Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1986)

Artikel: Die Bedeutung des Bewältigungsprozesses in der Krisenintervention nach Suizidversuch

Autor: Heim, Edgar

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051043

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 07.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die Bedeutung des Bewältigungsprozesses in der Kriseninterventi on nach Suizidversuch

Edgar Heim

Einem intendierten oder durchgeführten Suizid/Suizidversuch geht in der Regel eine Krise voraus. Diese kann sich über das Ereignis selbst hinausziehen und auf das Umfeld des Suizidanten verbreiten. Ich möchte im folgenden davon absehen, die Krise auf jene Situationen zu beschränken, wo tatsächliche suizidale Handlungen stattgefunden haben. Ist die Krise als solche einmal erkannt, muß sie ohnehin beantwortet werden, unabhängig davon, ob suizidale Handlungen schon stattgefunden haben oder nicht. Selbst dort, wo Kriseninterventi on präventiv nicht möglich war, bleibt – beim Suizidversuch für den Betroffenen und das Umfeld, beim erfolgreichen Suizid für das Umfeld alleine – ein krisenhafter Zustand bestehen. Auch hier drängt sich somit die Kriseninterventi on im Sinne der Postvention auf.

Nicht nur zum Verständnis des versuchten oder gelungenen Suizides, sondern auch zur Behebung der Krise selbst, hat die Krisentheorie wesentliche Erkenntnisse beigetragen. Diese hat sich mit dem möglichen Anlaß der Krise, mit dem Prozeß des Krisenablaufs und mit den möglichen Interventionsformen befaßt. *Gerald Caplan* (1964) *definiert Krise* als einen psychischen Zustand, der dann auftritt, wenn ein Hindernis oder eine Bedrohung ein wichtiges Lebensziel in Frage stellt. Zugleich werden dabei die habituellen Möglichkeiten der Problemlösung oder der Bewältigung (Coping) überfordert. Dadurch, daß momentan keine Lösung in Sicht ist, kommt es zur Desequilibrierung des üblichen psychophysiologischen Gleichgewichtes.

Krisenanlaß kann bekanntlich ein belastendes Lebensereignis (life event) sein, wie z.B. Partnerverlust. Weiter kann ein wichtiger persönlicher Entwicklungsschritt, der i.S. der normativen Krise *Erikson's* das Individuum temporär überfordert, zum Krisenanlaß werden (Pubertätskrise, midlife crisis, Pensioniertenschock etc.). Diesen Ereignissen kommt der Stellenwert von Stressoren zu; dies wird durch die mannigfachen Verbindungen zwischen der Krisen- und Streß-Theorie belegt. Gemeinsam ist ihnen vor allem die Phasenhaftigkeit des Geschehens, das kumulativ auf eine Entscheidung zustrebt, die entweder günstigenfalls zu Restauration oder ungünstigenfalls zu Dekompensation führt.

Die Klassierung von Ereignissen, die gezielt zu Suizid oder Suizidversuch führen, bringt uns im jetzigen Zusammenhang nicht weiter. Die dem Suizid oder Suizidversuch vorausgehenden Krisen sind unspezifisch, d.h. von anderen belastenden Ereignissen kaum zu unterscheiden. Dagegen scheint ihre subjektive Interpretation sehr typisch, da offenbar der Suizidant im Verlauf dieses Prozesses zum Schluß kommt, der Herausforderung der belastenden Ereignisse nicht mehr gewachsen zu sein. So zieht er den Schluß, daß der Ausgang der Krise hoffnungslos sei und er somit mit dem Suizid diese entweder durch Selbstzerstörung definitiv beenden oder eher durch einen direkten oder indirekten Appell eine Intervention von außen bewirken will.

Ohne daß es hier möglich ist, die Aetiologietheorien des Suizides zu diskutieren, sei kurz festgehalten, daß einerseits psychodynamisch-interaktive, andererseits kognitiv-verhaltensorientierte Erklärungsmodelle Wichtiges beigetragen haben (*Shneidman*; *Beck*; *Miller* & *Seligman*). Psychodynamisch ist die Krise durch Ambivalenz, durch Flexibilitätsverlust in der Abwehr, durch interpersonellen Rückzug, durch Umschlag aggressiver Impulse in autodestruktive Phantasien etc. gekennzeichnet. Kognitionspsychologisch werden Schuldattribution, Überzeugung, die Kontrolle zu verlieren (mit externalisiertem Locus of control), Unregulierbarkeit der Situation und damit persönliche Hilflosigkeit hervorgehoben.

Betrachten wir nun kurz den idealtypischen *Ablauf der Krise* in ihren Phasen. Wir wollen uns dabei an einem klinischen Beispiel orientieren, das ebenso banal wie tragisch ist, je nachdem ob wir die klinische Routine oder die persönliche Betroffenheit des Patienten zum Ausgangspunkt nehmen.

Eine 25jährige Frau, verheiratet mit einem alkoholabhängigen Kellner, Mutter eines 1 1/2jährigen Knaben, läuft nach der x-ten aussichtslosen Auseinandersetzung mit ihrem Mann von zuhause weg. Sie hinterläßt dabei das Kind einer Nachbarin und nimmt schließlich nach mehrstündigem Umherirren eine Überdosis an Barbituraten ein. Erst Stunden später entdeckt, wurde sie in bedrohlichem Zustand auf die Notfallstation eingewiesen.

1. Eine erste Phase ist dadurch charakterisiert, daß als Folge der Desequilibrierung eine merkbare innere Spannung entsteht. Die habituellen Bewältigungs- oder Coping-Formen werden solange eingesetzt, bis ihre Wirksamkeit versagt:

   Unsere junge Patientin hatte sich während zweier Monate intensiv mit der unaufhaltsamen Ehekrise befaßt. Vergeblich hatte sie versucht, durch liebevolle Zuwendung ihren Mann vom Trinken abzuhalten. Sie hatte ihn auch beschworen, die Anonymen Alkoholiker zu kontaktieren. Sie besprach sich mit ihrer verständigen Nachbarin, bei der sie noch einigermaßen Rückhalt fand. Zu Zeiten großer innerer Spannung

verschlang sie Unmengen an Süßigkeiten, was sie kurzfristig erleichterte, dann aber von ihr als Versagen interpretiert wurde.

2. In der zweiten Phase nimmt die Spannung weiter zu, ohne daß sich eine Lösung des Problems abzeichnet. Die habituellen Abwehr- und Bewältigungsversuche versagen. Entsprechend häufen sich Augenblicke der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, die aber immer noch von Momenten der Zuversicht unterbrochen sind.

   Die zitierte Patientin wurde zunehmend gespannter und verunsicherter. Sie war ihrem Mann gegenüber, der nur noch unregelmäßig nachhause kam, ambivalent eingestellt – einmal appellativ, dann wieder verschlossen. Ihre Haushaltspflichten vernachlässigte sie mehr als üblich, aber dem Kind blieb sie eine aufmerksame Mutter.

3. Der Übergang in die dritte Phase ist meist fließend und führt of zu einem eigentlichen depressiven Zustand, der immer seltener Augenblicke von Hoffnung auf Erleichterung zuläßt. Die Phantasien, durch einen Suizid eine forcierte Entscheidung herbeizuführen, nehmen zu – ein verunsichernder Zustand, der über Wochen anhalten kann. Es ist dies die prä-suizidale Phase der Ambivalenz, wo die Neigung, suizidal zu handeln oder nicht, hin und her oszilliert.

4. Schließlich ist, wenn äußere Hilfe ausbleibt, die Dekompensation unaufhaltsam. Dabei ist nicht so sehr entscheidend, ob neue objektive Belastungen dazu kommen, als vielmehr, ob die Situation durch den Patienten als aussichtslos interpretiert wird, als jenseits seiner Kontrolle. Es ist dies die den suizidalen Handlungen unmittelbar vorausgehende Phase, die der von *Ringel* beschriebenen mehrschichtigen Einengung entspricht. Die Dekompensation kann bekanntlich nach außen dann getarnt bleiben, wenn die Kontrollüberzeugung völlig fehlt, noch etwas ändern zu können und der Patient somit (scheinbar kühl) nur noch die gezielt Selbstzerstörung plant. Dies kann im Sinne der psychotischen Verleugnung der Realität oder der narzißtischen Scham- oder Kränkungs-Reaktion geschehen, wenn der Betroffene glaubt, ein angebliches Versagen nicht eingestehen zu können. Der äußeren Ruhe kann aber auch echte innere Gelassenheit entsprechen, dann, wenn die lang anhaltende Ambivalenz zu Gunsten der Gewißheit Suizid aufgegeben wurde.

   Häufiger ist aber eine eigentliche und merkbare emotionale Desequilibrierung, die sich in schwerer Entmutigung, Angst oder Verzweiflung kund tut und der eben auch versteckte oder direkte Hilfs-Appelle vorausgehen können. Dort, wo diese überhört oder nicht adäquat beantwortet werden, erfolgt der Suizid/Suizid-Versuch als Zäsur, um der krisenhaften Spannung ein Ende zu setzen.

   Wie erwähnt, hatte die Patientin in unserem Beispiel vorgängig verschiedene Handlungen zum Meistern der Krise unternommen. Erst das

unverantwortliche Wegbleiben des Mannes, das sie als Konfrontation verstand, nun definitiv für sich und das Kind allein sorgen zu müssen, hat ihre Möglichkeiten, die Krise zu lösen, momentan völlig überfordert. Sie schilderte nachträglich denn auch, wie sie plötzlich spürte, daß sie das kleine Kind nicht mehr angemessen zu betreuen vermochte, ja in ihrer Spannung und Ungeduld ihm gegenüber zunehmend unbeherrscht und böse reagierte. Sie übergab es deshalb der Obhut der befreundeten Nachbarin. Nach einigen Stunden des Umherirrens, die mit immer stärkerer Unruhe und Angst einhergingen, habe sie nichts anderes tun können, als mit Hilfe der Schlafmittel alles "zu vergessen zu versuchen".

Die phasenhafte Darstellung der suizidalen Krise zeigt zugleich, daß das Versagen der habituellen *Bewältigungsformen (Coping)* von entscheidender Bedeutung ist. In einem anderen (subjektiven) Krisenbereich der körperlichen (und psychischen) Krankheit, trugen in den letzten Jahren neue Erkenntnisse zum Verständnis bei, wie Patienten mit ihrem Leiden umgehen. Es wird davon ausgegangen, daß jede körperliche (aber auch psychische) Krankheit – unabhängig von der allfälligen Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Aetiologie oder Auslösung – zu einer erheblichen psychischen Belastung führt (veränderte Körperintegrität, Selbstkonzept; gestörtes emotionales Gleichgewicht; veränderte soziale Rollen; situative und schwierige Anpassungen; Bedrohung des Lebens, Angst vor dem Sterben). Ja, gelegentlich sind diese Belastungen gar derart, daß sie zu eigentlichen suizidalen Krisen führen. Es hat sich nun als bedeutsam erwiesen, diese Bewältigungsformen oder Coping-Vorgänge genauer zu studieren, um festzustellen, mit welchen adaptiven Vorgängen die "Krise Krankheit" am besten bewältigt wird. Dabei hat sich gezeigt, daß der Krankheitsbewältigung ein komplexer Urteilsprozeß zugrunde liegt, der grundsätzlich auch hinsichtlich anderer Krisen gültig ist. Dieser Vorgang gibt gewissermaßen das kognitive Instrumentarium wieder, das der Bewältigung von Krisen dient. Die nur z.T. direkt beobachtbaren Schritte – sie haben ihre Entsprechung im allgemeinen Problemlösungsparadigma – gelten auch für die suizidale Krise.

1. Verändertes Befinden, das sich zunehmender Spannung als Hinweis auf innere Desequilibrierung kundtut.
2. Wahrnehmen der Krisensituation, die aber in ihrem eigentlichen Gehalt verkannt oder skotomisiert wird.
   Depressive und suizidale Menschen neigen dazu, krisenhafte Belastungen entweder zu übertreiben (aggravieren) oder zu verharmlosen oder zu verleugnen (dissimulieren). Sie sind selektiv in bezug auf negativ getönte Inhalte oder Erlebnisse.
3. Das eigentliche Einschätzen der Krise (Kognition) nach dem Ausmaß der Bedrohung; nach dem Zeitpunkt ihrer Aktualität; nach den mögli-

chen Alternativen des Vorgehens und schließlich nach den geeigneten Konsequenzen.

Der Suizidant verkennt, wie erwähnt, meist sowohl das Ausmaß der Bedrohung (fehlerhafte kognitive Repräsentation) als auch seine persönlichen inneren und äußeren Ressourcen. Auf dem Höhepunkt der Krise zieht er daraus den Schluß, daß er die Kontrolle über deren Ausgang verloren habe und fühlt sich entsprechend hilf- und hoffnungslos. Sofern als Folge der Fehleinschätzung nicht eine suizidale Handlung folgte, setzt als

4. vierter Schritt die eigentliche Bewältigung (Coping) ein. Sie stützt sich auf die persönlichen und äußeren Ressourcen, die einerseits von der individuellen Entwicklung und Persönlichkeitsstruktur, andererseits vom tragenden sozialen Umfeld abhängen.

In der Literatur zur Krisenintervention wird immer wieder darauf verwiesen, daß habituelle Bewältigungsformen auf ihre Tauglichkeit hin zu prüfen seien. Nur selten werden die Bewältigungsformen im Detail vorgestellt oder in ihrer Bedeutung abgewogen. Nicht selten werden sie den klassischen psychodynamischen Abwehrmechanismen gleichgesetzt (vgl. Übersicht *Heim* 1979). In unserer eigenen Forschungsarbeit sind wir zur Auffassung gelangt, daß Coping ein vorbewußter oder bewußter Prozeß ist, der entsprechend abgefragt und verifiziert werden muß. Er zeigt fliessende Übergänge zu eigentlichen unbewußten intrapsychischen Verarbeitungsformen, die den klassischen Abwehrmechanismen gleichgesetzt werden können. Wir konnten bis anhin in unserer Forschung 26 solche Bewältigungsformen isolieren. Sie können je nach dem primären Ansatz der Bewältigung als 1. mehr handlungs- oder 2. kognitions-bezogen oder 3. als emotional-stabilisierend verstanden werden. Die folgende Übersicht bringt eine Aufstellung mit Kurz-Definition dieser Bewältigungsformen.

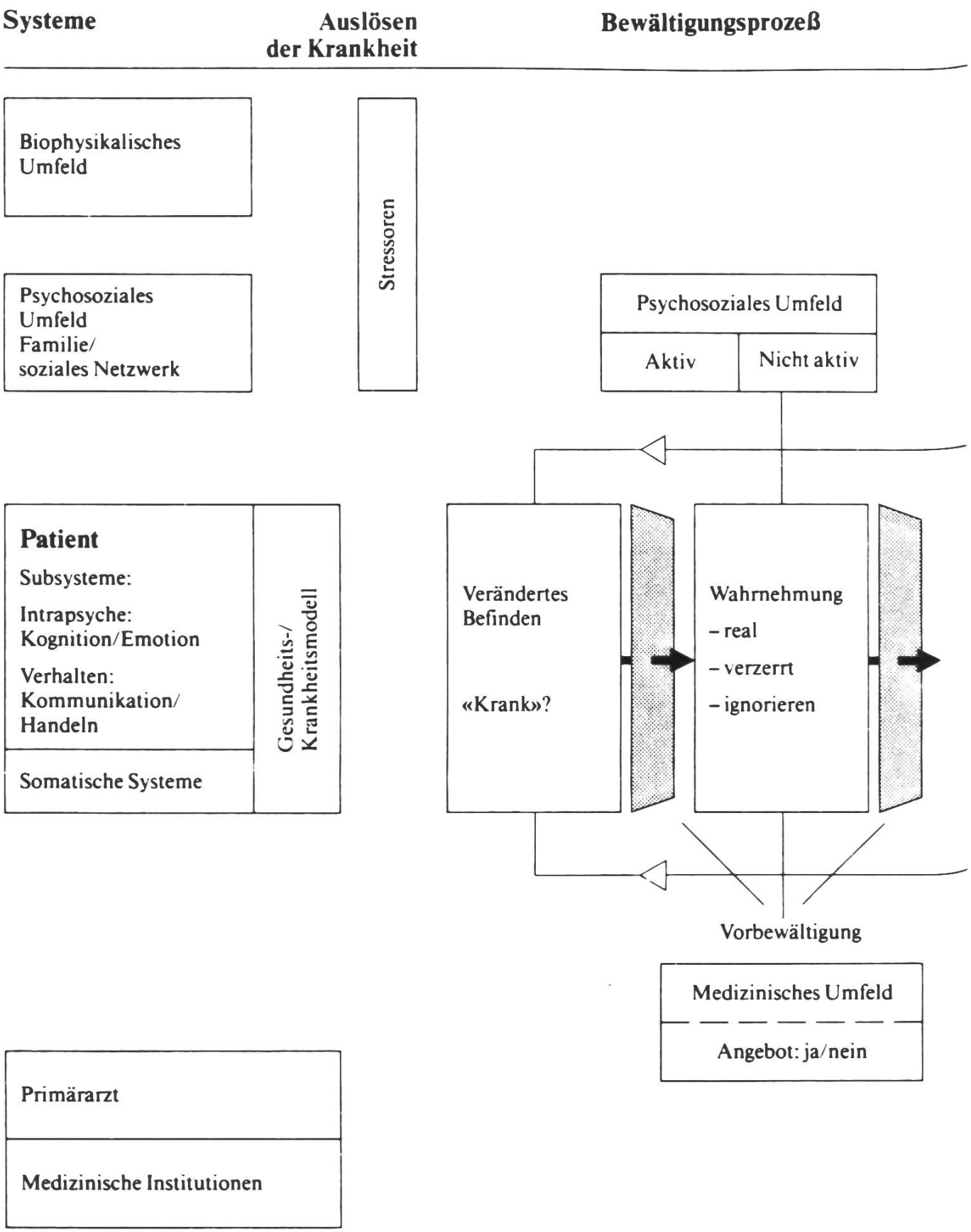
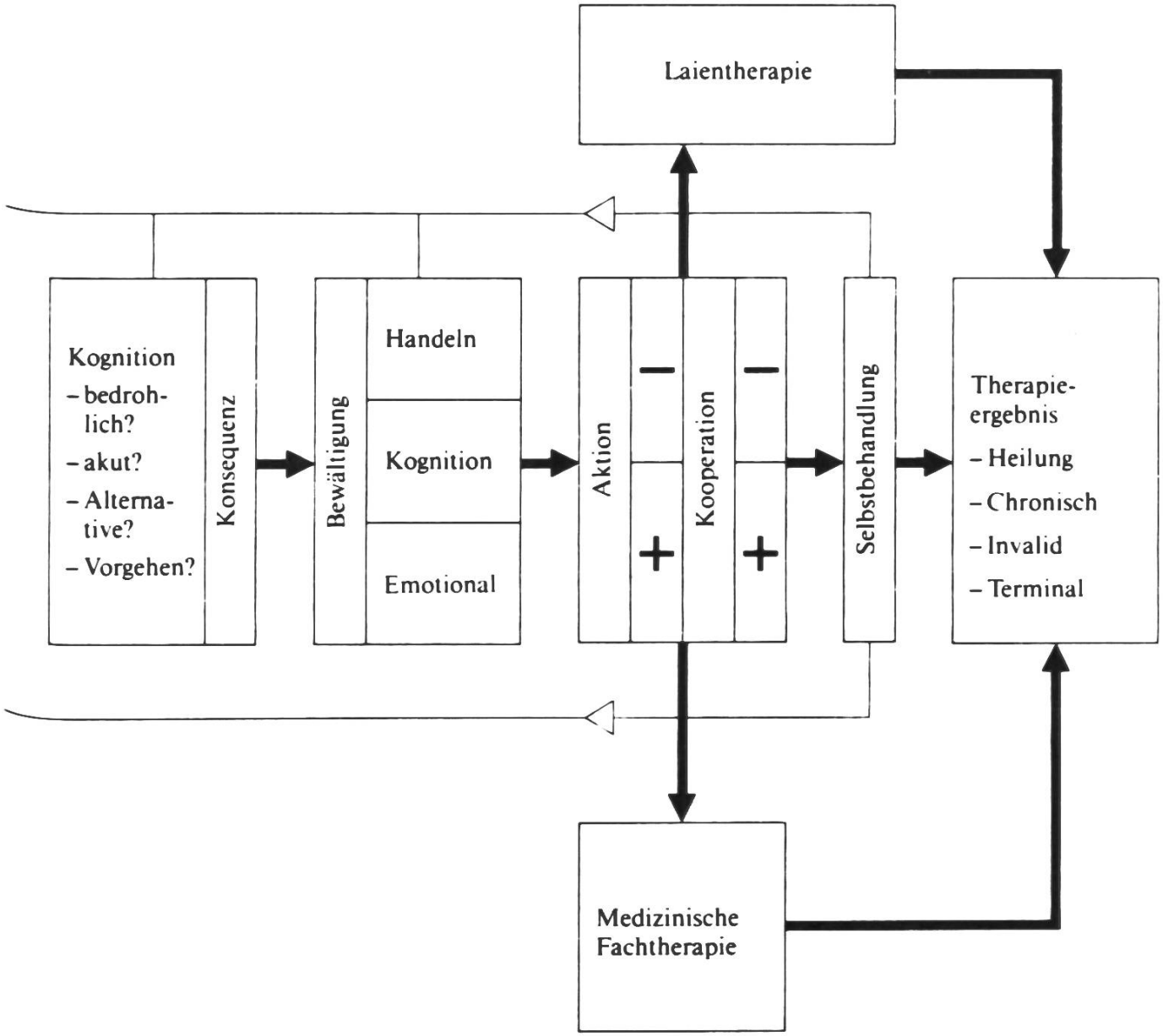


Abbildung 1. Bewältigungsprozeß.


Laientherapie
Kognition
- bedrohlich?
- akut?
- Alternative?
- Vorgehen?
Konsequenz
Bewältigung
Handeln
Kognition
Emotional
Aktion
Kooperation
Selbstbehandlung
Therapieergebnis
- Heilung
- Chronisch
- Invalid
- Terminal
Medizinische Fachtherapie

BERNER BEWÄLTIGUNGSFORMEN (BEFO'S)

KURZFORM KRISEN-INTERVENTION, Psychiatrische Universitätspoliklinik (PUPK), Bern 1986

Tab. 1 I. HANDLUNGS-BEZOGEN (alloplastisch)

H1 ABLENKENDES ANPACKEN	– Vertraute Tätigkeit i.S. der Ablenkung einsetzen: »Ich stürze mich in die Arbeit, um die Krise zu vergessen.«
H2 ALTRUISMUS	– Eigene Bedürfnisse hinter jene von anderen zurückstellen; für andere etwas tun: »Solange es mir möglich ist, will ich für meine Familie dasein.«
H3 AKTIVES VERMEIDEN	– Notwendige medizinische Handlungen unterlassen. Hilfsangeboten aus dem Weg gehen: »Ich mochte mich nicht schon wieder beim Arzt melden; mir war garnicht um ein erneutes Gespräch.«
H4 KOMPENSATION	– Ablenkende Wunscherfüllung: Kaufen, Essen, irgendetwas Lustvolles tun: »Wenn es mir schlecht geht, kaufe ich mir etwas Schönes – auch wenn ich es eigentlich nicht benötige.«
H5 KONSTRUKTIVE AKTIVITÄT	– Etwas Aufbauendes tun, was (ev. schon lange) ein Bedürfnis war: zum Beispiel Kreativität entfalten, eine Reise machen..., »Endlich nehme ich mir Zeit für mich.«
H6 RÜCKZUG (sozial)	– Allein mit sich selbst sein wollen, um aufzutanken, zu überdenken, aus dem Weg gehen: »Ich brauche meine Ruhe, will zu mir selbst finden.«
H7 ZUPACKEN	– Krankheits- oder Krisenbezogene Informationssuche. Inanspruchnahme von Hilfe. Kooperation in Abklärung und Therapie: »Was ich unternehme, wie ich mitmache, davon hängt jetzt vieles ab.«
H8 ZUWENDUNG	– Bedürfnis erfüllt, sich auszusprechen, angehört zu werden, Beistand zu haben: »Bisher hat es immer jemand gegeben, der mich angehört / verstanden hat.«

II. KOGNITIONS-BEZOGEN (autoplastisch)

K1 ABLENKEN	– Aufmerksamkeit weg von der Krise auf etwas anderes lenken: »Das ist mir im Moment wichtiger als die ganze Problematik.«

K2 AKZEPTIEREN (Stoizismus-Fatalismus)	– Situation als schicksalshaft und unabänderlich hinnehmen, bewußt mit Fassung tragen: »Es ist nun halt mal so, ich versuche, mich dreinzuschicken.«
K3 DISSIMULIEREN	– Krise herunterspielen: Verleugnen, bagatellisieren, ignorieren: »Es ist alles nur halb so schlimm, im Grunde geht es mir gut.«
K4 HALTUNG BEWAHREN	– Fassung oder (emotionale) Kontrolle vor anderen und sich selbst nicht verlieren: »Ich muß mich zusammenreißen, niemand soll mir etwas anmerken.«
K5 PROBLEMANALYSE	– Kognitive Analyse der Krise und ihrer Folgen: Erkennen, abwägen, entscheiden: »Ich versuche mir zu erklären, was überhaupt los ist.«
K6 RELATIVIEREN	– Mit anderen vergleichen, herunterspielen: »Mir geht es noch relativ gut im Vergleich zu anderen.«
K7 RELIGIOSITÄT	– Halt im Glauben: Gottgewollt, dem Menschen auferlegt: »Jedem schlägt seine Stunde, aber Gott steht mir bei.«
K8 RUMIFIZIEREN	– Gedanklich in Krise festkrallen: Grübeln, hin und her überlegen: »Ist es so, oder doch nicht so..., ich komme davon nicht los.«
K9 SINNGEBUNG	– Der Krise einen Sinn geben: Sie als Aufgabe, Chance sehen, durch sie die Lebenseinstellung, Werteinschätzung ändern: »Durch die Krise habe ich zu mir selbst gefunden.«
K10 VALORISIEREN	– Bewußtmachen der eigenen Werte, Erinnern erfolgreicher Erfahrungen, positives Einschätzen des eigenen Verhaltens: »Mir ist schon anderes Wichtiges gelungen, eigentlich halte ich mich noch recht tapfer.«

III. EMOTIONS-BEZOGEN (intrapsychisch)

E1 AUFLEHNUNG	– Sich gegen die Krise und ihre Folgen auflehnen: Protestieren, mit dem Schicksal hadern: »Warum gerade ich?«
E2 EMOTIONALE ENTLASTUNG	– Entlastender Ausdruck der durch die Krise ausgelösten Gefühle: Trauer, Angst, Wut, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit,...ev. auch Mut, Liebe, Hoffnung..., ausdrücken. »Ich fühle mich so elend, wenigstens das Weinen hilft noch etwas.«
E3 ISOLIEREN	– Nicht zulassen von situationsadäquaten Gefühlen: »Das hat mich überhaupt nicht beunruhigt.«

E4 OPTIMISMUS	– Zuversicht, daß (momentane) Krise überwunden werden kann: »Wenn ich nur daran glaube, wird sicher alles wieder gut.«
E5 PASSIVE KOOPERATION	– Sich anvertrauen: Im Wissen um gute Hilfe die Verantwortung an die Betreuer übergeben, sich in guten Händen wissen: »Die wissen schon, was sie tun.«
E6 RESIGNATION	– Aufgeben, sich ergeben, hoffnungslos sein: »Ich glaube, es hat alles keinen Sinn mehr.«
E7 SELBSTBESCHULDIGUNG	– Sich selbst die Schuld an der Krise geben: Fehler bei sich suchen, Schuld tilgen: »Ich verdiene es nicht besser.«
E8 WUT AUSLEBEN	– Gestaute Aggression ausdrücken: Ungehalten, verärgert, reizbar sein: »Ich habe eine große Wut, daß dies alles gerade mich trifft.«

Eigentliche Krisenintervention

Ein besseres Verständnis des Bewältigungsprozesses ist ein wichtiger Beitrag zur adäquaten professionellen Krisenintervention. Diese setzt bekanntlich eine bestimmte therapeutische Grundhaltung voraus, die ganz auf die Krise – und nicht auf andere mögliche therapeutische Ziele – ausgerichtet ist:

Tab. 2 TECHNIK KRISENINTERVENTION (K.I.)

Krise typischerweise selbst begrenzt, ca. 4–6 Wochen.
Bei jeder Krise gilt: Gefahr: psychische Störung ausgelöst.
Chance: Reifungsschritt eingeleitet.

GRUNDHALTUNG DES THERAPEUTEN:

1. Vertrauen in Wirksamkeit der K.I.
2. Entscheidend Beurteilung der aktuellen Krise – nicht Diagnose.
3. K.I. von Anfang an zeitlich terminiert, in der Regel 4–6 Sitzungen, auf 1–2 Monate verteilt.
4. Problembereiche, die nicht krisenbezogen sind, zurückstellen.
5. Ziel der K.I.: So rasch als möglich zumindest prämorbides Gleichgewicht erreichen.
6. Therapeutisches Vorgehen aktiv, flexibel inkl. direktives Vermitteln von Hilfsquellen außerhalb.

Wir wollen im folgenden die Phasen der Krisenintervention kurz durchgehen und dabei besonders die Aspekte des Bewältigungsprozesses beachten. Wir beziehen uns dabei auf bestimmte Bewältigungsformen, die in Tab. 1 zusammengefaßt sind.

Tab. 3 PHASEN DER K.I.:

1. *Beurteilen des Individuums und der Krisensituation:*
   - Krisenanlaß (traumatisch; situativ; entwicklungsbedingt).
   - Subjektive, emotionale Bedeutung der Krise (Verlust, Bedrohung, Versagung, Verwirrung etc.)
   - Frühere ähnliche Krisen.
   - Bewältigen früherer Krisen, habituelle Bewältigungsmöglichkeiten.

2. *Planung der K.I.:*
   Setting – Dauer – Zielsetzung – Mittel – Bezugspersonen.

3. *Eigentliche K.I.:*

3.1 Definition der Krise:
Überlegungen des Therapeuten zu Phasen 1 und 2 dem Patienten in ihm zugänglicher Sprache vermitteln.

3.2 Aktuelle Gefühle ausdrücken:
- Empathisches Vorgehen.
- Klären der Gefühle (Angst, Trauer, Wut, Schuld, Scham).
- Katharsis vermitteln (*Cave:* Entlastung von Schuldgefühlen, wichtiger als aggressive Gefühle fördern).
- Trauerarbeit beachten.

3.3 Bewältigung der Krise einleiten:
- Aufgreifen geeigneter früherer Bewältigungsformen.
- Dort, wo ungeeignet, Anregen neuer geeigneter Bewältigungsformen.
- Patienten aktiv an Prozeß beteiligen, zugleich konsequente, unambivalente Haltung des Therapeuten.

3.4 Zugang zu sozialem Feld vermitteln:
- Kontakt zu Bezugspersonen der Krise – Beiziehen hilfreicher Bezugspersonen.
- Durch aktive Planung mit Patient oder direktes Vermitteln der Kontakte.

4. *Auflösen der Krise und vorausschauendes Planen:*
   Gewinne, die Patient aus Krise gewonnen, redefinieren; neue gewonnene Bewältigungsformen bestätigen; künftige Krisen und deren Bewältigung voraussehen.

1. Beurteilen der Krisensituation

In der Regel stellt sich die suizidale Krise – vielleicht mit Ausnahme von depressiven oder schizophrenen Psychotikern – als Beziehungsproblem dar. Es ist somit wesentlich, das Bezugsnetz zu klären und zu unterscheiden, was der allgemeine Krisenanlaß und was die eigentliche auslösende Konstellation ist (in unserem Beispiel: Anlaß war die eheliche Entfremdung als Folge des Alkoholismus des Ehemannes mit zunehmender Überforderung der Patientin in der Rolle einer selbständigen Mutter; Auslöser war die de facto-Trennung durch das tagelange Wegbleiben des Mannes).

Die Unterscheidung, was der eigentliche allgemeine Anlaß und was unmittelbarer Auslöser ist, verkennen viele Suizidanten. In ihrem emotionalen Aufruhr sind sie ja der sachlichen Klärung oft gar nicht mehr zugänglich. Eine genaue Problemanalyse ist somit zugleich ein erster entscheidender Bewältigungsschritt, der oft schon wesentlich zur Entlastung beiträgt. Zugleich ist das aktive und zielstrebige Angehen der Problemsituation auch ein therapeutisches Vehikel, das Vertrauen in die Klarsicht und Schkompetenz des Therapeuten vermittelt.

Ebenso entscheidend ist es aber, sich über die Resourcen und habituellen Bewältigungsformen des Patienten klar zu werden. Dies setzt nicht eine umfassende Anamnese, sondern die Rekonstruktion der Krisenphasen und der jeweils eingesetzten Bewältigungsformen voraus. Zugleich kann anhand früherer und möglicherweise erfolgreich gemeisterter Krisen abgeschätzt werden, wie breit das Spektrum der Bewältigungsformen und ihre situationsbezogene Eignung ist. Dazu müßte der Therapeut Kenntnis über das potentielle Spektrum an Bewältigungsformen haben und sie entsprechend abfragen.

2. Planung der Krisenintervention

Es wird festgelegt, in welchem Setting die Krisenintervention erfolgt (z.B. einzel- oder familienbezogen), wie viele Sitzungen eingeplant werden (in der Regel 4–6 innerhalb weniger Wochen) und welches Ziel der Situation angemessen ist. Da die Krisenintervention ja stark umfeldbezogen erfolgt, ist früh einzuplanen, ob und welche Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen werden sollen.

3. Eigentliche Krisenintervention

3.1 Definition

Die eigentliche Krisenintervention wird so eingeleitet, daß die soeben erwähnte Einschätzung der Krisensituation dem Patienten vermittelt wird. Dies schließt ebenfalls Aspekte des »Therapie-Kontraktes« ein, wie sie unter 2. im Schema angeführt sind.

3.2 Aktuelle Gefühle

Durch den Suizidversuch strebt der Suizidant meist mehr oder weniger bewußt eine Zäsur an, indem er hofft, durch Selbsttötung eine radikale Lösung herbeizuführen. Der aus dem Coma oder psychogenen Schock langsam zu sich findende Patient wird nur schrittweise die objektiven Umstände der Krise rekonstruieren können. Erst mit angemessener Latenz werden die begleitenden Gefühle folgen und je nachdem den Patienten erneut überwältigen – wie z.B. durch verzweifelte Trauer nach

Partnerverlust. Diese Gefühle zuzulassen, ja recht eigentlich zu ermutigen, ist ein weiterer Schritt des Bewältigungsprozesses. Die emotionale Befindlichkeit mag dabei rasch wechseln, sodaß neben der kathartischen Wirkung das Reflektieren darüber auch etwas über die Art des Betroffenseins des Patienten aussagt (z.B. nach Partnerverlust: Verzweifelte Trauer; ängstliche Unsicherheit in bezug auf die Zukunft; Schuldgefühle wegen vorangegangenen Streitigkeiten; Wut über das Verlassensein; Scham wegen angeblichem Versagen etc.).

Im oben zitierten Beispiel war die Ambivalenz der Patientin über den drohenden Partnerverlust nach dem Suizidversuch, also zu Beginn der Krisenintervention, offensichtlich. Auf der einen Seite fühlte sich die Patientin entlastet, neben dem Kind nicht noch weiter für den alkoholkranken Mann sorgen zu müssen. Auf der anderen Seite vermißte sie ihn echt und war zugleich ratlos, ob sie alleine den Aufgaben der Zukunft gewachsen sein werde.

3.3 Bewältigung der Krise erreichen

Die auf Stabilisierung des emotionalen Gleichgewichtes angelegten Bewältigungsformen werden in der gezielten Krisenintervention von solchen abgelöst, die vorwiegend der kognitiven Verarbeitung dienen. Wenig geeignet ist, wenn der Patient in dieser Phase seine Krise »dissimuliert« oder sie »rumifizierend« hin- und herwälzt, ohne zu einem sinnvollen Ende zu gelangen. Durch gezielte »Problemanalyse« soll er die Zusammenhänge der Krise klar verstehen und seine Fehleinschätzung (mit willkürlicher Kausalattribution) der Situation erkennen. Erst so wird er frei für geeignete Aktionen. Er kann aber auch erkennen, daß er in konfliktfreien Bereichen über wichtige Ressourcen verfügt (»valorisieren«). Auch vermag er nach und nach zu verstehen, daß die momentane Krise ihn ev. frei macht, nun völlig neue Lösungen anzustreben (»Sinngebung«) oder daß er lernen muß, die Konsequenzen der Krisen einfach zu akzeptieren (»Akzeptation«). Dies sind nur Möglichkeiten aus einem ganzen Spektrum von Bewältigungsformen, die individuell auf ihre Eignung hin ausgelotet werden müssen.

3.4 Zugang zum sozialen Umfeld vermitteln

Schließlich müssen dieser Beurteilung schrittweise geeignete Aktionen – im Sinne der handlungsbezogenen Bewältigungsformen – folgen. Wenn wir davon ausgehen, daß die präsuizidale Krise meist einen Beziehungsaspekt einschließt, so muß auch die Krisenintervention darauf Rücksicht nehmen. Das bedeutet, die wichtigsten Bezugspersonen oder Familienmitglieder in das Behandlungskonzept einzuschließen (z.B. als »Zuwendung«) oder den Patienten zu Aufgaben hinführen, die ihm helfen, die Krise zu überwinden (z.B. »konstruktive Aktivität«; »Altruismus«; »ablenkendes Anpacken«).

4. Auflösen der Krise; vorausschauendes Planen

Ein letzter Schritt, das vorausschauende Planen, ist Postvention und Prävention künftiger Krisen zugleich. Im Sinne der Problemanalyse wird rekapituliert, was für Erkenntnisse der Patient aus der Krisenintervention gewonnen hat und wie er sich – gewissermaßen als Probehandlung – in Zukunft bei ähnlichen Krisen zu verhalten gedenkt.

Zusammenfassend hat in dem immer wieder zitierten Beispiel die Krisenintervention folgenden Verlauf genommen: In den der Krise vorausgehenden Wochen hatte die Patientin die latente Spannung vor allem derart geregelt, daß sie sich zurückzog (»sozialer Rückzug«), hin und her grübelte, ohne hinsichtlich ihrer Ehe zu einem Entscheid zu kommen (»Rumifizieren«); gelegentlich ließ sie ihre Ungeduld am kleinen Sohn aus (»Wut ausleben«) oder stopfte sich mit Süßigkeiten voll (»Kompensation«). Diese wenig tauglichen Bewältigungsformen sollten durch die Krisenintervention in aktivere und progressivere Bewältigungsvorgänge übergeführt werden. In der 4stündigen Krisenintervention wurde die kollusive Verbindung der Alkoholikerehe als Problem herausgehoben. Die Patientin hatte ja bisher angenommen, stets die verständige, tragfähige und duldsame Gattin sein zu müssen, während sie ihrem Mann zugestand, sie laufend mit seinen alkoholischen Exzessen zu provozieren. Erst im Laufe der Besprechungen erkannte sie, daß sie nun vermehrt direkte Verantwortung für sich selbst und das Kind übernehmen mußte. Zugleich fing sie an (vorerst äußerlich, dann auch innerlich), sich von ihrem Mann zu distanzieren; mit Unterstützung ihres Vaters (»Zuwendung«) führte sie ein klärendes Gespräch mit ihrem Gatten herbei (»Zupacken«); sie ließ sich hinsichtlich einer möglichen Scheidung beraten (»Problemlösung«) und suchte zielstrebig eine Stelle als Sekretärin (»ablenkendes Anpacken«; »Valorisieren«). Mit der befreundeten Nachbarin arrangierte sie sich wegen der Betreuung des kleinen Knaben, was sie sehr entlastete (»Zuwendung«).

Die Nachkontrolle nach 4 Monaten ergab, daß es der Patientin subjektiv gut ging, die Trennung vom Mann nun definitiv, sie mit ihrer Arbeit zufrieden war und für das Kind einen Wochenplatz in einer kinderreichen Familie gefunden hatte, wo sie selbst z.T. die Wochenenden verbrachte. Auch die 2-Jahres-Katamnese bestätigte den guten Ausgang der Krise, der über die inzwischen erfolgte Scheidung hinaus anhielt. Ohne weitere Behandlung waren die persönlichen Verhältnisse der Patientin stabil geblieben.

Die oben gegebene theoretische Darstellung der Krisenintervention ist idealtypisch und mag optimistisch klingen. In der Tat sind unsere Kenntnisse über die Wirksamkeit der Krisenintervention noch unvollständig. Es gibt aber eine wachsende Zahl kontrollierter Studien (*Auerbach* und *Kilmann*), die gerade im Sinne einer therapeutischen Kosten/Nutzen-Analyse erfreulich günstige Ergebnisse zeigen. Mangelhaft sind aber unsere

Kenntnisse noch in bezug auf den Prozeß der Krisenintervention. Noch gibt es wenig Ansätze, wie das habituelle Coping mit Kurz-Interventionen verbessert werden kann, im Unterschied etwa zur Krankheitsbewältigung im somatischen Bereich, wo erfolgreiche Modelle schon bekannt sind (Heim, 1986). Dies mag damit zu tun haben, daß bis anhin der Bewältigungsprozeß zu summarisch betrachtet wurde oder allzu sehr mit Abwehrmechanismen einerseits, kognitionspsychologischen Strategien andererseits konfundiert, resp. eingeengt wurde. Hier ist also noch Forschungsarbeit zu leisten, um ein sinnvolles Konzept auch zu einem wirkungsvollen Instrumentarium zu machen.

Bekanntlich ist das chinesische Schriftzeichen für Krise und Chance identisch. Erst der Kontext vermittelt den Sinn. Es wäre falsch, zu glauben, unsere prä- oder postsuizidalen Patienten würden in einer für sie überwältigenden Lebenssituation den Umschlag von Krise zu Chance, von Rückblick zu Ausblick, von Selbstentwertung zu Selbstaufwertung alleine leisten können. Krisenintervention muß dabei mehr als kalligraphisch-diagnostische Schönschreiberei sein – sie muß menschliche Übersetzungsarbeit leisten.

Literatur

Auerbach SM, Kilman PR (1977) Crisis intervention: a review of outcome research. Psychol Bull 84: 1189–1217

Aguilera DC, Messick JM (1978) Theory and methodology. Mosby Co, St Louis

Bancroft J (1979) Crisis intervention. In: Bloch S (ed) An introduction to the psychotherapies. Oxford University Press, New York, Melbourne

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1981) Kognitive Therapie der Depression. Urban & Schwarzenberg, München

Berner P, Gabriel E (Hrsg) (1977) Krisenintervention in der Psychiatrie. Psychiatria Clinica 10: 1–3, Karger, Basel

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

Ewing CP (1978) Crisis intervention as psychotherapy. Oxford University Press, New York

Heim E (1979) Coping und Anpassungsvorgänge in der psychosomatischen Medizin. Z Psychosom Med & Psychoanalyse 25: 251–262

Heim E (1986) Die Krankheitsbewältigung. In: Heim E, Willi J (Hrsg) Psychosoziale Medizin, 2. Klinik und Praxis, Springer, Berlin, Heidelberg

Jacobson GF (1980) Crisis intervention in the 1980's. Jossey-Bass, San Francisco

Miller WR, Seligman MEP (1975) Depression and learned helplessness in man. J Abnorm Psychol 84: 228–238

Puryear DA (1979) Helping people in crisis. Jossey-Bass, London

Reiter L, Strotzka H (1977) Der Begriff der Krise. Ideengeschichtliche Wurzeln und aktuelle Probleme des Krisenbegriffes. Psychiatria Clinica 10: 7–26

Rosenbaum CP, Beebee JE III (1975) Psychiatric treatment: crisis, clinic, consultation. McGraw Hill Book-Co, New York

Rueveni U (1979) Networking families in crisis. Intervention strategies with families and social networks. Human Science Press, New York, London

Shneidman ES, Farberow NL, Litman RE (1970) The psychology of suicide. Science

House, New York
Sonneck G, Ringel E (1977) Technik der Krisenintervention. Psychiatria Clinica 10: 85–95
Stuart MR, Mackey KJ (1977) Defining the differences between crisis intervention and short-term therapy. Hospital & Community Psychiatry 28: 527–259

Résumé

Le suicide et la tentative de suicide représentent, tant pour les personnes concernées que pour leur environnement, une situation de crise typique. La théorie de crise d'après G. Caplan, reconnue depuis quelques années, aide beaucoup à sa compréhension.
Nous devons différencier entre la cause propre de la crise et les circonstances actuelles qui la déclenchent. Le plus souvent, la cause est une expérience éprouvante (life event) ou une phase critique du développement normative. Le déroulement typique d'une crise comprend quatre phases:

1. Les modes de coping habituels ne suffisent pratiquement plus à empêcher l'augmentation de la tension interne.
2. La tension s'accentue à tel point que les moments de surmenage et de désespoir s'accumulent.
3. Si la tension ne cesse d'augmenter, il est nécessaire de mobiliser des ressources intérieures et extérieures suppleméntaires. Les moments d'optimisme deviennent de plus en plus rare, l'ambivalence présuicidale augmente.
4. Sans intervention venant de l'extérieur, on observe alors une décompensation de la défense et des modes de coping, la situation est éstimée étant désespérée. Le projet du suicide, présentant une solution définitive ou du moins une diminution momentanée de la tension, se concrétise.

Pour le déroulement de la crise, le procès du coping joue un rôle central. Il sera défini plus précisément et 26 modes différents de coping seront présentés.
L'intervention de crise en elle-même devra comprendre – après un planning préparatoire – les pas suivants:

1. Evaluation de la crise au sens de la résolution de problèmes et d'autres thèses cognitives.
2. Permettre aux émotions appropriées d'être vécues; encouragement des modes de coping stabilisant l'équilibre émotionnel.
3. Surmonter la crise en utilisant soit des modes de coping habituels ayant déjà prouvé leur utilité, soit des stratégies de coping alternatives.
4. Améliorer l'accès à l'environnement par des modes de coping se rapportant à l'action.
5. Postvention par la prévention d'éventuelles crises futures et du meilleure coping possible.

Edgar Heim
Prof. Dr. med.
Direktor der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik
Murtenstraße 21
3000 Bern