

Krisenintervention

Workshop Nr. 6

34. BWF-Fachtagung am 26.09.2019

Dr. med. Julia Prasser

Krise: Krisis (aus dem Griechischen)

Unsicherheit, bedenkliche Lage,
Zuspitzung, Entscheidung,
Höhe- und Wendepunkt

Krise (aus
dem
Chinesischen)

危机

Gefahr (weiji)

Chance (jihui)

Krisenbegriff

G. Caplan (1964):

Akute Überforderung eines gewohnten Verhaltens- und Coping Systems durch belastende innere oder äußere Ereignisse, die sich durch Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, Bedrohung und Kontrollverlust, Verlust des seelischen Gleichgewichts und inneren Druck äußern können.

J. Cullberg (1978):

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 durch Art und Ausmaß seine, durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation, übersteigen.

Charakteristika einer Krise (nach Sonneck 2000 und Cullberg 1978)

- Krisenbegriff **keine Krankheitsentität**, sondern eher akutes Zustandsbild, welches **unverzögliches therapeutisches Handeln** benötigt
- Krisen kommen **meist akut, überraschend**, mit dem **Charakter des Bedrohlichen**, sind mit **Verlusten** und Kränkungen verbunden, **stellen Werte und Ziele in Frage**, erzeugen **Angst und Hilflosigkeit**
- Psychosoziale Krisen (Trauma/Veränderungskrise) sind **zeitlich begrenzt** auf Wochen bis max. 3 Monate

Charakteristika einer Krise (nach Sonneck 2000 und Cullberg 1978)

- Jede Krise bringt daher eine deutliche **Labilisierung** sowohl auf **innerpsychischer**, als auch auf **sozialer Ebene** mit sich. Gewohnte Verhaltensweisen werden durch **inadäquates Verhalten** (z.B. regressive, suizidale, aggressive,...Verhaltensweisen) ersetzt
- Eine **erhöhte Suggestibilität** kann in der Krise zu einer **langfristigen Weichenstellung** führen, indem dort einmal **ergriffene Verhaltensweisen** (z.B. passiv regressiv) sich **chronifizieren**
- In dieser **labilen Phase** können **kleine Ursachen große Wirkungen** haben **mit unabsehbaren Folgen** für die Zukunft

Krisen/Notfallbegriff nach Rupp

Krise ist eine Situation in der der **größte Teil der psychischen Energie** des betroffenen Individuums und seines Umfelds auf die **Bewältigung einer außerordentlichen Herausforderung** gerichtet ist. Dabei kommt es zu **Stress** und ggf. zu einer Verschlimmerung einer vorbestehenden psychischen Störung.

Notfall ist der **akute Fall einer Krise**, bei dem unmittelbarer, professioneller Handlungsbedarf wegen **Selbst- oder Fremdgefährdung**.

Die **Abwendung von Gefahr** steht im Vordergrund, dazu sind teils auch **Zwangsmaßnahmen** notwendig.

→Übergang oft fließend

Notfallsituationen

- **Intervention vor Ort** notwendig!
- Dort kann **in kurzer Zeit** die Situation die **Selbsthilfekompetenz** des Betroffenen, die **Belastbarkeit der Angehörigen** und das **Ausmaß** insgesamt beurteilt werden
- Intervention vor Ort zielt nicht nur auf das **Wohl des Patienten**, sondern auch seines unmittelbar **betroffenen Umfelds**
- Auch betroffene Angehörige (Kinder!,...) sind oft massiv überfordert und brauchen eine umgehende Entlastung

Methodik der Krisenintervention

- **Gelassene und entschiedene** Vorgehensweise des Helfersystems **außerhalb** des üblichen **Behandlungsrahmens**
- Eine **genaue diagnostische Beurteilung** ist im Notfall **oft nicht möglich**, da Situationsbeschreibungen meist von „Laien“ erfolgen
- **Syndromal beurteilen** statt genau zu diagnostizieren
- Je geringer die **Kommunikationskompetenz**, umso eher Einbeziehung des Umfelds nötig
- Je geringer der **Handlungskompetenz**, desto eher sind organisatorische Maßnahmen nötig

Methodik der Krisenintervention

- **Je größer** der emotionale Druck (**Erregung**) desto **eher Medikamente** notwendig
- **Zwangsmaßnahmen** notwendig bei **akuter Selbst- oder Fremdgefährdung** (und fehlender Kooperation trotz methodischem Vorgehen), die länderspezifisch geregelt sind (Bayern 2018: Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz/**BayPsychKHG**)

Wichtige Schlüsselsyndrome

- Bedrohliche **Bewusstseinsstörung**/Delir (Ausschluss einer sofort behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankung notwendig)
- Verlust des Realitätsbezugs/**Wahnvorstellung**
- Verzweiflung, **Suizidalität**
- Aggression, Konflikt mit (Androhung von) **Gewalttätigkeit**
- **Rausch oder Entzug**
- Ausgeprägte Angst und **Panik**
- **Akute Problematik** einer **chronisch psychischen Störung**

Phasen und Schritte der Notfallintervention nach Rupp (2010)

-1. Phase: Verbindung schaffen durch aktives Zuhören

-2. Phase: Vorbereiten

a) Triage → anfängliche Kurzbeurteilung zur Abschätzung der Gefahr und notwendigen Interventionsweise

b) Vorbereitung auf den Einsatz → telefonische Vorinformation des Patienten und seines Umfelds, sowie persönliche Vorbereitung des Helfers auf seinen Einsatz

c) Begrüßungsintervention → Definition des Settings beim persönlichen Erstkontakt

Phasen und Schritte der Notfallintervention nach Rupp (2010)

- 3. Phase: Verstehen

a) Gesprächsaufnahme vor Ort → Kontaktaufnahme, Ermittlung der Kommunikationsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft vor Ort, Einbezug des Umfelds

b) Notfall-Abklärung → **aktuelle Gefahren (Schutzmaßnahmen!)** und **Ressourcen** (hinsichtlich Belastbarkeit und Verfügbarkeit)

c) Provisorische Gefährdungsbeurteilung (Risiken bis zum nächsten Patientenkontakt) und Definition einer Hilfestrategie

Phasen und Schritte der Notfallintervention nach Rupp (2010)

- 4. Phase: Verändern

- a) **Notfallkonferenz** → Einbezug aller kommunikationsfähigen Beteiligten um Strategie in konkreten, gemeinsamen Handlungsplan umzusetzen
- b) **Sofort-Maßnahmen** → Intervention zur sofortige Entlastung
- c) **Evaluation** → abschließende Überprüfung des Interventionsergebnisses

- 5. Phase: Verabschiedung

Gelungene Krisenintervention- Hilfsangebot klar definieren

- **Genügend Zeit**, nötige Ausrüstung, Hinzuziehen anderer Helfer (Polizei, Rettungsdienst)
- **Schnelle Klärung** des Anliegens des Hilfesuchenden
- **Ausdrückliche Definition** des (gesetzlichen) **Auftrags** des Notfallhelfers und seines **Hilfsangebots**
- **Auftragskonflikte** sind eher **die Regel** als die Ausnahme
- **Notfallhelfer leitet** die Intervention und **setzt sich** notfalls auch **durch**, was viel zur Auftragsklärung beitragen kann

Gelungene Krisenintervention- Vertraute Personen hinzuziehen

- Bei besonders schwierigen Situationen (z.B. Erregungszustand) **Zuziehen vertrauter** und freundschaftlich zugewandter **Personen**
- Im Gespräch klare **Priorisierung auf das Wesentliche** (Abwendung von Gefahr) und **Evaluation ob Übermitteltes auch verstanden** wird (nachfragen)
- **Auf eigene innere Wahrnehmung achten** (z.B. Veränderung der eigenen Besorgnis). Menschen in Krisen oft **ambivalent (Hoffnung/Destruktivität)**, diese Kräfte befinden sich in Wechselwirkung mit dem Interventionsimpuls des Helfers

Gelungene Krisenintervention- Genauere Beobachtung des Verlaufs

- **Beobachtung des Verlaufs der Interaktion** bringt wichtige Hinweise auf weiter **bestehendes Gefährdungspotential**, sowie spätere **Kooperationsbereitschaft** in der Weiterbehandlung
- Aktueller **Schweregrad** der Störung zeigt sich auch durch geringe **Beeinflussbarkeit** durch die Krisenintervention
- Im Zweifel ist es Aufgabe des Patienten den Helfer zu überzeugen, dass z.B. keine Spitaleinweisung notwendig ist und ambulante Maßnahmen ausreichen (Hilfsnetzwerk, Ressourcen,...)

Gelungene Krisenintervention- Lösungsorientiert vorgehen

- Versuch einer ruhigen, **klärenden Intervention**

→ Komplexes übersichtlicher machen

→ **Trennen Wichtigem/Unwichtigem**

→ Hilflosigkeitstendenzen einzugrenzen

Gelungene Krisenintervention- Lösungsorientiert vorgehen

- Selbsthilfekräfte** und **konstruktive Lösungsansätze** fördern
- Sofortige Belastungsreduktion** durch Intervention und **konkrete Unterstützungsangebote**
- Schutz vor Destruktivem**
(zerstörerischer Anteil soll respektiert, konstruktiver gefördert werden)

Gelungene Krisenintervention- Lösungsorientiert vorgehen

- **Konkrete Vereinbarungen treffen** (z.B. Antisuiizidvertrag oder Einrichten eines Alarmsystems bei erneutem Aufflammen der Krise)
- **Bestimmung von neuen Kommunikationsregeln** in der Interaktion mit Therapeut (nach suizidaler Krise z.B. Bestimmung von klaren zeitlichen Abständen in denen sich der Patient melden muss)

Gelungene Krisenintervention- Lösungsorientiert vorgehen

- Um sofortige Entlastung von belastenden Aufgaben zu erreichen,
Vergeben von kleinen, klaren Handlungsaufgaben (feste Tagesstruktur, Tee kochen,...)
- **Alles wird befristet bis zum nächsten Therapeuten/Arztkontakt**
(in der Regel am Folgetag)
- **Maximale Methodenflexibilität des Helfers** wünschenswert (Hilfe im sozialen, psychologischen aber auch biologisch-medikamentösen Bereich)

Krisenintervention- Notfall-Medikation

- Wenn notwendig im Notfall
nur **Einmaldosis zur Beruhigung/Schlafen**
und/oder für gefahrenlosen Transport in eine weiterbehandelnde
Institution
- Wichtigste Medikamente:
 - Kurzwirksame **Benzodiazepine** (Sedierung, Anxiolyse)
 - **Neuroleptika** (Erregungszustände, psychotisches Erleben,...)

Krisenintervention

→ Ziel

Behebung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung durch sofortige

Entlastung, Vernetzung und Einleitung von weiterführenden

schützenden Maßnahmen.

Krisen im ICD-10

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen:

- Definition: Reaktionen auf belastende Lebensereignisse, die nach Art und Ausmaß deutlich über das nach allgemeiner Lebenserfahrung zu Erwartende hinaus gehen und denen aufgrund ihrer Ausprägung oder Folgen Krankheitswert zukommt. Dabei werden in der Regel die affektive Situation, die Leistungsfähigkeit und die sozialen Beziehungen beeinträchtigt.

Krisen im ICD-10

Akute Belastungsreaktion F43.0:

- Definition: Stunden bis max. 3 Tage anhaltende Reaktionen auf außergewöhnliche körperliche und oder seelische Belastung bei ansonsten psychisch nicht manifest gestörten Patienten. Nach einem anfänglichen Zustand der „Betäubung“ kommt es zu affektiven und vegetativen Symptomen. Die Störung klingt in der Regel nach wenigen Stunden ab (kann aber bei entsprechender Veranlagung auch in eine dissoziative Störung übergehen).

Krisen im ICD-10

Posttraumatische Belastungsreaktion F43.1:

- Definition: Verzögerte oder protrahierte (beginnt Wochen bis Monaten nach Trauma) Reaktion auf extreme Bedrohung. Wichtigste Symptome sind die wiederholte unausweichliche Erinnerung an das belastende Ereignis („Flashbacks“), emotionaler und/oder sozialer Rückzug, sowie vegetative Übererregbarkeit, Vigilanz-Steigerung und Schreckhaftigkeit.

Krisen im ICD-10

Anpassungsstörung F43.2:

- Definition: Gestörter Anpassungsprozess nach einer einschneidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen. Es kommt zu unterschiedlichen affektiven Symptomen wie depressiver Verstimmung, Angst, andauernder Besorgnis, sowie reduzierter Belastbarkeit und sozialer Beeinträchtigung. Die Störung beginnt innerhalb 1-3 Monaten nach dem Ereignis und dauert selten länger als 6 Monate an.

Krisen im ICD-10

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung F62.0:

Tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit, die nach extremer Belastung folgen kann (z.B. Folter, Katastrophen), nicht durch eine zuvor vorliegende erhöhte Vulnerabilität der betreffenden Person zu erklären ist und einen chron. Verlauf nimmt.

Krisen im ICD-10

Exacerbation vorbestehender psychischer Erkrankungen:

- Suchterkrankung
- Persönlichkeitsstörungen (oft selbstschädigendes Verhalten, Bindungsstörung)
- Uni/bipolare Störung, schizoaffektive Störung, Schizophrenie
- ,...

Krisenintervention Oberpfalz

→ für Menschen in psychischen Krisen

Krisenintervention Oberpfalz

- Bisher über unterschiedliche Träger regional/überregional organisiert (Krisendienst Horizont, Notfallseelsorge,...)
- Nach Sozial/Teilhabebeschluss des Bezirks Oberpfalz im Juli 2019:
 - Bildung eines zentralen psychiatrischer Krisendienstes der Oberpfalz mit Sitz der Leitstelle in Schwandorf, sowie aufsuchenden mobilen Krisenteams
 - Versuch der Bündelung von bereits im Krisendienst tätigen Organisationen in Form eines Trägerbundes (GmbH)
 - Förderung und Finanzierung über Bezirk Oberpfalz und Freistaat Bayern
 - Start Ende 2019 beginnend mit der Leitstelle geplant

Fallbeispiele aus dem klinischen Alltag

Fallbeispiel 1

Das Jugendamt (Koki) kontaktiert die psychiatrische Institutsambulanz. Es hätte sich ein Vater gemeldet, der 4 Wochen nach der Frühgeburt von Zwillingen (nach künstlicher Befruchtung) psychische Veränderungen bei seiner Frau festgestellt habe. Er habe Sorge, dass sich seine Frau in diesem Zustand nicht mehr ausreichend um die Kinder kümmern könne, wenn er nach der Elternzeit, die in 2 Wochen enden würde, wieder an den Arbeitsplatz zurückkehre.

Seine Frau schlafe, auch wenn die Kinder nachts schlafen würden, kaum, sei desorganisiert, rede ohne Unterlass und käme dabei vom einen zum anderen. Zudem verhalte Sie sich eigenartig, er kenne sie so nicht. Gerade sei sie mit den Kindern (Hochsommer) mit dem Auto in der Stadt unterwegs, hätte eigentlich schon längst zurück sein müssen und sei über ihr Telefon nicht erreichbar.

Fallbeispiel 1

Umgehende telefonische Kontaktaufnahme des Dienstarztes mit dem Ehemann (Selbst- und Fremdgefährdung!!!!). Dieser berichtet er habe seine Frau nun telefonisch erreicht, sie sei mit einem Kind in der Stadt unterwegs, das andere Kind sei im Auto. Einleitung einer Fahndung durch die Polizei und Alarmierung eines Notarztes (Frühgeborene, Hitze,...). Ehemann wird nach Auffinden der Frau und Lokalisation des abgeschlossenen PKWs (Tiefgarage) umgehend zum Einsatzort gebracht. Dort wird eine völlig verwirrte, manisch desorganisierte Frau mit Kind auf dem Arm angetroffen. Durch behutsame Kontaktaufnahme des zuvor instruierten Ehemannes gelingt es, der Frau den einen Säugling durch den Vater abzunehmen und nach Öffnung des PKWs mit beiden Kindern und Notarzt in die Kinderklinik zur Versorgung (beginnender Hitzschlag mit Exsikkose) zu fahren.

Fallbeispiel 1

Nach Abfahrt des Notarztwagens entwickelt die Pat. einen psychomotorischen Erregungszustand und muss mit Polizei fixiert und durch einen zweiten Notarztwagen nach Medikamentengabe (Benzodiazepine) in die Psychiatrie transportiert werden. Dort wird die Pat. BGB-rechtlich untergebracht und mit der Diagnose einer manischen Psychose, bei vorbekannter schizoaffektiver Störung, auf einer geschlossenen Station (neuroleptisch) behandelt. Nach Besserung des Denk- und Affektgestörten Syndroms finden begleitende Umgänge mit den Kindern statt. Nach Verlegung auf eine offene Station und Aufnahme des Vaters als Begleitperson zur Versorgung der Kinder kann zuletzt auch eine gemeinsame Behandlung mit den Kindern ermöglicht werden.

Fallbeispiel 2

Aufgeregt ruft ein Sohn einer 54-jährigen Verkäuferin den Arzt des KVB-Dienstes (Hausarzt) an. Seine Mutter schließe sich in der Wohnung ein, erzähle zunehmend komische Dinge und habe eine Art Vergiftungswahn. Sie esse kaum mehr und rede unverständlich. Besorgte Nachbarn hätten ihn informiert, da es Nachts in der Wohnung laut sei und bereits einmalig auch gebrannt habe. Der Arzt des Bereitschaftsdienstes informiert die Polizei und fährt mit 2 Polizisten zur Wohnung. Zudem verständigt er sich mit dem Angehörigen, ebenfalls dort zu erscheinen. Dort wird eine verwirrt erregte Frau angetroffen, die sich gegen sämtliche Kontaktaufnahme wehrt.

Fallbeispiel 2

Der Arzt des Bereitschaftsdienstes informiert die Polizei und fährt mit 2 Polizisten zur Wohnung. Zudem verständigt er sich mit dem Angehörigen, ebenfalls dort zu erscheinen. Dort wird eine verwirrt erregte Frau angetroffen, die sich gegen sämtliche Kontaktaufnahme wehrt. Selbst- und Fremdgefährdung liegen auf der Hand. Der Sohn wird vom Dienstarzt instruiert der Mutter zu sagen, dass er sich Sorgen mache und sich außer Stande fühle die Betreuungsverantwortung weiter zu übernehmen. Der Arzt überbringt die schlechte Nachricht, dass eine Klinikeinweisung auch gegen ihren Willen notwendig ist und leitet Schritte für eine Zwangsunterbringung ein (Psych. KG).

Fallbeispiel 2

Mit V.a. eine akute Psychose lässt sich die Pat. unter verbalem Protest, aber ohne Tötlichkeit in eine Psychiatrie einweisen. Der Sohn begleitet den Transport, eine Medikation oder Fixierung ist nicht notwendig. In der Klinik wird die Patientin, die mit einer Behandlung nicht einverstanden ist, gegen ihren Willen untergebracht. Bei der klinischen Diagnostik wird eine ausgeprägte Hyperthyreose festgestellt, nach umgehender Behandlung der zugrunde liegenden organischen Störung, ist das Verhalten der Pat. wieder komplett unauffällig.