

7. Krisenbewältigung

Maïke Wolf

Sie gehören zu denjenigen Berufsgruppen, die oft mit psychischen Krisen konfrontiert sind. Krisen charakterisieren den psychiatrischen Notdienst sowohl in der Notaufnahme eines Krankenhauses als auch bei der stationären Behandlung. Die Fähigkeit zum Krisenmanagement ist nicht „angeboren“, sondern muss erworben werden und verändert sich in Abhängigkeit der eigenen Berufs- und Lebenserfahrung als dynamischer Prozess. Im folgenden Kapitel sollen vor allem diejenigen Aspekte berücksichtigt werden, die Ihnen und vor allem dem psychiatrisch tätigen (Bereitschafts-)Arzt alltäglich begegnen.

Krisendefinition

Eine Krise kann jeden treffen und ist definiert durch den Verlust des psychischen Gleichgewichts durch akute belastende äußere oder innere Einflüsse (z.B. Arbeitsplatzverlust, partnerschaftliche Konfliktlagen, der Tod Nahestehender, körperliche Krankheit, usw.). Die Krise kann auch Ausdruck einer dekompenzierten psychischen Erkrankung sein (Depression, Psychosen, uvm.). Allerdings gibt es auch entwicklungspsychologische und alterstypische kritische Lebensphasen (z.B. Auszug aus dem Elternhaus, „Midlife-Crisis“, Übergang in das Rentenalter), die dazu führen, dass die Betroffenen Hilfe suchen.

Wichtig ist, dass das krisenhaft Erlebte bzgl. des Schweregrades – für jeden unterschiedlich – im Subjektiven verbleibt. Und dies ist von Ihnen zu akzeptieren.

Das heißt, ähnliche Problemlagen lösen bei dem Einen gar keine Krise aus, beim Nächsten eine Schwerste. Die Krisen sind einerseits vor allem durch die Selbstbewertung des Betroffenen charakterisiert, der die eigenen Grenzen in der Be-

wältigung eines Problems erreicht oder überschritten zu haben glaubt, und/oder andererseits durch die vorwiegend von außen sichtbaren und oftmals zunächst vordergründigen, individuell unterschiedlichen Erscheinungsformen erkennbar, z.B. Agitation, Angst, Eingengtsein auf das Problem, Affektinkontinenz, (expansives) gefährdendes Verhalten, fehlende verbale Erreichbarkeit.

Nun betreffen die Krisen in der Hauptsache die Patienten, zuweilen aber weiten sie sich je nach ihrer Schwere, manchmal auch durch Kumulation paralleler Krisenherde, auf Sie selbst aus, vor allem, wenn Sie im Bereitschaftsdienst allein tätig sind (zum Beispiel und durchaus vorkommend: der Patient in Polizeibegleitung mit suizidaler Krise in der Notaufnahme + zeitgleich ein Patient auf der gerontopsychiatrischen Station mit Luftnot + zeitgleich ein Patient mit psychomotorischem Erregungszustand auf der geschlossenen Station).

Therapeutische Haltung und erstes Vorgehen

Gerade im Notdienst ist der Zeitfaktor problematisch. Zumeist warten einige Patienten in der Notaufnahme und auf den Stationen müssen auch Dinge geklärt werden, doch es hilft nichts:

Sie müssen sich die Zeit unter Zuhilfenahme hierarchisierender Strategien und ggfs. Hinzuziehen weiteren Personals (z.B. zur Begleitung potenziell suizidaler Patienten) nehmen.

Je fokussierter Sie sich auf den Patienten einlassen, umso besser – und bezogen auf das eigene Zeitmanagement: schneller – können Sie helfen.

Der Betroffene profitiert von einer empathischen, aber nicht ihn bemitleidenden, selbstreflektierten (z.B. „Helfenwollen“ versus „ich habe jetzt eigentlich gar keine Zeit“), nicht-wertenden (Fehler: „da müssen Sie doch nicht traurig sein“, „das ist doch jetzt wirklich nicht so schlimm“) Haltung des Therapeuten, wobei Sie zunächst einen Sicherheit gebenden „Resonanzraum“ der negativen Emotionen bieten sollen, ohne diese Gefühle zu den Eigenen zu machen. Wenn das Gespräch weniger zur Entlastung führt als denn zu weiterer Eskalation, muss stoppend interveniert werden.

Sie müssen den kühlen Kopf bewahren, ohne reserviert zu sein.

Zu klären sind der Auslöser sowie die gegenwärtigen Lebensumstände und die Frage nach Bezugspersonen. Durch aktives Zuhören gelingt es je nach Schweregrad schon häufig, hier bereits Ressourcen freizulegen. In Abhängigkeit der Anamnese und des psychischen Befundes wird oftmals auch deutlich:

Nicht jede Krise bedeutet auch „psychisch Kranksein“.

Eine Krise kann sich auch im Rahmen „gesunder menschlicher Reaktionen“ bewegen; ohne dies zu verharmlosen, denn Leiden besteht offensichtlich. Dies ist eine Tatsache, die den Betroffenen entlasten kann, denn er hat vielleicht befürchtet, dass mit ihm etwas „nicht stimmt“. Als nächstes gilt es, das persönliche Anliegen („Was denken Sie, wie ich helfen kann?“) des Betroffenen zu klären: Mag sein, dass er nur – endlich einmal – darüber sprechen will, oder er möchte Informationen über Stellen, an die er sich wenden kann (daraus folgt, dass es förderlich ist, ein Repertoire der wichtigsten Anlaufstellen parat zu haben, z.B. Krisendienste, Krisenhäuser, Anlaufstellen für häusliche oder sexuelle Gewalt, Seelsorger), oder er will ein Medikament, damit er schlafen kann. So ergibt sich ein individueller Auftrag, ohne dass der Therapeut sich nach dem Gießkannenprinzip verausgaben oder mechanistisch verhalten muss („Rezeptblock“); bis jetzt haben Sie „nur“ aktiv zugehört. Überdies können Sie natürlich Informationen geben, die Sie darüber hinaus als wichtig empfinden, sollten jedoch immer den emotionalen Zustand des Betroffenen beachten:

Je erregter oder apathischer der Betroffene, desto weniger werden Informationen aufgenommen werden, und umso mehr muss der Therapeut direktiv zupackend sein.

Je nach psychosozialer Situation und Symptomatik kann auch eine stationäre Aufnahme auf die psychiatrische Station infrage kommen. Bei den etwas Stabileren gilt es auch, die Hilfen im „Hier und Jetzt“ zu beginnen, z.B. „Wo schlafen Sie heute?“, „Wen können Sie benachrichtigen?“, „Sollen wir das von hier aus tun?“

Das Vorgehen ist also lösungsorientiert, unterstützend und pragmatisch und richtet sich nach den Bedürfnissen des Betroffenen.

Die psychische Krise mit Eigen- oder/und Fremdgefährdung

Um diesem schweren Typ der Krise, einer Notfallsituation, gewachsen zu sein, ist das theoretische Wissen um beispielsweise rechtliche Aspekte, wie die Voraussetzungen und die Vorgehensweise für eine Unterbringung gegen den Willen des Patienten, sowie um klinische Kennzeichen und Risikofaktoren von selbst- und fremdgefährlichen Entwicklungen unabdingbar. In der Praxis ist es erforderlich, die Situation von allen Seiten zu erfassen: Das bedeutet, dass neben der Schilderung des Problems durch den Betroffenen – soweit möglich – und der Erhebung des psychischen Befundes auch unmittelbar fremdanamnestic Angaben durch die Begleiter (Polizei, Feuerwehr, Angehörige), auch soweit möglich, eingeholt werden müssen.

Dieses Wissen ist Voraussetzung, das vorliegende Problem von der „formalen“ Seite auf seinen ggf. gefährlichen Kern herunterzubrechen. Dieser bildet die Grundlage der weiteren Vorgehensrationalen.

Hierzu ist zu bemerken, dass gerade in der Anfangszeit der Berufstätigkeit (aber durchaus auch noch später) diese Problemkondensierung eine Herausforderung

darstellt, sei es durch die Komplexität des Falles, sei es aufgrund therapeuten-eigener (Selbstreflexion!) emotionaler („Ich habe Angst.“) und kognitiver („Ich sehe nicht mehr durch.“) Hürden.

Beziehen Sie rechtzeitig den Vorgesetzten oder den im Hintergrund tätigen erfahrenen Kollegen ein!

Im Krisenmanagement werden neben dem formal-theoretischen Wissen die eigene Kompetenz für deeskalierende Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten und die Fähigkeit zur Hierarchisierung von Problemen und dem Wissen eigener Grenzen benötigt.

Suizidalität: Bei allen Krisenbetroffenen ist Suizidalität zu erfragen.

Es ist ein Kunstfehler, Suizidalität nicht abzuklären.

Potenziell suizidal ist derjenige, der von Suizid spricht, Gedanken daran hat oder den Suizid nebulös anspricht oder in seinem Problem sehr eingeengt erscheint (z.B. im Wahn).

Eine Suizidankündigung ist jederzeit wörtlich zu nehmen, egal, ob es appellativ, manipulativ, theatralisch oder wahnhaft imponiert.

Folgende Fragen sind hilfreich: „Fühlen Sie sich hoffnungslos? Denken Sie daran, dass Sie das alles nicht mehr aushalten können? Haben Sie sich gewünscht, alles wäre vorbei, lieber wären Sie tot? Haben Sie sogar daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, zu sterben? Haben Sie dabei sogar konkrete Vorstellungen oder Pläne? Denken Sie im Moment auch daran?“ Aber auch: „Was hat Sie bisher davon abgehalten, diese Pläne umzusetzen?“. Es gilt, dass jeder Patient mit stattgehabtem Suizidversuch entweder auf der somatischen (zur Sicherung der Vitalfunktionen) oder der psychiatrischen Station behandelt werden muss. Abzugrenzen sind diejenigen Betroffenen mit suizidalen Gedanken, die glaubhaft und nachhaltig prospektive Aspekte benennen können, derentwegen es sich für sie lohnt, weiter am Leben zu bleiben und die somit als absprachefähig gelten. In diesen Fällen sollten wenn möglich Nahestehende auch in mitunter direkter Weise einbezogen werden: „Ich Sorge mich, wir sollten XY informieren“; nur selten stößt man dann tatsächlich auf Widerspruch.

Fremdaggressivität: Sind Sie mit einem angespannten, sei es intoxikierten oder wahnhaften und impulsiven Patienten konfrontiert, geht es in erster Linie um Ihre Sicherheit.

Sie sollen sich nicht in Lebensgefahr begeben.

Das bedeutet, Abstand zu halten, sich in der Nähe von Türen oder potenziellen Fluchtwegen aufzuhalten und/oder die Untersuchung nicht allein durchzuführen.

Ihre eigene empfundene Angst ist nicht unprofessionell!

Manchmal ist es direkt hilfreich, diese auch anzusprechen, z.B.: „Ich möchte Sie zunächst fragen: Muss ich Sorge haben, dass Sie mir etwas tun, wenn wir jetzt miteinander sprechen?“. Oftmals kommt es hiermit schon zu einer sichtlichen Entspannung und Klärung. Trotzdem sollten Dritte in der Nähe bleiben. Bei Betroffenen, die anhaltend eine eingeengt aggressive Haltung beibehalten und verbal nicht erreichbar erscheinen, ist respektvoll mit physischer Übermacht (ggfs. unter Hinzuziehen der Polizei) entgegenzutreten. Die Sprache sollte klar sein, Ansprachen an den Betroffenen über das „Hier und Jetzt“ und die Information über das ggf. weitere Vorgehen deutlich und auf das Wesentliche reduziert und weiterhin authentisch sein („Wir nehmen Sie ernst“).

Literaturempfehlung

Cullberg J (2004) Krise als Entwicklungschance. Psychosozial-Verlag Gießen

Riechler-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.) (2004) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Hogrefe Göttingen

Rupp M (2014) Basiswissen: Psychiatrische Krisenintervention. 2. Auflage. Psychiatrie Verlag Köln