

Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut,
Vorsand des Instituts für Medizinische Psychologie an der Universität Wien.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Sonneck, Gernot: Krisenintervention und Suizidverhütung / Gernot Sonneck. Mit einem Geleitw. von
E. Ringel -

Wien : Facultas, 2000

ISBN 3-85076-491-5

ISBN 3-8252-2123-7

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb
der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und straf-
bar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspei-
cherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2000 Facultas Universitätsverlag, Wien
Facultas Universitätsverlag, Berggasse 5, A-1090 Wien

Herstellung: WUV-Universitätsverlag, Wien

Satz: GRAF + ZYX

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Unschlaggrafik (Ausschnitt): V. Uiberreiter, Salzburg

Printed in Austria

ISBN 3-8252-2123-7 (UTB-Bestellnummer)

Da er mich stets in meiner Arbeit ermutigte, diene
dieses Buch, dessen Manuskript der ersten Auflage
er noch wenige Wochen vor seinem Tode, schon
schwer von Krankheit gezeichnet, durcharbeitete,
dem Andenken meines Vaters.

G. S.

1. Krisenintervention und Umgang mit akut Suizidgefährdeten

(Für den eiligen Leser)

1.1 Definitionen

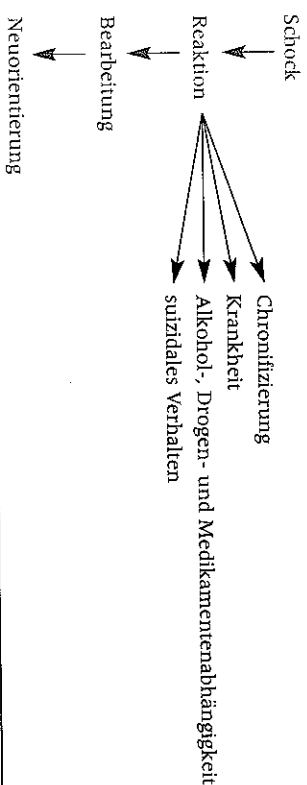
Unter **psychosozialen Krisen** verstehen wir in Anlehnung an die Überlegungen von CAPLAN (1964) und CULLBERG (1978) den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.

Der **Krisenbegriff** steht nicht auf der Basis der traditionellen psychiatrischen Diagnostik und stellt auch *keine* eigene Krankheitsentität dar; er beruht vielmehr auf der Akuität des Zustandsbildes, wenn also therapeutisches Handeln im weitesten Sinn unverzüglich einsetzen muss, um irreversible Schäden, z. B. Chronifizierungen (festgefahrene Reaktionsphasen nach CULLBERG) oder 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 10 Jahren auch eine sehr deutliche und durchaus praktikable Tendenz, Krise als akuten Zustand im Verlauf verschiedener Erkrankungen zu bestimmen. Damit wird die Intervention auf dem Kontinuum von der psychosozialen Krise in Richtung akupsykiatrischer Notfall verschoben.

Die **Krisenintervention** ist von Maßnahmen der Akupsykiatrie, die bei akuten Psychosen, akuten Bewusstseinsstörungen, Intoxikationen und dergleichen zu setzen sind, zu unterscheiden. Sie umfasst alle Aktionen, die dem Betroffenen bei der Bewältigung seiner aktuellen Schwierigkeiten helfen. Damit können negative soziale, psychische und medizinische Folgen, die als Fehlantwortung oder psychischer Zusammenbruch jeder Krise immanent sind, verhütet werden.

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 der Praxis der Krisenintervention die Darstellung paradigmatischer Krisenverläufe, wie sie von CULLBERG (1978) bezüglich der traumatischen Krisen und von CAPLAN (1964) hinsichtlich der Veränderungskrisen beschrieben wurden.

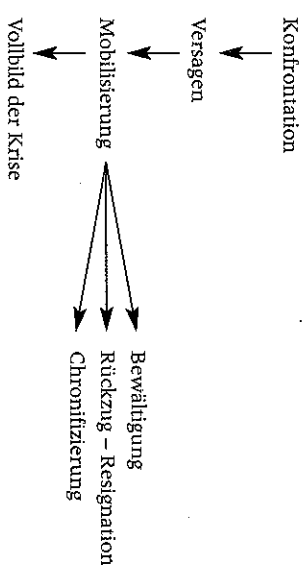
Tab. 1 „Traumatische“ Krise (CULLBERG, 1978)



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 sogenannte **Krisenschock**, der *wenige* Sekunden bis etwa 24 Stunden dauern kann. Dieser wird durch die **Reaktionsphase** abgelöst, eine Tage bis Wochen andauernde Periode, in der affektive Turbulenz sich mit Apathie abwechseln, tiefste Verzweiflung, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Feindseligkeit und Aggression, Wut und Trauer und oft schwere körperliche Begleitsymptomatik den Menschen belasten. Dieses Stadium verläuft allerdings nicht kontinuierlich, sondern schließt (z. B. durch entsprechende Intervention) durchaus auch Zeiten der Entlastung ein, in denen **Bearbeitung** und **Neuorientierung** möglich sind. Immer wieder jedoch muss zumindest im Verlauf der ersten Wochen und Monate mit dem neuerlichen Auftreten der Reaktionssymptomatik gerechnet werden und damit der wiederkehrenden Gefahr einer Fehlpassung wie **Chronifizierung** oder **Alkohol- und Medikamentenmissbrauch**, dem Ausbruch einer **Erkrankung** oder eines psychischen **Zusammenbruchs**, dem dem 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 umwelgerichtet die Reaktionsphase folgen muss. Bei günstigen Voraussetzungen kann durch die Bearbeitung des Krisenanlasses und seiner Konsequenzen die Phase der Neu-

orientierung erreicht werden, in der die innovative Chance der Krise genutzt werden kann.

Tab. 2 Veränderungskrise (CAPLAN, 1964)



Veränderungskrisen nehmen nicht diesen eigengesetzlichen Verlauf, wie er bei traumatischen Krisen unausweichlich ist, sondern können bis zur dritten Phase, 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, zum **Mobilisieren** 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 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. Wenngleich neuere Feldforschungen zeigen, dass die Midlife-Crisis nicht zur üblichen Bewältigungsstrategie der Lebensmitte gehört, so muss man doch gelegentlich mit deren Auftreten rechnen. 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.

1.2 Aspekte von Krisen

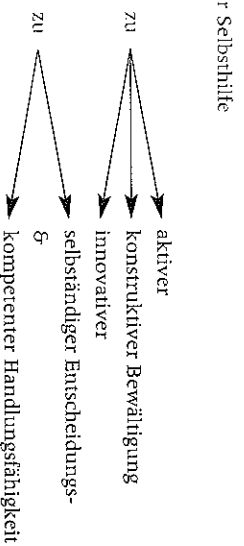
Tab. 3 Aspekte von Krisen

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

Von besonderer Bedeutung für die Intervention ist die Kenntnis des **Krisenlasses** (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 Krisenlasses 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 frühere 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. Die Umwelt beeinflusst also auch wesentlich den **Krisenverlauf**.

1.3 Ziel der Krisenintervention

Tab. 4 Ziel der Krisenintervention



Das wesentliche 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. In diesem Sinn gestaltet sich die Intervention als **Hilfe zur aktiven Krisenbewältigung**. Der Betroffene sollte keine Bewältigungsversuche durch Passivität vornehmen, etwa, indem er sich seinen Problemen entzieht. In einer Situation, in der destruktive Lösungsversuche wie suizidale Handlungen

oder Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch sehr nahe liegen und unter Umständen der einzige Ausweg bleiben, geht es darum, Alternativen dazu zu finden. Gerade wenn die erlernten, gewohnten und bisher bewährten Strategien versagen, kann diese Alternative auch 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, was die Krise nicht nur zu einer Gefahr, sondern auch zu einer Chance machen kann.

Es ist das Ziel der Intervention, dem Betroffenen dabei zu helfen, seine Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zurückzugewinnen und diese kreativ einzusetzen, um mit der aktuellen, aber auch mit möglichen zukünftigen vergleichbaren Situationen fertig zu werden. Natürlich kann eine **konstruktive Bewältigung** einer Krise auch darin bestehen, zu erkennen, dass man mehr „für sich“, z. B. in Form einer Psychotherapie, machen möchte. Krisenintervention kann somit auch Motivationsarbeit für längerfristige Konzepte leisten.

Das Ziel ist also die **Unterstützung der eigenen Fähigkeit des Betroffenen** und seiner Umgebung, sich selbst zu helfen. 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. Die Mehrzahl der Kriseninterventionen geht außerhalb des professionellen Systems, z. B. im Verband der Familie, der Schule, des Betriebes, der Gemeinde, durchaus effizient vor sich. Gerade in der Schockphase, in der es darauf ankommt, den Betroffenen nicht allein zu lassen, ist die unmittelbare Umgebung meist wirkungsvoller und auch leichter in der Lage, präsent zu sein und die Rolle der „stellvertretenden Hoffnung“ (CULLBERG, 1978) zu übernehmen, während der professionelle Helfer, sei es durch Über- oder mangelnde Identifikation, die eigentlichen Bedürfnisse des Patienten und seine Fähigkeit, die Krise durchzustehen, häufig falsch einschätzt. Auch bezeichnen professionelle Helfer häufig nur die Fehlanpassung oder den Zusammenbruch selbst als Krise, da sie in ihrem beruflichen Alltag hauptsächlich damit befasst sind. Darüber hinaus ergeben sich auch aus der unterschiedlichen Sichtweise von Krisen (Entwicklungsmodell versus Krankheitsmodell) und der persönlichen Einstellung des Helfers unterschiedliche Interventionsmodelle (der Mediziner ist z. B., wie Einstellungsuntersuchungen zeigen, offenbar aufgrund seiner spezifischen Sozialisation viel eher als andere Helfer geneigt, Veränderungen und Entwicklungen als Störungen wahrzunehmen und diese zu behandeln).

1.4 Interventionskonzept

Tab. 5 Allgemeines Interventionskonzept

- Beziehung
- emotionale Situation/spezifische Gefahren
- aktueller Anlass
- soziale Situation/vorhandene Hilfsmöglichkeiten
- weiteres Vorgehen
- Beendigung

Da man beim Aufstellen eines Systems der Krisenintervention immer wieder Gefahr läuft, zu strategisch vorzugehen und zu wenig therapeutische Hilfen anzugehen (Reimer, 1987), sollen neben dem grundsätzlichen Interventionskonzept die vier wesentlichen Charakteristika des Umgangs mit Krisen (und Suizidalität) besonders herausgearbeitet werden, nämlich das Arbeiten an der **Beziehung**, die Auseinandersetzung mit der **emotionalen Situation** und allfälliger **Suizidalität**, die Konzentrierung auf die **aktuelle Situation** und die Einbeziehung der **Umwelt**.

Krisenintervention ist ein Verfahren, das lediglich bei akuten Krisen erfolgreich angewendet werden kann, allerdings auch bei akuten Krisen mit hoher Suizidgefahr. Dieses Verfahren bewährt sich nicht bei chronisch protrahierten Krisen bzw. chronischer Suizidalität (HENSELER, 1981).

Tab. 6 Allgemeine Prinzipien der Krisenintervention

- rascher Beginn
- Aktivität
- Methodenflexibilität
- Fokus: aktuelle Situation/Ereignis
- Einbeziehung der Umwelt
- Entlastung
- Zusammenarbeit

Zu den **allgemeinen Prinzipien** der Krisenintervention (siehe Tab. 6) gehören der rasche Beginn, die Aktivität des Helfers (die jedoch immer die Gefahr der Abhängigkeit in sich birgt) und die Methodenflexibilität (Hilfe im sozialen, psychologischen, aber auch biologisch-medikamentösen Bereich). Der Fokus richtet sich auf die aktuelle Situation bei gleichzeitiger Berücksichtigung des lebensgeschichtlichen Zusammenhanges. Die Einbeziehung der Umwelt für Ressourcen aus dem sozialen Kontext, die adäquate Entlastung von emotionalem Druck (jedoch nur bis zu einem solchen Maß, dass der Wunsch nach Veränderung nicht völlig erlahmt) sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit sind weitere wichtige Prinzipien.

Natürlich sind mittlerweile auch andere Konzepte beschrieben worden, allen gemeinsam ist jedoch das Arbeiten an der Beziehung, am aktuellen Anlass, an der emotionalen Situation und an der Einbeziehung der Umwelt (z. B. WEDLER, 1987).

In diesem Zusammenhang ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass unser (am Wiener Kriseninterventionszentrum) entwickeltes Interventionskonzept auf der Hypothese beruht, dass die Krise an sich keine „krankhafte Störung“ ist, sondern eine unter bestimmten Bedingungen entstehende „natürliche“ Warn- und Bewältigungsreaktion darstellt. Vertreter des medizinischen Defizitmodells legen natürlich primär ihr Augenmerk auf Störungen, Defizite und Krankheiten und befinden sich damit häufig schon beim (psychiatrischen) Notfall, wobei die Bewältigungs- und Entwicklungsfähigkeit der Betroffenen leicht übersehen wird. Damit geht der Chancenaspekt der Krise verloren, und die Gefahr des Scheiterns wird in den Vordergrund gerückt. Die Intervention wird dann in die Richtung von „Patientenbehandeln“ gehen und kaum Hilfe zur Selbsthilfe sein können, die der Reifung, dem Wachstum und der aktiven Bewältigung dient.

1.4.1 Beziehung in der Krisenintervention, Nähe und Distanz

Aus diesen sehr allgemeinen Hinweisen wird deutlich, dass der Beziehung und natürlich auch den Schwierigkeiten der Beziehung in der Krise und der Krisenintervention besonderer Stellenwert zukommt. Besonders dort, wo im Zuge der Krise bereits eine suizidale Einnengung (RINGER, 1969) besteht (s. a. Einnengung der zwischenmenschlichen Beziehungen) und diese nur über die Beziehung („die stellvertretende Hoffnung“, CULLBERG, 1978) zu lockern ist, bedarf der Betroffene der Zuwendung, des Kontaktes und der Empathie.

Pole der Nähe-Distanz-Relation

Der Versuch, die günstige Nähe-Distanz-Relation zu finden und zu halten, kennt allerdings zwei Pole, die vernieden werden sollten:

- a) Sich aus der Beziehung heraushalten wollen: Das führt dazu, dass wir uns mit dem Betroffenen nicht (ausreichend) identifizieren können. Als Folge davon
 - nehmen wir ihn in seinen Problemen nicht wichtig, nicht ernst; wir sagen ihm dann etwa: „Aber machen Sie sich doch nicht so viel daraus“, „das ist doch alles nicht so arg“, „es gibt viel Schlimmeres auf der Welt“ u. a.;
 - hören wir ihm zwar aufmerksam zu, lassen aber unsere Gefühle nicht sprechen und damit auch seine nicht; wir suchen dann für alles, was ihm quält, vernünftige und logische Argumente, Erklärungen, Vorschläge; sind wir an ihm nicht interessiert, langweilen uns, schieben ihn zu so genannten „Experten“ ab. (Das 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

- wir uns stark mit dem Betroffenen identifizieren und uns von seinen Bedürfnissen und Gefühlen zu wenig distanzieren können. Wir über- oder unterschätzen dann Fähigkeiten, Bedürfnisse, Gefühle oder das Durchhaltevermögen des Betroffenen;
- wir „ganz besonders“ helfen wollen, daher „besonders aktiv“ sind und an seiner Stelle Lösungen überlegen und vorschlagen, wodurch wir ihm seine Eigenverantwortung nehmen (SONNECK, 1989).

Arbeit an der Beziehung

Tab. 7 Beziehungsfördernde Grundhaltung (nach KUENSCH, 1985)

1. Ich nehme den anderen an, wie er ist.
2. Ich lasse dort an, wo der andere steht.
3. Ich zeige, dass ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte.
4. Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren.
5. Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr (worauf weisen sie mich hin?).
6. Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe.
7. Ich orientiere mich an den Bedürfnissen.
8. Ich arbeite an Partnerschaft und vermeide objektivierende Distanz.

Ich nehme den anderen an, wie er ist, und nicht so, wie ich glaube, dass er sein sollte. Ich lasse dort an, wo der andere steht, ich konzentriere mich also primär auf die aktuelle Situation, die ich aber natürlich im psychodynamischen Zusammenhang sehen muss, ist doch gerade die Krisenanfälligkeit, häufig die starke Kränkbarkeit des suizidalen Menschen, ein wichtiger Faktor für das Entstehen der Krise.

Ich mache deutlich, dass ich Kontakt aufnehmen will, ich bin also aktiv in meiner Zuwendung zu dem Anderen. Eine der größten Gefahren in der Intervention ist das argumentierende Diskutieren, wodurch wir den Betroffenen mehr und mehr dazu verführen, noch gravierendere Argumente für seine unmitelbare Situation zu suchen, anstatt an der konstruktiven Bewältigung zu arbeiten (s. o.). Das Wahrnehmen der eigenen Gefühle in der Krisenintervention erleichtert mir nicht nur, selbst die Gegenübertragung zu handhaben, sondern gibt mir 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 im Vordergrund. Ebenso wichtig sind die Bedürfnisse des Betroffenen, nach denen ich mich primär orientiere. Da eine tragfähige Beziehung nur symmetrisch möglich ist, arbeite ich an Partnerschaft, versuche also die Abhängigkeit des Betroffenen, die stark an die Aktivität des Helfers gekoppelt ist, so gering wie möglich zu halten, ohne dass ich dadurch die Stütze, die aus der Autorität und Kompetenz des Helfers erwächst,

dem Betroffenen entziehe, denn in der Krise ist der Mensch abhängiger von Hilfe von außen als in jeder anderen Situation seines Lebens.

1.4.2 Emotionale Situation

Wir gehen auf die **emotionale Situation** des Klienten und auf die körperliche Begleitsymptomatik ein, schätzen das Ausmaß von Panik und Depression ein sowie deren mögliche Konsequenzen, wobei wir insbesondere das Suizidrisiko zu erheben versuchen.

Wie wird man auf Suizidgefährdung aufmerksam?

Der sicherste Indikator dafür ist 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.

„Wenn Sie im Kontakt zu einem Menschen den Eindruck haben, er könnte an Selbstmord denken, fragen Sie ihn danach!“

Zur Beurteilung der Suizidgefährdung kann folgendes Schema (Abb. 1) dienen: Bei einer Suizidankündigung kläre ich zunächst ab, 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 mehreren 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 fehlend einzuschätzen sein, wenn keine akute Krise vorhanden ist, der Betroffene den Suizid lediglich als eine von mehreren Möglichkeiten in Erwägung zieht und keine affektive Einengung festzustellen ist. Zwischen diesen beiden Polen ist die jeweils individuelle Suizidgefährdung anzusetzen (SONNECK, 1989).

Wenn schwere Depression oder übergroße Angst (Panik) nicht durch Entlastung, wie z. B. Gefühle äußern, Chaotisches ordnen, Zusammenhänge verstehen, und durch Entspannung (Atmungs- und Muskelentspannungsübungen) entscheidend vermindert werden können, bedarf es auch medikamentöser Hilfe, insbesondere bei hoher Suizidgefahr. Entscheidungsunfähigkeit oder Unfähigkeit zu sinnvoller Zusammenarbeit. Die medikamentöse Therapie wird aber immer nur eine vorübergehende Unterstützung sein, sind doch die gewichtigsten Indikatoren für die konstruktive Bewältigung der bestehenden Krisensituationen die Bewältigungsfähigkeit vor der Entstehung der Krise, das derzeit vorhandene Selbsthilfepotenzial und das Ausmaß der sozialen Integration.

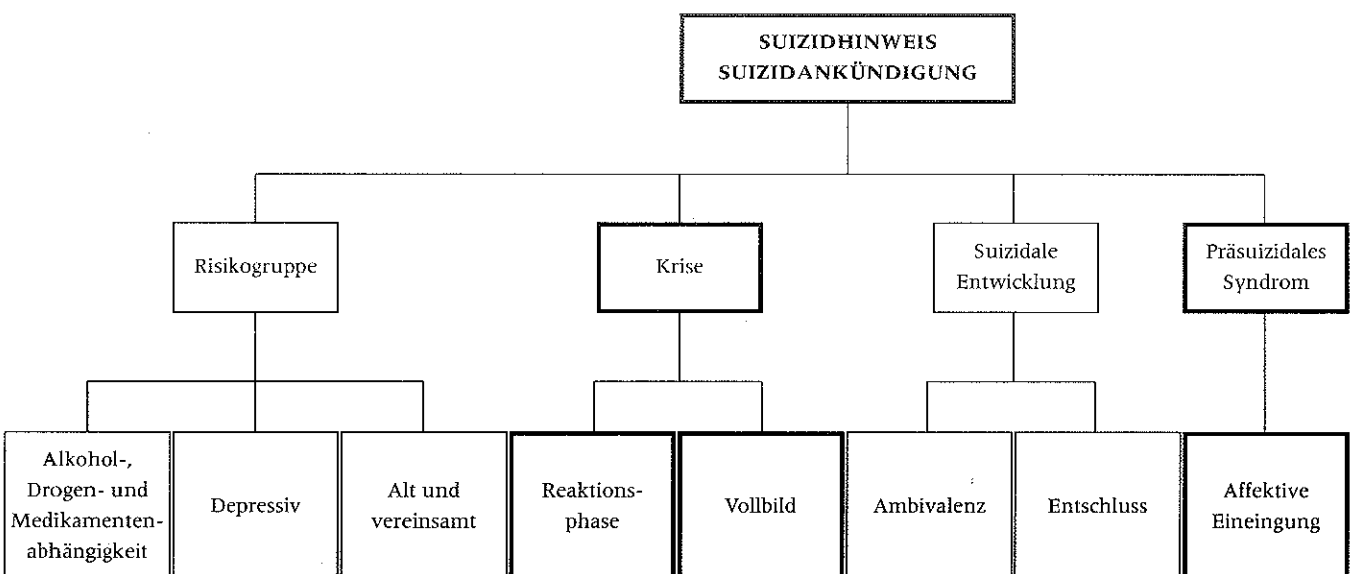


Abb. 1
Schema zur Beurteilung der
Suizidgefahr (vereinfacht)

1.4.3 Aktueller Anlass

Wir befassen uns mit dem **Krisenanlass** und mit der Frage, wer davon noch unmittelbar betroffen ist, mit der derzeitigen Lebenssituation des Klienten – auch mit der Situation hier und jetzt – sowie mit möglichen Veränderungen und bereits angewandten Lösungsstrategien. Die Vergangenheit interessiert uns primär hinsichtlich der Dauer der Krise und der Bewältigung früherer, vielleicht ähnlicher Schwierigkeiten sowie einer eventuellen körperlichen, psychischen und sozialen Vorbelastung (Krisenanfälligkeit).

1.4.4 Soziale Situation

Die soziale Situation, allfällige Belastungen, Gefährdungen oder Ressourcen werden abgeklärt. **Bestehende Hilfsysteme** des Klienten (Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.) lassen wir von ihm unterstützend miteinbeziehen, im Notfall werden wir selbst diese aktivieren, bzw. heranziehen. Entsprechend der Notwendigkeit und den Möglichkeiten werden natürlich auch alle anderen Hilfen der Gemeinschaft vermittelt (z. B. Sozialhilfeorganisationen, Clubs, Selbsthilfegruppen).

1.4.5 Weiteres Vorgehen

Wir klären mit dem Klienten das genaue Setting für **weitere Kontakte** (Anzahl der teilnehmenden Personen, Zeit, Anzahl der Kontakte, Intervalle) in Abstimmung mit seinen und unseren Möglichkeiten, Wünschen und Zielvorstellungen. In den Folgegesprächen stellen wir immer wieder den Bezug zwischen der Anfangssituation, der jetzigen Situation (auch der Gesprächssituation) und den konkreten Zielvorstellungen her bzw. erarbeiten Letztere oder modifizieren sie unter Mithilfe und Miteinbeziehung der Gefühlsebene.

1.4.6 Beendigung

Da Krisenintervention mit maximal 10–12 Gesprächen **beendet** sein sollte, ist das Vorbereiten dieser Beendigung sehr wichtig: Wir rekapitulieren in den letzten Gesprächen gemeinsam, was der Klient erreicht hat und wie er es erreicht hat und besprechen vorplanend, wie er sich bei künftigen Schwierigkeiten verhalten wird. Gelegentlich erweist es sich als notwendig und sinnvoll, unmittelbar an die Krisenintervention eine (Kurz-)Psychotherapie anzufügen, um ausreichende Stabilisierung zu erreichen. Wenn die noch bestehenden Persönlichkeitsprobleme jedoch gravierend sind, besprechen wir die Möglichkeit einer weiterführenden längerfristigen Therapie und sind, entsprechend seiner Entscheidung, dem Klienten behilflich, eine Therapiemöglichkeit zu finden.

1.5 Falldarstellung

M. P., ein 52-jähriger, beruflich selbstständiger Mann, muss unerwartet Konkurs anmelden. Vor einem Jahr hat Herr P. seine Frau verloren und daraufhin erneut geheiratet: „Sechs Wochen vor meinem Konkurs hatte ich das Empfinden, selbst unheilbar krank zu sein. Mein ganzer Organismus war in heller Aufregung, Körperlich fühlbare Schauer durchliefen mich, und meine Unheilbarkeit war für mich offensichtlich. Geistig fühlte ich die Ausweglosigkeit, eine Flucht in die Psychiatrie erschien mir ein realer Ausweg, eine lebenslange Aufnahme in einer geschlossenen Anstalt als nunmehr erstrebenswertes Lebensziel. Eine Woche später, als ich die Unabwendbarkeit des Konkurses erstmals begriff, setzten sich Selbstmordgedanken fest. Heimlich, still und leise. Niemand wusste davon, und niemand sollte auch davon erfahren. Ich bereitete alles gedanklich vor, Ort, Zeit, Art und Weise etc., ich entwickelte eine richtige Selbstmordstrategie. Von der Tat trennten mich nur noch wenige Tage, wenn nicht sogar nur Stunden. Meine Frau schrieb mir in dessen täglich seitenlange Liebesbriefe, die ich las, aber ohne Reflexion. Niemand wusste von meinen Absichten, auch sie nicht. Aber niemand half mir sonst, wahrscheinlich auch deshalb nicht, weil ich unfähig war, mich zu artikulieren. Und artikulieren konnte ich mich nur vor einer freundschaftlichen, aber fachlichen Kompetenz. Sie lief mir in Gestalt des emeritierten Professors Dr. M. über den Weg. Eine Empfehlung an seinen guten Freund war eine Sache von Sekunden, mein Entschluss, seiner insinuirlichen väterlichen Bitte zu entsprechen, stand fest. Nichts wollte ich unversucht lassen. Ich würde schon fertig werden mit seinen psychologischen Tricks, ich brauchte keinen Psychologen, ein Psychologe war ich selber, ich brauchte echte Hilfe. ... Nachdem ich ihm klargemacht hatte, dass er mir nicht helfen könne, meinte er: „Ich nicht, aber ich habe etwas, das Ihnen helfen kann. 10 Minuten von hier gehen Sie ins Kriseninterventionszentrum, ich rufe in zwischen dort an.“ Und dann stand ich dort, ohne Termin und ohne Anmeldung als sogenannter akuter Fall mit hoher Selbstmordgefährdung ...“

Als Herr M. P. kam, war er so unruhig, dass er während des Erstgesprächs über eine Stunde raslos auf und ab ging. Es zeigte sich sehr bald, dass er bezüglich des Konkurses schwerste Insuffizienz- und Schuldgefühle hatte und diese starke Schuldgefühle seiner verstorbenen Frau gegenüber aktivierten und dass er gefühlsmäßig außerordentlich stark blockiert war. Dieses waren die Ergebnisse der ersten Sitzungen, wobei er jedoch gleich den dritten Termin nicht mehr wahrnahm. Er wurde dann von uns kontaktiert, was offenbar sein Vertrauen so weit stärkte, dass er bereits vor dem ausgemachten nächsten Termin kam. Er pendelte zwischen Schuldgefühlen und Nicht-Verantwortlich-Sein. Nach etwa 10 Interventionen, die innerhalb von drei Wochen durchgeführt wurden, war er deutlich strukturierter und konkreter und entwickelte Zukunftspläne. Er war in der Lage, sich auch Unterstützung von anderen Personen zu holen, bekam ein konkretes Berufsangebot, der Konkurs konnte in einen Zwangsausgleich umgewandelt werden. Ein neuerlicher Kontakt nach einer Pause von etwa zwei Monaten zeigt, dass es ihm gut geht, die Krisenintervention wird beendet. Im Zuge eines Nachkontaktes drei Jahre später erweist sich Herr M. P. als stabil: Er ist nochmals Vater geworden und sowohl beruflich als auch privat tüchtig.

Wie erlebte Herr M. P. unsere Arbeitsweise? (Stark gekürzte Zitate aus einer Selbstdarstellung von M. P.)

Rascher Beginn: „... nachdem ich ihm klargemacht hatte, dass er mir nicht helfen könne, meinte er: Ich nicht; aber ich habe etwas, das Ihnen helfen kann. 10 Minuten von hier in der Spitalgasse 11 im dritten Stock ... ich gehe dort hin. Wer steht mir gegenüber? Ein Sozialarbeiter. Psychiater? Egal mit dem werde ich schon fertig. Er spricht: Bitte kommen Sie weiter, bitte nehmen Sie Platz. Das konnte er gerade noch sagen ...“

Aktivität des Helfers, Beziehung: „... was ich anfangs als Zeichen der Inkompetenz deutete, wuchs ihm aber mit zunehmendem Engagement für mich und meine schwer verletzte Seele als besondere Kompetenz zu. viele Wochen hindurch ...“

Methodenflexibilität, Entlastung: „... ein aufmerksamer Zuhörer, ein Aktivator und Regenerator meines völlig zusammengebrochenen Ichs. Da war gerade noch der sprichwörtliche Lebensfunke vorhanden, und in den musste man nun mühevoll hineinblasen, bis mehrere Funken entstanden. Es war wie das Aufladen eines leeren Akkumulators ... Der Glaube an die fachliche Kompetenz scheint auch deshalb notwendig, weil sie vom Hilfesuchenden erwartet wird ... Meine tiefsten Geheimnisse konnte ich niemandem sonst anvertrauen. ...“

Zusammenarbeit und Einbeziehung der Umwelt: „... Zweitwichtigste Person war meine junge Frau ... Die drittwichtigste Person war ein Freund ... Das war ein echtes Hilfsangebot, das in einer konzentrierten Aktion zu wirken begonnen hatte, das es mir immer schwerer machte, meine Selbstmordgedanken mit Konsequenz weiter zu verfolgen ...“

Aktive Bewältigung: „... habe ich erlebt, dass es an einem selbst und an den Helfern liegt, ob man in aktiver Arbeit die Verletzungen überwinden kann oder ob das bestenfalls vernarrt oder ob man ganz passiv wird ...“

1.6 Betroffenheit des Helfers

Die Beschäftigung mit Menschen in Krisen und mit Suizidgefährdeten bringt uns selbst auch immer wieder mit unserer eigenen Krisenanfälligkeit, eigenen Suizidalität und mit unserer Einstellung zum eigenen Sterben und Tod in Kontakt. Je besser ich meine eigene Stellungnahme zu Suizid, Tod und Sterben kenne, umso freier werde ich sein, den schwierigen Weg mit dem Menschen in der Krise gemeinsam zu gehen. Je früher ich selbst in der Krisenintervention meine Hilfsbedürftigkeit wahrnehme, mich der Hilfe anderer versichere und diese gegebenenfalls in Anspruch nehme, umso besser werde ich mich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren können, deren innere Not und Bedrängnis sie am Leben verzweifeln lässt. Je besser ich meinen eigenen Lebenssinn erarbeitet habe, desto eher werde ich den bedrängten Menschen auf der Suche nach seinem Sinn begleiten können – und nur das ist Hilfe, die tatsächlich wirkt.

Zusammenfassung Krisenintervention ist ganz besonders durch Methodenflexibilität geprägt. Die Anwendung ist jedoch nicht wahllos, sondern nur **situations- und persönlichkeitsgerecht** angezeigt. Das Arbeiten

an der Beziehung, die Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und allfälligen Suizidalität, das Arbeiten am aktuellen Bedingungsgefüge und mit dem sozialen Umfeld sind dabei die wesentlichen Aktivitäten. Das *Wie* wird sich jedoch an den aktuellen Gegebenheiten orientieren müssen, und das wird, entsprechend der Vielfalt menschlicher Entwicklungen, menschlicher Krisen und der Krisenanlässe, ebenso vielfältig sein müssen.

2. Krisen im menschlichen Leben

Ein kurzer Leitfaden zur Bewältigung von Krisensituationen

Jeder von uns hat Probleme, und es gibt Zeiten, in denen sie überhand nehmen und zu Krisensituationen werden. Solche Krisen müssen keine Katastrophen werden. Vielmehr können sie Wendepunkt sein zu intensiver Wandlung und zu innerem Wachstum.

Es ist interessant, dass die Chinesen für das Wort „Krise“ zwei Schriftzeichen haben, von denen das linke „Gefahr“ bedeutet und das rechte „Chance“.



Abb. 1
Chinesisches Schriftzeichen für Krise. Der linke Teil heißt Gefahr, der rechte Chance.

Vergegenwärtigen wir uns eine Krisensituation aus unserem eigenen Leben, suchen wir eine Situation, in der wir nicht mehr weiterwussten, so fallen uns Gefühle des Schocks, der Überforderung, der Angst, der Verzweiflung und Not, der Niedergeschlagenheit, des Misstrauens und der Feindseligkeit ein – allesamt Erinnerungen, die uns nicht besonders lieb sind. Wenn wir uns weitererinnern, so wird sich das Gefühl der Kraft und der Erleichterung, vielleicht sogar jenes von Stolz und Zufriedenheit einstellen – kurz: das Gefühl, eine schwierige Lebenssituation gemeistert zu haben und in der Bewältigung gereift, erwachsener geworden zu sein, vielleicht auch autonomer. Das gibt uns wohl die Berechtigung, auch von Lebenschancen im unmittelbaren Zusammenhang mit Lebenskrisen zu sprechen.

Die Frage ist nur, wie wir im täglichen Leben Probleme und Krisen bewältigen und mit welcher inneren Haltung wir ihnen gegenüber treten. Zunächst einmal sollten wir uns im Klaren sein, dass Krisen zumeist nicht aus heiterem Himmel fallen, sondern sich nach und nach entwickeln. Der Auslöser der Krise darf dabei

nicht mit der eigentlichen Wurzel verwechselt werden. Der Auslöser ist ein Ereignis, das den letzten Anstoß für ein Akutwerden der bestehenden Probleme gibt. Die Ursachen von Krisen liegen in den kleineren und größeren Schwierigkeiten, die tagtäglich erlebt, aber aus den verschiedenen Gründen nicht ernst genommen werden. Das Erlebnis einer Krise macht uns bewusst, dass etwas getan werden muss. Wir sollten daher ein solches Tief prinzipiell als natürliche Warnreaktion betrachten, uns mit den Problemen zu beschäftigen, um nicht durch Missachtung dieses Signals die eigene Situation zu verschlechtern.

Krisenbewältigung

Zunächst einmal nicht die Flamme ins Korn werfen und aufgeben, sondern überlegen und herausfinden, was wir, erstens, **selbst tun können** und, zweitens, wo wir die Hilfe anderer brauchen. Wenn es uns sehr schlecht geht, fühlen wir uns wie überwältigt von der Fülle von Schwierigkeiten, denen wir uns gegenübersehen, und die kleinsten Anforderungen erscheinen uns dann wie unüberwindliche Berge, die uns den Weg versperren. Da es völlig unmöglich ist, alle Sorgen mit einem Schlag zu beseitigen, müssen wir uns vorerst auf die aktuelle Problematik konzentrieren und alle weiteren Belastungen nach der Dringlichkeit und den bestehenden Möglichkeiten ordnen, um uns einen Überblick über unsere Lage machen zu können.

Dadurch werden jene Schwierigkeiten, die wir ursprünglich für völlig unlösbar hielten, auf ihren tatsächlichen Stellenwert reduziert, was bereits als erster Erfolg in der Bewältigung erlebt wird. Wir versuchen uns also klar zu werden, welche Problembereiche unseres Lebens betroffen sind und was wir für uns in dieser Krisensituation wollen und brauchen und wie wir das erreichen können.

Selbsthilfe bei Krisen:

- Warnreaktion erkennen
- Probleme ordnen
- Hilfe anderer nötig?
- Chancen wahrnehmen
- Gefahren erkennen: Überforderung
- Zögern beim Annehmen von Hilfe

Die **Hilfe anderer** ist notwendig bei Partner-, Eltern-, Kind-, Arbeitsproblemen etc., kurz gesagt in den Krisensituationen, in die andere Menschen mit einbezogen sind. Die Hilfe besteht darin, dass die Beteiligten gemeinsam besprechen, was geschehen soll und was jeder beitragen wird. Es können aber ebenso Außenstehende, insbesondere, wenn gemeinsame Gespräche der Konfliktpartner nicht oder nicht mehr möglich sind, bei der Bearbeitung der Schwierigkeiten hilfreich einspringen. Es gibt natürlich auch Krisen, wie im Krankheitsfall oder bei Depressionen, wo andere Menschen nicht unmittelbar beteiligt sind. Trotzdem benötigen wir gerade in diesen Situationen die Hilfe anderer, um den Sinn der

Krankheit zu finden und durch Unterstützung der Umgebung oder auch professioneller Helfer positive Änderungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Leider verhalten wir uns nicht immer in der oben angeführten Weise. Wir fühlen uns durch die Krisensituation eingeengt, überfordert und neigen zu Gefühlen von Hilf- und Ratlosigkeit. Wir denken im Kreis und weichen so den Problemen aus.

Obwohl wir uns selbst so nicht helfen können, zögern wir allzu oft, die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen, weil wir meinen, dass sich für unsere Probleme niemand interessiert, dass sie niemanden etwas angehen, dass andere nicht damit belastet werden können und dass wir doch allein mit unserem Problem fertig werden müssten. Nicht selten zweifeln wir dann am Sinn des Lebens und sehen im Selbstmord den einzigen Ausweg. Auch wenn wir manchmal das Gefühl haben, ganz verlassen und auf uns allein gestellt zu sein oder auf Gleichgültigkeit zu stoßen, auch wenn uns Einnütigungen den Weg zu unseren Mitmenschen erschweren, sollten wir die Hilfsmöglichkeiten unserer Gesellschaft nicht unterschätzen und diese auch wahrnehmen. Dies wird uns leichter fallen, wenn wir Krisen nicht als persönliches Versagen, sondern als Chance für eine Neugestaltung sehen.

Ebenso wie wir die anderen benötigen, wenn uns etwas über den Kopf zu wachsen droht, müssen wir beachten, dass auch die anderen unsere Hilfe immer wieder brauchen. Vielleicht befindet sich in unserer Umgebung gerade jetzt jemand in einer schwierigen Situation und kämpft mit sich und seinem Wunsch, uns um Hilfe zu bitten. Es ist meist nicht schwer zu erkennen, wenn es einem anderen Menschen schlecht geht. Häufig wissen wir z. B., dass ihm ein Schicksalsschlag getroffen hat oder dass er längere Zeit hindurch krank war, oder wir sehen ihm an, dass er bedrückt, nervös, zerstreut ist, wir bemerken, dass er sich isoliert, uns eventuell sogar ausweicht und sich mehr und mehr ins Elend verstrickt.

Wie oft hören wir in unserer täglichen Arbeit im Kriseninterventionszentrum: „Dieser oder jener macht mir Sorgen, ich weiß nicht, was mit ihm los ist.“

Immer, wenn wir uns um jemanden Sorgen machen, wäre es doch das Einfachste, dem Betroffenen das zu sagen bzw. ihn nach eventuellen Schwierigkeiten zu fragen. Über bedrückende Gefühle, Ängste, Befürchtungen, Verbitternungen mit jemandem reden zu können, bringt häufig unmittelbare Entlastung. Als Helfer müssen wir aber wissen, dass wir dabei nicht selten diese Verbitterung und gelegentlich auch das Misstrauen und die Feindseligkeit, unter der ein Mensch in seiner Not leidet, selbst zu spüren bekommen. Darauf nicht beleidigt und abweisend zu reagieren, sondern diese Gefühle als in der Krisensituation wichtig zu erkennen und zu akzeptieren, ist eine wesentliche Aufgabe, vermitteln wir doch dadurch, ich bin da und bereit, mit dir diese schwierige Situation gemeinsam zu meistern. Fühlt sich der Helfer selbst überfordert, kann er seinerseits die Hilfe seiner Umgebung oder gegebenenfalls professioneller Helfer leichter in Anspruch nehmen, da er noch nicht von der Problematik überwältigt worden ist.

Da zu erwarten ist, dass wir alle im Laufe unseres Lebens Veränderungen, die uns aus der Bahn werfen könnten, durchmachen, aber auch von Schicksals-

schlägen betroffen werden, können wir insofern **vorsorgen**, als wir uns auf solche Situationen vorbereiten. Das heißt nun nicht, dass wir unser Leben lang die schrecklichsten Ereignisse phantastieren und uns damit die Lebensstunde nehmen sollen, sondern es bedeutet, dass wir uns mit Problemen und Belastungen, z. B. im Elternhaus, im Beruf, mit den Kindern, bei Krankheiten, Einsamkeit, aber auch im Zusammenhang mit Sterben und Tod, nicht erst dann auseinanderzusetzen, wenn wir durch unmittelbare Betroffenheit dazu gezwungen sind.

Je besser ich den Sinn des Lebens für mich geklärt habe, je genauer ich meine Einstellung zu Krankheit, Depression, Altern und Tod kenne, umso besser werde ich selbst auf der Suche nach einem erfüllten Leben mit den eigenen Krisensituationen umgehen können, und umso freier werde ich sein, selbst Hilfe zu akzeptieren, aber auch anderen in ihrer Not zu helfen.

2.1 Psychosoziale Krisen

In Anlehnung an CAPLAN (1964) und CULBERG (1978) bezeichnen wir mit psychosozialer Krise 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.

Aus dieser gewiss sehr komplizierten Definition wird jedoch deutlich, dass mehrere Faktoren zusammenspielen müssen, um eine psychosoziale Krise zu bewirken. Daher wollen wir die hierfür wichtigen Aussagen näher bestimmen.

Ereignisse und Lebensumstände können **Anlässe** für Krisen werden. Sie können auftreten als:

Katastrophen- und Massenbelastungen: politische und rassische Verfolgungen, Kriegswitwen, Unwetter-, Bergwerks-, Eisenbahnkatastrophen etc.

Individuelle Belastungen: Schicksalsschläge oder Situationen des normalen Lebensablaufs.

Sie können hauptsächlich *eine* Ebene der menschlichen Identität treffen, immer jedoch mit weiterer Wirksamkeit auf die beiden anderen Ebenen:

a) die körperlich-biologische Ebene: z. B. Pubertät, Klimakterium, chronische Erkrankungen;

b) die psychische Ebene: seelische Konflikte;

c) die soziale Ebene: Ereignisse, die z. B. durch Rollenveränderung oder Statusverlust gekennzeichnet sind, wie beispielsweise die Scheidung (Ehefrau – alleinstehende Frau mit Kindern), längere Arbeitslosigkeit oder Tätigkeit als Gastarbeiter.

Unter Art und Ausmaß von Krisenanlässen wird nicht (nur) etwas „Objektives“ verstanden, sondern vor allem die **jeweils subjektive Bedeutung** des Geschehens inklusive seiner möglichen realen und phantasierten (vorgestellten)

Konsequenzen. In dieser Subjektivität kann auch eine allfällige erhöhte Verletzlichkeit zum Ausdruck kommen, wie sie z. B. infolge psychischer Erkrankungen oder früherer gleichartiger unbewältigter Krisen bestehen kann (Krisenanfälligkeit).

Zur Lösung oder Bewältigung bestehender Schwierigkeiten benötigt der Mensch sowohl eigene Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten als auch **außerhalb seiner Person liegende Hilfsmöglichkeiten** verschiedener Art, wie z. B. gesichertes Einkommen, situationsspezifische Beratung durch Fachleute, kurz gesagt: die von einer Gemeinschaft zur Verfügung gestellten Hilfsmittel (Ressourcen). Das weitaus Wichtigste von allen ist allerdings die **emotionale und reale Unterstützung durch Angehörige, Freunde und andere Menschen**, die jedoch der Einzelne auch aktivieren und nützen können muss.

Leider wird die Bedeutung, die den Reaktionen der Umwelt zukommt, häufig an Negativbeispielen aufgezeigt:

- wenn Krisen durch sie verschärft werden; Beispiel: Der Suizid eines Menschen führt zur Beschuldigung eines anderen Menschen, „der Mörder“ zu sein;
- wenn Krisen durch sie ausgelöst werden; Beispiel: Lernschwierigkeiten eines Schülers, die primär ein Problem für seine Eltern sind und erst dadurch zur Krise für ihn werden (in solchen Fällen ist es oft nicht einfach, die ursprüngliche Krisenreaktion herauszufiltern);
- wenn Reaktionen oder Umwelt für einen bestimmten Menschen überhaupt fehlen; Beispiel: Isolierte oder alte Menschen.

2.1.1 Traumatische Krisen

CULBERG (1978) unterscheidet, je nachdem, welche individuellen Belastungen zu Krisen geführt haben, zwischen traumatischen Krisen und Lebensveränderungskrisen – eine Einteilung, die sich in unserer Arbeit als sehr hilfreich erwiesen hat für das Verständnis des Krisenverlaufs und für entsprechende Interventions Schwerpunkte.

Die traumatische Krise ist eine durch einen Krisenanlass mit subjektiver Wertigkeit plötzlich aufkommende Situation von allgemein schmerzlicher Natur, die auf einmal die psychische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit und/oder die fundamentalen Befriedigungsmöglichkeiten bedroht“ (CULBERG, 1978). *Beispiele:* Tod eines Nahstehenden, Krankheit, Bekanntwerden von Diagnosen, plötzliche Invalidität, plötzliche Beziehungsbedrohung wie Untreue oder Trennung, soziale Kränkung und Versagen, äußere Katastrophen.

Der **typische Verlauf** erfolgt in vier Phasen; das akute Stadium umfasst dabei die erste sowie den Beginn der zweiten Phase und dauert bis zu vier bis sechs Wochen.

1. Phase – Schockphase: Die Wirklichkeit wird ferngehalten. Äußerlich kann man geordnet erscheinen, innerlich ist alles chaotisch, später existiert oft keine Erinnerung an diese Zeit. Der seelische Aufruhr führt zu ziellosen Aktivitäten (Toben) oder, wenn der Rückzug (Regression) sehr groß ist,

zu einem Zustand der „Betäubung“, das heißt, es besteht keine Kommunikation mit der Realität.

2. **Phase – Reaktionsphase:** Die Konfrontation mit der Realität ist unvermeidlich. Man versucht, die Wirklichkeit so adaptiv wie möglich zu integrieren unter Einsatz psychischer Abwehrmechanismen. Besonders häufig sind: Verdrängungsphänomene, Verleugnungstendenzen, starke Abhängigkeitswünsche, Rationalisierung der Ereignisse, sozialer Rückzug mit selbstzerstörerischen Tendenzen (Alkohol- und Medikamentenmissbrauch). Die Reaktion ist primär eine emotionale Reaktion, wenn unterschiedlichste Gefühle mit ungeahnter Intensität auftreten. **Fixierungsgefahr** besteht, wenn intrapsychische Konflikte aktiviert werden. (Wenn z. B. frühere Missbrauchserlebnisse, die bisher nicht erinnert bzw. verdrängt waren, durch einen spezifischen Krisen Anlass, der ev. auch missbrauchend erlebt wird, mit entsprechenden Symptomen, z. B. Angst, Schuldgefühl, Ekel, Verzwelgung sowie körperlichen Beschwerden, zu Tage treten.) **Chronifizierungsgefahr** besteht, wenn die äußeren Hilfsstrukturen (soziale Umwelt) unbefriedigend sind oder überhaupt soziale Isolation eintritt. Durch die Reflexion des Krisen Anlass und seiner Konsequenzen kommt es zur

3. **Phase – Bearbeitungsphase:** Allmählich löst man sich von Trauma und Vergangenheit; Interessen tauchen auf, Zukunftspläne werden geschmiedet. Während sich die Reaktionsphase relativ scharf von der Schockphase absetzt, gehen Reaktionsphase und Bearbeitungsphase nicht nur kontinuierlich ineinander über, sondern wechseln einander auch immer wieder ab. Es ist sowohl für den Hilfesuchenden als auch für den Helfer wichtig zu wissen, dass in den ersten Wochen einer Krise zwar die Bearbeitung des Krisen Anlass und seiner Konsequenzen möglich ist und auch wesentliche Linderung bringt, dass diese Zeiten der Erleichterung jedoch immer wieder von dem neuerlichen Auflackern der Reaktionsphase unterbrochen werden, wenn auch im weiteren Krisenverlauf abgeschwächt und seltener.
4. **Phase – Neuorientierung:** Das Selbstwertgefühl ist wieder aufgerichtet, neue Beziehungen werden aufgenommen und gehalten. Insgesamt wurden die Lebenserfahrung gewonnen.

Interventionsschwerpunkte

In der **Schockphase** liegt der Interventionsschwerpunkt auf guter allgemeiner Betreuung. Man darf den Betroffenen bei starkem Schock **nicht allein lassen**, da auf diese Phase unweigerlich die Reaktionsphase mit ihren affektiven Turbulenzen und den damit verbundenen Gefahren folgt! Bei Toben sollte vor körperlichem Schaden bewahrt und dem Betroffenen beruhigend zugeredet werden. Wesentlich ist die Vermittlung eines Gefühls der Geborgenheit (warme Getränke geben, Körperkontakt herstellen: die Hände halten, Umarmen u. Ä., schlafen lassen). Gefühle müssen sich frei äußern dürfen, **nicht** durch vernunftmäßige Be-

arbeitung hemmen. Gegebenenfalls können Schlafmittel für die Nacht gegeben werden (= Kräfte sammeln).

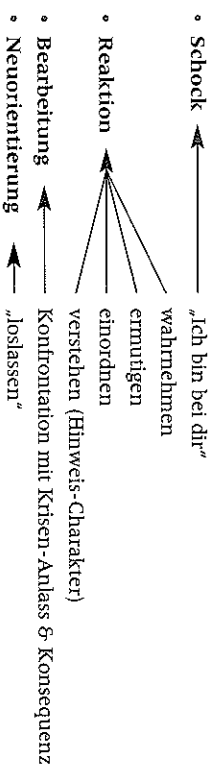
Reaktionsphase: Der Betroffene soll möglichst viel über das Ereignis und seine Gefühle erzählen können, dadurch werden sie konkreter. Üblicherweise „verbottene“ Gefühle (z. B. Wut, Enttäuschung über einen Verstorbenen) können zugelassen, erkannt und akzeptiert werden, weil der Therapeut sie versteht und akzeptiert. In vielen Fällen muss der Therapeut ermutigen und helfen, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Der Therapeut soll „Resonanzboden“ für die Gefühle des Klienten sein (Bion, 1970: „containing function“), wodurch dieser entlastet wird, weil die Last gemeinsam getragen wird. Wenn Angst und Verzwelgung nicht als **krankhafte** Reaktion im Raum bleiben, sondern mit Hilfe des Therapeuten verstanden werden können als **adäquater Ausdruck** für chaotische, verwirrende Gefühle, Protest, Hilflosigkeit und Leere, verlieren sie an Dramatik für den Klienten. Die Konfrontation mit der Realität soll unter behutsamen Stützen erfolgen, den Verleugnungstendenzen und Realitätsverzerrungen muss entgegengetreten werden. Auch **gezielte** Regression (z. B. Krankenstand, Medikamente) kann für die Konfrontation nützlich sein. Sachliche Information, oftmals wiederholt, ist notwendig.

Der Therapeut kommt sich oft inkompetent und nutzlos vor, insbesondere wenn der Klient ihm vorhält, er könne doch nicht helfen, das Unglück rückgängig zu machen. Das ist aber weder seine Aufgabe noch eine mögliche Hilfestellung. Diese besteht in der Übernahme der Funktion als „stellvertretende Hoffnung“ (Coulberg, 1978) im Wissen um die Art und den Verlauf von Krisen.

Traumatische Krisen nehmen immer den beschriebenen Verlauf; der Helfer kann und soll sich darauf beschränken, mit seinen therapeutischen Interventionen den natürlichen Ablauf zu ermöglichen.

Immer wieder lesen wir Meldungen, dass ein junger Mensch nach einem Verkehrsunfall mit meist nur geringem Sachschaden Selbstmord begangen hätte, oft nach vorüberzogener Selbstanzeige. Verständlich wird dieses tragische Ereignis, wenn wir annehmen, dass der Unfall einen Krisenschock auslöste, in dem der Betroffene für Außenstehende weitgehend unauffällig, höchstens etwas abwesend wirkte. Diesem Krisenschock folgt jedoch unweigerlich die zweite Krisenphase des emotionalen Aufbruchs, in der dann der Suizid als einziger Ausweg angesehen und unmittelbar auch durchgeführt wurde. – Das Wissen um diese Zusammenhänge kann so manchen Suizid relativ leicht verhindern, wenn z. B. auch die Exekutive sich nicht nur über die Bagatelldiagnose wundert, sondern ausführlich und länger über die Situation und die Folgen spricht sowie allenfalls Freunde oder Angehörige zur Unterstützung bezieht.

Interventionschema für traumatische Krisen:



2.1.2 Veränderungskrisen

Lebensveränderungen sind Situationen, die allgemein zum Leben gehören und von vielen Menschen auch als etwas Positives erlebt werden. *Beispiele:* Verlassen des Elternhauses, Heirat, Schwangerschaft, Kinder bekommen, Umzug, altersgemäße Pensionierung, Konfrontation mit dem eigenen Sterben; Alltagsituationen aller Art (berufliche Beförderung, Vorladung zu Behörden, Reparaturen im Haushalt u. v. a.).

Lebensveränderungskrisen setzen – entsprechend den Krisenanlässen – nicht schlagartig ein, sondern entwickeln sich innerhalb einiger Tage bis zu maximal sechs Wochen und nehmen dabei nach CAPLAN (1964) ebenfalls einen **typischen Verlauf** in vier Phasen; das akute Stadium beginnt jedoch erst am Ende der dritten Phase und ist in der vierten voll ausgeprägt.

1. Phase: In **Konfrontation** mit dem problematischen Ereignis bleibt das gewohnte Problemlösungsverhalten (persönliche Fähigkeiten und Strategien, übliche Hilfsmittel) wirkungslos und führt zum Aufkommen von Spannung und Unbehagen.

2. Phase: Der Betroffene erlebt, dass er die Belastung nicht bewältigt, das heißt, er **erlebt sich als Versager**; sein Selbstwertgefühl sinkt, während die Spannung steigt.

3. Phase: Der innere Druck führt zur **Mobilisierung** aller inneren und äußeren Bewältigungskapazitäten: Ungewohntes, Neues wird getan (der Betroffene wendet sich z. B. an eine Beratungsstelle), eventuell wird die Situation anders eingeschätzt. Diese Anstrengung kann zu folgenden Resultaten führen: entweder

- a) zur **Bewältigung** der Krise oder
- b) zum Rückzug aus der Situation, wobei die Ziele aufgegeben werden und ein **Gefühl der Resignation** erhalten bleibt. In der Deutung dieses Vermeidungsverhaltens als Lösungsstrategie liegt die **Gefahr der Chronifizierung**.

Wenn die Anstrengung zu keinem Ergebnis geführt hat, weil weder Bewältigung noch Rückzug möglich waren, entwickelt sich in der

- 4. Phase das Vollbild der Krise** mit unerrätlicher Spannung. Äußerlich kann der Betroffene oft noch geordnet wirken, während innerlich durch Verzerrung und Verleugnung der Wirklichkeit sowie Rückzug aus der Kommunikation Konfusion und Desorganisation, inneres Chaos entstehen („Nervenzusammenbruch“): Der Betroffene ist rat- und orientierungslos; entweder sind Verhalten und Äußerungen ungesteuert, ziellose Aktivitäten (Schreien, Toben, Suizidhandlungen) zum Zweck der Spannungsabfuhr, oder man ist innerlich „gelähmt“, was Denken, Fühlen und Handeln erfasst. Letztlich hängt man von den Interaktionen und Reaktionen der Umwelt (Bezugspersonen, zufällige oder professionelle Helfer) ab. Diese Phase sieht praktisch gleich aus wie die Reaktionsphase der traumatischen Krise mit allen charakteristischen Gefahren wie Ausbruch einer Krankheit, Substanzmissbrauch, Chronifizierung und Fixierung sowie suizidales Verhalten.
- 5. Phase: Bearbeitung** des Krisenanlasses, der Veränderung und ihrer Konsequenzen und Belästigungen.
- 6. Phase: Neuanpassung.** Entwicklung neuer Anpassungsstrategien an die veränderte Situation.

Veränderungskrisen können in jeder Phase beendet werden, falls der Krisenanlass wegfällt oder weil Lösungsstrategien bzw. Bewältigungsvermögen entwickelt werden.

Falldarstellung

Als Beispiel diene eine 23-jährige Frau, die mich vor einer Woche in einer schweren Krise aufsuchte; sie war unmittelbar aus der Ordination eines Nervenarztes geflüchtet und kam atemlos bei uns an, sehr aufgeregt, völlig durcheinander. Sie sagte: „Ich kann nicht mehr, ich weiß nicht mehr weiter.“ Was war geschehen, also was war der Krisenanlass? Sie ist aus Südtirol, und dort ist auch ihr Freund. Sie will hier arbeiten, hätte in nächster Zeit diesbezüglich eine Prüfung zu machen und merkt, dass sie nicht ausreichend konzentriert arbeitet. Sie lernt einen jungen Mann kennen, in den sie sich verliebt, und das löst ihre jetzige Krise aus, weil ihre bisherige Auffassung vom Leben ins Wanken gerät. Wie war ihre bisherige Auffassung? „Ich muss mehr leisten als die anderen und besser sein, nur dann besitze ich Wert.“ Damit unterdrückt sie alle Wünsche, auch Annehmlichkeiten, setzt sich unter enormen Druck, teilt sich den Tag streng ein und gönnt sich keine Minute Rast. Nun entdeckt sie, dass dieses Ziel „Ich muss mehr leisten, ich muss besser sein“ unerreichbar ist, denn der Druck dieses Komparativs ist durch nichts abzuschwächen. Sie erlebt, dass sie moralisch versagt hat, und fühlt sich selbst ihrem Freund gegenüber als Verräterin. Daraus lernen wir: Der Krisenanlass ist nur subjektiv zu verstehen, nicht objektiv. Denn für manche könnte diese neue Bekanntschaft mit einem jungen Mann, in den sie verliebt ist, durchaus der Beginn einer neuen und schöneren Lebensgestaltung sein. Für diese junge Frau allerdings ist es der Krisenanlass. An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass nicht nur sogenannte Stressful Life Events, also schlimme Lebensereignisse, Krisen auslösen

können, sondern selbstverständlich auch sogenannte positive Ereignisse und Erlebnisse, wie z. B. eine bestandene Reifeprüfung oder die Geburt eines sehnsüchtig erwarteten Kindes und dgl. mehr. Weiters lernen wir aus diesem Fall, dass die Krisenanfälligkeit durch den spezifischen Lebensstil dieser Frau besonders erhöht war, und es nimmt nicht wunder, wenn sich in der Vorgeschichte typische Symptome von nervöser Magersucht, aber auch enormer Aktivität finden, wenn wir erfahren, dass die Patientin täglich Lauftraining absolviert mit dem Ziel, Marathonläuferin zu werden. Wir fragen uns, hat sie ausreichend Autonomie, steht sie fest genug auf eigenen Beinen, ist sie gewohnt, mit Schwierigkeiten umzugehen, und wie tut sie das? Wie ist ihre Stellung zur Umwelt, fühlt sie sich prinzipiell in der Gemeinschaft geborgen oder von Feinden und Konkurrenten umgeben, fühlt sie sich ihren Mitmenschen gleichwertig oder unterlegen (überlegen?). Hat sie gelernt zu kooperieren, oder hat sie es verlernt? Und schließlich: Wie reagiert die Umwelt auf die Krise? Hilft sie ihr, treibt sie sie weiter hinein, entzieht sich ihr die Umwelt?

Worin liegt nun die Chance in diesem vorher erwähnten Beispiel? Die Chance liegt darin, dass die junge Frau noch frühzeitig ihren Lebensstil revidieren kann, womit sich ihr neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung eröffnen, denn es ist evident, dass ihr bisheriger Lebensstil auf die Dauer nicht aufrechtzuerhalten sein wird.

In beiden Formen der akuten Krise zeigen die Betroffenen im Allgemeinen hohe Motivation, Hilfe zu suchen und anzunehmen, weil die seelische Not infolge Schwächung der charaktertypischen Abwehrhaltungen sehr stark empfunden wird. In der Schwächung der Abwehr besteht auch die **Chance der Krise**, im Erleben der Bewältigung nicht nur eine Bereicherung, sondern auch eine Veränderung der Persönlichkeit zu erfahren.

2.1.3 Chronisch protrahierte Krisen

Chronifizierte Krisen entstehen, wenn **Veränderungskrisen** durch Vermeidungsverhalten oder destruktive Bewältigungsmuster gelöst werden bzw. wenn **traumatische Krisen** in ihrem natürlichen Verlauf in der Reaktionsphase festgehalten sind, weil keine Bearbeitung stattgefunden hat, sondern schädigende Strategien eingesetzt wurden. Solche schädigende Strategien sind z. B. Alkoholkonsum und Medikamentenmissbrauch, Rückzug aus sozialen Beziehungen und dadurch Isolierung. Manche schädliche Entwicklung wird durch Verhalten und dadurch unterstützt, wenn z. B. Krankheit zugeschrieben wird oder unüberlegt eine Krankenhausweisung erfolgt, der Betroffene darin bestärkt wird, seine Gefühle nicht auszudrücken, Hilflosigkeit zu sehr gefördert wird, Abhängigkeit unbedacht und unnötig verstärkt wird.

Menschen in chronischen Krisen zeigen ein stark ausgeprägtes **Vermeidungsverhalten**: Sie scheuen Kontakte – gelegentlich mit Ausnahme von Eltern oder Kindern – und vermeiden insbesondere jedwede Anstrengung, die zu einer Veränderung führen könnte. Ihre Aktivität erschöpft sich häufig in Klagen

und Anklagen. Die Stimmung ist subdepressiv mit Schwankungen in begrenztem Umfang, meist jedoch ohne aufspürbaren Anlass, immer aber begleitet von körperlichem Unbehagen, das sich in verschiedenen diffusen Beschwerden äußert, wie Kreislaufstörungen, Schwindel, Mattigkeit, Schwächegefühl u. a. Damit wird auch der hohe Medikamentenkonsum erklärt, der in der Regel nicht zur Sucht führt. Nicht selten sind die Betroffenen misstrauisch.

Chronisches Krankheitsverhalten

- mangelnde Selbsthilfemöglichkeiten, Passivität und Hilflosigkeit
- medizinische Interventionen müssen unmittelbar zur Verfügung stehen
- fehlende Veränderungsmotivation bei vordergründiger Kooperation
- Persistieren der Beschwerden durch das Verhalten der Umgebung
- Vermeidungsverhalten
- Abgabe der Verantwortung
- Konsequenzen für die Leistungsfähigkeit, sozialer Rückzug

Recht charakteristisch ist, dass chronische Krisen sich im Erstkontakt als akute Krisen präsentieren, nicht zuletzt deshalb, weil auf dem Nährboden der chronischen Krise die Vulnerabilität besonders erhöht ist. Dadurch werden viele Situationen zu „Krisenanlässen“, die der Helfer in Unkenntnis der chronischen Entwicklung missdeutet. Bringt er daraufhin das aktive Akutinterventionskonzept zur Anwendung, wird er Hilfslosigkeit und Abhängigkeit weiter fördern. Es liegt auf der Hand, dass sich der Helfer dadurch den weiteren therapeutischen Zugang verbaut.

Dies bedeutet, dass die **Frage nach der Dauer** der bestehenden Schwierigkeiten und des Zustandes die wichtigste Entscheidungshilfe darstellt, ob es sich um eine akute oder chronische Krise handelt. Danach wird sich auch das weitere Vorgehen richten: bei akuten Krisen im Sinne der Krisenintervention (s. Kap. 3.3); bei chronischen Krisen wird es darauf ankommen festzustellen, ob neben dem Wunsch nach aktueller Hilfe auch ein solcher nach einer in aller Regel nur durch Psychotherapie erreichbaren Lebensänderung besteht.

Die erste wichtige Entscheidung des Helfers ist, ob er sich auf die (zunächst viele Jahre dauernde) Behandlung dieser chronischen Krise einlassen kann. Erst wenn er dieses geklärt hat – Therapieabbrüche sind den Menschen mit chronischen Krisen nur allzu geläufig –, beginnt eine oft über ein Jahr gehende Phase der Motivation zur Veränderung und der Klärung des Therapiezieles, das etwa lauten könnte: „Was will der Betroffene verändern, und wie könnte er es erreichen?“ Die Therapie konzentriert sich dann – soweit wie nur irgend möglich – unbeirrt von laufenden und fast alltäglichen, gelegentlich dramatischen Zustandsverschlechterungen auf diese Ziele und auf die Entwicklung von Strategien zu deren Erreichung. Die unmittelbaren **Therapieziele** sind folgendermaßen zusammenzufassen:

- Informationen, Aufklärung, Beratung
- Wiedererwerben von Vertrauen in die eigene Kompetenz und in die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers
- Wiedererwerben von Vertrauen in die psychische und soziale Funktionsfähigkeit
- Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten im sozialen und körperlichen Bereich
- Umgang mit Gefühlen und kritischen sozialen Situationen
- Aufgeben der Krankenrolle
- Erlernen von Entspannung
- Kritischer Umgang in der Inanspruchnahme von medizinischen Hilfen, Medikamenten und Suchtmitteln
- Rückfallprophylaxe

Differenzialdiagnostisch ist es nicht einfach, diese chronischen Krisen von bestimmten neurotischen Entwicklungen zu unterscheiden; insbesondere die von RINGEL (1969) beschriebene Neurose der Lebensgestaltung entspricht offenbar weitgehend dem Konzept der chronifizierten Krise. Therapeutisch hat dies jedoch insoweit kaum Konsequenzen, als es im Allgemeinen an der Persönlichkeit des Betroffenen liegt, ob eine aufdeckende Therapie durchgeführt werden kann oder ob die oben angeführte Methodik über die konsequente Erreichung eines bestimmten Zieles zu Generalisierungseffekten führt, wodurch der Betroffene auch die anderen Lebensbereiche, die nicht unmittelbarer Gegenstand der Therapie sind, besser zu bewältigen lernt.

2.1.4 Das Burnout-Syndrom als Entwicklung zur Krise

Im Jahre 1961 veröffentlichte der 1991 verstorbene Graham GREENE die bekannte Erzählung „A burnt-out case“. Dies ist die früheste mit bekannte Bezeichnung eines Syndroms, das BAUERLE 1969 in seinen Untersuchungen zum so genannten Praxisschock junger Lehrer folgendermaßen beschreibt: „Ein sich langsam entwickelnder Zustand, eine Reduktion psychischer Belastbarkeit schon im mittleren Berufsalter, die Entstehung von Resignation und Ressentiment als Folge menschlicher Überforderung; innerer Rückzug von allen Menschen und menschlichen Problemen.“

Meine eigene Beschäftigung mit Menschen in Krisen brachte mich immer wieder mit einem Phänomen in Kontakt, das weder unter die klassischen traumatischen noch chronisch protrahierten Krisen einzuordnen war: Es handelt sich um ein **Reaktionssyndrom**, das sich oft über viele Jahre aus spezifischen Arbeitsbedingungen, Aufgaben- und Tätigkeits- sowie Persönlichkeitsmerkmalen als Sonderform einer Problemlösung entwickelt: Das Burnout-Syndrom.

Kisserer findet in seinem Beitrag in dem von CIOMPI & HEIMANN (1991) herausgegebenen Buch „Psychiatrie am Scheideweg“ allerdings sehr kritische Worte zur Bezeichnung „Burnout-Syndrom“, das der Psychoanalytiker FREUDENBERGER 1974 eingeführt hatte, und setzt es zu dem „ausgebrannten Defizienzsyndrom“

chronisch Schizophrener in Bezug. Er schlägt vor, diese charakteristische Verfassung schlichtweg **Erschöpfung** zu nennen. Wir werden noch sehen, dass Erschöpfung tatsächlich eines der wesentlichsten Charakteristika des Burnout ist – Erschöpfung allerdings in dem Sinne, wie es BRÄUNGMAN bereits 1969 in seinem Buch „Reaktionen, Neurosen, Psychopathien“ zur Beschreibung der Erschöpfungsreaktion verwendet hat: „Charakteristisch ist die gespannte, reizbare Erschöpfung, die nicht die wohlige Müdigkeit des Erfolgreichen ist, sondern eine morose Verstimtheit und Leistungsunfähigkeit einschließt. Das Gefühl der Ohnmacht und Müdigkeit ist von einem Spannungszustand begleitet. Die Erschöpfung und Schwäche führt nicht zum ruhigen und erholsamen Schlaf, sondern meist besteht eine paradoxe Unfähigkeit zur Entspannung mit Schlafstörung. Die Stimmung ist gewöhnlich nicht ausgesprochen depressiv, sondern flach, fade, leer, lustlos. Alles ist zu viel, alles stellt eine Anforderung dar, von der man nichts mehr wissen möchte ...“ Hier ist bereits sehr gut herausgearbeitet, was unter den wesentlichen Aspekten des Burnout-Syndroms zu finden ist: *emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung* (also Distanzierung von anderen Menschen und ihren Problemen) sowie Leistungsunzufriedenheit bzw. reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit, *Leistungseinbuße*.

Tab. 1: Aspekte des Burnout-Syndroms

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - emotionale Erschöpfung - Depersonalisierung - Leistungseinbuße |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Abzugrenzen ist das Burnout-Syndrom nicht nur von der Erschöpfungsreaktion, sondern auch vom Chronisch Fatigue Syndrom (CFS), das einen Überbegriff darstellt, und von der von SCHREIBER (1977) erstmals beschriebenen Midlife-Crisis, die primär dadurch entsteht, dass neue, revidierte Werte und Bedürfnismuster nicht mehr in die unveränderte Arbeits- und soziale Situation des Betroffenen passen, womit also ein klarer Fall von „Person – Environment – Mismatch“ vorliegt, der entweder eine Neuinterpretation oder einen Wechsel der Umwelt im Sinne eines Berufswechsels erforderlich macht. Wenn das nicht möglich ist, sehen wir, speziell bei den helfenden Berufen, die Gefahr eines Burnout. In einem solchen Fall wäre dann die Midlife-Crisis als Vorläufer des Burnout-Syndroms zu bezeichnen.

Betrachten wir die einzelnen Aspekte des Burnouts genauer, so ist ein Abgrenzung von depressiven Syndromen möglich.

1. Wovon sprechen wir, wenn wir **emotionale Erschöpfung** meinen? (Tab. 2)
- Müdigkeit schon beim Gedanken an Arbeit; chronische Müdigkeit, von früh bis spät, bei Tag und Nacht, Schlafstörungen, Schläfrigkeit, Krankheitsanfälle; körperliche Beschwerden, herabgesetzte Libido.

Tab. 2 Emotionale Erschöpfung

- Müdigkeit (schon beim Gedanken an Arbeit)
- chronische Müdigkeit
- Schlaflosigkeit
- Krankheitsanfälligkeit
- diffuse körperliche Beschwerden

2. Was heißt **Depersonalisierung**, von anderen Autoren (wie MASLACH & JACKSON, 1981) auch Dehumanisation genannt? (Tab. 3)

Negative zynische Einstellung zu Kollegen, negative Gefühle zu Patienten/Klienten/Schülern/Studenten. Schuldgefühle, Rückzug von sozialen Kontakten in die eigenen vier Wände, „in das eigene Schneckenhaus“, Vermeidungsverhalten (insbesondere natürlich allem Unangenehmen gegenüber), Reduzierung der Arbeit auf das Allernötigste.

Tab. 3 Depersonalisierung

- negative, zynische Einstellung zu Kollegen
- negative Gefühle zu Patienten, Klienten
- Schuldgefühle
- Rückzug
- Vermeidungsverhalten
- Reduzierung der Arbeit

3. **Leistungsunzufriedenheit** – und tatsächlich reduzierte Leistungsfähigkeit, Leistungseinbuße (Tab. 4) umfasst:

Erfahrung der Erfolg- und Machtlosigkeit, fehlende Anerkennung, mangelndes Feedback, Insuffizienzgefühle, chronische Überforderung und sexuelle Leistungseinbuße.

Tab. 4 Leistungsunzufriedenheit

- Erfahrungen der Erfolgs- und Machtlosigkeit
- fehlende Anerkennung
- Insuffizienzgefühle
- Überforderung

In dieser Reihenfolge entwickelt sich auch nicht selten das Burnout-Syndrom, wobei diese drei Aspekte im Laufe der Entwicklung des Burnouts unterschiedlich gewichtet sein können. Auch ist in verschiedenen Berufsgruppen in charakteristisch Weise die Vermischung dieser drei Kriterien zu spezifischen Mustern typisch. Die Entwicklung beginnt also mit der von BRAUNIGAM so trefflich beschriebenen Erschöpfung; dieser geht nicht selten eine Zeit der Überaktivität und des Überengagements voraus. „Wer ausbrennt, muss offenbar auch einmal gebrannt

haben“: Hyperaktivität, freiwillige unbezahlte Mehrarbeit, Gefühl der Unentbehrlichkeit, Gefühl, nie Zeit zu haben, Verleugnung eigener Bedürfnisse, Verdrängung von Misserfolg und Enttäuschungen sowie Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten sind mögliche Warnsymptome der Prodromalphase eines Burnouts.

Das Burnout-Syndrom findet sich jedoch keineswegs ausschließlich bei den helfenden Berufen, sondern ich konnte es z. B. (auch) bei Studenten finden. Wie bereits oben erwähnt, kann es zu diesem folgenreichen Knick in der Lebenslinie kommen, wenn z. B. ein im primär fremdbestimmten Milieu der Mittelschule gut zurechtgekommener Schüler an der Universität nicht in der Lage ist, eigene Ziele und Wertmaßstäbe zu entwickeln. Burnout-Entwicklungen beobachten wir jedoch auch bei chronisch kranken Patienten; nicht selten, wenn wir sagen, er hat sich aufgegeben, geht dieser Aufgabe eine Burnout-Entwicklung voraus. Bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen fanden wir an die 62 % Burnout-Symptome.

Zur Entstehung des Burnout-Syndroms

Der Burnout-Prozess beginnt mit exzessivem, ausgedehntem Arbeitsstress, aber auch chronischer Unterforderung (!), die zu charakteristischen Reaktionen wie Anspannung, Spannungsgefühl, Reizbarkeit und Müdigkeit führen. Entscheidend ist nun die Art der Bewältigung, die beim Burnout in charakteristischer Weise eine defensive intrapsychische Bewältigungsform darstellt. Diese defensive Bewältigungsform wird dann gewählt, wenn man sich, was die Arbeitsanforderungen betrifft, hilflos fühlt. D. h., wenn man das Gefühl hat, die Arbeitsanforderung nicht beeinflussen zu können, dieser jedoch auch nicht gewachsen zu sein (erlernte Hilflosigkeit nach SELIGMAN, 1979). Nicht unwesentlich für diesen psychischen Rückzug, die Distanzierung, die Vermeidung, die Reduktion der Ansprüche und das Verantwortlichmachen anderer sowie Schuldgefühle, die psychodynamisch mit Regression, Außenprojektion etc. beschrieben werden, sind auch Rollenkonflikte, Rollendiffusion und -ambiguität (KAHN, 1978).

Was uns besonders interessierte, war die Persönlichkeit von Personen, die die beschriebenen Stressreaktionen in defensiver Weise zu bewältigen suchten. Dabei fanden wir in auffälliger Weise ängstliche Personen, solche mit geringem Selbstwertgefühl und interessanterweise auch die aus der Psychosomatikforschung wohl bekannte Typ-A-Persönlichkeit (mit Ehrgeiz, Wettstreit, Ungeduld, Aggressivität und Zeitdruckgefühlen sowie Wachsamkeit; ROSEMAN & FRIEDMAN, 1977). Dass diese, ebenso wie rigide Menschen, mehr unter Stressreaktionen leiden, liegt auf der Hand. (Bedauerlicherweise gibt es noch keine endokrinologischen oder immunologischen Befunde. Es wäre hochinteressant zu wissen, ob z. B. bei amenorrhoeischen Frauen im Burnout ähnlich wie bei Hochleistungssportlerinnen auch die endorphingesteuerte LH/FSH-Pulsatilität sistiert oder sich der Testosteron/Cortisol-Quotient zugunsten des Cortisols verschiebt.)

Hohes bzw. überhöhte Ansprüche und Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit spielen keine unwesentliche Rolle für die Entstehung des Burnout-Syn-

droms. Ich habe im Zuge einer Fragebogen-Untersuchung zur Einstellung zum Suizid 205 Mediziner, Psychologen und Sozialarbeiter sowie Studierende dieser Richtungen untersucht und dabei festgestellt, dass besonders Mediziner von sich erwarten, jeden Suizidgefährdeten verstehen zu können, jedoch meinen, mit der eigenen Suizidalität auf nur wenig Verständnis zu stoßen. Als Motiv lassen sie für sich im Allgemeinen nur Sinnlosigkeit des Lebens und schwere unheilbare Krankheit gelten. Das erste Motiv bedroht den Lebenssinn des Helfers, das zweite den medizinischen Auftrag, heilen zu müssen. Daraus ergibt sich, dass der Suizid eines Patienten für den Mediziner als besonderes persönliches Versagen, persönliche Kränkung und Bedrohung erlebt wird und ihn an die Begrenztheit seiner Hilfe führt, beides – wie wir gesehen haben – wichtige Entstehungsbedingungen des Burnout-Syndroms. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an SCHMIDBAUERS „Hilflose Helfer“ (1977).

Nicht unwesentlich in diesem Zusammenhang ist die Tätigkeit, die solche Personen ausführen: Überforderung durch Zeit- und Verantwortungsdruck, unklare Erfolgskriterien, Kontrolliertheit durch andere und geringer Handlungsspielraum charakterisieren Arbeitsfelder, die primär mit Familien zu tun haben. Diejenigen sind weniger ausgebrannt, die mit eng umgrenzten, jedoch durchaus schweren Klientenproblemen zu tun haben, als diejenigen, die sich mit komplexer strukturierten und unklar definierten **alltagsnahen** Schwierigkeiten auseinandersetzen müssen. Je alltagsnäher die Arbeit der Helfer ist und je weniger eng umgrenzt die von ihnen angeordneten Probleme sind, desto stärker sind die Helfer von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter Leistungsfähigkeit, also Burnout bedroht. DÖRNER (1984) hat das Denken, Planen und Entscheiden in Unbestimmtheit und Komplexität experimentell untersucht. In seinen Experimenten führten Unsicherheit und Überforderung bei gleichzeitigem Verantwortungs- und Handlungsdruck zu Gefühlen von Hilflosigkeit und Kompetenzverlust. Burnout ist also eine Folge des Handelns in solchen Situationen, trägt zu typischen Handlungsfehlern bei, beeinträchtigt die Befindlichkeit der Helfer und untergräbt ihre Wirksamkeit.

FREUDENBERGER & NORTH (1992) haben diese Entwicklung in einem Zyklus zusammengefasst (s. Abb. 2):

Vorweg: Einzelne Symptome, Verhaltensweisen, Gefühle und Gedanken aus jedem dieser Stadien sind wahrscheinlich jedem von uns bekannt: Nach einem sehr anstrengenden Tag, nach besonders arbeitsreichen Wochen das eine oder andere Verhalten auch selbst anzunehmen, ist eine äußerst wichtige und gesunde Reaktion auf übermäßige Belastungen. Wichtig ist es jedoch, diese Reaktionen auch wahrzunehmen; im Folgenden werden nun kurz die 12 Burnout-Stadien beschrieben und auch gleichzeitig angeführt, welche unmittelbaren Maßnahmen zur Bewältigung des Burnouts gesetzt werden können.

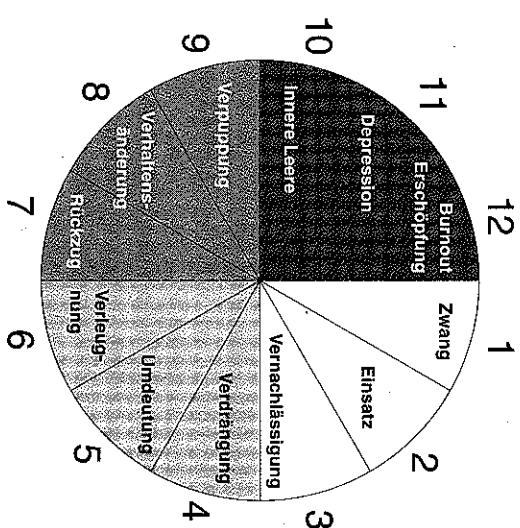


Abb. 2
Der Burnout-Zyklus

Stadium 1: Der Zwang, sich zu beweisen

Alles beginnt damit, dass aus dem individuellen Interesse, dem individuellen Taktendrang und Leistungswunsch durch erhöhte Erwartungen an sich selbst ein Leistungszwang wird, denn dann sinkt die Bereitschaft, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen sowie allenfalls Rückschläge anzuerkennen.

- In diesem sehr häufig anzutreffenden Stadium kommt es darauf an, den Umschlagpunkt von Leistungsstreben zu Leistungszwang zu erkennen, das individuelle Tempo zu finden und beides aufeinander abzustimmen.

Stadium 2: Verstärkter Einsatz

Das Gefühl, alles selbst machen zu müssen, um sich zu beweisen, wird immer deutlicher, delegieren wird als zu umständlich und zeitaufwendig, vielleicht auch als unangebracht erlebt, weil es die eigene Unenbehrlichkeit bedrohen könnte.

- In diesem Stadium delegieren zu üben, auch wenn es schwerfällt, kann rasch die weitere Burnout-Entwicklung hinaushalten. Wenn jedoch mangelndes Delegieren der Angst vor Konkurrenz entspringt, empfiehlt es sich zweifellos, vorher abzuklären, inwieweit diese Konkurrenz tatsächlich besteht oder nur befürchtet wird.

Stadium 3: Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

Der Wunsch nach Ruhe, Entspannung, angenehmen Sozialkontakten etc. tritt mehr und mehr in den Hintergrund, das Gefühl, diese Bedürfnisse gar nicht mehr zu haben, wird deutlicher. Dies bezieht sich nicht zuletzt auch auf sexuelle Bedürfnisse. In diesem Stadium kommt es nicht selten zu vermehrtem Alkohol-, Nikotin-, Kaffee-, aber auch Schlafmittelgenuss, da spätestens jetzt Schlaf-

störungen bestehen. Bis zu diesem Stadium fühlt man sich meist nicht nur wohl, sondern sogar ganz besonders wohl, weshalb eine Unierbrechung dieser Entwicklung häufig mit Unbehagen oder mangelnder Tüchtigkeit assoziiert wird.

- Wer jetzt nicht auf vernachlässigte Bedürfnisse achtet und versucht, sich selbst Gutes zu tun, wird unweigerlich im nächsten Stadium Missbefinden und Energiemangel als Ausdruck des Missverhältnisses von inneren Bedürfnissen und äußeren Anforderungen erleben. Um sich jedoch arbeitsfähig halten zu können, bedarf es im

Stadium 4: der **Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen**,

wobei hier insbesondere auch Fehlleistungen, wie z. B. Unpünktlichkeit, Verweigerung von Terminen und Ähnliches, auftreten.

- Hier wäre es wichtig, solche Fehlleistungen nicht nur auf unausweichliche Überlastung zurückzuführen, sondern auch den eigenen Anteil daran zu erkennen, die Symptome wahrzunehmen, ihren Hinweischarakter zu verstehen und dazu entsprechende Konsequenzen einzuleiten.

Stadium 5: **Umdenkung von Werten**

In diesem Stadium trübt sich die Wahrnehmung im Sinne einer Abstumpfung. Die Prioritäten verschieben sich, soziale Kontakte werden als inadäquat und belastend erlebt, wichtige Ziele im Leben entwertet und umgewertet.

Dieses Stadium ist auch für das so charakteristische Beziehungs-Burnout, das nicht nur in Partnerschaften, sondern auch in der Betreuung von Patienten eine große Rolle spielt, verantwortlich.

- Die Grundwerte zu überprüfen und frühere Freunde und Kontakte zu reaktivieren, um eine Wertekorrektur zu bekommen, ist ab diesem Stadium unerlässlich.

Stadium 6: **Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme**

Diese ergeben sich aus den bisherigen Reaktionen, dem Verdrängen eigener Bedürfnisse und Konflikte. Die Verdrängung ist in diesem Stadium allerdings bereits lebenswichtig, wenn man weiterhin funktionieren will. Abkapseln von der Umwelt, die auch entwertet wird, Zynismus, aggressive Abwertung, Ungeduld und Intoleranz sind die Kennzeichen dieses Stadiums. Die Patienten werden als böse, dünn, fordernd, uneinsichtig, undiszipliniert erlebt, jeder Kontakt als unerträglich, jeder neu kommende Patient als Zumutung. Jetzt treten auch erstmals deutliche Leistungseinbußen und körperliche Beschwerden auf. Ratlosigkeit, mangelnde Hilfsbereitschaft, fehlendes Einfühlungsvermögen charakterisieren den Umgang mit den unvermeidlichen anderen Menschen. Wie soll ein Helfer, dem es so geht, anderen helfen?

- Ab Stadium 6 bedarf es zur Bewältigung dieser Entwicklung professioneller Hilfe: ohne diese kommt es unweigerlich zu

Stadium 7, in dem der **Rückzug** endgültig wird. Das soziale Netz, das uns stützt, beschützt und hält, wird als feindlich, fordernd und überfordernd erlebt. Orientierungs- und Hoffungslosigkeit sowie Entfremdung prägen das Bild. Alkohol, Medikamente, Drogen, Essen, Sexualität und anderes treten als Ersatzbefriedigungen in den Vordergrund. Der Mensch fühlt sich eingekerkert und wirkt automatiert. Dies führt zu

Stadium 8, einer deutlichen **Verhaltensänderung**, bei dem der Rückzug insofern noch weiter zunimmt, als jede Aufmerksamkeit und Zuwendung der Umwelt als Angriff verstanden wird, wodurch es zu paranoiden Reaktionen kommen kann.

Stadium 9: **Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit**, das Gefühl,

nicht mehr man selbst zu sein, sondern nur mehr automatisch zu funktionieren. - Wer erst jetzt professionelle Hilfe sucht, wird wahrscheinlich von seinen täglichen Verpflichtungen einige Zeit Abstand nehmen müssen, um anschließend Alternativen der Lebensgestaltung zu suchen.

Stadium 10: **Innere Leere**

Der Mensch fühlt sich ausgehöhlt, ausgezehrt, mutlos und leer, erlebt gelegentlich Panikattacken und phobische Zustände, fürchtet sich vor anderen Menschen und Menschenansammlungen. Exzessive Ersatzbefriedigungen werden bisweilen beobachtet.

Im Stadium 11 beherrscht **Depression** die Befindlichkeit sowie Verzweiflung, Erschöpfung, Herabgestimmtheit. Innere schmerzhaft Gefühle wechseln mit Abgestorbenheit, Suizidgedanken treten spätestens jetzt auf.

- In diesem Stadium bedarf es also auch suizidpräventiver Maßnahmen, die, verkürzt gesagt, primär auf dem Errichten einer Beziehung und auf dem vorurteilslosen Gespräch über Suizidgedanken, Suizidwünsche, -vorstellungen und -impulse sowie deren Hintergründe basieren. Wie schwierig allerdings beziehungsstörende Maßnahmen in diesem Stadium sind, lässt sich aus der bisherigen Entwicklung unschwer ablesen.

Im Stadium 12, dem letzten Stadium, kommt es zur **völligen Burnout-Erschöpfung**.

Geistige, körperliche und emotionale Erschöpfung, besondere Infektanfälligkeit, Gefahr von Herz-, Kreislauf- oder Magen-Darmerkrankungen stehen im Vordergrund. Insgesamt gesehen ist dies das Vollbild der klassischen Veränderungskrise, weshalb kriseninterventionistische Maßnahmen mit raschem Beginn, hoher Aktivität des Helfers, Methodenvielfalt, Einbeziehung der Umwelt, multiprofessionaler Zusammenarbeit und Fokus auf dem aktuellen Problem im Vordergrund stehen (s. Kap. 3.3).

Beziehungs-Burnout

Das Zusammenleben mit einem Menschen mit Burnout ist schwer und belastend. Es ist daher verständlich, dass auch die Beziehung darunter erheblich leidet. Dies wird durch die Rückzugstendenzen des Menschen im Burnout noch besonders gefördert. Darüber hinaus kann aber auch die Beziehung selbst ausbleiben. Die Symptome und Stadien entsprechen jenen, die beim individuellen Burnout angeführt wurden. Wenn im Folgenden von Beziehung gesprochen wird, ist, wie bereits erwähnt, nicht nur die Beziehung zu Partnern, sondern auch die Beziehung zu Patienten gemeint.

FREUDENBERGER & NORTH (1992) unterscheiden drei Arten des Beziehungs-Burnouts:

1. Ansteckendes Burnout
2. Burnout mit Sogwirkung
3. Intensitäts-Burnout

ad 1: Beim ansteckenden Burnout besteht bei dem einen Partner ein Burnout, der andere Partner fühlt sich stets zurückgewiesen und reagiert nach einiger Zeit selbst bedrückt, reizbar und wütend, bis er sich distanziert, leert und depressiv erlebt. Er hat sich beim Burnout des Partners angesteckt.

ad 2: Beim Burnout mit Sogwirkung wird die Ursache für die Reizbarkeit und Unausgeglichenheit, die eine Folge starker beruflicher und/oder häuslicher Beanspruchung oder auch unausgefüllter Leere sein kann, auf den Partner übertragen, d. h. der Partner wird als fordernd, belastend, überbelastend erlebt. Daraus resultieren dann Spannungen innerhalb der Familie, die zu einem Burnout der Beziehung selbst führen können und alle anderen Lebensbereiche, also z. B. auch die therapeutische Arbeit und den Umgang mit den Patienten, gleichsam in ihren Sog ziehen. Eine besondere Dynamik ergibt sich daraus, dass von den Beteiligten krampfhaft versucht wurde, um jeden Preis die Beziehung zu retten, also ähnlich wie beim individuellen Burnout dauernd mehr zu tun, um ein bestimmtes Ziel – hier die Rettung der Beziehung – zwanghaft zu erreichen.

ad 3: Besonders interessant ist das Intensitäts-Burnout. „Die Gefühle für einen wichtigen Menschen flauen dann am häufigsten ab, wenn sich beide Partner anfangs intensivst zueinander hingezogen fühlen und sich mit großem Einsatz in die Beziehung stützen ...“. Wenn Gefühle derartig „hoch kochen“, müssen sie notwendigerweise auch wiederum „abkühlen“ und in den ersten kleinen Enttäuschungen liegt der Keim des Burnout ... Viele kurzlebige Ehen und Affären sind das Ergebnis eines Intensitäts-Burnout“ (FREUDENBERGER & NORTH, 1992, S. 266 f.).

Ähnliche Entwicklungen lassen sich auch in therapeutischen Beziehungen beobachten, wenn zu Beginn der Patient übermäßige Erwartungen an den Helfer und der Helfer übermäßige Erwartungen an den Patienten und an sich selbst hat („Honeymoon“ der Beziehung).

Welche Folgen des Burnout haben wir zu gewärtigen?

Es ist keinesfalls so, dass Burnout notwendigerweise auch zu völliger Arbeitsunfähigkeit führen muss, sicher aber führt Burnout in jedem Fall zu einer Veränderung der Arbeitsgestaltung.

An dieser Stelle möchte ich zeigen, dass die Zusammensetzung der drei wesentlichen Burnout-Aspekte offenbar auch berufsgruppenspezifisch ist.

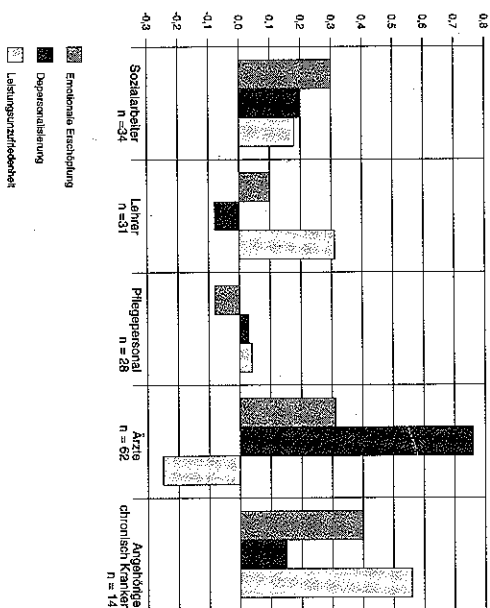


Abb. 3 Burnout nach Berufsgruppen

In Abbildung 3, auf der nur die Abweichungen vom Mittelwert der Gesamtgruppen, untersucht mit dem Maslach Burnout Inventory, dargestellt sind, ist deutlich, dass z. B. Lehrer offenbar früh eine Leistungsunzufriedenheit gewärtigen, Ärzte sich jedoch noch lange arbeitsfähig halten können, allerdings um den Preis hoher Depersonalisierung. Es kann jedoch auch dieses Burnout die Patienten in einer Weise anstecken, wie wir es beim ansteckenden Beziehungs-Burnout und beim Burnout mit Sogwirkung gesehen haben. Angehörige von chronisch Kranken zeigen ein ähnliches Profil wie Sozialarbeiter, diese sind auch ähnlich in familiäre Probleme eingebettet und verstrickt.

Liegen alle drei Burnout-Aspekte gleichermaßen hoch, so kann es zu einem Stadium der Verzweiflung kommen, das bereits 1976 gemeinsam mit GRÜNBARGER und RINGEL (SONNECK et al.) in einem anderen Zusammenhang als „Vitale Instabilität“ testpsychologisch herausgearbeitet wurde. Dieses Stadium ist geprägt durch negative Einstellung zum Leben, Hoffungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit, existenzielle Verzweiflung und Suizidtendenzen. Nach meinen Beobachtungen kann aber Burnout in seiner langen Entwicklung auch lange vor Suizidalität schützen, so wie Burnout als vorläufige Überlebensstrategie z. B. bei on-