ihrer Störung bezüglich eines kurzfristigen therapeutischen Arbeitsbündnisses nur schwer motivierbar (z.B. solche mit Persönlichkeitsstörungen oder Dissozialität). Allein die Herstellung eines Kontakts erfordert bei ihnen viel Zeit, so daß an eine gezielte therapeutische Zusammenarbeit nicht von Anfang an zu denken ist (Reimer & Arentewicz, 1993).

In der Krisenintervention kommt das Thema Trennung oder Verlust in der therapeutischen Beziehung bald ins Spiel, weil die Behandlung zeitlich terminiert ist. Zur Beendigung der therapeutischen Beziehung kommt zusätzlich die Trennung von der Patientengruppe, welche häufig eine starke emotionale Stütze darstellt, und der Verlust des schützenden Stationsrahmens. Oft ist der Prozeß der Trennung und des Abschiednehmens bei Austritt sehr schwer. Dies bedeutet, daß die zeitliche Begrenzung der Behandlung im stationären Rahmen von Beginn an thematisiert und die therapeutische Beziehung entsprechend definiert werden muß (Sauvant, 1993). Die Begrenzung und die Frequenz der Sitzungen innerhalb der vorgegebenen Zeit sollte also vereinbart und dem Patienten begründet werden, damit sich der Patient darauf einstellen und unrealistische Erwartungen bzw. seine Übertragungsbereitschaft begrenzen kann (Reimer & Arentewicz, 1993).

Aus diesen Gründen ist das Vorbereiten der Beendigung der therapeutischen Beziehung sehr wichtig: Dabei wird in den letzten Gesprächen gemeinsam rekapituliert, was der Klient erreicht hat und wie er es erreichte, und vorplanend besprochen, wie er sich bei künftigen Schwierigkeiten verhalten wird.

Da das Ende der stationären Krisenintervention in der Regel nicht das Ende der Krise ist, sondern das Ende der Zeit, in welcher ein stationärer Rahmen zur Krisenbewältigung notwendig ist, erweist es sich häufig als sinnvoll, eine ambulante psychotherapeutische Behandlung an eine stationäre Krisenintervention anzuschließen (Sauvant, 1993). Denn meistens sind die noch bestehenden Persönlichkeitsprobleme so gravierend, daß die Möglichkeit einer weiterführenden längerfristigen Therapie zumindest besprochen und womöglich gemeinsam eingeleitet werden sollte.

2.7. Zusammenfassung

Stationäre Krisenintervention ist ganz besonders durch Methodenflexibilität geprägt. Die Anwendung ist jedoch nicht wahllos, sondern nur situations- und persönlichkeitsgerecht angezeigt. Das Arbeiten an der Beziehung, am aktuellen Bedingungsgefüge und mit dem sozialen Umfeld sind dabei die wesentlichen Aktivitäten. Das Wie muß sich jedoch an den aktuellen Gegebenheiten orientieren und entsprechend der Vielfalt menschlicher Entwicklungen, menschlicher Krisen und der Krisenanlässe ebenso vielfältig sein. Des weiteren kommt der Patientengruppe, dem Vorhanden-sein eines interdisziplinären Teams und dem Umgang mit Regression eine große Bedeutung auf Station zu.

Stationäre Krisenintervention verlangt eine nichttraditionelle Therapeutenrolle. In der Anfangsphase steht die emotionale Zuwendung, mit der der Patient gestützt werden soll, im Vordergrund. Hier wird vom Therapeuten Wärme und Empathie verlangt, er muß interessiert sein an den Problemen des Patienten und sich auf ihn einlassen können. Im Folgenden soll er als zweites die Problematik des Patienten verstehen und reflektieren können, er soll alle Anteile aus den verschiedenen Lebensbereichen Arbeitswelt, Familie, soziale Umwelt und innerpsychische Welt auf einen Nenner bringen und die Dynamik der akuten Krise formulieren können (Golan 1978). Das eigentliche aktive Verhalten zeichnet sich durch Konfrontieren, Korrigieren und Beraten aus. Der Therapeut rückt falsche Wahrnehmungen der Wirklichkeit zurecht; setzt Grenzen bei agierendem Verhalten, das infantile Affekte fördert, und bietet neue Bewältigungsstrategien an, auf die der Patient jedoch selbst zurückgreifen muß (Jacobson 1974).

Je kürzer die zur Verfügung stehende Zeit ist, um so höher ist das Ausmaß an Verantwortung und therapeutischer Lenkung und, damit verbunden, die Gefahr der Manipulation. Insgesamt laufen in kurzer Zeit eine Vielfalt hochverdichteter emotionaler und kognitiver Prozesse ab, die der Therapeut wahrnehmen und berücksichtigen muß und bei denen er ständig auswählend vorgehen muß. Dies sind nur einige Gründe, warum stationäre Krisenintervention zu den anspruchvollsten therapeutischen Aufgaben gehört.

3. Spezifische Anforderungen

3.1. Kontaktaufnahme mit Suizidpatienten

Es ist wichtig, bei der Kontaktaufnahme zu berücksichtigen, mit wie vielen Behandlern bzw. Institutionen der Suizidpatient zu tun hatte, denn ambulante und stationäre Patienten durchlaufen unterschiedliche Einrichtungen:

1. Ein suizidaler Patient - noch ohne Suizidversuch - sucht sich selbst eine ambulante Behandlung.
2. Ein suizidaler Patient nach Suizidversuch sucht ambulante Nachbehandlung auf, nachdem eine kurze stationäre Behandlung (Erstversorgung und günstigstenfalls Krisenintervention) schon stattgefunden hat.
3. Ein suizidaler Patient ohne Suizidversuch kommt mit Einweisungsschein direkt in die psychiatrische Klinik zur Aufnahme.
4. Ein suizidaler Patient kommt nach einem Suizidversuch über verschiedene andere Instanzen letztlich in die Psychiatrie zur Aufnahme (typischer Instanzenweg: Feuerwehr / Krankenwagen - erstversorgende medizinische Institution - psychiatrisches Konsil - psychiatrische Institution oder Entlassung).
5. Ein suizidaler Patient mit den unter 4. genannten Bedingungen kommt zusätzlich mit einer Zwangseinweisung in die psychiatrische Klinik.

Die Kontaktaufnahme mit Suizidpatienten, die mindestens eine der genannten Instanzen durchlaufen haben, kann erschwert sein aus folgenden Gründen:

- zeitlicher Abstand zum Suizidversuch,
- wiedererstarke Abwehr,
- Erfahrung von atmosphärischen Wertungen bzw. abwertenden Kommentaren zum Suizidversuch innerhalb der Versorgungskette (Traumatisierung und Kränkung).

Der Therapeut steht dann am Ende einer destruktiven Entwicklung und findet einen Patienten vor, der ihm nicht spontan mit Vertrauen begegnet und sich öffnet. Diese spezifische Konstellation muß Konsequenzen für die Kontaktaufnahme haben. Bei solchen Patienten muß die Herstellung des Kontakts in besonders einfühlsamer und die möglichen Vorkränkungen berücksichtigender Weise betrieben werden (Reimer & Arentewicz, 1993).

Im weiteren ist zu beachten, daß bei einer stationären Krisenintervention der Patient aus seinem gewohnten Milieu herausgenommen wird, was mit Veränderungen auf mehreren Ebenen verbunden ist. Er tritt aus seiner gewohnten, möglicherweise belastenden Umgebung heraus und kommt in eine neue, meist unbekanntere Situation, in welcher er zuerst einmal „Patient“ ist. Dies wird zwar häufig als entlastend empfunden: In der Regel werden hier zuerst keine Leistungen von ihm erwartet; Aufgaben, die er im Alltag erfüllen muß, werden aufgeschoben, treten in den Hintergrund. Diese äußere Veränderung kann alleine schon eine Entspannung der Krisensituation und eine Distanzierung von den Problemen bewirken.

In bestimmten Fällen ist aber auch der umgekehrte Effekt möglich: dann nämlich, wenn der Patient in einem Loyalitätskonflikt steht oder wichtige Aufgaben, die sein Selbstwertgefühl stützten, wegen der stationären Behandlung nicht mehr erfüllen kann. In solchen Fällen können starke Schuldgefühle oder Gefühle des Versagens durch die Hospitalisation hervorgerufen oder verstärkt werden. Diese Möglichkeit muß bei der Kontaktaufnahme berücksichtigt werden (Sauvant, 1993).

Des weiteren ist von großer Bedeutung, daß die meisten Suizidpatienten einen menschlichen Verlust bzw. eine Kränkung in Beziehungen hinter sich haben und von daher von den Möglichkeiten menschlicher Beziehungen ohnehin enttäuscht sind. Sie werden sich deswegen eher resigniert und abwehrend verhalten. Der Therapeut sollte also grundsätzlich mit einer solchen Anfangsskepsis des Patienten rechnen. Für die Herstellung des Kontakts bedeutet dies, daß der Therapeut nicht zuviel Öffnung des Patienten erwarten sollte, sondern geduldig und wohlwollend erst einmal anhand der Exploration den Patienten zu Wort kommen lassen sollte. Entsprechend sind bei zwangseingewiesenen Patienten die Anfangsbarrieren u. U. noch größer (Reimer & Arentewicz, 1993).

3.2. Umgang mit Regression

Einer der Grundsätze der Krisenintervention besagt, daß der Therapeut regressiven Tendenzen des Patienten entgegenwirkt. Der stationäre Rahmen kann per se regressionsfördernd sein. In der Tat ist ein hospitalisierter Patient automatisch krank geschrieben und arbeitsunfähig. Die Hospitalisation definiert ihn auch sich selber und Angehörigen gegenüber als Patient, als „krank“, was wohl die typischste der sozial erlaubten Formen von Regression ist. Auf der Kriseninterventionsstation zeigen sich regressive Tendenzen häufig dadurch, daß ein Patient morgens nicht aufstehen will oder daß ihm die Teilnahme an der Gruppentherapie „zuviel“ ist. Weiter kann es vorkommen, daß die Aufnahme von Außenkontakten, die zur Problemlösung beitragen sollen, zum Beispiel das Einladen von Angehörigen zum Familiengespräch oder ein Telefonanruf auf das zuständige Sozialamt, vom Patienten an den Therapeuten delegiert wird (Sauvant, 1993).

Hier versucht der Therapeut durch Aktivität den regressiven Tendenzen auf seiten des Patienten entgegenzuwirken, damit ihm ein größtmögliches Ausmaß an Autonomie und Selbstverantwortung erhalten bleibt (Jacobson 1974, Cullberg 1978): So ermuntern die Therapeuten die Patienten, selber aktiv zu werden, und deklarieren das pünktliche Aufstehen und die Teilnahme an den Gruppentherapien als festen Bestandteil der Behandlung (Schnyder, 1993).

3.3. Umgang mit suizidalen Krisen

Es ist sehr wichtig, daß dem Patienten die Verantwortung für den Umgang mit suizidalen Impulsen nicht abgenommen wird, sondern mit ihm eine Vereinbarung getroffen, ein „Vertrag“ geschlossen wird. Die Vereinbarung besagt, daß der Patient beim Aufkommen von drängenden suizidalen Impulsen einen Therapeuten des Teams anspricht und ihm von diesen Impulsen berichtet. Wie von Modestin (1989) beschrieben, soll unbedingt vermieden werden, den Patienten versprechen zu lassen, daß er keine suizidale Handlung unternehmen wird, da hierdurch die therapeutische Beziehung implizit wie eine Beziehung zwischen Eltern (= Therapeut) und Kind (= Patient) definiert würde, in welcher das Kind ein Versprechen gibt, um „Ruhe zu haben“, aber ohne eigene Verantwortung zu übernehmen. Dabei ist es wichtig, diesen Vertrag klar und unmißverständlich zu formulieren und eine ebenso klare, vom Patienten eindeutig ausgesprochene Zusage zu erhalten. Diese Haltung fördert ganz im Sinne der Krisenbewältigung die Aktivierung von patienteneigenen Ressourcen und schafft Transparenz in der therapeutischen Beziehung (Sauvant, 1993). Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß in einer krisenorientierten Kurztherapie nach Suizidversuch die Suizidalität nicht automatisch kontinuierlich abnimmt. Auch im Verlauf der Therapie kann es immer wieder einmal aus unterschiedlichen Gründen zu einer Aktualisierung der suizidalen Impulse kommen.

Unerfahrene Therapeuten können über eine (vorübergehende) Suizidalität erschrocken sein. Sie übersehen dabei, daß es innerhalb eines therapeutischen Prozesses durchaus üblich ist, daß es bei bestimmten Themen zu emotionalen Zuspitzungen kommen kann und damit auch zu erneuter Suizidalität. Dies kann jedoch im Gegenteil positiv gesehen werden, denn eine solche Zuspitzung kann auch ausdrücken, daß der Patient gefühlsmäßig erreichbar und damit offen ist, und zwar sowohl für die Themen als auch für die Intervention des Therapeuten. Es ist eher Skepsis angebracht, wenn sich die Suizidalität schon zu Beginn der Therapie auffällig rasch verringert, sich der Patient sofort gebessert und der Therapeut sich erleichtert fühlt, daß die Suizidalität kein Thema mehr ist. Manchen Therapeuten entgeht dabei, daß dies Ausdruck einer gemeinsamen Abwehr gegenüber dem Thema Suizidalität sein kann.

Eine Labilisierung mit der Folge einer vorübergehenden Verstärkung der Suizidalität kann sowohl durch den Therapeuten als auch durch den Patienten bedingt sein. Der Therapeut kann, ohne es zu bemerken, den Patienten z.B. mit verschiedenen Interventionen kränken und verletzen. Dies tritt immer dann ein, wenn er den Fehler macht, die - wenn auch problematische - derzeitige Beziehung des Patienten zu seinem Partner zu kritisieren, in Frage zu stellen oder gar zu einer Trennung zu raten. Der Therapeut sieht dabei nicht den Unterschied zwischen seiner subjektiven Wahrnehmung der Qualität der Beziehung und der Sicht, die der Patient in seiner Abhängigkeit und seinen Trennungsängsten davor hat.

Vielleicht fordert der Therapeut auch zu schnell eine Aufgabe der Abwehr im Sinne einer zu raschen Bereitschaft zur Öffnung und einer „totalen Kommunikation über Gefühle“ und übersieht dabei, daß er selbst zunächst einmal als ein fremdes Gegenüber wahrgenommen wird, dem man sich langsam und vorsichtig annähern muß.

Es kann des weiteren sehr wohl sein, daß die Suizidalität sich während der krisenorientierten Kurztherapie dadurch zuspitzt, daß der Patient in Interaktionen außerhalb der Therapie Belastungen bzw. Kränkungen erfährt. Ein nicht so selten vorkommendes Beispiel ist, daß der Konfliktpartner des Patienten den Suizidversuch zum Anlaß nimmt, seine Distanzwünsche bzw. Trennungsabsichten noch einmal zu bekräftigen. Dies kann anlässlich eines Telefonats oder bei einem Besuch auf der Station geschehen. Damit ist für den Patienten der suizidale Appell wirkungslos geblieben, was zu einer erneuten Zuspitzung der emotionalen Krise führen kann.

Eine emotionale Labilisierung kann ferner eintreten durch den Umgang mit Mitpatienten oder mit dem Personal, insbesondere dann, wenn sich Kränkungen wiederholen oder die Patienten sich abgelehnt fühlen. Gerade bei Patienten mit nichtpsychotischen Suizidhandlungen lassen sich beim Pflegepersonal nicht selten bestimmte Einstellungen und Meinungen finden, die einen solchen Suizidversuch als nicht ernst gemeint deklassieren (Reimer & Arentewicz, 1993).

3.4. Rezidive, Chronifizierung und Complianceprobleme

Suizidversuche, falls sie überlebt werden, bleiben in rund 70% der Fälle einmalige krisenhafte Ereignisse im Leben der Menschen, die sie durchführen. Ca. 30% der Menschen jedoch, die einmal einen Suizidversuch unternommen haben und gerettet wurden, bleiben weiterhin von Suizidgedanken geplagt, geraten in suizidale Krisen und wiederholen Suizidversuche. Knapp die Hälfte von ihnen stirbt - wie die Statistiken ausweisen - im Laufe des Jahrzehnts nach dem ersten Selbstmordversuch tatsächlich durch Suizid (Marten, 1981).

Einmal abgesehen von seltenen Sonderformen des Suizids (der Bilanzsuizid, der rein demonstrative Suizidversuch, der Opfertod, der rituelle Selbstmord, welche einer eigenen Beurteilung bedürfen) ist jedes Auftauchen von Suizidalität als Alarmzeichen zu verstehen (Henseler, 1982). Es verweist in dramatischer Weise auf eine als unlösbar empfundene psychische Problematik, sei sie psychotischer oder psychoreaktiver Art.

Die chronische Suizidalität fordert jedoch besondere therapeutische Bemühungen heraus, da es bei ihr um eine über Monate und Jahre gehende potentielle Lebensgefahr geht.

An Arbeiten, die sich speziell und detailliert dem Problem der Psychotherapie chronisch Suizidaler widmen, lassen sich in der deutschen und anglo-amerikanischen Literatur nur drei finden (Maltsberger und Buie 1974, Novak 1976, Weisfogel 1969), wobei die beiden letzteren Einzelfallstudien sind (Henseler, 1981b).

Allerdings haben katamnestiche Untersuchungen von Patienten nach einem Suizidversuch gezeigt, daß neben der Chronifizierung Rezidive und Complianceprobleme die wichtigsten Hindernisse im Hinblick auf Suizidprävention sind. Bei chronischer Suizidalität, die auch immer Indiz für eine psychiatrische Grunderkrankung sein kann, kommen die betreffenden Menschen immer wieder in Situationen, die ihre Bewältigungsstrategien überfordern. Überdies haben sie gelernt, daß sie durch eine suizidale Handlung zumindest für einen bestimmten Zeitraum Aufmerksamkeit und Zuwendung ihrer Umwelt bekommen, wodurch dieses Verhalten bekräftigt wird.

Da viele dieser Menschen aufgrund ihrer Selbstwertproblematik wenig soziale Kompetenz besitzen und nicht an die Verlässlichkeit zwischenmenschlicher Beziehungen glauben können, ist ihre Compliance problematisch. Sie haben Schwierigkeiten, das therapeutische Beziehungsangebot anzunehmen, sie müssen durch provokantes oder agierendes Verhalten die Tragfähigkeit dieser Beziehung immer wieder testen, sie akzeptieren kaum einen Therapeutenwechsel von der stationären Therapie zur ambulanten Nachbehandlung. Da diese Patienten relativ unbeliebt sind und wenige Behandler in der Technik der krisenorientierten Kurztherapie für solche Patienten fortgebildet sind, erhalten sie immer noch viel zuwenig Hilfe. Darüber hinaus hat die Krisenverlaufsforschung gezeigt, daß Krisen auch unbehandelt nach wenigen Wochen ihre akute Brisanz verlieren und die Patienten in ihrer Abwehr rasch einen Zustand scheinbarer Remission erreichen. Deshalb nimmt nur eine Minderheit irgendein Nachsorgeangebot an und bleibt damit rückfallgefährdet (Marten, 1981).

Daraus folgt, daß Therapeuten diesen Abwehrgewohnheiten stärker Rechnung tragen sollten, was zur Konsequenz hätte, daß die Chancen der krisenorientierten Kurztherapie mit rascher Verfügbarkeit, konkreten, klaren Zielen und Inhalten und der ökonomischen zeitlichen Begrenzung stärker genutzt werden sollten und daß der oft geäußerte Anspruch: „Gut ist nur, was lange dauert“ aufgegeben werden muß. Bei chronifizierter Suizidalität darf es natürlich nicht um die einfache Rückführung auf den Status quo ante gehen, sondern hier muß eine Behandlung der Grundstörung im Anschluß an die Krisenintervention erfolgen.

Im Hinblick auf die Verbesserung der mangelhaften Compliance der Suizidpatienten ist es unabdingbar, falls eine kurze stationäre Behandlung stattgefunden hat, dabei die Bereitschaft zu einer Weiterbehandlung im ambulanten Bereich aufzubauen und dann den ersten ambulanten Termin gemeinsam mit dem Patienten und dem Nachbehandler zu verabreden. Die bloße Mitgabe einer Adresse führt in der Regel zu keiner Kontaktaufnahme (Reimer & Arentewicz, 1993).

3.5. Begleitende therapeutische Maßnahmen

Die Krisenintervention sollte nach Möglichkeit erweitert werden. Dazu gehört v.a. die Einbeziehung des Konfliktpartners, ggf. der Eltern, sofern die Krise mit ihnen zusammenhängt, da alle Patienten nach der Krisenintervention in das alte soziale Milieu entlassen werden. Da die Patientengruppe soziologisch unterschiedlich zusammengesetzt ist, sind für einige Patienten Interventionsverfahren mit verbaler Betonung nicht immer einfach. Von daher können Begleittherapien zur Anwendung kommen, wie z.B. Gestaltungstherapie, Musiktherapie, übende Entspannungsverfahren oder autogenes Training. Außerdem ist als flankierende Maßnahme der Einsatz von Medikamenten möglich, wenn es nämlich um die Milderung von Angst- und Spannungszuständen gehen soll. Bei Krisen mit depressiver Grundstimmung (nicht psychotisch) kann eine leichte antidepressive Medikation indiziert sein, um den Patienten für die verbale Therapie vorzubereiten (Reimer & Arentewicz, 1993).

Die Thematik „Psychopharmakotherapie in der Krisenintervention“ führt üblicherweise rasch zu Kontroversen zwischen einem eher psychosozial-sozialpädagogischen und einem im engeren Sinne medizinisch-psychiatrischen Ansatz. In der Literatur zur Behandlung von Menschen in suizidalen Krisen wird Psychopharmakotherapie oft nur peripher und dann mit einem Anstrich von Schuldgefühl abgehandelt, als wäre es geradezu antitherapeutisch, auch die Hilfe von Psychopharmaka heranzuziehen. Dieses Vorurteil hat wesentlich dazu beigetragen, daß die Psychopharmakotherapie in der Kriseninterventionsliteratur kaum systematisch bearbeitet worden ist und kaum Empfehlungen hierzu vorliegen. (Wolfersdorf & Metzger & Witznick, 1991). Auch wird die krisenorientierte psychotherapeutische Behandlung stets getrennt von der psychopharmakologischen Behandlung dargestellt, als wenn es nur eine dichotome Therapieentscheidung gäbe. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, daß relativ häufig bei ein und demselben Patienten zugleich oder nacheinander sowohl psychotherapeutisch als auch psychopharmakologisch behandelt wird. Ein derartiges Vorgehen hat sowohl Vor- als auch Nachteile. Zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bestehen psychodynamisch interaktiv wirksame Momente, die vor allem für das Therapieziel und für den Behandlungserfolg ausschlaggebend sind, häufig jedoch zu wenig analysiert werden (Götze, 1995).

In der Regel kommt man bei einer psychotherapeutischen Krisenintervention nach Suizidversuch ohne Medikamente aus. Innerhalb des Spektrums der Akuität der Suizidalität kann es aber Indikationen für den Einsatz von Psychopharmaka im Sinne einer flankierenden Maßnahme geben. Solche Indikationen können sein:

- weiterbestehende suizidale Krise nach Klinikeinweisung oder
- ausgeprägte depressive Verstimmung und Einengung;
- gravierende Schlafstörungen (Nachtmedikation)

(Reimer & Arentewicz, 1993).

Für den Einsatz von Psychopharmaka im Rahmen der stationären Krisenintervention gelten grundsätzlich die allgemeinen Regeln der Pharmakotherapie. Dazu gehört das Prinzip der Monotherapie, das besagt, daß bei gegebener Indikation die Behandlung mit einem Medikament angestrebt wird. Ein weiterer Grundsatz betrifft die Dosierung. Der Leitsatz heißt hier: Sowenig wie möglich, soviel wie nötig. Bezüglich der Dosierung sollte eine klare Haltung eingenommen werden. Allerdings werden Psychopharmaka oft nur mit schlechtem Gewissen verordnet und, um vielleicht den Konflikt zu mildern, wird nicht selten eine (zu) niedrige Dosis verschrieben. Jedoch kann eine zu niedrige Dosierung von psychotropen Medikamenten dazu führen, daß aufgrund fehlender Wirksamkeit die Medikation zu schnell geändert wird. Dies kann zum Einsatz von potenteren Präparaten verleiten, die oft das Risiko von schwereren oder weniger bekannten Nebenwirkungen mit sich bringen (Sauvant, 1993).

Bei der pharmakologischen Krisenintervention werden folgende Medikamenten-Gruppen angewandt:

Antidepressiva:

⇒ Aufhellung depressiver Herabgestimmtheit, Angstlösung, Dämpfung von Unruhe, Auflösung von Hemmung, Verbesserung von Antrieb, Auflösung von gedanklicher Einengung, Verbesserung von Schlaf, Appetit, Libido.

Niederpotente Neuroleptika:

⇒ Angstlösung, Dämpfung von Unruhe, Auflösung von Hemmung, Verbesserung von Antrieb, Verbesserung von Schlaf, Appetit, Libido.

Tranquilizer:

⇒ Entspannung, Beruhigung, Angstlösung, Herbeiführung von Schlaf, emotionale Distanzierung, Dämpfung depressiven Erlebens, Muskelentspannung

(Wolfersdorf, 1992).

Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizer haben dabei unterschiedliche Aufgaben beim akut Suizidalen. Tranquilizer sollen eine vorübergehende Beruhigung und Entspannung, eine Angstlösung, eine emotionale Distanzierung des Suizidalen ermöglichen. Sie können hierbei von niederpotenten Neuroleptika unterstützt werden (Bronisch, 1995). Mittel- und hochpotente Neuroleptika, insbesondere Depotneuroleptika erscheinen in der Krisenintervention bei Fehlen einer spezifischen psychischen Grundkrankheit nicht indiziert. Die Gabe hochpotenter Depotneuroleptika in der Krisenintervention erscheint im Zusammenhang mit Suizidalität problematisch, weil immer wieder beobachtet wird, daß sich bei längerer Anwendung depressive Symptombilder, neuroleptische Parkinson-Syndrome, Akathisien bzw. bei längerfristigem Gebrauch auch Spätdyskinesien ausbilden können, welche letztlich auch zu einer Erhöhung der Suizidgefährdung beitragen können (Wolfersdorf & Metzger & Witznick, 1991). Ausgeprägte depressive Verstimmungen sollten zusätzlich mit Antidepressiva behandelt werden. Aufgrund des unterschiedlichen Wirkungsspektrums einzelner Stoffklassen der Antidepressiva empfiehlt es sich, Antidepressiva zu verwenden, die sedierende und geringer ausgeprägte Nebenwirkungen haben.

Die Dauer und das Ziel der Krisenintervention sind definiert und begrenzt, und der Einsatz von Medikamenten soll hiermit in Einklang stehen. So sollten einem Patienten keine Depot-Präparate neu verordnet werden. Umgekehrt sollte ein mitgebrachtes Medikament (wenn nötig) nur abgesetzt werden, wenn die Folgen dieser Änderung im Rahmen der Krisenintervention beurteilt und gehandhabt werden können.

Des Weiteren ist die therapeutische Beziehung bei der Medikamentenverordnung von größter Wichtigkeit. Der Einsatz von Medikamenten in der Krise kann vom Patienten immer auch so verstanden werden, daß der Therapeut kein Vertrauen in die eigenen Ressourcen des Patienten hat oder sie als unzureichend erachtet (was in manchen Fällen ja auch zutreffen mag). Dies kann dazu führen, daß der Patient durch die medikamentöse Verordnung verunsichert wird und in eine passive Position gerät, in der er für die therapeutische Arbeit keine Verantwortung mehr übernimmt (Priebe, 1988). Hier geht es also um den Grundsatz, wonach man in der Krisenintervention regressiven Tendenzen entgegenwirkt oder diese zumindest nicht fördert (Sauvant, 1993).

Im weiteren ist bei der pharmakologischen Behandlung immer darauf zu achten, daß die Patienten die Medikamente nicht für einen erneuten Suizidversuch sammeln, d.h., die Gabe für einen oder wenige Tage unter engmaschiger Kontrolle des Therapeuten ist notwendig (Bronisch, 1995).

Und es darf nicht vergessen werden, daß durch den Medikamenteneinsatz diverse Nebenwirkungen der Psychopharmaka die Krisenintervention behindern können (z.B. Herabsetzung der Aufmerksamkeit) (Reimer & Arentewicz, 1993).

4. **Schlußbetrachtung**

Absicht dieses vorliegenden Kapitels ist es, Überlegungen zur Praxis der stationären Krisenintervention darzulegen. Dies führt immer wieder zu der Frage, ob die Unterschiede zwischen Kriseninterventionsstationen, anderen stationären psychiatrischen Einrichtungen und ambulanter Krisenintervention relevant sind und ob Kriseninterventionsstationen wirklich ein spezifisches Element in der psychiatrischen Versorgung einer Region darstellen.

Nach Literaturdurchsicht bin ich der Ansicht, daß Kriseninterventionsstationen durch ihre Größe und die relative Homogenität der Patientengruppe eine intensive therapeutische Arbeit über kurze Zeit ermöglichen, wie sie auf allgemeinen psychiatrischen Abteilungen nur selten zu erreichen ist. Hierbei ist zum einen die Indikation zur stationären Krisenintervention von entscheidender Bedeutung. Ein ebenso zentraler Punkt ist jedoch auch die therapeutische Identität des Teams einer solchen Station. Die Kunst der stationären Krisenintervention besteht darin, bei der Behandlung das Krisenrelevante vom übrigen zu trennen und somit nicht Psychotherapie im engeren Sinne zu betreiben. Wenn man dies jedoch als Team erreichen will, scheint eine definierte Aufgabe und damit ein klares, erkennbares Konzept hilfreich und notwendig. Dies dürfte auf einer allgemeinen psychiatrischen Abteilung viel schwieriger praktisch durchführbar zu sein. Es kann allerdings nicht darum gehen, dem Angebot von Abteilungen in psychiatrischen Kliniken Kriseninterventionsstationen konkurrierend gegenüberzustellen, was zu einer Konzentration von schwerer gestörten, oft weniger motivierten Patienten in der Klinik und somit zu einer indirekten Verstärkung der Stigmatisierung durch Klinikaufenthalte führen würde. Kriseninterventionsstationen können und sollen vielmehr das Angebot der psychiatrischen Dienste im Rahmen einer regionalen Versorgung sinnvoll erweitern und ergänzen.

V. Ausblick

1. Suizidprävention und Verantwortung

Wenn ein Mensch versucht, sich das Leben zu nehmen, stellt sich immer auch die Frage der Verantwortung. Fragen wie: Warum paßt dieser Mensch nicht selbst besser auf sich auf? Haben die Angehörigen eine Verantwortung ihm gegenüber? Wenn ja, worin könnte sie bestehen? Was erwartet der/die Suizidale vom Angehörigen? Welche Einrichtungen gibt es, die sich kümmern, bei denen dieser Mensch Sinn und Gemeinschaft oder Bestätigung finden könnte?

Sieht er/sie seinen/ihren Suizidversuch als gescheitert an oder ist da noch ein zweiter Auftrag, leiser zwar, überhörbarer: Ich würde noch leben wollen, wenn ich einen Sinn darin sähe? Wer ist verantwortlich dafür, daß er/sie diesen Sinn findet?

Ein Charakteristikum von Krisen ist die sie auslösende Ohnmacht: Nicht mehr weiterwissen, die Macht zum Handeln vorübergehend verloren zu haben. Das kann Helfende leicht dazu verleiten, in der Folge ihrerseits das Handeln übernehmen zu wollen. Häufig werden die Betroffenen nicht danach gefragt, wie sie sich selbst ihre allernächste Zukunft vorstellen, was sie meinen, was gut für sie wäre.

Ein Auslöser für spontane Hilfsbereitschaft ist das „Kindchen-Schema“, ein Schema, aufgrund dessen der andere als „Kindchen“, als schutz- und hilfsbedürftig wahrgenommen wird. Dazu gehören auch alle Signale der Körpersprache, die ein „Untensein“ ausdrücken: Ein vorübergehendes Zögern, eine niedergedrückte Haltung, eine unentschlossene Stimme o.ä. verführen die Helfenden oft ohne weiteres Nachdenken dazu, Rat zu wissen, zu lenken, Verantwortung zu übernehmen. Weil allerdings erwachsene Ratsuchende sich nicht gern als Kindchen behandelt wissen wollen - und gerade auch während einer Krise besonders sensibilisiert sind für alles, was sie „noch weiter nach unten zieht“ -, kann sich das bekannte Drama Dreieck entwickeln: Dem Ratsuchenden wird Hilfe angeboten, die er ablehnt, weil sie ihn kränkt, der Helfende fühlt sich entwertet in seinem Bemühen und reagiert verärgert, der Ratsuchende lenkt ein, um den Helfenden nicht zu verlieren usw.

Die Falle einer falschen Verantwortlichkeit besteht somit darin, daß sich der Helfer von dem hilflosen Kind-Ich des Ratsuchenden verführen läßt, eine Eltern-Ich-Position einzunehmen und sich „oben“ zu fühlen. Auf diese Verführung nicht hereinzufallen, sondern den Schritt zurück zu tun, sich vom Augenschein zu lösen und aus der Erwachsenen-Ich-Position in jeder Sequenz des Kontaktes zu prüfen, wer jetzt für was verantwortlich ist, das erfordert ein außerordentlich genaues Wahrnehmen und Nachdenken des Hilfegebenden.

2. Die Frage nach der Versorgung

Menschen, die die Entscheidung, ihrem Leben in der von ihnen gewählten Form ein Ende zu setzen, als höchsten Ausdruck von Selbstbestimmung erleben, machen nicht die Gruppe derer aus, denen man im Rahmen der Krisenintervention begegnet. Letztere sind tief verzweifelte Menschen in einer Krise, bei deren Lösungsversuch sich die eigenen Mittel und die Möglichkeiten des sozialen Netzes erschöpft haben. Es geht allerdings nicht um die Frage, ob diese Menschen krank sind, sondern um die Tatsache, daß sie ohne Unterstützung von außen momentan nicht mehr leben können.

Das Krankheitsparadigma geht von einer Dichotomisierung der zwei Zustände krank und gesund aus. Das Gesundheitsparadigma sieht dagegen Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums an, auf dem man niemals ganz das eine oder das andere ist.

Aaron Antonovsky, einer der Theoretiker der Gesundheitsbewegung, hat eine Metapher geprägt, die die Unterschiede zwischen der pathogenetischen, also an Krankheit orientierten, und der - von ihm so genannten - salutogenetischen, also an Gesundheit orientierten Sichtweise verdeutlicht. Es handelt sich um die Metapher vom Fluß, dem Fluß des Lebens, in dem wir alle schwimmen: Flußabwärts, wo der Fluß starke Turbulenzen aufweist, sehen wir Menschen, die verzweifelt darum kämpfen, ihren Kopf über Wasser zu halten. Unter Zuhilfenahme einer großen Zahl von Instrumenten versuchen die Krankheitsversorgungsspezialisten mit großer Hingabe mit Fertigkeiten und zähem Bemühen, diese Menschen vor dem Ertrinken zu retten (Antonovsky, 1993).

Traditionelle, an Krankheitsverhinderung orientierte Prävention, stellt nun die Frage: Wer oder was wirft die Leute in den Fluß? Eine solche Sichtweise lenkt zwar, so Antonovsky, den Blick flußaufwärts, sie verändert jedoch nichts am eigentlichen Paradigma. Denn dieses geht davon aus, daß man, wenn man nicht auf irgendeine Weise und durch irgend etwas in den Fluß geworfen wird, trocken und sicher am Ufer stehen bleiben kann. Dieser Glaube, daß Menschen nicht krank werden, gesund bleiben, wenn nicht eine bestimmte Kombination bestimmter Umstände auftritt, ist aus salutogenetischer Sicht eine Fiktion. Wir alle, um in der Metapher zu bleiben, sind vom Augenblick unserer Empfängnis an in diesem Fluß. Je nachdem, wo wir geboren sind, ob in Südafrika, Deutschland, Frankreich oder Lateinamerika, ist das Wesen der Flüsse, in denen wir uns befinden, unterschiedlich. Auch für Männer und Frauen, für Menschen aus verschiedenen sozialen Schichten oder mit einer unterschiedlichen körperlichen Ausstattung, variieren die Flüsse in Strömung, Strudeln und anderen Gefahrenquellen. Niemand befindet sich jedoch jemals am sicheren Ufer. Die einen kommen besser, die anderen schlechter durch den Fluß - am Ende erreichen wir alle die Kante des Wasserfalls.

Dies bedeutet für die Suizidprophylaxe: Menschen, die sich töten wollen, fühlen sich von den Anforderungen des Flusses überfordert, sie möchten aufgeben. Diese Menschen haben ein Recht auf Hilfe, d.h. auf öffentlich finanzierte Hilfe. Und der Staat hat die Pflicht, dafür zu sorgen, daß möglichst wenig Menschen in die Situation kommen, diese individuelle Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, oder bildlich gesprochen: Er hat dafür zu sorgen, daß die Gefahrenquellen soweit wie möglich beseitigt und daß Wegweiser aufgestellt werden, welche die Orientierung erleichtern (Franke, 1993).

Trotz der erheblichen Notwendigkeit, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme für suizidpräventive Aufgaben in Anspruch zu nehmen, und trotz der Tatsache, daß im Grunde genommen medizinisch-psychosozialen Einrichtungen lediglich ein recht bescheidener Teil der insgesamt in einer Gesellschaft erforderlichen suizidpräventiven Aktivität zukommt, ist festzustellen, daß in der Realität noch immer nur in Ansätzen Suizidprävention mit diesem eigenen Ziel geleistet wird. Es ist noch immer so, als würde Suizidprävention als mögliche und notwendige Aufgabe nicht wahrgenommen, als wäre Suizid als wirkliches Problem unserer Gesellschaft nicht existent. So ist Suizidprävention als eigener Aufgabenbereich im medizinisch-psychosozialen Versorgungssystem offiziell gar nicht definiert (Wedler, 1991).

In einem Artikel über die Anerkennung von Kriseninterventions-einrichtungen in den USA faßt Regula Freytag einige Prinzipien der amerikanischen Gesellschaft für Suizidologie zusammen. Der erste Punkt lautet:

„Die Klientel hat ein Recht darauf, entsprechend ihrem Bedarf versorgt zu werden. Der Bedarf ist vorhanden, denn die Bedingungen der Gesellschaft führen dazu, daß Menschen in lebensbedrohliche Notfälle geraten, in denen sie (vorübergehend) auf die Hilfe der Gesellschaft angewiesen sind“ (1991, S. 111).

Dieser Argumentation wird von vielen Gemeindepsychologen widersprochen, denn für eine bedarfsgerechte Versorgung ist es egal, ob die Bedingungen der Gesellschaft dazu führen, daß Menschen in für sie aussichtslos erscheinende Krisen geraten oder eigenes Unvermögen, Krankheit oder auch eigene Schuld. Dies läßt sich wissenschaftlich begründen, und zwar mit den Erkenntnissen der Coping-Forschung, die eindeutig belegt hat, daß nicht die äußeren Stressoren an sich ungefiltert zu Störungen führen, sondern daß es von der Verarbeitung der Stressoren abhängt, welche individuellen Auswirkungen sie haben. Und auch diese Verarbeitung ist abhängig von personalen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen (Broda, 1987). Die Diskussion um individuelle versus soziale Bedingtheit hinkt also hinter dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse her.

Davon abgesehen ist die Wissenschaft in Fragen der Suizidprophylaxe allerdings nicht die entscheidende und handlungsleitende Instanz. Daß Menschen in existentiellen Krisen geholfen zu werden hat, unabhängig davon, warum sie hineingeraten sind, bedarf aus Gründen der Ethik eigentlich keiner wissenschaftlichen Legitimation (Franke, 1993).

In der BRD wurde, wenn überhaupt, Suizidprävention als eigenständige Aufgabe eher als Angelegenheit privater und kirchlicher Institutionen, nicht als die des Staates gehandelt. Suizidprävention gilt also nach wie vor als eine Leistung, auf die der Bürger nicht Anspruch hat, sondern die gegebenenfalls aus karitativen Gründen erbracht wird.

Es lassen sich drei zentrale Faktoren nennen, die dem entgegenstehen, daß eine so einfach begreifbare Versorgungsaufgabe wie die Krisenintervention bei Suizidpatienten von den zuständigen medizinischen und psychosozialen Versorgungsinstitutionen wahrgenommen wird:

- Nach wie vor unterliegt die Suizidproblematik einer Tabuisierung (Beispiel: Einrichtungen mit verwahrendem Auftrag vermeiden noch immer, ihre Transparenz zu steigern; in Haftanstalten werden Suizide noch weitgehend totgeschwiegen und erblicken eben nicht das Licht der Öffentlichkeit). Die Tabuisierung hat jedoch auch zur Folge, daß bei den verantwortlichen Repräsentanten unserer Gesellschaft kein Handlungsbedarf, daß nicht einmal ein schlechtes Gewissen entsteht, wenn für Bemühungen der Suizidprävention keine oder nur unangemessene Mittel bereitgestellt werden. Das Totschweigen der suizidalen Realität, auch wenn es oberflächlich gesehen dem Klima in einer Einrichtung zugute zu kommen scheint, schadet langfristig in jedem Fall der Sache der Suizidprävention.
- Krisenintervention als Versorgungsaufgabe konkurriert mit dem wachsenden Einfluß der technischen Medizin. Alle Bemühungen in den Krankenhäusern, der menschlichen Kommunikation mit dem Patienten überhaupt und dem therapeutischen Umgang insbesondere mehr Platz einzuräumen, werden erdrückt von den zeitlichen und organisatorischen Erfordernissen technisch determinierter Diagnostik und Therapie. Hierbei ist weniger die Tatsache der in vieler Hinsicht segensreichen und unersetzbaren technischen Medizin hinderlich, sondern ihre einseitige Überbewertung in den Köpfen derer, die sie handhaben.

- Geradezu bedrohlich für die Wahrnehmung suizidpräventiver Versorgungsaufgaben im Krankenhaus erscheint die sich jetzt immer klarer abzeichnende Entwicklung der Krankenhäuser zu Leistungsanbietern anstelle von Versorgungsinstitutionen. In „Gesundheitsfabriken“ der Zukunft, in denen gut definierte und lediglich noch rentable Leistungen in einem straff organisierten Arbeitsablauf erbracht werden, wird für die Versorgung derer, die mit ihrer eigenen Leistungsfähigkeit am Ende sind, nur noch schwer ein Platz zu finden sein, zumal die Effektivität der bei diesen Patienten zu erbringenden „Leistung“ (z.B. Krisenintervention) aus methodischen Gründen bekannterweise schwer zu messen ist (Wedler, 1991).

Bei allem Verständnis für diese Hindernisse darf jedoch nicht vergessen werden, daß Hilfe eindeutig Aufgabe eines Sozialstaats ist; und wenn der Staat im Bereich der Krisenhilfe möglichst wenig investieren möchte, dann muß er dafür sorgen, daß die primäre Prävention verbessert wird, damit weniger Menschen in Situationen geraten, für die ihre Bewältigungspotentiale nicht ausreichen, und dies sowohl im sozialen als auch im individuellen Bereich (Franke, 1993).

Suizid wird meist noch immer als etwas schicksalhaft Trauriges angesehen, über das man besser resignierend schweigt und diskret hinwegsieht, wie die Tatsache, daß der Mensch älter und die Oberfläche unseres Planeten immer lebensunfreundlicher wird. Daß lediglich ein grundsätzlicher Wandel dieser Einstellung zu einer nachhaltigen Senkung von Suizidalität und Suizidraten führen kann, wird mir allmählich immer bewußter. Dieser Wandel jedoch zeichnet sich in unserer Gesellschaft z. Zt. noch nicht ab. Er wird offenbar auch gar nicht angestrebt, vielleicht nicht einmal gewollt.

Kann man in dieser Situation aufs äußerste begrenzter Ressourcen, fehlender Bereitschaft, zweifelhafter Motivation in unserer Gesellschaft erwarten, einem Menschen mit begrenzter Lebenserwartung (einem Aids-Kranken, einem alten Menschen) die Versorgungsleistung „Suizidprävention“ zu bewilligen? Denkt und rechnet man lediglich in den gebräuchlichen Kategorien der „Lebensverlängerung“, wie sie im hippokratischen Eid auch aufgeführt sind, nach Lebenstagen, so muß diese Frage möglicherweise verneint werden. Macht man aber deutlich, daß es nicht nur um den Gewinn von Überlebenstagen, sondern auch darum geht, wie ein Mensch sein Leben beschließt, ob in seelischer Verzweiflung oder letztlich im Frieden mit sich selbst, in Vereinsamung oder in Geborgenheit, dann muß die Antwort doch zweifellos anders lauten. Das Glück des anderen jedoch wird in unserer Gesellschaft nicht unbedingt als Gemeinschaftsaufgabe angesehen.

3. Ein Gedanke zum „Ende“

Die Beschäftigung mit Menschen in Krisen und mit Suizidgefährdeten bringt den Helfer selbst auch immer wieder mit seiner eigenen Krisenanfälligkeit, eigenen Suizidalität und mit seiner Einstellung zum eigenen Sterben und Tod in Kontakt. Je besser der Helfer seine eigene Stellungnahme zu Suizid, Tod und Sterben kennt, desto freier wird er sein, den schwierigen Weg mit dem Menschen in der Krise gemeinsam zu gehen. Je früher der Helfer selbst in der Krisenintervention seine Hilfsbedürftigkeit wahrnimmt, sich der Hilfe anderer versichert und diese gegebenenfalls in Anspruch nimmt, um so besser wird er sich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren können, deren innere Not und Bedrängnis sie am Leben verzweifeln lässt. Je besser der Helfer seinen eigenen Sinn des Lebens erarbeitet hat, desto eher wird er den bedrängten Menschen auf der Suche nach ihrem Sinn begleiten können - und nur das ist Hilfe, die tatsächlich wirkt.

VI. Literaturverzeichnis

Aderhold, V. (1998), Alternativen zum Krankenhaus. In: Bock, T. & Weigand, H., Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Alzheimer, C. (1986), Nichtambulante Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. Versuch einer Bestandsaufnahme der Lage in Westeuropa. Berlin: Springer-Verlag

Antonovsky, A. (1974), Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Eds.), Stressful life events: Their nature and effects. New York: Wiley

Antonovsky, A. (1993), Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. / Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit - Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: DGVT-Verlag

Arentewicz, G. & Lütjen, R. (1987), Suizidalität als Coping-Prozeß. In: Suizidprophylaxe, 14, S. 283-299. Regensburg: Roderer-Verlag

Argelander, H. (1970), Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wiss. Buchges.

Baldwin, B. A. (1979), Crisis Intervention: An Overview of Theory and Practice. In: The Counseling Psychologist 8, 43-52. Beverly Hills (Calif.): Sage Publ.

Balint, M. (1973), Fokalthherapie. Literatur der Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag

Barracough, B. (1974), A hundred cases of suicide: clinical aspects. The British Journal of Psychiatry, 125, 355-373. London: Churchill

Bauriedl, T. (1985), Psychoanalyse ohne Couch. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Beck, A. T. et al. (1974), The prediction of suicide. Bowie, USA: Charles Press Publ.

Bell, R.A. (1991), Gender, friendship network density, and loneliness. Journal of Social Behavior and Personality, 6, 45-56. Newbury Park: Sage

Bellack, L. & Small, L. (1972) Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Frankfurt/M.: Suhrkamp-Verlag

Blattner, J. (1988), Krisenmanagement - Für wen? In: Wolfersdorf, M. & Wedler, H., Beratung und psychotherapeutische Arbeit mit Suizidgefährdeten. Regensburg: Roderer-Verlag

Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G.M. (1993), Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett-Cotta

Böcker, F. (1973), Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln. Stuttgart: Thieme

Broda, M. (1987), Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag

Bronisch, T. et al (1986), Eine Station für psychiatrische Krisenintervention fünf Jahre später. In: Psychiatrische Praxis 13, 213-218. Stuttgart: Thieme

Bronisch, Thomas (1995), Der Suizid. Ursachen - Warnsignale - Prävention. München: Beck-Verlag

Bronisch, Thomas (1997), Die Kriseninterventionsstation an der Klinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie (1981-1991). In: Suizidprophylaxe, 1, S. 25-32. Regensburg: Roderer-Verlag

Büchi, R. & Wirth, E. (1985), Die psychoanalytisch orientierte Krisenberatungsstelle. In: Leuzinger-Bohleber (Hrsg.), Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen. Opladen: Westdeutscher Verlag

Canova, R. & Scazza, C. & De Marco, F. & Lupo, C. (1990), Der systemische Ansatz in Krisenfällen. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 8, 257-263. Dortmund: Modernes Lernen

Caplan, G. (1964), Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books

Ciampi, L. (1993), Krisentheorie heute - eine Übersicht. In: Schnyder, Ulrich / Jean-Daniel Sauvant (Hrsg.) Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Cullberg, J. (1978), Krisen und Krisentherapie. In: Psychiatrische Praxis, 5, S. 25-34. Stuttgart: Thieme

Danish, S.J. & D`Augelli, A. R. (1990), Kompetenzerhöhung als Ziel der Intervention in Entwicklungsverläufe über die Lebensspanne. In: Filipp, S.-H. (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse. München: Psychologie-Verlags-Union

Deissler, K.G. (1988), Erfinderisches Interviewen. In: Familiendynamik, 13, 345-363. Stuttgart: Klett-Verlag

Donker, M. C. H. (1983), Krisenintervention in den Niederlanden. In: Fliegel St. u. a.: Gemeindepsychologische Perspektiven Bd. 2.: Interventionsprinzipien. Tübingen: DGVT

Dormagen, H. & Tesch, M. (1990), Stationäre Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus: Zur Frage der Indikationsbreite. In: Psychiatrische Praxis, 17, 216-223. Stuttgart: Thieme

Durkheim, E. (1973), Der Selbstmord. (fr. org. 1897). Neuwied: Luchterhand

Eberwein, M. (1990), Soziale Stützsysteme in der Bewältigung suizidaler Handlungsfolgen. In: Suizidprophylaxe, 17, 6-20. Regensburg: Roderer-Verlag

Erikson, E. (1957), Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta

Erikson, E. (1970), Jugend und Krise. Stuttgart: Klett-Cotta

Everstine, D. & Everstine, L. (1985), Krisentherapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Faltermaier, T. (1982), Belastende Lebensereignisse und ihre Bewältigung. In: H. Keupp & D. Rerrich (Hrsg.), Psychosoziale Praxis - gemeindepsychologische Perspektiven. München: Urban & Schwarzenberg

Farberow, N.L., Shneidman, E.S. (1965), The cry for help. New York: McGraw-Hill

Farberow, N.L. (1980), The many faces of suicide. New York: Mac-Graw-Hill

Farewell, T. (1990), Experience of initiating and sustaining a crisis service from 1969-1990. Huddersfield, U. K.: International institute of crisis intervention and community psychiatry

Felber, W. (1999), Typologie des Parasuizids. Regensburg: S. Roderer-Verlag

Ferrannini, L. & Neri, V. (1983), Krisenintervention und Chronifizierung. In: Cramer, M. (Hrsg.), Orientierungshilfen zu einem beruflichen Selbstverständnis. Gemeindepsychologische Perspektiven. Bd. 14. München: DGVT

Feuerlein, W. (1971), Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung? In: Nervenarzt, 42, 127-130. Berlin: Springer-Verlag

Feuerlein, W. (1974), Tendenzen von Suizidhandlungen. In: Wege zum Menschen, 26, 188-195. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Feuerlein, W. (1978), Krisenintervention bei Selbstmordpatienten. In: Therapiewoche, 28, 289-298. Karlsruhe: Braun

Feuerlein, W. et al. (1983), Eine Station für Notfallpsychiatrie und Krisenintervention - Konzepte, Struktur und erste Erfahrungen. In: Psychiatrische Praxis, 10, 41-48. Stuttgart: Thieme

Fiedler, P. (1988), Existenzielle Krisen und Krisenintervention. In: Hörmann, G.; Nestmann, F. (Hrsg.), Handbuch der psychosozialen Intervention. Opladen: Westdeutscher Verlag

Fischer, C. S. & Phillips, S.C. (1982), Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In: Peplau, L.A. & Perlman, D. (Eds.), Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley

Franke, A. (1993) Suizidprophylaxe - Samaritertum oder professionelle Dienstleistung. In: Giernalczyk, Thomas / Frick, Eckhard (Hrsg.), Suizidalität - Deutungsmuster und Praxisansätze. Regensburg: Roderer-Verlag

Freytag, R. (1991), Standards der Krisenhilfe. Die Anerkennung von Kriseninterventionseinrichtungen in den USA - Übertragungsmöglichkeiten auf deutsche Verhältnisse. In: Wolfersdorf, M. (Hrsg.): Suizidprävention und Krisenintervention als medizinisch-psychosoziale Aufgabe. Regensburg: Roderer-Verlag

Freud, S. (1917), Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Studienausgabe in 10 Bänden, Bd. 1, 1969, 33-445. Frankfurt: Fischer-Verlag

Freud, S. (1937), Die endliche und die unendliche Analyse. In: Studienausgabe in 10 Bänden, Ergänzungsband, 1975, 351-392. Frankfurt: Fischer-Verlag

Fricke, S., Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1995), Psychose als Motiv für Suizidversuchsrezidive: Ergebnisse aus der WHO-Multicenter-Studie. In: M. Wolfersdorf & W. Felber (Hrsg.), Psychose und Suizidalität (13-26). Regensburg: Roderer-Verlag

Fricke, S. & Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1997), Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. In: In: Giernalczyk, Thomas (Hrsg.), Suizidgefahr: Verständnis und Hilfe. Tübingen: Dgvt-Verlag

Fürmaier, A.M. (1984), Therapeutisches Konzept stationärer Krisenintervention. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 34, 70-75. Stuttgart: Thieme

Gabriel, E. / Reiter, L. / Springer, A. (1977), Krisenintervention in der Psychiatrie. In: Psychiatria Clinica, 10, S. 140-157. Basel; München: Karger

Garrison, J. (1974), Network techniques: Case studies in the screening-linking-planning conference method. Family process. 13: 337-353. Amsterdam: Swets & Zeitlinger

Gersons, B.P.R. (1983), Zwischen Querido und Caplan. Praxis der Sozialpsychiatrie in Amsterdam. In: Cramer M. (Hrsg.), Gemeindepsychologische Perspektiven Bd. 4. Tübingen: D.G.V.T.

Giernalczyk, Thomas (1995), Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. München: Kösel-Verlag

Giernalczyk, T. (1997a), Einschätzung der Suizidalität im ambulanten Erstkontakt: Ein diagnostisch-therapeutischer Prozeß. In: Giernalczyk, Thomas (Hrsg.), Suizidgefahr: Verständnis und Hilfe. Tübingen: Dgvt-Verlag

Giernalczyk, T. (1997b), Der Einfluß der Orte auf die Krisenbewältigung. In: Freytag, R. & Witte, M. (Hrsg.), Wohin in der Krise? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Glick, R.A. & Meyerson, A. T. (1980), The Use of Psychoanalytic Concepts in Crisis Intervention. In: International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 8, 171-188. New York: International journal press

Golan, N. (1978), Treatment in crisis situations. New York: Free Pr.

Goll, H. (1995), Was sind psychosoziale Krisen? In: Sonneck Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas Universitätsverlag

Goswick, R.A. & Jones, W.H. (1981), Loneliness, self-concept and adjustment. In: The Journal of Psychology, 107, 237-240. Washington, D.C.: Heldref Publ.

Götze, P. (1995), Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakologie bei der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Wolfersdorf, M. & Kaschka, W. P., Suizidalität - Die biologische Dimension. Berlin: Springer-Verlag

Halleck, S. (1971), The politics of therapy. New York: Science House, Inc.

Hansell, N. (1976), The person in distress. New York: Human Sciences Press

Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S. & Mills, J. (1994), The epidemiology of attempted suicide in the Oxford area, England (1989-1992). In: Crisis, 15, 123-135. Seattle; Bern; Göttingen: Hogrefe & Huber

Häfner, H. (1974), Krisenintervention. In: Psychiatrische Praxis, 1, S. 139 - 150. Stuttgart: Thieme

Häfner, H. (1986), Krisenintervention und Notfallversorgung in der Psychiatrie. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 31, S. 308 - 319. Berlin: Springer-Verlag

Häfner H. u. Rössler W. (1987), Die Begriffe des psychiatrischen Notfalls und der Krise. In: Katschnig H. und Kulenkampff C., Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Köln: Rheinland-Verlag

Heinrich, K. (1980), Epidemiologische Faktoren der Suizidalität. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 25, 900-902. Stuttgart: Thieme

Henseler, H. (1981a), Krisenintervention - Vom bewußten zum unbewußten Konflikt des Suizidanten. In: Henseler, H. / Reimer, C. (1981), Selbstmordgefährdung: Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog

Henseler, H. (1981b): Probleme bei der Behandlung chronisch suizidaler Patienten. In: Henseler, H. / Reimer, C., Selbstmordgefährdung: Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog

Henseler, H. (1982), Behandlungsprobleme bei chronisch suizidalen Patienten. In: Reimer, Christian (Hrsg.), Suizid: Ergebnisse und Therapie. Berlin: Springer-Verlag

Henseler, Heinz (1984), Narzißtische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords. Opladen: Westdeutscher Verlag

Hoff, L.A. (1984), People in Crisis: Understanding and Helping. Menlo Park, Cal.: Addison-Wesley

Hoffmeister, H., Wiesner, G., Junge, B., & Kant, H. (1990), Selbstmordsterblichkeit in der DDR und in der Bundesrepublik Deutschland. In: Müncher Medizinische Wochenschrift, 132, 603-609. München: MMW Medizin Verlag

Jacobson, G. F. (1974), Programs and techniques of crisis intervention. In: Arieti, S. (ed.), American Handbook of Psychiatry, Vol. 2, Chapter 55. New York: Basic Books

Jacobson, G. F. & Portuges, S. H. (1976), Marital separation and divorce. Assessment of and preventive considerations for crisis intervention. In: Parad, H. J. & Resnik, H. L. P. & Parad, L. G. (eds.), Emergency and disaster management. Bowie, USA: Charles Press

Katschnig, H. et al. (1981), Gibt es verschiedene Typen von Selbstmordversuchen. In: Welz, R., Pohlmeier, H., (Hrsg.): Selbstmordhandlungen. Weinheim: Beltz

Katschnig, H. / Konieczna, T. (1986), Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 2 (Kisker, K.P., et al., Hrsg.). Berlin: Springer-Verlag

Keller, T. (1990), Einleitende Bemerkungen des Gast-Herausgebers. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 8, 204-206. Dortmund: Modernes Lernen

Kernberg, O.F. (1992), Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta

Keupp, H. (1987), Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Keupp, H. (1988), Soziale Netzwerke - Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? In: Keupp, H., Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Heidelberg: Asanger

Kiev, A. (1970), New directions for suicide prevention centers. In: American Journal of Psychiatry, 127: 87-88. Washington, D.C.: Assoc.

Kilian, H. (1997), Systemische Krisenintervention - Ein Erfahrungsbericht. In: Giernalczyk, Thomas (Hrsg.), Suizidgefahr: Verständnis und Hilfe. Tübingen: Dgvt-Verlag

Kind, Jürgen (1998), Suizidal: Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Kreitman, N. (1973), Prevention of suicidal behaviour. In: Wing J.K., Häfner, H. (eds.), Roots of evaluation. London: Oxford University Press

Kreitman, N. (1980), Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. In: Nervenarzt, 51, 131-138. Berlin: Springer-Verlag

Kreitman, N. (1986), Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 2. (Kisker, K.P. et al, Hrsg.). Berlin: Springer-Verlag

Krüger, M. (1994), Systemische Ideen zum Umgang mit Suizidalität. In: Suizidprophylaxe, 4, 147-152. Regensburg: Roderer-Verlag

Kulesa, C. (1985), Gesprächsführung mit Suizidpatienten im Rahmen der Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus. In: Wedler, H. (Hrsg.), Umgang mit Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. Regensburg: Roderer-Verlag

Lauth, G.W. & Viehbahn, P. (1987), Soziale Isolierung. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. München: Psychologie Verlags-Union

Lindemann, E. (1944), Symptomatology and management of acute grief. In: American Journal of Psychiatry, 101, 141-148. Washington, D.C.: Assoc.

Maturana, H. & Varela, F. (1982), Autopoietische Systeme: eine Bestimmung der lebendigen Organisation. In: Maturana, H.: Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg

Maturana, H. & Varela, F. (1987), Der Baum der Erkenntnis. Bern: Scherz-Verlag

Menninger, K. (1974), Selbsterstörung. Psychoanalyse des Selbstmords. Frankfurt/Main: Suhrkamp-Verlag

Milch, W.E. (1992), Gesprächsführung und klientenzentrierte Gesprächstherapie. In: Wedler, H. / Wolfersdorf, M. / Welz, R., Therapie bei Suizidgefährdung: Ein Handbuch. Regensburg: Roderer-Verlag

Modestin, J. (1989), Zur Psychotherapie der akuten Suizidalität. „Antisuizid-Versprechen“ als suizidprophylaktische Methode. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 39, 115-120. Stuttgart: Thieme

Mosher, L.R. & Burti, L. (1989), Community Mental Health. New York, London: W.W. Norton & Company

Nouvertné, K. (1998), Notfallhilfe - Kein Monopol der Klinik! In: Bock, T. & Weigand, H., Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Novak, W. J. (1976), Suicidal preoccupation and psychoanalytic technique. In: Comprehensive Psychiatry, 17, 81-97. Philadelphia: Saunders

Pattison, E.M. & Lamas, R. & Hurd, G. (1979), Social Network Mediation of Anxiety. Psychiatric Annals, 9, 56-57. Thorofare, NJ: Slack

Paykel, E.S. (1980), Der Bedeutungsgehalt von lebensverändernden Ereignissen und die individuelle Disposition: Ihre Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. In: H. Katschnig (Hrsg.), Sozialer Streß und psychische Erkrankung. Lebensverändernde Ereignisse als Ursache psychischer Störungen. München: Urban & Schwarzenberg

Perlman, D. & Peplau, L.A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In: Peplau, L.A. & Perlman, D. (Eds.), Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley

Pohlmeier, H. (1983), Selbstmord und Selbstmordverhütung. München: Urban & Schwarzenberg

Pohlmeier, H. (1987), Legitimation von Therapiezielen in der Psychotherapie. In: Schlaudraff, U. (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Berlin: Springer-Verlag

Pohlmeier, H. (1992), Ängste des Therapeuten als typisches Therapieproblem im Umgang mit Suizidpatienten. In: Wedler, H. / Wolfersdorf, M. / Welz, R., Therapie bei Suizidgefährdung: Ein Handbuch. Regensburg: Roderer-Verlag

Polak, P.R. (1971), Social systems intervention. Archives of general psychiatry. 25: 110-117. Chicago, Ill: American Medical Association

Pöldinger, W. (1968), Die Abschätzung der Suizidalität. Bern: Huber-Verlag

Pöldinger, W. (1982), Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Reimer, C. (Hrsg.), Suizid: Ergebnisse und Therapie. Berlin: Springer-Verlag

Priebe, S. (1988), Pharmakobehandlung bei Neurosen als mögliches Therapie-Hemmnis. In: Münchner medizinische Wochenschrift, 130, 89-90. München: MMW Medizin-Verlag

Querido, A.M. (1968), The shaping of community mental health care. In: The British journal of psychiatry, 114, 293-302. London: Churchill

Rausch, Karin (1991), Suizidsignale in der sozialen Interaktion - und Auswege in der Therapie. Regensburg: Roderer-Verlag

Reimer, C. (1981), Zur Problematik der Helfer-Suizidant-Beziehung: Empirische Befunde und ihre Deutung unter Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekten. In: Henseler, H. / Reimer, C., Selbstmordgefährdung: Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog

Reimer, Christian (1986), Prävention und Therapie der Suizidalität. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd.2 (Kisker, K.P., et al, Hrsg.). Berlin: Springer-Verlag

Reimer, C. (1992), Tiefenpsychologische Einzeltherapie bei Suizidpatienten. In: Wedler, H. / Wolfersdorf, M. / Welz, R., Therapie bei Suizidgefährdung: Ein Handbuch. Regensburg: Roderer-Verlag

Reimer, C. / Arentewicz, G. (1993), Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch: Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Springer-Verlag

Reiter, L. (1978), Krisenintervention. In: Strotzka, H. (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg

Reiter, L. / Strotzka, H. (1977): Der Begriff der Krise. Ideengeschichtliche Wurzeln und aktuelle Probleme des Krisenbegriffes. In: Psychiatria Clinica, 10, S. 7 - 26. Basel; München: Karger

Ringel, E. (1969), Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom. In: Ringel, E. (Hrsg.), Selbstmordverhütung, Bern: H. Huber

Rogers, C. R. (1975), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München: Kindler-Verlag

Rogers, C. R. (1987), Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. (dt. Übersetzung eines entsprechenden Artikels von 1959). Köln: GwG-Verlag

Röhrle, B. (1994), Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie Verlags-Union

Russell, D.W. & Cutrona, C.E. & Rose, J. & Yurko, K. (1984), Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1313-1321. Washington, D.C.: American Psychological Association

Satir, V. (1972), Peoplemaking. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books

Sauvant, J.-D. (1993), Gedanken zur stationären Krisenintervention. In: Schnyder, U. / Jean-D. Sauvant (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Schmidtke, A. (1984), Zur Entwicklung der Häufigkeit suizidaler Handlungen im Kindes- und Jugendalter in der Bundesrepublik Deutschland 1950-1981. In: *Suizidprophylaxe*, 11, 45-79. Regensburg: Roderer-Verlag

Schmidtke, A. & Häfner, H. & Möller, H. J. & Wedler, H. & Böhme, K. (1988), Häufigkeiten und Trends von Suizidversuchen in der Bundesrepublik Deutschland: eine methodische Studie. In: Möller, H.J. & Schmidtke, A. & Welz, R., *Bestandsaufnahme der Suizidforschung*. Berlin: Springer-Verlag

Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1991), Suizidraten, Suizidmethoden und unklare Todesursachen alter Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 24, 3-11. Darmstadt: Steinkopff

Schnell, M. (1991), Selbsttötung - Selbstverletzung. In: Wolfersdorf, M., *Suizidprävention und Krisenintervention als medizinisch-psychosoziale Aufgabe*. Regensburg: Roderer-Verlag

Schnyder, U. (1993), Ambulante Krisenintervention. In: Schnyder, U. / Jean-D. Sauvant (Hrsg.) *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Schürmann, Ingeborg (1992), Psychosoziale Hilfe in Notfällen und bei Alltagssorgen: Handlungskonzepte in der ambulanten Krisenintervention. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag GmbH

Scobel, W.A. (1987), Suizidalität. Erklärungsmodelle und Anleitung zur psychotherapeutischen Hilfe. GwG-Zeitschrift, 66. Köln: GwG-Verlag

Seligman, M.E. P. (1979), Erlernte Hilflosigkeit (Helplessness, dt. - Übers. Brigitte Rockstroh). München: Urban & Schwarzenberg

Simon, F.B. & Weber, G. (1990), Post aus der Werkstatt, Keins von beiden. In: Familiendynamik, 15, 257-265. Stuttgart: Klett-Verlag

Sommer, G. (1982), Gemeindepsychologie. In: Bastine, R. & Fiedler, P. & Grawe, K. & Schmidtchen, S. & Sommer, G. (Hrsg.), Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim: Edition Psychologie

Sommer, G. & Rellermayer, M. (1983), Soziale Unterstützung: Einige theoretische Überlegungen und empirische Befunde zu einem vernachlässigten Konzept. In: Kommer, D. & Röhrle, B. (Hrsg.), Ökologie und Lebenslagen. Gemeindepsychologische Perspektiven Bd. 3. Tübingen: DGVT

Sonneck, G. / Ringel, E. (1977), Technik der Krisenintervention. In: Psychiatria Clinica 10, S. 85-95. Basel; München: Karger

Sonneck, G. (1982), Betreuungsmodelle für Suizidgefährdete. In: Reimer, C. (Hrsg.), Suizid: Ergebnisse und Therapie. Berlin: Springer-Verlag

Sonneck, G. (1989), Krisenintervention bei Suizidalität und Lebenskrisen. In: Suizidprophylaxe, 16, 55-72. Regensburg: Roderer-Verlag

Sonneck, G. / Etzersdorfer, E. (1992), Krisenintervention. In: Wedler, H. / Wolfersdorf, M. / Welz, R., Therapie bei Suizidgefährdung: Ein Handbuch. Regensburg: Roderer-Verlag

Sonneck, G. (Hrsg.) (1995), Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas Universitätsverlag

Speck, R. & Attneave, C. (1976), Die Familie im Netz sozialer Beziehungen (Family networks, 1973 dt.). Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag

Stengel, E. (1969), Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. In: Ringel, E. (Hrsg.), Selbstmordverhütung. Bern: Huber

Stokes, J.P. (1985), The relation of social network and individual difference variables to loneliness. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 981-990. Washington, D.C.: American Psychological Association

Sullivan, H.S. (1955), The interpersonal theory of psychiatry. London: Tavistock Publ.

Thoits, P.A. (1986), Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 416-423. Washington, D.C.: Assoc.

Tomm, K. (1994), Die Fragen des Beobachters. Heidelberg: Auer-Verlag

Ulich, D. et al. (1985), Psychologie der Krisenbewältigung. Weinheim u. Basel: Beltz-Verlag

Ulich, D. (1987), Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München; Weinheim: Psychologie Verlags-Union

Weber, G. & Stierlin, H. (1989), In Liebe entzweit. Reinbek: Rowohlt-Verlag

Wedler, H. (1984), Der Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus. Stuttgart: Enke-Verlag

Wedler, H. (1991), Suizidverhütung als medizinisch-psychosoziale Versorgungsaufgabe. In: Wolfersdorf, M., Suizidprävention und Krisenintervention als medizinisch-psychosoziale Aufgabe. Regensburg: Roderer-Verlag

Wedler, H. (1994), Krisenkonzepte - Krisenintervention. In: Schneider, V. / Israel, M. / Felber, W., Suizidprävention und gesellschaftlicher Wandel. Regensburg: Roderer-Verlag

Weigand, H. & Schädle-Deininger, H. (1998), Alltagsbegleitung und Pflege - in Beziehung halten. In: Bock, T. & Weigand, H., Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Weisfogel, J. (1969): A psychodynamic study of an attempted suicide. In: Psychiatric Quarterly, 43, 257-284. New York: Human Sciences Press

Weiss, R.S. (1982), Issues in the study of loneliness. In: Peplau, L.A. & Perlman, D. (Eds.), Loneliness. A sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: Wiley

Welz, R. (1986), Soziale Unterstützung und Struktur des sozialen Netzes bei Suizidenten. In: Suizidprophylaxe 13, 281-294. Regensburg: Roderer-Verlag

Welz, R. (1992), Definition, Suizidmethoden, Epidemiologie und Formen der Suizidalität. In: Wedler, H. / Wolfersdorf, M. / Welz, R., Therapie bei Suizidgefährdung: Ein Handbuch. Regensburg: Roderer-Verlag

Welz, R. (1999), Suizid. In: Albrecht & Groenemeyer & Stallberg, Handbuch sozialer Probleme. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Wilkins, J. (1970), A follow up study of those who called a suicide prevention center. In: American Journal of Psychiatry, 127, 155-161. Washington, D.C.: Assoc.

Wing, J.K. & Brown, G.W. (1970), Institutionalism and schizophrenia. London: Cambridge University Press

Wolfersdorf, Manfred / Wedler, Hans (1988), Beratung und psychotherapeutische Arbeit mit Suizidgefährdeten. Regensburg: Roderer-Verlag

Wolfersdorf, M. (1989), Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten. Regensburg: Roderer-Verlag

Wolfersdorf, M. & Metzger, R. & Witznick, G. (1991), Psychopharmakologie bei Suizidalität. In: Wolfersdorf, M., Suizidprävention und Krisenintervention als medizinisch-psychosoziale Aufgabe. Regensburg: Roderer-Verlag

Wolfersdorf, Manfred (1992), Stellung von Psychopharmaka in der Behandlung von Suizidalität. In: Psychiatrische Praxis, 19, S.100-107. Stuttgart: Thieme

Wolfersdorf, M. / Mäulen, B. (1992), Suizidprävention bei psychisch Kranken. In: Wedler, H. / Wolfersdorf, M. / Welz, R., Therapie bei Suizidgefährdung: Ein Handbuch. Regensburg: Roderer-Verlag

Wolfersdorf, M. & Heydt, G. & Potschigmann, B. & Vogel, R. & Vogel, W.-D. & Hole (1992), Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus. In: Wedler, H. / Wolfersdorf, M. / Welz, R., Therapie bei Suizidgefährdung: Ein Handbuch. Regensburg: Roderer-Verlag

Wolfersdorf, Manfred / Kaschka, Wolfgang (1995), Suizidalität: Die biologische Dimension. Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag

Wolfersdorf, M. (1996), Der suizidgefährdete Mensch. Zur Diagnostik und Therapie. In: Wenglein, E. & Hellwig, A. & Schoof, M., Selbstvernichtung: Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten. Göttingen; Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht

HINWEIS:

Die Verbreitung, das Kopieren sowie das Vervielfältigen dieser Arbeit ist nicht erlaubt!