

Präventive Psychiatrie durch Krisenintervention¹

Von Luc Ciompi²

Wir alle, unsere Patienten, zuweilen wir selber, sind immer wieder mit Krisen konfrontiert, psychische Krisen, somatische Krisen, psychosomatische Krisen. Wenn es stimmt, dass solche Krisen bevorzugte Momente für eine psychiatrische oder auch psychosomatische Prävention darstellen – und die ganze neuere Krisentheorie bejaht diese Frage –, so bietet sich hier dem psychiatrischen Fachmann wie auch dem Nichtpsychiater, so scheint es, ein ebenso interessantes wie dankbares Betätigungsfeld.

In meinem Vortrag will ich versuchen, diese Behauptung etwas näher zu beleuchten und, wo nötig, auch zu relativieren und zu kritisieren. Was uns dabei vor allem interessiert, ist die Frage, *ob* tatsächlich und allenfalls *wie* eine derartige Prävention nicht nur vom psychiatrischen Fachmann, sondern auch vom Allgemeinarzt oder vom Spezialarzt anderer Richtungen durchgeführt werden kann. Ich möchte etwas von der Antwort vorwegnehmen: Auf den ersten Blick sind wir wahrscheinlich geneigt, diese Frage sehr pauschal zu bejahen. Selbstverständlich kann und soll jeder Arzt psychische oder doch psychosomatische Krisenintervention betreiben! Auf den zweiten Blick werden wir skeptischer: hat er denn überhaupt die Zeit dazu? die Mittel? die nötigen Kenntnisse? Schliesslich werden wir zu einem bedingten und vorsichtigen «ja, aber» kommen: Ja, jeder Arzt kann effizient in psychosoziale Krisen eingreifen und psychiatrisch-psychosomatische Prävention betreiben, aber doch nur in ganz bestimmten, letztlich relativ engen Grenzen.

Meinen Vortrag möchte ich wie folgt gliedern:

1. Begriff der psychiatrischen Prävention
2. Begriff der Krise
3. Krisenanlässe
4. Symptomatologie der Krise
5. Normale Krisenlösungsstrategien («Coping-Mechanismen»)
6. Prinzipien der Krisenintervention
7. Nötige Mittel (Zeit, Personal, Infrastruktur)
8. Schlussfolgerungen: Möglichkeiten und Grenzen für den Allgemein- und den Facharzt

1. Zum Begriff der psychiatrischen Prävention

Das Konzept sowie die Ziele und Methoden der psychiatrischen Prävention in Verbindung mit psychosozialen Krisen wurden seit den vierziger und fünfziger Jahren namentlich von *Lindemann* (1944) [12], *Erik-*

son (1957) [7] und *Caplan* (1964) [1] entwickelt. Die Psychiatrie unterscheidet zwischen

Primärprävention: Verhütung des erstmaligen Ausbruchs von Störungen

Sekundärprävention: Verhütung von Rückfällen nach ausgebrochener Ersterkrankung

Tertiärprävention: Verhütung von Chronifizierung und von Sekundärschäden

Zwar denkt und redet man gern und viel von der psychiatrischen Primärprävention, aber die generelle Verhütung psychischer Störungen ist, trotz einigen eindrücklichen Fortschritten vor allem auf somatischem Gebiet (Verhütung von Schwangerschafts- und Geburtsschäden, endemischem Kretinismus, syphilitischen Erkrankungen usw.), immer noch in mancher Hinsicht ein fragwürdiges, unsicheres und jedenfalls uferloses Problem. Ich möchte mich deshalb hier auf die viel klarere, handfestere und für den ärztlichen Alltag wichtigere Sekundär- und Tertiärprävention konzentrieren, die auch für den Nichtpsychiater im Vordergrund steht: Er interessiert sich in der Regel nicht so sehr für die Frage, wie man generell in einer Gesellschaft psychische Störungen verhüten kann, aber ist durchaus motiviert und bereit, solche Störungen da, wo sie unmittelbar drohen oder auftreten, das heisst vor allem in typischen Krisenzuständen, zu bekämpfen und ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

2. Zum Begriff der Krise

Zunächst ein Beispiel einer akuten Krisensituation, die zwar von mir spezialärztlich behandelt wurde, aber durchaus auch ganz ähnlich, so scheint mir, vom Hausarzt hätte betreut werden können:

Beispiel 1: Eine junge Studentin kommt zwei Tage vor einem wichtigen Zwischenexamen völlig aufgelöst, durcheinander und verwirrt in meine Sprechstunde, da sie seit Tagen nicht mehr schlafen, sich nicht mehr konzentrieren kann, nun aus dem Examen aussteigen und sich in ihr Bett verkriechen will. Hintergründige Suizidideen, generelle Insuffizienz- und Devalorisationsgefühle. Hat auf eigene Faust alle möglichen Medikamente, Schlaf- und Aufpeitschungsmittel durcheinander genommen. – Ein intensives, weniger als halbstündiges, zuerst exploratives und dann therapeutisches Gespräch ergibt, dass zum Examensstress gerade noch eine mehrjährige, ambivalente Freundschaft in die Brüche gegangen ist, ein ganz unvorbereiteter Umzug unmittelbar bevorsteht, eine verschleppte Grippe noch nicht überwunden ist. Dies alles auf dem Hintergrund einer seit Jahren ständig belastenden und konflikthafter Familiensituation. In einem kurzen, intensiven Gespräch wird dies alles auseinanderge-

¹ Gestützt auf ein Referat anlässlich der Fortbildungstagung «Prävention in der ärztlichen Praxis» der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, Bern, 24./25. März 1983.

² Prof. Dr. med. L. Ciompi, Direktor der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern, Murtenstrasse 21, 3010 Bern.

nommen und dann wieder zusammengefasst; Schuld- und Angstgefühle entladen sich; ich gebe schliesslich die Anweisung, nun 24 Stunden in Gesellschaft einer hilfreichen Freundin total auszuspannen und erst dann, wenn nötig, sich wieder mit dem Examen zu beschäftigen. Dies genügt, um der Frau Ruhe und Sicherheit wiederzugeben. Alle Medikamente werden abgesetzt. Sie schläft besser, lernt am nächsten Abend noch zwei Stunden und besteht am nachfolgenden Tag das Examen mit Glanz.

Das war sicher eine leichte, aber doch sehr typische Krise. Was ist nun aber, generell gesprochen, eine «typische Krise»? Als Krise kann man zunächst alles mögliche bezeichnen, von einer akuten Erkrankung, einem Unglücksfall bis zum vagen, jahrelangen Malaise einer beschäftigungslos gewordenen Hausfrau und Mutter zwischen 40 und 50, oder der schleichen- den Lebenskrise des nicht mehr so erfolgreichen Geschäftsmannes in den fünfziger Jahren. Aber mit einem so vieldeutigen Krisenbegriff lässt sich in der Praxis wenig anfangen. Wir engen ihn deshalb mit Vorteil ein auf Ereignisse, die nicht mehr als einige Stunden, Tage oder doch Wochen dauern; konventionell wird in der Krisentheorie meist die *6-Wochen-Grenze* verwendet. Eine solche Krise lässt sich in erster Linie als eine *akute Überforderungssituation* definieren. Etwas wissenschaftlicher und kybernetischer können wir den Menschen unter sowohl sozialen, psychischen wie auch somatischen Aspekten als ein «offenes biologisches System» betrachten, und zwar, wenn wir einen sehr allgemeinen Begriff von «Information» verwenden, als ein «Informationsverarbeitungssystem mit einer gegebenen Kanalkapazität». Diese «Kanalkapazität», die sowohl von der Konstitution wie auch der allgemeinen Lebenserfahrung, vor allem im Bestehen schwieriger und krisenhafter Situationen, abhängt, ist es, die überfordert und sozusagen überschwemmt wird. Ein gutes Bild hierfür ist ein Fluss-Binnendelta wie etwa dasjenige des Nigers in Westafrika: Es zeigt, wie normalerweise eine bestimmte Zuflussmenge (= «Informationsinput») von einem gegebenen, differenzierten Kanalsystem aufgenommen und sozusagen «verarbeitet» und «bewältigt», aber – wie das am Niger effektiv alljährlich in der Regenzeit eintritt – durch einen zu grossen Zustrom überfordert, das heisst überschwemmt, eventuell verheert und gänzlich durcheinandergebracht werden kann. Ferner ist aus diesem Beispiel sehr schön ersichtlich, dass nach Abfluss der Wasser, abgesehen von einigen Haupttrinnen, unter Umständen ein recht tiefgehend verändertes Flusssystem zurückbleibt. Genau dasselbe passiert in psychosozialen Krisen: Der Mensch ist nach der kritischen «Überschwemmung» zumeist verändert, bald zum Guten, bald zum Schlechten; Krisen bringen deshalb bekanntlich, *ernsthafte Gefahren, aber auch die Chance für einen geglückten Wechsel und Neuanfang* mit sich. Je nachdem, wie sie bewältigt werden, werden – und dies ist im psychischen

Bereich ebenso einmalig wie therapeutisch interessant – innerhalb von kurzer Zeit oft Weichen gestellt, die dann jahrelang verlaufsbestimmend bleiben, das heisst günstige oder auch ungünstige Langzeitentwicklungen einleiten können. Die moderne Krisenforschung hat dabei gezeigt, dass nicht selten scheinbar recht geringfügige und jedenfalls kurzdauernde Einflüsse während der Krise selber – zum Beispiel eine entschlossene, sinn- und verständnisvolle Stützung oder ihr Fehlen – über benigne oder aber maligne Zirkuli und Verwicklungen enorme Langzeitwirkungen zu entfalten vermögen. Gerade diesen Umstand nützt der präventive Ansatz aus: Eine Krise bietet wie kaum sonst eine andere Situation die Möglichkeit, mit relativ geringem Aufwand innerhalb von kurzer Zeit grosse Wirkungen zu erzielen.

3. Krisenanlässe

Wenn wir der gegebenen Definition der Krise als einer Überforderung eines Informationsverarbeitungssystems von gegebener Kanalkapazität folgen, so fällt eine Krise praktisch zusammen mit einem Stresszustand. Ich habe zwar diesen vieldeutigen Ausdruck bis jetzt bewusst vermieden, aber er ist doch ganz praktisch, vor allem wegen seiner nicht nur psychosozialen, sondern auch somatischen bzw. psychosomatischen Implikationen. Zugleich macht er deutlich, dass als Krisenanlass gar nicht nur sogenannte «negative» Ereignisse, wie Verluste von Angehörigen, Unglücksfälle, schwerere körperliche Erkrankungen usw. in Frage kommen, sondern unter Umständen auch prinzipiell durchaus «positive» Erlebnisse, wie etwa eine Heirat, eine Schwangerschaft und Geburt, ein Umzug, eine Beförderung, das Antreten einer neuen Stelle usw. Gemeinsam ist all diesen Anlässen, dass sie Wechsel und Neuanpassung erfordern – und gerade diese Forderung ist es, die eventuell zur Überforderung werden kann.

In der Praxis sind die Krisenanlässe meist multipel; oft haben wir es, ganz ähnlich wie im gegebenen Beispiel Nr. 1, mit einer ohnehin seit längerer Zeit angespannten Situation zu tun (etwa im Beruf oder in der Ehe), welche durch ein oder mehrere zusätzliche, an sich vielleicht relativ geringfügige Ereignisse (ein Streit, ein Arbeitsplatz- oder Kollegenwechsel) zu einer Zerreihsprobe kommen. Hierzu noch ein zweites, allerdings wesentlich komplexeres Beispiel, das zugleich die Grenzen hausärztlicher Interventionsmöglichkeiten bzw. die Notwendigkeit fachärztlicher Hilfe in schwereren Krisen aufzeigen soll.

Beispiel 2: Eine 25jährige Erstgebärende wird drei Wochen nach der Geburt auf unsere Kriseninterventionsstation eingewiesen, da sie in einen zunehmend psychotischen Zustand verfiel und daheim ihr Kind lebensgefährlich vernachlässigte. Die Frau ist völlig verwirrt, wähnt im Himmel zu sein, fliegen zu können, rutscht wie ein kleines Kind auf den Knien am Boden herum. Der eigentliche Krisenanlass kann erst nach

mehreren Tagen mühsamer Exploration mit der psychotischen Frau und ihrer Familie rekonstruiert werden: Schon während der Schwangerschaft geriet sie zunehmend in Angst, fühlte sich verlassen und überfordert. Der Mann war während und nach der Geburt im Militär, auch hier stand zudem ein Umzug unmittelbar bevor; mit der eigenen und der Schwiegerfamilie waren die Beziehungen gespannt. Hinter all dem kam schliesslich noch ein massives, nie recht überwundenes und verarbeitetes Kindheitstrauma zum Vorschein im Zusammenhang mit der Geburt eines fünf Jahre jüngeren Nachzügler-Bruders, gegen welchen sie seinerzeit massive Eifersucht und aggressive Vernichtungsphantasien entwickelt hatte. Diese wurden nun in der Psychose auf das eigene Kind übertragen.

Bis diese psychotische Krise in ihren Hintergründen einigermaßen aufgeheilt, mit Patientin und Angehörigen besprochen und in mehrmaligen kathartischen Gesprächen verarbeitet, ein prekäres soziales Stützgewebe wieder befestigt und eine adäquate Pflegebeziehung zum Neugeborenen, das wir auch auf die Station nahmen, wieder aufgebaut war, brauchte es mehrere Wochen intensiver Bemühungen unseres multidisziplinären, sozialpsychiatrischen Kriseninterventionsteams. Die Psychose verschwand unter neuroleptischer Therapie nach etwa drei Wochen. Nach fünf Wochen kehrte die Patientin praktisch geheilt nach Hause zurück, die weitere Entwicklung war ausgezeichnet, der Familienzusammenhalt, namentlich die Beziehung zum Mann und auch zur Schwiegermutter, nach dem schweren Erlebnis eindeutig besser als zuvor. Mehrere Monate später präsentierte die Patientin unserer Sozialarbeiterin strahlend einen kräftigen und gesunden Säugling.

Der sichtbare Anlass – hier etwa die Rückkehr vom Spital in eine momentan prekäre häusliche Situation – ist deshalb oft nur der berühmte Tropfen, welcher den Krug zum Überlaufen bringt. Wir merken schon hier, dass die adäquate Erfassung des eigentlichen Krisenanslasses – wie wir sehen werden der erste und sicher wichtigste Schritt der Krisenintervention – möglicherweise nicht immer so einfach ist, wie es auf den ersten Blick aussehen mag. Was eigentlich «los» ist, entdecken wir oft erst nach längerem, geschicktem Suchen, wenn überhaupt. Als praktische, aber natürlich nicht in jedem Fall stimmige Faustregel kann immerhin gelten, dass hinter allen verschiedenartigen Krisenanslässen eigentlich immer irgendeine Art von Verlust, sei es von Liebe, Zuwendung, Stellung oder Selbstwertgefühl, steht und dass diese Verluste bei Frauen meist unmittelbarer im Bereich des Gefühlslebens, der Liebe und der Familie zu suchen sind, bei Männern dagegen mittelbarer eher im Berufs- und Arbeitsbereich.

4. Zur Symptomatologie von Krisen

Wir kommen jetzt zu einem praktisch und theoretisch besonders wichtigen Abschnitt, erstens weil die Kennt-

nis der Krisensymptomatologie natürlich für die Erkennung von Krisen notwendig ist, und zweitens weil eine überraschend grosse Zahl von ganz alltäglichen psychischen wie auch somatischen Störungen, die wir nicht immer mit dem Krisenbegriff in Zusammenhang bringen, hier auftauchen. Dazu gehören insbesondere die folgenden Symptome:

Psychisch*

- Unbehagen, Spannung, Nervosität, Erregung
- Irritation, Aggressivität
- Überaktivität
- Passivität, Rückzug, Regression, Depression
- Verwirrung und Derealisationsphänomene
- wahnhaftes Projektionen
- Halluzinationen
- heboides oder katatoniformes Verhalten, eventuell Stupor

Somatisch

- Muskelspannung, Kopf-, Nacken-, Rückenschmerzen usw.
- Dyspnoe, eventuell Asthma, Hyperventilation
- Kreislaufstörungen (Blutdruckanstieg, Tachykardie, Arrhythmie, Stenocardie, Infarkt usw.)
- Magen- und Darmstörungen (Gastritis, Ulcus, biliäre Störungen, Diarrhöe, Obstipation, Colitis usw.)
- Urogenitale Störungen (Miktion, Dysmenorrhoe, renale Störungen usw.)
- Dermatologische Störungen (z. B. Ekzem, Psoriasis usw.)

* Nach Schweregrad geordnet.

Von nahe besehen ist in dieser Liste in der Tat fast die ganze gängige Psychopathologie und vielleicht auch Somatopathologie vertreten. Dass – dies nebenbei gesagt – von hier aus auch theoretisch interessante Ansätze zu einem vielleicht recht neuartigen, umfassenderen psychosomatischen Gesundheits- und Krankheitsverständnis möglich sind, liegt auf der Hand. Als wirklich «gesund» erscheint demnach der Mensch, wenn sowohl seine «Psyche» (und dazu gehört auch das Soziale, Zwischenmenschliche) wie auch sein Körper gelöst, entspannt und im Gleichgewicht sind, mit andern Worten, wenn das, was er denkt und was er zugleich körperlich fühlt, erlebt und ausdrückt, übereinstimmen, «ein und dasselbe sagen», offen und ungehindert miteinander kommunizieren. Denken und Fühlen, «Psyche» und «Soma» gehören in dieser Sicht untrennbar zusammen, sind ein einziges Ganzes, ein einziges «System» sozusagen mit zwei phänomenal verschiedenartigen Polen und Erscheinungsweisen. In dieser Perspektive können sehr viele psychische und möglicherweise auch körperliche Störungen als Missverhältnis, als Distorsion, zwischen dem psychischen und körperlichen Bereich, das heisst zwischen dem

bewusst Gedachten und Gesagten auf der einen, und dem, was eigentlich gefühlt wird und sich im Körper abspielt, auf der andern Seite, aufgefasst werden. Wut, Angst, Erregung, vielleicht auch Freude (oder doch Schadenfreude...) schlagen unter Umständen, bevor sie sich psychisch äussern, oder anstelle einer solchen Äusserung, ins Körperliche durch; Zeichen einer psychosozialen Krise im oben definierten Sinn werden deshalb nicht selten, namentlich bei verbal ausdrucksgehemmten Menschen, ins Soma verdrängt. Ein ganzheitliches Krisenverständnis führt denn auch zu einer entsprechenden, ganzheitlichen Behandlungsstrategie. Bevor wir uns jedoch dieser Strategie zuwenden, wollen wir uns noch fragen, wie wir denn normaler- und gesunderweise die vielen kleinen und grösseren Krisen, denen wir notwendigerweise begegnen, zu bewältigen pflegen.

5. Normale Lösungsstrategien («Coping-Mechanismen»)

Jedermann verfügt effektiv über eine erhebliche Zahl von teils erlernten und teils schon angeborenen Strategien, um mit Belastungs- und Überforderungssituationen «fertig zu werden». Auch diese Lösungsstrategien sind typischerweise sowohl psychosozialer wie auch körperlicher Art; beide können vom Normalen ins Pathologische umschlagen. Dazu gehören unter anderem die folgenden Grundverhaltensweisen:

Normal	Pathologisch
– Distanz schaffen → («schlafen drüber», ausspannen, wegreisen, Stelle wechseln usw.)	Passivität, Resignation, Regression, Depression
– Aktivität (zupacken, → s. ausgeben, Sport usw.)	Erregung, Überaktivität
– Kognitive Bewältigungsmechanismen: Ordnung, Hierarchisierung, Priorisierung, Planung, Sequenzierung	→ Obsessionalisierung, Zerfahrenheit, Verwirrung

Hinter diesen verschiedenen, individuell in unterschiedlichem Masse ausdifferenzierten sogenannten «Bewältigungs- oder Coping-Mechanismen» erkennen wir unschwer grundlegende, zum Teil schon biologisch tief verankerte Stressverarbeitungsmechanismen, wie etwa Angriff oder Flucht. Damit wird auch noch mehr als vorher deutlich, dass eine ganze Reihe der typischen Krisensymptome, denen wir begegnet sind, nichts anderes als pathologische Übertreibungen und Entgleisungen ganz normaler Verarbeitungsmechanismen sind.

6. Prinzipien der Krisenintervention

Nach diesen paar vorgängigen Erklärungen komme ich nun zu dem, was uns am meisten interessiert, nämlich zur Praxis der Krisenintervention. Krisenintervention muss, wenn sie ihr präventives Potential adäquat

ausnützen will, in erster Linie *rasch, umfassend, gezielt* und *geordnet* erfolgen. Caplan [1], Jacobson [11] und andere, welche sich intensiv mit dieser Praxis befasst haben, haben die zu treffenden Massnahmen in sechs grundlegende Schritte aufgeteilt, die sich – wahrscheinlich weil sie dem gesunden Menschenverstand und Menschenverständnis sehr nahe sind – überall, so auch bei uns, bestens bewährt haben. Es sind die folgenden:

1. Krisenanlass verstehen
2. Gemeinsame Krisendefinition erarbeiten
3. Aufgestaute Affekte abführen
4. Gewohnte Lösungsstrategien aktivieren
5. Eventuell nach neuen Lösungen suchen
6. Retrospektive Bilanz ziehen

Es hat sich nun gezeigt, dass es von entscheidender Bedeutung ist, Krisenintervention grundsätzlich gerade in dieser und in keiner andern Reihenfolge vorzunehmen. Beispielsweise wirkt es naturgemäss nur kontraproduktiv, das heisst verstärkt Spannung, Irritation und Verwirrung, wenn wir die Krise vor-schnell definieren und dem Patienten «erklären», bevor wir sie wirklich begriffen haben. Dass der entscheidende Schritt 1, nämlich das Verstehen des Krisenanlasses, nicht immer leicht ist, haben wir schon gesehen. Wenn wir uns aber die Zeit und Mühe nehmen, wirklich zu verstehen, was «los ist», und dieses Verständnis dann im Schritt 2 zusammen mit dem Patienten in eine auch ihm gut einleuchtende Krisendefinition umsetzen können, so ist schon sehr viel gewonnen; nicht selten erübrigen sich nach einem solchen Anfang *lege artis* sogar alle weiteren Schritte: Allein schon das Finden von Verständnis bei einem gelassen überlegenden – und überlegenen – Helfer sowie das klärende Ordnen des ganzen Geschehens kann derart beruhigend wirken, dass die verlorene Sicherheit sozusagen «von selbst» zurückkehrt und sich alles weitere dann ebenfalls «ganz von selber» ergibt.

In andern Fällen jedoch müssen auch die übrigen Schritte der Krisenintervention systematisch durchlaufen werden, insbesondere der Schritt 3, das heisst das kathartische Abführen und Abreagieren der aufgestauten Affekte. Neben Angst und Wut geht es dabei sehr oft um offene oder häufiger noch versteckte Schuldgefühle: Jede Krise wird effektiv, solange sie nicht bewältigt ist, als schmach- und letztlich schuldvolles Versagen, fachpsychiatrisch ausgedrückt als «narzisstische Kränkung», erlebt, was natürlich das Selbstvertrauen nicht hebt. Für manche Leute ist es zunächst unverständlich, dass auch sie Grenzen haben und gewisse Situationen nicht einfach zu beherrschen und zu bewältigen vermögen. Die erstmalige Erfahrung, dass so etwas möglich ist, kann einen Schock auslösen, der der affektiven und auch gedanklichen Verarbeitung bedarf. Dagegen ist es interessanterweise erfahrungsgemäss weniger nützlich, auch aggressive Gefühle, zum Beispiel gegen wirkliche oder vermeintliche Sündenböcke in der Umwelt, sich voll

und sehr ausgedehnt ausleben zu lassen. Dies kann die Spannung nur noch verstärken und lenkt die Aufmerksamkeit nach aussen, anstatt dass sie nun den eigenen Ressourcen zugewandt wird.

Von grosser Wichtigkeit ist des weitern, dass die Reaktivierung gewohnter Lösungsstrategien, das heisst der Schritt 4, vor dem Suchen nach neuen Lösungen, das heisst dem Schritt 5, erfolgt. Diese Reaktivierung bedeutet etwa die graduelle Rückkehr an den Arbeitsplatz, die Wiederaufnahme der gewohnten Haushaltarbeit, die Wiederbelebung des verlorengegangenen Dialogs mit einer wichtigen Bezugsperson usw. Nur wenn all dies nichts nützt, soll der Schritt 5, nämlich das Suchen nach neuen Lösungsmöglichkeiten, wie Stellen-, Wohnungs- oder Wohnortwechsel, eventuell gar Partnerwechsel, Scheidung usw., ins Auge gefasst werden. Der Unerfahrene kommt manchmal erstaunlich vorschnell mit solchen Ratschlägen, die zwar gut gemeint sind, aber trotzdem nichts als neue Angst und Verwirrung stiften, das heisst die Krise verschärfen statt mildern. Es ist nämlich zu bedenken, dass jeder Wechsel, jede notwendige Neuanpassung das ohnehin strapazierte Informationsverarbeitungssystem vor neue Probleme stellt und deshalb die Überforderung verstärken kann. Wenn sich deshalb ein solcher Wechsel durch vernünftige Reaktivierung gewohnter Verhaltensweisen umgehen lässt, so bedeutet das weniger Risiko von neuen Spannungsherden und damit ganz eindeutig einen ökonomisch-taktischen Vorteil.

Wichtig ist schliesslich auch der Abschluss der Krisenintervention, das heisst die retrospektive Bilanz mit einigem zeitlichem Abstand (Schritt 6). Hier wird das kritische Geschehen noch einmal durchleuchtet; versteckte, liegengebliebene Schuldgefühle und andere Schlacken werden abgetragen, gemachte Fehler anerkannt, vor allem aber zur Stärkung des Selbstvertrauens auch alle positiven Leistungen gebührend hervorgehoben und gewürdigt. Gerade diese Abschlussphase, die fälschlicherweise nicht selten als überflüssig vernachlässigt wird, ist von hoher präventiver Wirksamkeit: Nichts stärkt so sehr für die Zukunft wie eine erfolgreich bestandene und verarbeitete Krise, besonders wenn dieses Erfolgserlebnis auch noch bewusst verankert wird; nichts aber schwächt umgekehrt mehr als ein – obendrein noch unverarbeitetes – Misserfolgserlebnis.

Eine praktische Frage, die noch kurz zu besprechen ist, ist diejenige des Gebrauchs von Psychopharmaka im Rahmen der Krisenintervention. Anxiolytika und Tranquilizer, eventuell auch Schlafmittel, Antidepressiva und in schweren Fällen Neuroleptika, können zweifellos, sparsam und kontrolliert verwendet, in gewissen Phasen der Krise sehr nützliche Hilfsmittel sein. Dies ist insbesondere in meinem Beispiel 2 sichtbar geworden. Niemals aber können und dürfen sie eine Krisenintervention mit den angegebenen sechs Schritten, vor allem aber den Schritten 1 und 2, einfach ersetzen. Damit wird eine Krise nicht gelöst,

sondern höchstens übertüncht und verschleppt. Psychopharmaka sind auch hier, wie überhaupt, recht zweischneidig: Wenn Angst und Spannung und auch mal Schlaflosigkeit und Erregung automatisch einfach chemisch beseitigt werden, so fällt unter Umständen zugleich der nötige Antrieb und Motor zum Anpacken eines Problems, eventuell auch zum Austragen und Durchstehen eines Konflikts usw. weitgehend weg. Deshalb gilt es hier, wie immer mit den Psychopharmaka, sorgfältig abzuwägen und zu lavieren zwischen der Scylla einer destruktiven Reizüberflutung und Überforderung, und der Charybdis einer unter Umständen ebenso destruktiven, weil regressiven Dämpfung, Abschirmung und Beruhigung.

7. Nötige Mittel (Zeit, Personal, Infrastruktur)

Nachdem nun klarer geworden ist, was alles zu einer gekonnten Krisenintervention gehört, mag sich mancher, vor allem auch der Nichtpsychiater, fragen, ob er für so etwas überhaupt die nötige Zeit und Hilfsmittel hat. Die Frage besteht zu Recht. Glücklicherweise gibt es aber, wie wir am Beispiel 1 gesehen haben, neben den schweren auch ausgesprochen leichte Krisen, die, so meine ich, durchaus vom Hausarzt rasch und mit relativ wenig Aufwand behebbar sind. Fälle wie derjenige meines Beispiels 2 dagegen erfordern unter Umständen einen enormen, sicher nur dem Fachmann verfügbaren Aufwand an Zeit, Personal und Infrastruktur. Schematisch dargestellt gilt etwa folgendes:

Leichte Krisen

Zeit: 15–30 min
 Personal: Hausarzt, evtl. Hilfspersonen
 Infrastruktur: ambulante Praxis (evtl. Notfallstation)

Mittlere Krisen

Zeit: Stunden bis Tage
 Personal: Haus- und Facharzt, Hilfspersonal (Praxishilfe, Schwester oder Pfleger, Sozialarbeiter)
 Infrastruktur: eventuell ambulante Praxis, eventuell psychiatrische Teilzeitinstitutionen (Kriseninterventionsstation, Tages- oder Nachtambulanz, Übergangshaus usw.) oder psychiatrische Notfallstation → ambulante Praxis

Schwere Krisen

Zeit: Tage bis Wochen
 Personal: Facharzt, Fachpersonal (Psychiatrieschwestern bzw. -pfleger, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten usw.)
 Infrastruktur: psychiatrische Klinik oder Teilzeitinstitutionen (s.o.) → ambulante Praxis

8. Schlussfolgerungen: Möglichkeiten und Grenzen der präventiven psychiatrischen Krisenintervention für den Nichtpsychiater und für den Facharzt

Diese Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich aus allem vorher Gesagten, vor allem aber aus der obigen Aufstellung über die nötigen Hilfsmittel. Alltägliche, leichtere Krisen sind, das nötige Interesse und einige Kenntnisse vorausgesetzt, auch durch den Nichtpsychiater ohne weiteres adäquat zu bewältigen. Mehr noch, es wäre unsinnig, der ohnehin bestehenden Tendenz zur ubiquitären Psychiatrisierung des Lebens von der Wiege bis zur Bahre noch Vorschub zu leisten und jede kleinere psychosoziale Krise etwa dem Spezialisten zu überweisen. Mittlere und vor allem schwerere Krisen dagegen bedürfen oft zumindest während einiger Zeit der Hilfe des Facharztes und nicht selten auch der Fachinstitution, nicht nur wegen des nötigen Zeitaufwandes, sondern vor allem auch, weil ein adäquater Raum und Rahmen nötig ist, weil die Familie, vielleicht der Arbeitgeber oder andere wichtige Bezugspersonen, intensiv einbezogen werden müssen, weil der Sozialarbeiter eingreifen muss, weil spezifisch ergotherapeutische, bewegungstherapeutische und andere Methoden zur Anwendung kommen müssen.

Je nachdem scheint der Aufwand für eine solche Krisenintervention noch tragbar oder aber bereits beängstigend gross. Lohnt er sich? Verhütet bzw. mildert eine rasche, gekonnte, umfassende Krisenintervention wirklich spätere psychische bzw. psychosomatische Störungen? Diese Frage ist selbst mit langfristigen, katamnestischen Untersuchungen keineswegs leicht zu beantworten; die methodologischen Probleme, die dabei zu überwinden sind, sind enorm, unter anderem da gerade bei der psychosozialen Langzeitentwicklung eine fast unübersehbare Zahl von Variablen zu berücksichtigen wären und adäquate Vergleichsgruppen langfristig praktisch gar nicht gebildet und kontrolliert werden können. Trotzdem hat sich mehr von der Praxis als von der Wissenschaft her sozusagen überall die Überzeugung durchgesetzt, dass die gezielte Krisenintervention eines der ökonomischsten präventiv wirksamen Verfahren ist, über welches die moderne Psychiatrie und Medizin verfügt. Die Weichenstellungen, die mit dieser Technik in der «heissen» Anfangsphase psychischer Störungen vorgenommen werden können, führen weit weg von den wochen- oder gar monatelangen anfänglichen Beobachtungszeiten und überhaupt den Langzeithospitalisationen der alten Psychiatrie und hin zu einer gezielten, mobilen und elastischen Intensivtherapie. Auch der Nichtpsychiater kann hier zweifellos, die nötigen Grundkenntnisse ebenso wie ein Bewusstsein für bestehende Grenzen vorausgesetzt, einen wesentlichen Beitrag leisten. Ich hoffe, dass mein Vortrag zur Klärung sowohl der bestehenden Möglichkeiten wie der Grenzen einen bescheidenen Beitrag hat leisten können.

Zusammenfassung

Psychosoziale Krisen bieten besonders effiziente Möglichkeiten zu psychiatrischer Primär- und Sekundärprävention. Krisen können als kurzdauernde Überforderungssituation mit der Gefahr ungünstiger Langzeitentwicklungen, aber auch der Chance von positivem Wechsel und Neuanpassung, definiert werden. Krisensymptome umfassen ein weites Spektrum sowohl psychopathologischer wie psychosomatischer Störungen, welche meist Entgleisungen normaler Bewältigungsmechanismen darstellen. Die fachgerechte Krisenintervention umfasst sechs Schritte (Krisenanlass verstehen, gemeinsame Krisendefinition erarbeiten, Affektabfuhr, Reaktivierung gewohnter Verhaltensweisen, Suche nach neuen Lösungen, retrospektive Bilanz). Der nötige Aufwand an Zeit, Personal und Infrastruktur zeigt, dass leichte und eventuell mittlere Krisen vom Hausarzt, schwerere Krisen aber nur vom Psychiater behandelt werden können (zwei Fallbeispiele).

Résumé

Psychiatrie préventive par moyen de l'intervention en cas de crise

Les crises psychosociales offrent des possibilités préventives primaires et secondaires particulièrement intéressantes. Une crise peut être définie comme une situation de surcharge aiguë, comportant le danger d'une évolution défavorable à long terme, mais également la chance d'un changement et de nouvelles adaptations positives. Les symptômes de crise comprennent une grande variété de troubles psychopathologiques et psychosomatiques qui représentent généralement des mécanismes de défense dysfonctionnels. Une intervention adéquate en cas de crise comporte six pas (comprendre les facteurs déclenchants, élaborer avec le patient une définition de la crise, décharger des affects, réactiver des comportements habituels, éventuellement chercher de nouvelles solutions, établir un bilan rétrospectif). L'investissement nécessaire en temps, personnel et infrastructure montre que des crises psychosociales légères et éventuellement moyennes peuvent être traitées par le médecin généraliste, tandis que les crises graves nécessitent l'intervention du spécialiste (deux exemples casuistiques).

Summary

Preventive Psychiatry Through Crisis Intervention

Psychosocial crises offer specially interesting possibilities for primary and secondary prevention. A crisis can be defined as an acute situation of overcharge with the danger of unfavourable long-term evolutions, but also with the chance of positive change and new adaptation. Symptoms of crisis include a wide variety of psychopathological and psychosomatic troubles which represent usually a dysfunction of normal coping mechanisms. An adequate crisis intervention includes six typical steps (comprehension of triggers, formulation of a common crisis definition with the patient, affective discharge, reactivation of usual coping mechanisms, if necessary search for new solutions, retrospective evaluation). The necessary investment in time, personnel and infrastructure shows that milder crises can be treated by the general practitioner whereas severer crises need the intervention of the specialist (two casuistic examples).

Literatur

- [1] Caplan, G., Principles of preventive psychiatry, Basic Books, New York, 1974.
- [2] Ciompi, L., Krise und Krisenintervention in der modernen Psychiatrie, Schweiz. med. Wschr. 107, 893–898 (1977).
- [3] Ciompi, L., Zum Problem der psychiatrischen Primärprävention, in: Kisker, K. P., Meyer, J. E., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I/1., 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, 1979, 343–386.
- [4] Ciompi, L., Affektlogik, Klett-Cotta, Stuttgart, 1982.
- [5] Ciompi, L., Die Verhütung psychiatrischer Krankheiten – Wunsch und Wirklichkeit. Ein Überblick. Vortrag am Kongress

der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Münster, 30.9.–2.10.1982 (i. Druck).

[6] Cullberg, J., Krisen und Krisentherapie, Psychiat. Prax. 5, 25–34 (1978).

[7] Erikson, E., Jugend und Krise, Klett-Cotta, Stuttgart, 1970.

[8] Haefner, J., Krisenintervention, Psychiat. Prax. 1, 139–150 (1974).

[9] Haefner, J., Helmchen, H., Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – Konzeptuelle Fragen, Nervenarzt 49, 82–87 (1978).

[10] Heim, E., Coping oder Anpassungsvorgänge in der psychosomatischen Medizin, Z. Psychosomat. Med. und Psychoanal. 25, 251–262 (1979).

[11] Jacobson, G. F., Programs and techniques of crisis intervention, in: Arieti (Ed.) American Handbook of Psychiatry, 2. ed., 2, 810–825, Basic Books, New York, 1974.

[12] Lindemann, E., Symptomatology and management of acute grief, Am. J. Psychiat. 101, 141 (1944).

[13] Reiter, L., Zur Technik der Krisenintervention, Österr. Ärztezeitung 31, 120–124 (1976).

Krisenintervention in der Praxis¹

R. Böni, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, Kleindietwil²

1. Beispiel einer Landpraxis

Die Praxis, aus der hier berichtet wird, befindet sich in einer Ortschaft mit 500 Einwohnern. In einigen Kilometern Entfernung finden sich mehrere weitere Ortschaften von 500 bis 2000 Einwohnern. Die Landpraxis des Autors betreut etwa 2500 Menschen aus 8 Gemeinden. Die Zahl der geschätzten Arzt-Patient-Kontakte beträgt 250 pro Woche oder 50 pro Arbeitstag. Dazu kommen 10 bis 20 Telefonanrufe.

Zwischen 1959 und 1980 waren in dieser Praxis 467 Todesfälle zu verzeichnen (Männer: 265, Frauen: 202), mit folgenden Todesursachen:

Unfälle und Suizid	29
Akute Erkrankung inkl. plötzlicher Todesfall	108
Chronische Erkrankung	330
Total	467

Die Altersverteilung der verstorbenen Patienten zeigt, dass Todesfälle bei unter 50jährigen eher selten sind:

Alter	Anzahl Todesfälle
0–49 Jahre	34
50–59 Jahre	18
60–69 Jahre	83
70–79 Jahre	147
80–89 Jahre	154
über 90 Jahre	31
Total	467

Tab. 1. Psychohygiene in der Allgemeinpraxis (nach Greco und Pittenger [3])

In dieser Praxis werden zurzeit 7 Patienten mit psychotischen Leiden (Schizophrenie) betreut und medikamentös behandelt, was ungefähr der von Bangerter et al. [1] angegebenen Häufigkeit entspricht. Situationen, in denen der Arzt im Sinne einer eigentlichen psychiatrischen Krisenintervention eingreifen muss, treten eher selten auf.

2. Präventive Psychiatrie und Krisenintervention in der Praxis

Die Möglichkeiten der Prävention seelischer Krankheiten in der Praxis schildern Greco und Pittenger in ihrem höchst lesenswerten Büchlein «Ein Hausarzt und seine Praxis» [3]. Sie vergleichen darin die Situation, in welcher der Arzt beim Patienten durch die Stärkung seines Ichs bei der Vorbeugung zukünftiger Krisen hilft, mit derjenigen der Impfung, in der der Arzt ebenfalls die Widerstandskraft des Patienten stärkt. Ein solches Vorgehen bedingt eine ärztliche Einstellung und eine medizinische Vorgehensweise, in der krankhafte Erscheinungen nicht sofort in einseitiger Weise etikettiert werden, sondern in der neben der Feststellung der Diagnose im herkömmlichen Sinn herauszufinden versucht wird, weshalb der Patient gerade zum gegebenen Zeitpunkt zur Konsultation gekommen ist und weshalb er den Gang zu diesem Arzt und nicht zu einer anderen Stelle gewählt hat. Schliesslich hat der Arzt zu einer lebensgeschichtlichen Gesamtdiagnose zu gelangen, welche Einsicht in bestehende Schwierigkeiten erlaubt und den Weg für gezielte psychohygienisch relevante Fragen freigibt (Tab. 1).

Bei der Krisenintervention ist nicht nur eine sofortige Verfügbarkeit des Arztes notwendig, sondern auch seine persönliche Präsenz während der kritischen Zeit, die Tage bis Wochen dauern kann. Je nach der Situation kann so dem Patienten geholfen werden, die Krise ohne Notwendigkeit einer psychiatrischen Klinikweisung zu überwinden, oder der Weg zu einer später wiederkehrenden haus- und familienärztlichen Betreuung des Patienten kann vorbereitet werden, sollte dieser vorübergehend in die Obhut eines Psychiaters oder einer Klinik übergeben werden müssen.

¹ Gestützt auf ein Referat anlässlich der Fortbildungstagung «Prävention in der ärztlichen Praxis» der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, Bern, 24./25. März 1983.

² Dr. med. R. Böni, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, 4936 Kleindietwil.