

utb.

Gernot Sonneck | Nestor Kapusta
Gerald Tomandl | Martin Voracek (Hg.)

Krisenintervention und Suizidverhütung

3. Auflage



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto
facultas · Wien
Wilhelm Fink · Paderborn
A. Francke Verlag · Tübingen
Haupt Verlag · Bern
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn
Mohr Siebeck · Tübingen
Nomos Verlagsgesellschaft · Baden-Baden
Ernst Reinhardt Verlag · München · Basel
Ferdinand Schöningh · Paderborn
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart
UVK Verlagsgesellschaft · Konstanz, mit UVK/Lucius · München
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen · Bristol
Waxmann · Münster · New York

Ausgezeichnet
mit dem Anerkennungspreis
des Landes Niederösterreich
für Medizin

Gernot Sonneck, Nestor Kapusta, Gerald Tomandl, Martin Voracek (Hg.)

Krisenintervention und Suizidverhütung

Unter Mitarbeit von:

Eva M. Aichinger, Erika Bodner, Elmar Etzersdorfer, Gottfried Fellner,
Helga Goll, Harald Heinzl, Hans Herzog, Thomas Kapitany, Ingo W. Nader,
Sibylle Nagel-Kuess, Thomas Niederkrotenthaler, Clemens M. Nowak,
Jakob Pietschnig, Elisabeth Pröbsting, Ludwig Reiter, Erwin Ringel †,
Kristina Ritter, Milada Roscher, Olaf Rossiwall, Martin Schjerve,
Christa Sodl-Hörler, Claudius Stein, Thomas Stompe, Benedikt Till,
Wolfgang Till, Ulrich Tran, Adelheid Wimmer, Barbara Ziegelbauer

3., aktualisierte Auflage*

facultas

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Buch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung der Herausgeber, der Autoren oder des Verlages ist ausgeschlossen.

3. Auflage UTB: facultas 2016

* Das Buch erschien vor UTB in 4 Auflagen bei Facultas.

Copyright © 2000 Facultas Verlags- und Buchhandels AG

facultas Universitätsverlag, Siebenbrunnengasse 19–21, 1050 Wien, Österreich

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Coverbild: V. Uiberreither, Salzburg

Innengestaltung: grafzyx.com, Wien

Druck: Ebner & Spiegel

Printed in Germany

ISBN (UTB print): 978-3-8252-4641-9

ISBN facultas: 978-3-7089-1416-9

ISBN 978-3-8385-4641-4 (Online-Leserecht)

Elektronische Ausgabe (Online-Leserecht) ist erhältlich unter www.utb-shop.de.

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.

Geleitwort (2012)

Als ich im Herbst 1999 die 5. Auflage* dieses Buches fertiggestellt hatte, war ich ziemlich sicher, dass die Nachfrage an diesem Buch in den folgenden zehn Jahren aufgrund zahlreich erscheinender anderer einschlägiger Werke langsam nachlassen werde. Als sich dann jedoch abzeichnete, dass das Interesse ungebrochen anhielt, war es mir eine große Freude, dass sich im Jahr 2007 die Wiener Werkstätte für Suizidforschung (www.suizidforschung.at) konstituierte, in der durch über 20 hervorragende Suizidologinnen und Suizidologen die Krisen- und Suizidforschung einen gewaltigen und nachhaltigen Aufschwung erfuhr. Fragen zur Suizidalität im Alter, zu Imitationseffekten (Werther- bzw. Papagenoeffekt), zur psychosozialen Versorgung, der transkulturellen Psychiatrie sowie zu Effekten von Schusswaffenrestriktion etc. brachten im Jahr 2009 die Zuerkennung des Erwin Ringel-Preises durch die Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention. Da alle Mitglieder aus der nun schon über 100-jährigen Wiener Tradition der Suizidprävention kommen, auch wenn einige von ihnen mittlerweile schon bedeutende Leitungsfunktionen auch im Ausland innehaben, und einige von ihnen bereits an früheren Auflagen beteiligt waren, war es naheliegend, die Überarbeitung dieses Buches in deren Hände zu legen.

Wenn auch in den vergangenen 27 Jahren, seit der ersten Auflage dieses Werks, die Suizidrate in Österreich um über 40 Prozent, in Wien um 60 Prozent zurückgegangen ist, bleibt das Thema von trauriger Bedeutung. Dies ist auch der Grund, dass gegenwärtig die Umsetzung des Österreichischen Suizidpräventionsplans (SUPRA), der erstmals in der letzten Auflage vorgestellt wurde, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit implementiert wird.

Mit dieser erfreulichen Entwicklung bleibt mir nur mehr, der 6. Auflage viele interessierte Leserinnen und Leser zu wünschen, denen dieses Buch auch als Ermutigung dienen möge, die Suizidprävention weiter voranzutreiben.

Wien, September 2012
Gernot Sonneck

Vorwort

Die Entstehung und Weiterentwicklung des vorliegenden Buches in der 7. Auflage hat eine lange Geschichte und reiht sich in einen Diskurs ein, der eine mindestens 70 Jahre alte Tradition hat. Der Beginn der Krisentheorie ist jedenfalls mit der Publikation des deutsch-amerikanischen Psychiaters Erich Lindemann (1944) von der Harvard University zu datieren, der die Folgen der 1942 stattgefundenen Brandkatastrophe in einem Bostoner Nachtclub (Cocoanut Grove Fire) untersuchte und in seinem Werk ein wichtiges Verständnis für die Entwicklung von Trauerreaktionen und posttraumatischen Symptomen bei Hinterbliebenen darlegte. Die Krisentheorie hat an ihrer Aktualität nichts eingebüßt. Das Faktum von Krisen, Traumatisierungen, Verlusten und Veränderungen ist uns schon lange nicht mehr so bewusst gewesen wie dieser Tage vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise und der Flüchtlingskrise in Europa.

Zwanzig Jahre nach Lindemann formulierte sein Kollege von der Harvard University, Gerald Caplan, ebenso Psychiater und Psychoanalytiker, die wesentlichen Grundsätze der Theorie von Krisen (1964, 1965) und das darauf basierende und heute noch gültige Modell der primären, sekundären und tertiären Prävention, in welches sich auch die Krisenintervention als Suizid- und Chronifizierungsprophylaxe einreicht. Der nach seiner Zeit in Harvard in Israel tätige Caplan entwickelte seine Krisentheorie aus der klinischen Arbeit mit jüdischen Familien, die aufgrund der Verfolgung während und nach dem 2. Weltkrieg aus Europa nach Israel flüchteten. Von einem Modell der psychischen Homöostase ausgehend, war die Krise für Caplan durch einschneidende soziale Einflüsse gekennzeichnet, die trotz Mobilisierung von stabilisierenden psychischen Maßnahmen zu einem zeitlich begrenzten Ungleichgewicht psychischer Kräfte führten. Er betonte, dass sich die Krise aus dem Unterschied zwischen der subjektiv wahrgenommenen Problemlage, der Wichtigkeit der Bedrohungssituation und den unmittelbar verfügbaren Ressourcen ergibt, die nötig wären, um die Krisensituation zu bewältigen. Die Frage der verfügbaren Ressourcen im Zusammenhang mit der Bewältigung der Flüchtlingskrise beschäftigt gerade heute politische Entscheidungsträger in Europa.

So alt das Grundprinzip der Caplan'schen Krisentheorie ist, so bewährt ist es bis heute, da es offenkundig eine dem Menschen zutiefst eingeschriebene Reaktion

auf Verluste und Veränderungen beschreibt. Spätere theoretische Entwicklungen modifizierten seinen Entwurf in einigen Punkten, blieben dem zugrundeliegenden Prinzip jedoch im Wesentlichen treu. Johann Cullbergs (1968) Konzept der traumatischen Krise, die Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross (1971) oder die Beschreibung der Trauerphasen durch Verena Kast (1982) können als unabhängige Varianten der Caplan'schen Krisentheorie betrachtet werden. Ebenso basieren die meisten Prinzipien der Krisenintervention auf den von Caplan formulierten theoretischen Grundlagen, wie das von Sonneck und Ringel (1977) vorgelegte und später zum 5-Stufen-BELLA-System gewordene Kriseninterventionskonzept oder das vergleichbare, erst ab den 1990er-Jahren in den USA verbreitete Sieben-Stufen-Modell von Roberts (1991). Es wäre zu wünschen, dass die in diesem Buch dargelegte Anwendung der Krisenintervention auch einen Beitrag zur Bewältigung heutiger Krisen leisten kann.

Dieses Buch entstand zunächst auf jener wissenschaftlichen Grundlage, die auch den Anstoß für die Etablierung des Kriseninterventionszentrums in Wien darstellte (Sonneck und Ringel, 1978). Seit der ersten Auflage entwickelte es nicht nur zu einem weit rezipierten Klassiker der Krisenintervention im deutschsprachigen Raum, sondern auch zunehmend zu einer Sammlung von Ergebnissen international anerkannter österreichischer Suizidforschung. Es liefert die Grundlage für Seminare und Universitätskurse und kann als begleitendes Buch aller Stakeholder verstanden werden, die sich im bundesweiten Suizidpräventionsprogramm SUPRA und in Gatekeeper-Trainings engagieren. Die Geschichte zeigt, dass dieses Buch seinen etablierten Platz in der Gesellschaft alle Jahre wieder mit Leichtigkeit verteidigen kann. Dies ist nur der gemeinschaftlichen Zusammenarbeit vieler Kolleginnen und Kollegen zu verdanken.

Wien, im Frühjahr 2016

Nestor Kapusta

- CAPLAN, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, Inc., New York
- CAPLAN, G., MASON, A.M., KAPLAN, D.M. (1965): Four Studies of Crisis in Parents of Prematures. Community Mental Health Journal, 1(2): 149–161
- KAST, V. (1982): Trauern. 1. Auflage. Kreuz, Stuttgart
- KÜBLER-ROSS, E. (1971): Interviews mit Sterbenden. Kreuz, Stuttgart
- LINDEMANN, E. (1944): Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101: 141–148
- ROBERTS, A. R. (1991): Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model. In: A. R. Roberts (Ed.), Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 3–17
- SONNECK, G., RINGEL, E. (1977): Crisis Intervention Technic. PsychiatriaClinica, 10(1-3):85–95.
- SONNECK, G., RINGEL, E. (1978): Suicide prevention and the community. A state institute for suicide prevention and crisis intervention. Mental Health and Society, 4(1–2):80–4

Inhaltsverzeichnis

1.	Krisenintervention und Umgang mit akut Suizidgefährdeten (für den eiligen Leser)	15
1.1	Definitionen	15
1.2	Aspekte von Krisen	18
1.3	Ziel der Krisenintervention	18
1.4	Interventionskonzept	20
1.4.1	Beziehung in der Krisenintervention, Nähe und Distanz	21
1.4.2	Emotionale Situation	23
1.4.3	Aktueller Anlass	25
1.4.4	Soziale Situation	25
1.4.5	Weiteres Vorgehen	25
1.4.6	Beendigung	25
1.5	Falldarstellung	26
1.6	Betroffenheit des Helfers	27
2.	Krisen im menschlichen Leben (Ein kurzer Leitfaden zur Bewältigung von Krisensituationen)	29
2.1	Psychosoziale Krisen	32
2.1.1	Traumatische Krisen	33
2.1.2	Veränderungskrisen	36
2.1.3	Chronisch-protrahierte Krisen	38
2.1.4	Das Burnout-Syndrom als Entwicklung zur Krise	40
2.1.5	Posttraumatische Belastungsstörungen	50
2.2	Verlauf von akuten Krisen	61
2.3	Allgemeine Charakteristika von Krisen	62
2.4	Gefahren von Krisen	63
3.	Krisenintervention	65
3.1	Der Erstkontakt	68
3.2	Das erste Gespräch	75
3.3	Interventionskonzept für akute Krisensituationen/-zustände	81

3.4	Krisenintervention und Medikamente	.86
3.4.1	Tranquilizer	.87
3.4.2	Antidepressiva	.89
3.4.3	Neuroleptika	.90
3.4.4	Allgemeine Prinzipien der Medikamentenbehandlung in der Krisenintervention	.91
3.5	Telefonische Krisenintervention	.92
3.6	Beziehungen der Krisenintervention zur Notfallpsychiatrie	.100
3.7	Organisation der Krisenintervention	.102
4.	Krisenintervention kurzgefasst (Das BELLA-System)	.105
5.	Spezielle Kriseninterventionen	.111
5.1	Krisen und Familie	.111
5.2	Krisen in Paarbeziehungen	.119
5.3	Entwicklungskrisen bei Jugendlichen	.127
5.3.1	Entstehung von Entwicklungskrisen	.127
5.3.2	Kennzeichen psychosozialer Krisen beim jungen Menschen	.129
5.3.3	Umgang mit jungen Menschen in Krisen	.130
5.4	Der krisengefährdete Schüler	.132
5.5	Krisen und Gewalt	.138
5.6	Krisen von Patienten im Krankenhaus	.149
5.7	Krisen älterer Menschen	.154
6.	Krisen und Suizidgefährdung	.160
6.1	Suizidgefährdung	.160
6.2	Strukturierung des Umgangs mit „Suizidalität“	.162
6.2.1	Suizidgedanken	.163
6.2.2	Suizidankündigung/Suizidhinweise	.164
6.2.3	Suizidversuch	.166
6.2.4	Suizid	.171
6.3	Die Einschätzung der Suizidalität	.172
6.4	Antisuizidale Therapie	.186
6.4.1	Umgang mit Freund oder Angehörigem des Suizidgefährdeten	.191
6.4.2	Gespräch mit Suizidgefährdeten	.193
6.4.3	Besondere Aspekte im Umgang mit Suizidgefährdeten	.194
6.4.4	Therapeutisches Arbeiten mit chronisch Suizidalen	.195
6.4.5	Umgang mit Hinterbliebenen nach Suizid	.196
6.4.6	Suizidprävention durch den Hausarzt	.210
6.4.7	Selbstschädigung, Alkohol- und Drogenmissbrauch	.213

6.4.8	Suizidales Verhalten in Institutionen	216
6.4.9	Seelsorgeerfahrung in der Krisenintervention	222
6.4.10	Ethische Fragen im Umgang mit Suizidgefährdeten	224
6.4.11	Auseinandersetzung des Beraters mit sich selbst	228
7.	Chronische Suizidalität	231
7.1	Definition	231
7.2	Motive; psychoanalytische bzw. psychodynamische Erklärungsmodelle	232
7.2.1	FREUDS zentrale These zu Suizidalität	233
7.2.2	HENSELERS narzissmustheoretische Überlegungen	234
7.2.3	KINDS objektbeziehungstheoretische Überlegungen	235
7.3	Überlegungen zur psychotherapeutischen Behandlung	237
7.3.1	Häufig vorkommende Themen	237
7.3.2	Einweisung, Antisuizidpakte, Setting	238
7.3.3	Übertragung, Gegenübertragung	239
7.4	Schlussbemerkung	241
8.	Suizidalität und Arbeitslosigkeit	243
8.1	Psychische Folgen von Arbeitslosigkeit	243
8.2	Depressivität, Suizidalität, Suizid als Folgen von Arbeitslosigkeit	245
9.	Suizid und Kultur	248
10.	Suizid – Klischee und Wirklichkeit	256
10.1	Ein Beispiel gutgemeinter praktischer Krisenintervention	257
10.2	Suizid und Presse	259
10.2.1	Der Einfluss der Presse auf den U-Bahnsuizid in Wien	261
10.2.2	Protektiver Einfluss der Medien auf suizidales Verhalten	264
10.2.3	Suizid und Internet	264
10.2.4	Empfehlungen für die Medien	266
10.2.5	Der Einfluss der Medien auf das Inanspruchnahme- verhalten	270
10.2.6	Statistisches zur Suizidproblematik	277
10.2.7	Chronobiologie und Saisonalität	282
11.	Wie lerne ich Krisenintervention?	289
11.1	Die Ausbildungsschritte	289
11.2	Die praktische Arbeit – erste Erfahrungen	290
11.3	Die praktische Arbeit – Schwierigkeiten	291

12.	Erhöhung der Suizidpräventions-/Kriseninterventionskompetenz in einer bestimmten Region	295
12.1	Aktionsplan zur umfassenden Suizidprävention	298
13.	Mitwirkung am Suizid aus strafrechtlicher Sicht in Österreich, der Schweiz und Deutschland	308
14.	Wer betreibt Krisenintervention?	318
	Kommentierte Auswahlbibliografie	326
	Literatur	333
	Sachregister	349
	Autorenverzeichnis	351

1. Krisenintervention und Umgang mit akut Suizidgefährdeten

(für den eiligen Leser)

1.1 Definitionen

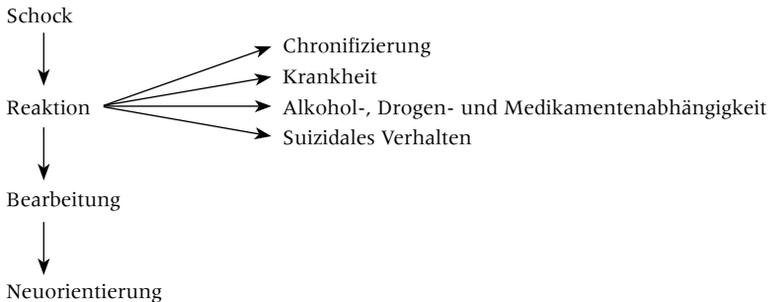
Unter **psychosozialen Krisen** verstehen wir in Anlehnung an die Überlegungen von CAPLAN (1964) und CULLBERG (1978) „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie 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 Krankheitseinheit dar, er beruht vielmehr auf der Akuität des Zustandsbildes, wenn also therapeutisches Handeln im weitesten Sinn unverzüglich einsetzen muss, um irreversible Schäden, z. B. 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 akutpsychiatrischer Notfall verschoben.

Die **Krisenintervention** ist von Maßnahmen der Akutpsychiatrie, 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 Fehlanpassung 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.

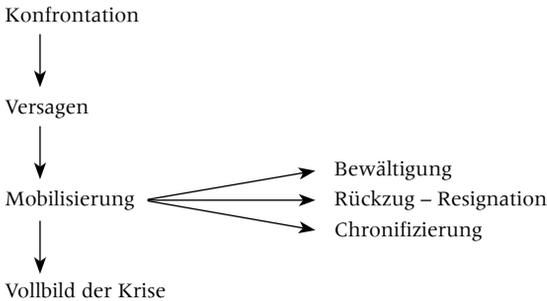
Tab. 1 „Traumatische“ Krise (CULLBERG, 1978)



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 abwechselt, 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 Fehlanpassung wie **Chronifizierung** oder **Alkohol- und Medikamentenmissbrauch**, dem Ausbruch einer **Erkrankung** oder eines psychischen **Zusammenbruchs** und 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 unweigerlich die Reaktionsphase folgen muss. Bei günstigen Voraussetzungen kann durch die Bearbeitung des Krisenanlasses und seiner Konsequenzen die Phase

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

Tab. 2 *Veränderungskrise (G. 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 **Krisenanlasses** (Lebensveränderungskrise oder traumatische Krise) in seiner jeweiligen **subjektiven Bedeutung**, also in der Berücksichtigung des jeweils persönlichen Stellenwerts des Betroffenen. Die individuelle **Krisenanfälligkeit** ist abhängig von dieser inneren Bedeutung des Krisenanlasses und der Fähigkeit, sich damit auseinanderzusetzen, sowie von dem Maß der sozialen Integration und früherer Lernerfahrungen. Es besteht Einigkeit darüber, dass z. B. psychische Erkrankungen bzw. unverarbeitete 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*

Hilfe zur Selbsthilfe



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 wieder 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 tiefgreifende 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 etc. durchaus effizient vor sich. Gerade in der Schockphase, in der es darauf ankommt, den Betroffenen nicht alleine 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 oft 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 anzugeben (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 Einengung (RINGEL, 1969) besteht (s. a. Einengung 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 vermieden 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 soviel 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 ihn quält, vernünftige und logische Argumente, Erklärungen, Vorschläge;
 - sind wir an ihm nicht interessiert, langweilen uns, schieben ihn zu sogenannten „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 KULESSA, 1985)*

1. Ich nehme den anderen an, wie er ist.
 2. Ich fange 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 fange 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 unmittelbare Situation zu suchen, anstatt an der konstruktiven Bewältigung zu arbeiten (s. o.). Das Wahrnehmen der eigenen Gefühle in der Krisenintervention erleichtert mir nicht nur, selber 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 Krisen Anlass 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 Be-

troffenen 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 erhellen 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 Not-signal und das vorurteilslose Gespräch über die Suizid tendenz sind die wichtigsten primären suizidpräventiven Interventionen.

„Wenn Sie im Kontakt zu einem Menschen den Eindruck haben, er könnte an Suizid 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 anzusiedeln (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.

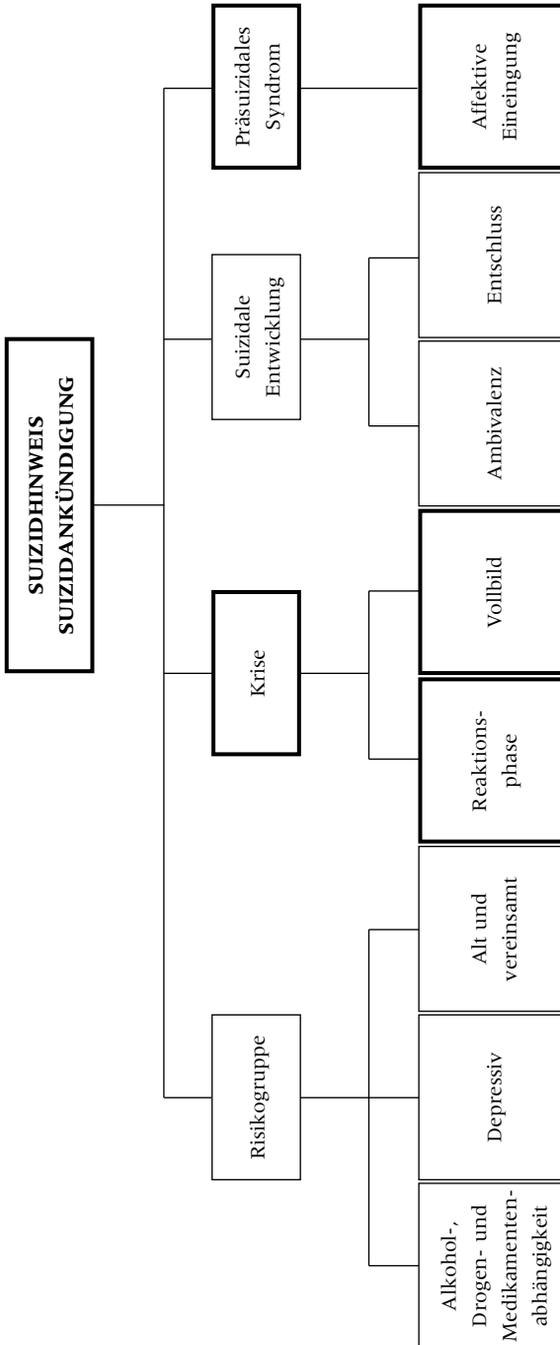


Abb. 1

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 Hilfssysteme** 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 etc.).

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 erreichte 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 Suizidgedanken 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 Suizidstrategie. Von der Tat trennten mich nur noch wenige Tage, wenn nicht sogar nur Stunden. Meine Frau schrieb mir indessen 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 inständigen 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 inzwischen dort an. Und dann stand ich dort, ohne Termin und ohne Anmeldung als sogenannter akuter Fall mit hoher Suizidgefährdung ...“

Als Herr M. P. kam, war er so unruhig, dass er während des Erstgesprächs über eine Stunde rastlos 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 soweit stärkte, dass er bereits vor dem ausgemachten nächsten Termin kam. Er pendelte zwischen Schuldgefühlen und Nichtverantwortlichsein. 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 schwerverletzte 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 entstehen. 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 drittichtigste 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 Suizidgedanken 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 vernarbt 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, um so 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, um so 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.