

LESEPROBE

Michael Frey Claudia Fischer (Hrsg.)

Praxishandbuch Psychiatrische Krisenintervention

Erste Hilfe bei psychischen Krisen
aus interdisziplinärer Sicht



Urban & Fischer



Inhaltsverzeichnis

1	Formen der Krisenintervention im Überblick	1	4	Was begegnet mir? Erscheinungsformen psychiatischer Krisen	59
	Astrid Bruhn, Claudia Fischer und Michael Frey			Claudia Fischer, Michael Frey, Jeannette Hofmann und Ingrid Schäfer	
1.1	Krise als Phänomen	3	4.1	Realitätsverlust	62
	Claudia Fischer und Michael Frey			Michael Frey	
1.2	Die historische Entwicklung von Formen der Krisenintervention	7	4.2	Orientierungslosigkeit und Verwirrung	67
	Claudia Fischer			Michael Frey	
1.3	Die internationale Perspektive	8	4.3	Angst und Panik	72
	Claudia Fischer			Claudia Fischer	
1.4	Die gesellschaftliche Perspektive	11	4.4	Depression und Manie	75
	Astrid Bruhn			Claudia Fischer	
1.5	Krisenintervention in der Psychotherapie	16	4.5	Zwang und Horten	80
	Claudia Fischer			Claudia Fischer	
			4.6	Essstörungen	85
				Michael Frey	
2	Krisenintervention als „Prozess“	23	4.7	Emotionale Instabilität und narzisstische Verwundbarkeit	88
	Michael Frey			Claudia Fischer	
2.1	Krisenintervention als Moment der Begegnung	23	4.8	Selbstschädigendes Verhalten	95
				Michael Frey	
2.2	Prozessorientiertes Vorgehen in der Krisenintervention	24	4.9	Belastung und Trauma	100
				Claudia Fischer	
2.3	Ein Prozess der Gegenseitigkeit	28	4.10	Impulsivität und Bedrohlichkeit	106
				Michael Frey	
			4.11	Sucht	108
				Ingrid Schäfer	
3	Was bringe ich mit?		4.12	Der körperlich Kranke	120
	Grundhaltung und theoretischer Hintergrund	35	4.13	Ingrid Schäfer	
	Claudia Fischer und Michael Frey			Geistige Behinderung	126
3.1	Psychodynamische Modelle	36	4.14	Jeannette Hofmann	
	Claudia Fischer			Schlafstörungen	134
3.2	Lerntheoretische Überlegungen	43		Michael Frey	
	Michael Frey				
3.3	Systemische Aspekte	49	5	Spezielle Kriseninterventionsfelder	139
	Michael Frey			Claudia Fischer, Michael Frey, Annette Graf und Jan Reuter	
3.4	Sonstige Konzepte	54	5.1	Kinder und Jugendliche	140
	Claudia Fischer			Michael Frey	

XII Inhaltsverzeichnis

5.2	Alte Menschen	163	7	Wo muss man wachsam sein?	213
	Claudia Fischer			Claudia Fischer, Michael Frey und Jona Kräenbring	
5.3	Menschen mit Migrationshintergrund	168	7.1	Nach außen.	213
	Jan Reuter			Claudia Fischer	
5.4	Krisenintervention bei Menschen mit forensischem Hintergrund.	177	7.2	Nach innen	239
	Annette Graf			Claudia Fischer	
			8	Medizinisch-psychiatrisches Grundwissen	245
6	Methodische Besonderheiten	185		Michael Frey und Ingrid Schäfer	
	Claudia Fischer, Michael Frey und Ingrid Schäfer			Psychopharmaka.	245
6.1	Krisenintervention am Telefon	186	8.1	Ingrid Schäfer	
	Claudia Fischer			Psychopathologischer Befund	256
6.2	Krisenintervention im Team	191	8.2	Michael Frey	
	Michael Frey				
6.3	Krisenintervention vor Ort.	195	9	Rechtliche Rahmenbedingungen	263
	Michael Frey			Ingrid Schäfer	
6.4	Teil- oder vollstationäre Krisenintervention	201	9.1	Garantenstellung.	263
	Ingrid Schäfer			Schweigepflicht.	264
6.5	Digitale Zugangswege – Online-Beratung	208	9.2	Unterbringung.	264
	Michael Frey			Rechtfertigender Notstand	266
				Register	268

4.1 Realitätsverlust

Michael Frey

Zusammenfassung

- Psychotische Erkrankungen sind u. a. durch Realitätsverlust sowie kognitive und affektive Beeinträchtigungen gekennzeichnet, was sich auf die Kommunikation mit den Betroffenen auswirkt.
- Wichtige Kriseninterventionsziele sind die akute Entlastung und ggf. die Unterstützung und Beratung der Angehörigen – immer auch mit Blick auf die Erarbeitung einer Behandlungsmotivation. Denn für eine günstige Prognose ist, vor allem bei Erstmanifestationen, ein möglichst frühzeitiger Behandlungsbeginn entscheidend.
- Die Kommunikation mit psychotischen Menschen muss dabei an die jeweils vorherrschende Symptomatik angepasst werden, um verständlich zu sein und das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Der Respekt vor der „Realität“ des Gegenübers ist die Grundlage für eine gelingende Gesprächsführung.

4.1.1 Leitsyndrom, diagnostische Kriterien

■ Fallbeispiel

Mit besorgtem Gesichtsausdruck und leiser Stimme teilt der junge Mann der professionellen Helferin mit, dass er seit Monaten von zwei seiner Nachbarn überwacht werde. Er deutet auf die Regale und macht eine Geste, die das Gegenüber zur Vorsicht mahnt. Dort seien Mikrofone und kleine Kameras versteckt. Im nächsten Moment springt er auf und geht unruhig auf und ab, ohne weitere Auskünfte zu geben. Er wirkt sehr angespannt, gedankenverloren und verängstigt. Nach einigen Minuten lässt er sich wieder auf dem von einem Handtuch bedeckten Sofa nieder. Er berichtet, dass er seine Nachbarn hören könne; er könne ihre Gedanken in seinem Kopf hören und wisse daher, dass sie jeden seiner Schritte verfolgten. Er verlasse die Wohnung nur im Dunkeln, weil er sich da etwas sicherer fühle; tagsüber bleibe er zu Hause. ■

Die Basis sozialer Kommunikation ist eine gemeinsame Bezugsgröße, die miteinander geteilte Realität. Zentrales Merkmal einer psychotischen Erkrankung ist, dass es hier zu einem Bruch kommt. Wahn und Halluzinationen als Symptome einer psychotischen Störung sind dadurch gekennzeichnet, dass eben die je spezielle Sicht- und Erlebensweise nicht mit anderen geteilt werden kann, was zu Vereinsamung und Verzweiflung führen kann. Die häufigste Form von Psychosen sind die aus dem schizophrenen Formenkreis.

Bei der schizophrenen Psychose sind in erster Linie vier Domänen des Denkens und Erlebens betroffen:

- Störungen des Realitätsbezugs (Wahn und Halluzinationen)
- Kognitive Beeinträchtigung (u. a. formale Denkstörungen)
- Negativsymptome (flacher Affekt, Alogie etc.)
- Affektive Dysregulation (z. B. Ängste, depressiver Affekt) (van Os et al. 2010)

Dies kann sich in z. T. grob desorganisierter Sprache bzw. desorganisiertem Verhalten bis hin zu katatoner Erstarrung äußern (DSM-5: APA 2013).

INFO BOX

Als wichtige Änderung in der Klassifikation der schizophrenen Psychosen in der ICD-11, die diesbezüglich dem DSM-5 folgt, werden die in der ICD-10 beschriebenen Unterformen (hebephrene Schizophrenie, Schizophrenia simplex, undifferenzierte Schizophrenie etc.) großteils aufgehoben (vgl. S3-Leitlinie Schizophrenie: DGPPN 2019).

4.1.2 Positivsymptome

Die sog. **Positivsymptome** sind dabei besonders kennzeichnend und u. a. wesentlich für die kategoriale diagnostische Einordnung (DSM-5: APA 2013). Sie umfassen Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen und einen Teil der formalen Denkstörungen.

Wahn

Die Wahnsymptomatik als Ausdruck des verlorenen Realitätsbezugs kann in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen auftreten (➤ Kap. 8.2.2).

Dabei kann zum einen die **Intensität des Wahns** betrachtet werden:

- **Wahnstimmung:** Die Betroffenen haben lediglich das Gefühl, dass „etwas nicht stimmt“, ohne dass sie die Hintergründe näher benennen können.
- **Wahnwahrnehmung:** Eine Sinneswahrnehmung wird in ihrer Bedeutung in einen anderen Bezugsrahmen gesetzt. So wird z. B. ein vorbeifahrendes rotes Auto als Zeichen interpretiert, dass der Nachrichtendienst wieder aktiv ist.
- **Wahneinfall:** Ein wahnhafter Gedanke tritt unabhängig von einer Sinneswahrnehmung auf; z. B.: „Mein Ehemann will mich vergiften.“
- **Systematisierter Wahn:** Die Komplexität des Wahns nimmt zu, und immer mehr Wahrnehmungen und Beobachtungen werden in die Wahnsystematik integriert.

Was die **Wahninhalte** angeht, so erleben ca. 80–90 % der Menschen mit einer schizophrenen Psychose einen Verfolgungs- bzw. Beeinträchtigungswahn. Es gibt jedoch auch noch zahlreiche andere Formen wie Liebes- oder Eifersuchtwahn, Größenwahn, Schuldwahn etc. (Mehl et al. 2016).

Halluzinationen

Die im Rahmen einer Psychose auftretenden Sinnesästhesien können im Grunde jede Sinnesmodalität betreffen. Am häufigsten sind im Rahmen einer Schizophrenie **akustische Halluzinationen** zu beobachten (ca. 50 % der Betroffenen) (Mehl et al. 2016). Während **optische Halluzinationen** bei Erwachsenen eher selten sind (ca. 15–35 %), treten sie bei Psychose im Kindesalter häufig auf (ca. 80 %) (Resch und Schimmelmann 2013).

Ich-Störungen

Hierbei verschwimmen die Grenzen zwischen dem als „Ich“ Empfundenen und der Umwelt. Das, was als zunächst selbstverständlich „Meinhaftiges“ erlebt wird, wird durchlässig bzw. verändert sich. Dabei kann unterschieden werden zwischen für eine **Psychose sehr spezifischen Ich-Störungen** wie

- Gedankeneingebung
- Gedankenentzug

- Gedankenausbreitung
- Sonstiges Fremdbeeinflussungserleben (das Gefühl, dass Erleben oder Verhalten von außen gesteuert oder „gemacht“ wird)

und **eher unspezifischen Ich-Störungen**, die auch bei anderen psychischen Erkrankungen oder Ausnahmeständen auftreten:

- Depersonalisation (Entfremdungsgefühle gegenüber sich selbst)
- Derealisierung (Entfremdungsgefühle gegenüber der Umwelt, Raum oder Zeit) (Mehl et al. 2016).

Formale Denkstörung

Neben den Denkinhalten, die im Wahn beeinträchtigt sind, ist häufig auch der formale Gedankengang verändert. Dies kann von diskreten Abweichungen bis hin zu völliger Unverständlichkeit des Gesprochenen führen. Die Ausformung der formalen Denkstörung kann dabei sehr unterschiedlich sein: Sie kann von einer assoziativen Lockerung bzw. Ideenflucht bis hin zu völliger Zerfahrenheit reichen. Es können Neologismen oder Perseverationen auftreten, oder die Betroffenen erleben eine Blockierung des Denkens, um nur einige zu nennen. Immer zeigt es sich dem Gegenüber durch eine Beeinträchtigung in der Kommunikation; der verbale Ausdruck und ggf. das Verhalten des Betroffenen verweisen auf die dahinterliegende formale Denkstörung (➤ Kap. 8.2).

4.1.3 Negativsymptome

Insbesondere im längeren Verlauf schizophrener Psychosen spielen Negativsymptome eine wesentliche Rolle. Es treten Symptome auf, von denen einige auch bei depressiven Störungen zu beobachten sind. Affektverflachung, Anhedonie, Antriebslosigkeit, Verlangsamung im formalen Denken und sozialer Rückzug sind mögliche Ausprägungen. Manchmal verarmen die Betroffenen im sprachlichen Ausdrucksvermögen (Alogie) und leiden unter einer ausgeprägten Apathie.

4.1.4 Wichtige Kriseninterventionsziele

Bei akuter Exazerbation gilt es, eine **Behandlungsmotivation zu erarbeiten**. Ein sehr konsistenter Befund in wissenschaftlichen Studien ist, dass die Prognose einer psychotischen Störung sich mit der **frühzeitigen medikamentösen antipsychotischen Behandlung** verbessert. Jede Behandlungsverzögerung hingegen verschlechtert die Langzeitprognose. Bei einer Erstmanifestation ist zudem differenzialdiagnostisch eine organische Ursache der Erkrankung mit zu berücksichtigen und medizinisch abzuklären.

4.1.5 Ätiologische Modelle

Hinsichtlich der Entstehung psychotischer Erkrankungen ist von einem **multifaktoriellen Vulnerabilitäts-Stress-Modell** auszugehen. Zu einer polygenetisch vererbten Hirnentwicklungsstörung treten Gen-Umwelt-Interaktionen hinzu, welche die Entstehung einer psychotischen Erkrankung ermöglichen. Das von Keshavan (1999) formulierte **3-Hits-Modell** rekuriert auf diese Annahme und sieht in der Erstmanifestation einer psychotischen Erkrankung die Kulmination einer langen Entwicklung im Vorfeld (Keshavan 1999). Auf neurobiologischer Ebene werden hier die Phase der Prä- und Perinatalzeit, die Adoleszenz und die neurodegenerativen Prozesse im Rahmen einer manifesten Psychose als die drei Momente (3 Hits) herausgestellt, in denen die Gehirnentwicklung abweichend verläuft bzw. in denen es zu zerebralen Schäden kommt. Zusätzlich zur genetischen Veranlagung kommen als schädliche Einflussfaktoren u. a. Noxen (z. B. Medikamente, Drogen), Infektionen oder Stress in Frage. Neben den Auf- und Umbauprozessen vor der Geburt und während der Kindheit erfährt das Gehirn vor allem während der Adoleszenz (15–25 Jahre) noch einmal eine massive Entwicklung und ist damit besonders vulnerabel. Im Rahmen des sog. **Prunings** kommt es zu einer starken Reduktion der Synapsendichte. Dabei gibt es gute Hinweise aus der Forschung, dass schizophrene Patienten als Ausdruck einer abweichend verlaufenden Hirnentwicklung ein Übermaß an Pruning erleben (Paus et al. 2008).

Konsistent mit diesen Überlegungen zur Entstehung von Psychosen ist, dass annähernd 90 % aller Betroffenen mit einer psychotischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis bereits Jahre vor der Erstmanifestation sog. **prodromale Symptome** gezeigt haben (Schultze-Lutter et al. 2015). Das können psychoseferne Auffälligkeiten im Denken und Wahrnehmen oder in Dauer bzw. Intensität abgemilderte psychotische Symptome sein. So erleben z. B. manche Menschen sog. **Gedankeninterferenzen**, d. h., es treten Gedanken ins Bewusstsein, die nicht zum aktuellen Kontext passen und als sehr befreindlich empfunden werden. Menschen in einem prodromalen Stadium nehmen diese Gedanken als störend und irritierend wahr, verorten die Herkunft der Gedanken jedoch eindeutig bei sich. Im Rahmen einer manifesten Psychose würde die Quelle jedoch ggf. externalisiert, d. h. im Außen gesucht, und damit als „Gedankeneingabe“ erlebt, was einen Realitätsverlust kennzeichnet und den Menschen in noch größere Verunsicherung treibt.

4.1.6 Interventionen – einen Zugang finden

In der Begegnung mit akut psychotischen Menschen gibt es einige Hürden, welche die Kommunikation erschweren können. Zunächst sind die Betroffenen meist sehr verunsichert, misstrauisch und ängstlich, denn sowohl die Wahrnehmung selbst als auch die Interpretation des Erlebten sind massiv beeinträchtigt. Eine Auswahl hilfreicher Interventionen ist > Abb. 4.1 am Ende des Abschnitts zu entnehmen.

Kognitive Beeinträchtigung

So sind kognitive Fähigkeiten wie die **Konzentrationsfähigkeit** meist reduziert, und es kann eine **Auffassungsstörung** bestehen, d. h., die Fähigkeit, Wahrnehmungen und Inhalte in ihrer Bedeutung zu verstehen und in einen sinnvollen Zusammenhang zu setzen, ist vermindert. So werden z. B. Gesprächsinhalte sehr konkretistisch aufgefasst und z. B. der Sinn von Sprichwörtern nicht erfasst. Das formale Denken kann assoziativ gelockert oder ideenflüchtig, d. h. sehr sprunghaft oder inhaltlich nicht mehr nachvollziehbar sein, da völlig zerfahren.

! MERKE

Dies erfordert im Kontakt eine **einfache und konkrete Sprache**. Sprichwörter oder andere Stilmittel, die ein starkes Abstraktionsvermögen erfordern, sollten vermieden werden.

Wahninhalte

Als weitere Hürden im Kontakt erweisen sich dann meist Besonderheiten im Erleben psychotischer Patienten, die vor allem im Wahn ihren Ausdruck finden. Psychotischem Erleben ist ein sog. **Subjektzentrismus** eigen, d. h., in der **Interpretation von Wahrnehmungen** besteht eine starke Tendenz, Dinge auf sich zu beziehen. Gepaart mit einer reduzierten Fähigkeit, wichtige von unwichtigen Stimuli zu unterscheiden, und einer vermehrten Tendenz, Dinge als bedrohlich wahrzunehmen, führt dies zu Phänomenen wie den sog. **Beziehungsideen**. So können Nachrichten in der Presse über Geschehnisse am anderen Ende der Welt im psychotischen Erleben zu Botschaften werden, die exklusiv für den Betroffenen dort platziert wurden. Aber ebenso kann jede Äußerung oder Handlung während eines Gesprächs auf diese Weise interpretiert werden und zu Misstrauen und Verunsicherung führen.

! MERKE

Das erfordert ein **empathisches und wachsames Wahrnehmen des Betroffenen** und ggf. ein **Nachfragen**, falls Irritationen im Gesprächsverlauf wahrnehmbar sind. **Transparenz und Klarheit, alles, was Sicherheit und Orientierung** vermittelt, können im Gegenzug hilfreich sein. Es geht darum, im Gespräch nach Möglichkeit einen gemeinsamen Nenner zu finden und den Betroffenen in seiner Not zu adressieren.

Da das zentrale Kennzeichen eines **Wahninhalts** seine Unkorrigierbarkeit ist, sind Diskussionen über die Wahninhalte selbst nicht zielführend. Spricht der Betroffene z. B. von der Befürchtung, durch die Nachbarn überwacht zu werden, wird er sich von dieser Überzeugung im Gespräch nicht lösen, ist jedoch vielleicht in der von ihm empfundenen Angst und Verzweiflung erreichbar. Diese kann im Gespräch in den Blick genommen werden und bietet ggf. eine Brücke, um Hilfe annehmen zu können.

Respektvoll können auch manchmal Wahninhalte selbst im Sinne einer **therapeutischen Utilisation**,

d. h. einer Nutzbarmachung im Sinne des Patienten, verwendet werden. Wenn der Betroffene auch fest von der Überwachung durch die Nachbarn überzeugt ist und das Pathologische darin in diesem Moment nicht erkennen kann, ist er – angesprochen auf seine emotionale Not – vielleicht aber dem Argument zugänglich, dass seine Nachbarn an einem anderen Ort, z. B. in einer Klinik, keinen Zugriff auf ihn hätten. Eine solche „**doppelte Buchführung**“, d. h. das Einverständnis eines Patienten z. B. zur (teil-)stationären Behandlung vor einem anderen Interpretationshorizont, ermöglicht nicht selten einen ersten Zugang und eine Behandlung auf freiwilliger Basis. Allgemein lässt sich sagen: Je aufgewühlter (z. B. aufgrund einer ausgeprägten Wahndynamik), unübersichtlicher und chaotischer eine Situation erscheint, desto direktiver muss ggf. vorgegangen werden, um einen Rahmen zu schaffen, der eine weitere Eskalation verhindert und den Weg für die notwendige psychiatrische Behandlung bahnt (► Kap. 2). Zudem ist bei psychotischen Zuständen häufig eine ausgesprochene **Ambivalenz** vorhanden, welche die Betroffenen daran hindert, eine Entscheidung zu treffen.

Affektive Beeinträchtigung

Im Affekt erscheinen die Patienten nicht selten parathym, d. h., die ausgedrückten Emotionen passen nicht zur Situation oder zu den geschilderten Denkinhalten. Oft dominieren Angst und Verzweiflung sowie das bereits erwähnte Misstrauen die Interaktion, aber auch eine unpassende Unbekümmertheit und Heiterkeit können auftreten.

! MERKE

Für einen ersten Zugang im Rahmen der Krisenintervention ist es notwendig, hier nach Möglichkeit möglichst viel **Ruhe, Vertrauen und Sicherheit** zu vermitteln.

Sinnestäuschungen

Hinzu kommen Sinnestäuschungen, am häufigsten in Form von akustischen Halluzinationen, die an sich schon verunsichernd und deren Inhalte nicht selten bedrohlich sind. Betroffene berichten von kommentierenden, entwertenden oder gar imperativen

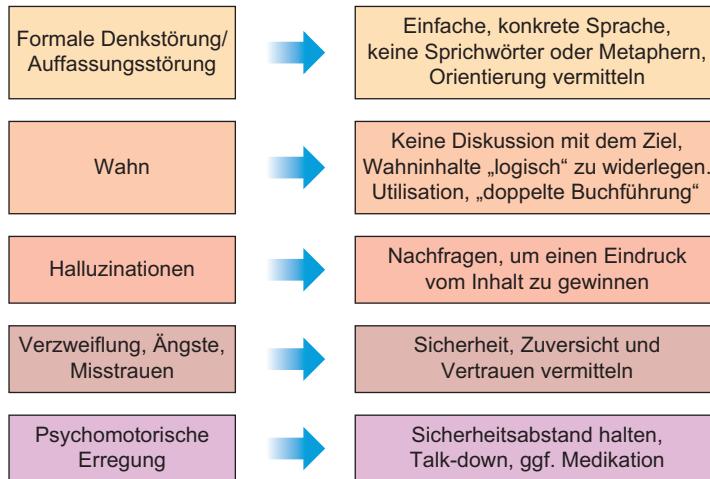


Abb. 4.1 Eine auf Symptome abgestimmte Auswahl hilfreicher Interventionen vor dem Hintergrund der psychotischen Symptomatik

Stimmen. Wenn es gelungen ist, eine Gesprächsbasis zu finden, und die Situation es erlaubt, ist es sinnvoll **nachzufragen, um sich nach Möglichkeit zumindest ein großes Bild zu machen, was der Betroffene erlebt**. Auch Halluzinationen jeder anderen Sinnesmodalität sind möglich, treten jedoch seltener auf.

Erregungszustände

Sollte sich die Situation während der Krisenintervention oder bereits im Vorfeld so zuspitzen, dass der Betroffene in einen **emotionalen Erregungszustand** gerät, muss zunächst auf den **Selbstschutz der professionellen Helfer** geachtet und je nach Setting ggf. Unterstützung hinzugezogen werden (► Kap. 7.1.2). In manchen Fällen ermöglicht ein klares, bestimmtes Auftreten eine Eingrenzung. Es kann versucht werden, den Patienten durch „**Talk-down**“, d. h. verständnisvolles und begleitendes Sprechen, zu beruhigen. Nicht selten ist jedoch eine **medikamentöse Intervention** mit Antipsychotika oder Benzodiazepinen notwendig, um die akute Anspannung und eine damit ggf. einhergehende Selbst- oder Fremdgefährdung zu durchbrechen.

II Fallbeispiel

Forts.

Nachdem die professionellen Helfer sich die Sorgen und Befürchtungen des Patienten angehört und Verständnis signalisiert hatten, schien dieser zunehmend

mehr Vertrauen zu fassen. Die Rückmeldung an ihn, dass man selbst kein Spezialist für Abhörtechnologie sei, jedoch seine Not und Verzweiflung sehe, eröffnete einen Weg, um im weiteren Gespräch die Möglichkeit ärztlicher Unterstützung anzusprechen. Es gelang, den jungen Mann davon zu überzeugen, gemeinsam in eine psychiatrische Institutsambulanz zu fahren, um dort Möglichkeiten zur Linderung seiner Ängste und der ausgeprägten Schlafstörungen, von denen er im weiteren Verlauf berichtet hatte, zu besprechen. ■

Das **Einbeziehen von Angehörigen**, Freunden oder anderen Bezugspersonen, falls verfügbar, kann sehr hilfreich sein. Oftmals können diese vertrauten Personen leichter einen Zugang zum Patienten finden und ihn ggf. von den notwendigen nächsten Schritten überzeugen. Es gibt jedoch auch den Fall, dass diese in die Wahnsymptomatik einbezogen sind. Dann gilt es eher Abstand zu schaffen. In jedem Fall ist es hilfreich, wenn über die dem Patienten nahestehenden Personen **fremdanamnestische Informationen** eingeholt werden können, z. B.

- Verlauf der aktuellen Episode (Wie akut hat sich die Symptomatik entwickelt?)
- Frühere psychotische Episoden?
- Bekannte Selbst- oder Fremdgefahr während psychotischer Episoden?
- Hinweis auf Drogenkonsum?
- Medikation?
- Somatische Erkrankungen?
- Gibt es einen Krisenpass / -plan?

INFO BOX**Behandlungsvereinbarung (DGPPN 2018)**

Behandlungsvereinbarungen werden zwischen Betroffenen und Behandlern „ausgehandelt“ und legen Modalitäten für evtl. notwendige zukünftige Behandlungen fest. Inhalte können u. a. sein:

- Aufnahme auf eine bestimmte Station
- Medikation, die verabreicht oder nicht verabreicht werden soll
- Nahestehende Personen, die informiert werden sollen, und Festlegung einer Vertrauensperson, welche die Interessen des Betroffenen vertritt, falls dieser seinen Willen nicht mehr kundtun kann
- Vereinbarung über deeskalierende Maßnahmen, die vor einer ggf. notwendigen Zwangsmaßnahme versucht werden sollen

Es geht darum, die **Bedürfnisse und Wünsche** des Betroffenen so weit wie möglich auch in Situationen zu wahren, in denen er nicht ausreichend einsichts- bzw. steuerungsfähig ist. Behandlungsvereinbarungen können, wenn sie die formalen Voraussetzungen erfüllen (schriftlich in einwilligungsfähigem Zustand verfasst), den Status einer Patientenverfügung erhalten, die rechtlich bindend ist. Die wichtigsten Inhalte der Behandlungsvereinbarung können in einem **Krisenpass**, den der Betroffene immer bei sich trägt, zusammengefasst werden.

Zu Interventionsmöglichkeiten bei akuter Fremdgefährdung > Kap. 7.1.2.

LITERATUR

- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2008; 193(1): 44–50.
- Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. Arch Suicide Res 2011; 15(2): 93–112.
- Hamza CA, Willoughby T, Heffer T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: a review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2015; 38(13–24): 13–24.
- Moyer KE. Kinds of aggression and their physiological basis. Commun Behav Biol 1968; 2(2): 65–87.
- Steinert T, Whittington R. A bio-psycho-social model of violence related to mental health problems. Int J Law Psychiatry 2013; 36(2): 168–175.

ZITIERTE LEITLINIEN

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. AWMF-Registernummer 038–002. Stand: 10.9.2018; www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-022.html (letzter Zugriff: 14.3.2020).

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.). S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie. AWMF-Registernummer 038–023. Stand: 31.8.2019; www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf (letzter Zugriff: 14.3.2020).

NICE – National Institute for Health and Care Excellence.

Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline [NG10]. May 2015; www.nice.org.uk/guidance/ng10 (letzter Zugriff: 14.3.2020).

4.11 Sucht

Ingrid Schäfer

Zusammenfassung

- Suchterkrankungen sind häufig und treten im Zusammenhang mit psychiatrischen Krisen meist komorbid oder als Auslöser einer weiteren psychiatrischen Störung auf. In der Krisenintervention kommt hinsichtlich der Häufigkeit die größte Relevanz Alkohol, Benzodiazepinen und Cannabis zu.
- Manifeste Abhängigkeitserkrankungen gehen häufig mit Scham- und Schuldgefühlen einher, und die Betroffenen neigen zu Bagatellisierung und Verheimlichung.
- Das Ziel der Krisenintervention unterscheidet sich nach dem Anlass: Bei bestehender Abstinenz und einem drohenden Rückfall geht es um akute Entlastung und Unterstützung, um einen erneuten Substanzkonsum zu verhindern. Bei fortgesetztem Substanzkonsum steht der Aufbau von Motivation für eine längerfristige spezialisierte Behandlung im Vordergrund.
- Komorbide psychische Erkrankungen und mögliche somatische Komplikationen (z. B. beim Alkoholentzug) müssen berücksichtigt und adressiert werden.

4.11.1 Grundlagen

Suchtmittel sind weltweit verbreitet. Ihnen allen gemeinsam ist eine Wirkung über das **Belohnungssystem im Gehirn**, das durch körpereigene Morphine

(die Endorphine) moduliert wird. Die Aktivierung des Belohnungssystems unterhält den wiederholten Konsum der Substanz.

Inwieweit sich aus einem einmaligen Probierkonsum ein riskantes Konsumverhalten oder gar eine Abhängigkeit entwickelt, hängt von **individuellen Faktoren** (Genetik, Lern- und Konditionierungsprozesse, Modell im Elternhaus, Erfahrung angenehmer Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Anspannung, Ängste, Depression, Impulskontrollstörung und Stress, Einsamkeit, Kontaktchwierigkeiten, Langeeweile und Schmerzen) und **gesellschaftlichen Faktoren** (Kultur, aktuelle Trends, Verfügbarkeit, Kosten, gesellschaftliche Akzeptanz oder Ächtung, Gesetzgebung, suchtnaher Arbeitsplatz) und von der **Substanz und deren Einnahme** (oral, nasal, intravenös) ab.

Eine Substanz, die rasch ins Gehirn übertritt (intravenöser und nasaler Konsum) und dort ihre Wirkung entfalten kann, führt zu einer berauschenenden Wirkung und einer schnelleren Abhängigkeitsentwicklung. Bei anderen Substanzen entsteht bei entsprechend längerer Einnahmezeit eine körperliche und/oder psychische Abhängigkeit.

Die Rezeptoren der Botenstoffe im zentralen Nervensystem gewöhnen sich an die Effekte der Suchtmittel, woraus eine **Toleranzentwicklung**, eine **Dosissteigerung** und bei Beendigung des Konsums **Entzugssymptome** folgen.

Menschen greifen aus unterschiedlichsten Gründen zu potenziell abhängig machenden Substanzen: aus fröhlichem gesellschaftlichem Anlass, um zusammen zu feiern, aus ganz persönlichen Gründen, um zu entspannen, sich etwas Gutes zu tun; bei Heranwachsenden insbesondere, um die Anerkennung Gleichaltriger zu erhalten, aber auch in Krisensituationen, um Erleichterung in unerträglich erscheinenden emotionalen Zuständen zu erlangen. Hierbei kann es sich um die Reduktion von Anspannung, Ängsten, Schlafstörungen oder Schmerzen handeln. Ebenso gehören auch Stress- und Angsterleben sowie eine geringe Emotions- und Impulskontrolle dazu. Mehr als die Hälfte der Personen mit Substanzmissbrauch weist eine weitere psychische Störung auf, bei Frauen sind dies vor allem Angststörungen, depressive Syndrome und Persönlichkeitsstörungen, bei Männern an erster Stelle depressive Störungen, aber auch Angst- und Persönlichkeitsstörungen.

4.11.2 Einteilung substanzbedingter Störungen

In der **ICD-10** sind Kategorien vorgesehen, um das Ausmaß des Missbrauchs bzw. der psychischen und körperlichen Beeinträchtigung durch Drogen zu beschreiben. Es wird zwischen akuten Intoxikationen, schädlichem Gebrauch, Abhängigkeit und Entzugs syndromen unterschieden. Bei Substanzen, die keine körperliche Abhängigkeit zur Folge haben können, ist nur ein Missbrauch möglich. Die **ICD-11** behält die Unterscheidung von Missbrauch und Abhängigkeit bei. Zusätzlich werden die spezifischen Schädigungsmuster durch Substanzmissbrauch weiter differenziert, vor allem hinsichtlich ihrer Frequenz (einmalig, episodisch, kontinuierlich) (Saunders et al. 2019). Auch Begleiterscheinungen wie z. B. eine psychotische Symptomatik, die während bzw. unmittelbar nach der Substanzeinnahme auftritt, können in der ICD-11 kodiert werden.

Eine **Abhängigkeit** ist anhand folgender Kriterien definiert; dabei müssen drei oder mehr Kriterien während der letzten 12 Monate gleichzeitig vorhanden gewesen sein:

- Starkes, als unwiderstehlich empfundenes **Verlangen** nach der Substanz (Craving)
- **Verminderte Kontrollfähigkeit** bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom, nachgewiesen durch substanzspezifische **Entzugssymptome** oder die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um die Entzugssymptome zu mindern oder zu vermeiden
- **Toleranzentwicklung** (Wirkverlust) bzw. Dosissteigerung
- Fortschreitende **Vernachlässigung anderer Vergnügen** oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- **Anhaltender Substanzkonsum** trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Als Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen können, sind in der ICD-10 aufgeführt:

- Alkohol
- Opioide
- Cannabinoide
- Sedativa und Hypnotika

- Kokain
- Sonstige Stimulanzien inkl. Koffein
- Halluzinogene
- Tabak
- Flüchtige Lösungsmittel

In der **ICD-11** werden die Substanzklassen erweitert (z. B. um synthetische Cannabinoide und Cathinone).

4.11.3 Krisen und Substanzkonsum

Der Suchtmittelkonsum kann ein Bewältigungsversuch sein, der jedoch keine Lösung bietet, sondern bei regelmäßIGem Konsum oftmals zusätzlich zu vielfältigen Problemen führt. Im Zusammenhang mit Krisen sind **Alkohol, Benzodiazepine und Tetrahydrocannabinol (THC)** die relevantesten potenziell abhängig machenden Substanzen.

Alkohol ist allerorten verfügbar, für jeden Volljährigen (Bier und Wein bereits ab 16 Jahren) frei käuflich und mit überschaubaren Kosten verbunden. Erwerb und Konsum sind gesellschaftlich akzeptiert und werden häufig sogar begrüßt.

Die meisten Menschen haben aus gesellschaftlichen Anlässen bereits Alkohol konsumiert und vermutlich bei mäßigen Mengen dessen angenehm positive Wirkung verspürt: mit einer gewissen Anregung verbundene Entspannung, Kontaktaufnahme und Reden fallen leichter, die Stimmung bessert sich, und die letztlich müde machende Wirkung erleichtert häufig das Einschlafen.

Nachdem wir Menschen aufgrund unserer Fähigkeit, zu lernen und Wissen abzuspeichern, uns bei neu auftretenden Herausforderungen an frühere Erfahrungen erinnern und auf bereits erworbene Strategien zurückgreifen können, liegt in äußerst belastenden Krisensituationen ein Selbstberuhigungs- oder Selbstheilungsversuch mit Alkohol nahe. Der einer Krise immanente hohe Leidensdruck, verbunden mit der ebenfalls für Krisen typischen hohen Beeinflussbarkeit (man greift nach jedem Strohhalm), verleitet dazu, sich an im Gedächtnis abgespeicherte positive Strategien zu erinnern und diese als vermeintlich hilfreiche Taktik zu nutzen. Der dann durch z. B. Alkoholgenuss rasch eintretende subjektiv zunächst einmal positive Effekt öffnet die Tür zu einem potenziell schädlichen Kreislauf mit suchtcharakteristischer Toleranzentwicklung, Dosissteigerung etc.

II Fallbeispiel

Fall 1

Mitarbeiter des Jobcenters rufen den Krisendienst zu Hilfe. Ein schon länger arbeitsloser Mann (42) mit Alkoholproblemen habe geäußert, dass „es jetzt ja eh keinen Sinn mehr“ mache. Jetzt sei auch noch die Frau mit den beiden Kindern zu ihren Eltern gezogen. Bei Eintreffen der Krisendienstmitarbeiter im Jobcenter ist Herr S. sichtlich alkoholisiert (Fahne, lallen-de Sprache). Er brauche keine Hilfe, die „Maus vom Amt“ übertreibe, Alkoholprobleme habe er keine, er brauche das Jobcenter nicht, finde selbst wieder eine Arbeit, auch die Familie werde wieder zurückkommen. Man solle ihn in Ruhe lassen, er gehe jetzt heim. Beim Aufstehen stürzt er, bleibt liegen, krümmt sich heulend: Er könne nicht mehr. ■■

Auch die Einnahme von **Benzodiazepinen inkl. Benzodiazepin-Analoga (Z-Substanzen)** ist im Zusammenhang mit Krisen weit verbreitet. Es handelt sich zwar um verschreibungspflichtige Arzneimittel, aber die Verfügbarkeit auf dem Schwarzmarkt ist groß. Benzodiazepine gehören zu den meistverordneten Psychopharmaka. Der Segen der Benzodiazepine (rascher Wirkungseintritt, relativ wenige Nebenwirkungen, breite Anwendungsindikation, vergleichsweise wenige Verordnungseinschränkungen und Arzneimittelwechselwirkungen) ist gleichzeitig auch ihr Fluch.

In Notfallsituationen ist die Verabreichung recht sicher, die Wirkung in der Regel vorhersehbar. Auch wenn die große Mehrheit der verordnenden Ärzte das potenzielle Abhängigkeitsrisiko der Benzodiazepine sicher berücksichtigt, kommt es in der Alltagsrealität mit knapp bemessenen zeitlichen Ressourcen im Hinblick auf Gespräche für Motivationsarbeit, um qualifizierte Hilfe in Anspruch zu nehmen, und Schwierigkeiten, angemessene spezifische Behandlung zeitnah zu organisieren, häufig zu einer Verordnung über längere Zeiträume. Das führt zu zahlreichen **iatrogenen** (durch den Arzt verursachten) **Abhängigkeitserkrankungen**.

Cannabiskonsum ist gerade bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen recht verbreitet. Rund 15 % der 18- bis 25-Jährigen haben in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert, Männer (20 %) doppelt so häufig wie Frauen (10 %) (BzgA-Infoblatt Cannabis; Meier et al. 2012). Das Einstiegsalter für den Cannabiskonsum liegt meist zwischen dem 15. und 16. Lebensjahr.

THC zu legalisieren und damit zur weit verbreiteten individuellen Nutzung freizugeben, sollte sehr kritisch betrachtet werden. Im Kontext der Krisenintervention spielt Cannabis vor allem als Auslöser von psychotischen Störungen eine Rolle. Dabei ist eine sog. **Intoxikationspsychose**, die ca. 48 h andauert, von einer durch Cannabis ausgelösten anderweitigen psychotischen Störung zu unterscheiden. Durch regelmäßigen Cannabiskonsum ist das **Risiko, irgendeine Form einer psychotischen Störung zu entwickeln, um das 4-Fache erhöht** (Di Forti et al. 2019; Thomasius 2017).

! MERKE

Zu den **Notfällen** im Zusammenhang mit Substanzkonsum zählen vor allem:

- **Intoxikationen und Rauschzustände**
- **Entzugserscheinungen, ggf. mit komplizierendem Delir**
- **Krisensituationen mit drohendem Rückfall**
- **Emotionale Ausnahme- und Erregungszustände** mit sozial unangemessenem Verhalten (Aggressivität, Straftaten) unter Substanzeinfluss

4.11.4 Intoxikationen und Rauschzustände

Dabei handelt es sich um vorübergehende Zustände, die durch die eingenommene Substanz ausgelöst werden. Es besteht meist eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, der Wahrnehmung, des Affekts und Verhaltens bis hin zu Bewusstseinsstörungen. Intoxikationen können abhängig von Substanz, Dosis, individuellen Faktoren (z. B. Vorerkrankungen) oder Wechselwirkung mit anderen Substanzen zu lebensbedrohlichen Komplikationen (z. B. Delir, Koma, Aspiration etc.) führen. Bei Intoxikationen mit mehreren Substanzen können mehrgriffige Verläufe auftreten. Eine medizinische Abklärung ist dann dringend erforderlich (s. auch ➤ Kap. 7.1.4, somatische Notfälle) (DGPPN 2019).

4.11.5 Entzugserscheinungen

Entzugserscheinungen können bei Reduktion der Substanz oder völligem Verzicht auf die Droge entstehen. Durch den regelmäßigen Substanzkonsum treten körperliche und psychische Gewöhnungseffekte ein, welche die Grundlage für die Entzugssymptome

beim Wegfall der Substanz sind. Entsprechend treten körperliche und psychische Entzugssymptome auf. Entzüge werden von den Betroffenen als sehr unangenehm erlebt; die Symptomatik ist substanzabhängig. In der überwiegenden Zahl der Fälle sind Entzüge keine medizinischen Notfälle. Ein besonderes Risiko für lebensbedrohliche Komplikationen (Delire und Krampfanfälle) stellen jedoch Alkohol und Benzodiazepine dar (DGPPN 2019). Wichtige Symptome häufiger Drogen werden weiter unten aufgeführt.

4.11.6 Drohender Rückfall

Eine Suchterkrankung wird als chronisch verlaufende Erkrankung mit Rückfällen betrachtet. Im Erkrankungsverlauf geht es weniger um die vermeintlich „positiven“ Wirkungen (Euphorie, Stimmungsbeserung) der Substanz als um negative Verstärkungen (z. B. Reduktion von Anspannung). Rückfälle ereignen sich am ehesten **unter Stress** im Sinne einer **Selbstmedikation** zur Beendigung schwer aushaltbarer seelischer Zustände. Unter sich anhäufenden vielfältigen Belastungen (privat, beruflich, sozial) kann ein aktuell Abstinenter – auch nach erfolgreicher Entgiftung und Entwöhnung – derart unter Druck geraten, dass sich das „altvertraute“ Bewältigungsmuster (Substanzkonsum) wieder in den Vordergrund drängt. Meist liegt eine Kombination verschiedener Faktoren vor, die nicht aufmerksam wahrgenommen wurden. Einzelne innere und äußere Auslöser bewirken verschiedene Reaktionen auf gedanklicher, körperlicher und emotionaler Ebene und führen dann in den Konsum.

In einer Therapie erworbene konstruktive Bewältigungsstrategien greifen dann evtl. nicht mehr ausreichend oder nicht schnell genug. Ausgeprägter Stress führt zu dem großen Wunsch, die unerträgliche Situation möglichst schnell zu beenden. Wenn mehrere Faktoren und widrige Umstände zusammenkommen, der Betroffene in eine Situation gerät, in der er mit suchtmitteltypischen Verknüpfungen konfrontiert ist und dann eine auch nur sehr geringe Menge zu sich nimmt, führt dies über (unbewusste, im Gehirn stattfindende) Bahnungseffekte in der Regel direkt in den Rückfall. Der ist dann meist mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden, was das ohnehin krisenhafte Erleben noch mehr verstärkt. Die Einsicht, alkohol- und / oder drogenabhängig zu sein, und die Aus-

einandersetzung mit durch die Drogenproblematik verpassten Lebenschancen, ungelösten Konflikten und nicht mehr zu ändernden Ereignissen sind schwer auszuhalten. Sich die Abhängigkeit in dieser Situation offen und ehrlich einzugestehen fällt den Betroffenen extrem schwer.

II Fallbeispiel

Fall 2

Die ehemals langjährig drogenabhängige alleinerziehende Mutter (31) eines 3-jährigen Sohnes wird im Kindergarten darauf hingewiesen, dass ihr Sohn sich immer wieder auffällig verhalte und oftmals ungepflegt wirke. Er zeige sehr aggressive Verhaltensweisen und wirke aber auch oft traurig. Sie solle ihn bei einem Kinder- und Jugendpsychiater vorstellen, sonst könne man ihn nicht in der Gruppe belassen und müsse evtl. auch das Jugendamt informieren. Man habe den Eindruck, sie sei mit der Erziehung derzeit überfordert. Daraufhin wendet sie sich verzweifelt an eine Freundin. Sie stehe massiv unter Druck, hetze morgens ihren Sohn, damit sie pünktlich zur Arbeit komme, abends habe sie vor Erschöpfung kaum mehr Geduld für ihn. Sie fühle sich tatsächlich überfordert und habe Angst, dass er ihr weggenommen werde.

Sie habe erstmals nach Jahren wieder massiven Suchtdruck verspürt. Sie habe gedacht, „es geschafft zu haben“, aber offenbar sei alles sinnlos, sie „habe ja noch nie etwas zustande gebracht“, sei „ja eh nichts wert“. Sie habe sich einfach mal wieder „einen Joint und ein paar Pillen gegönnt“. ■■

In solch einer Situation benötigen Betroffene rasche Hilfe, um nicht in einen fatalen Teufelskreis „abzustürzen“. Bei einem **Rückfall** ist eine sofortige Beendigung des Substanzkonsums erforderlich, im zweiten Schritt die Auseinandersetzung damit, was zum Rückfall geführt hat. Ziel ist, die Achtsamkeit gegenüber inneren und äußeren Auslösern zu schulen und damit eine Verbesserung der emotionalen Regulation zu erreichen.

! MERKE

Wichtig ist das Vermeiden von Schlüsselsituationen, die Identifizierung vertrauter Glaubenssätze („Wenn ich Substanz ABC konsumiere, dann gelingt mir XYZ besser“), deren Unwahrheit zu benennen und zu korrigieren.

4.11.7 Emotionale Ausnahme- und Erregungszustände

Je nach Wirkung der eingenommenen Substanz kann es zu psychischen Ausnahmezuständen kommen. Es können eher sedierende (z. B. Opioide) von aktivierend wirkenden Substanzen (z. B. Amphetamine) unterschieden werden. Viele Drogen zeigen zudem noch eine halluzinogene Komponente (z. B. LSD). Solche Zustände können mit eigen- und fremdgefährdendem Verhalten einhergehen. Je nach Leitsyndrom entspricht das Prozedere zunächst den in den entsprechenden Kapiteln beschriebenen Vorgehensweisen (Erregungszustand und Fremdgefährdung ➤ Kap. 7.1.2, Realitätsverlust ➤ Kap. 4.1). Zudem besteht aufgrund der Intoxikation eine Indikation für eine somatische Abklärung (➤ Kap. 7.1.4).

4.11.8 Intervention – einen Zugang finden

Wichtig ist die Professionalität im Umgang mit dem Substanzkonsum. Die Betroffenen erleben nach dem Rausch meist **Schuld- und Schamgefühle**, die nicht noch durch Stigmatisierung verstärkt werden sollten. Dennoch bedarf es einer **klaren Haltung**, die einerseits die Not des Betroffenen anerkennt und andererseits andere Lösungsstrategien als den selbstschädigenden Suchtmittelkonsum betont. Es sollten **keine langen Gespräche** während des Rauschzustands geführt werden. Diese sind zum einen nicht zielführend und können zum anderen auch zur Verstärkung des Problemverhaltens beitragen. Es sollte ein **zeitnahe Folgetermin** bzw. **eine Vermittlung** an eine spezialisierte Beratungsstelle o. Ä. erfolgen. Der Betroffene muss in seiner Eigenverantwortung gesehen und gestärkt werden.

Ziel der Krisenintervention ist ein **Benennen der Suchtproblematik**, ein vorsichtiges Thematisieren, dass der aktuelle Suchtmittelkonsum als mögliche Lösungsstrategie nicht sinnvoll ist. Im günstigsten Fall kann eine **Motivation** für eine weiterführende Unterstützung, Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung etc. erarbeitet werden.

II Fallbeispiel

Fall 1 (Forts.)

Im Gespräch am Folgetag berichtet Herr S., dass es ihm schon wieder besser gehe, es sei ihm alles zu viel geworden. Er freue sich, dass er mit jemand reden könne, dass man ihm zuhöre. Auf vorsichtige Nachfrage räumt er ein, dass er in letzter Zeit häufig deprimiert gewesen sei und immer wieder Alkohol getrunken habe – vielleicht doch mehr, als ihm guttue. Nachdem seine Frau mit den Kindern ausgezogen sei, habe er auch keinen Grund mehr gesehen, aufzupassen.

Herrn S. wird vermittelt, dass er eine schwierige Lebenssituation zu bewältigen habe. Man verstehe, dass er nach Möglichkeiten der Erleichterung suche, dass gerade Alkohol eine kurzfristige Lösung sei, die aber längerfristig immense Probleme mit sich bringe. Der vermehrte Alkoholkonsum wird als ein Bewältigungsversuch im Rahmen der Krise betrachtet. Herrn S. werden Adressen von Suchtberatungsstellen und Psychotherapieangeboten übergeben; auch auf Hilfe für Angehörige und die Möglichkeit der Paarberatung wird hingewiesen.

Vereinbart wird, dass er noch vorrätige Alkoholika zu Hause entsorgt, in der Wohnung Ordnung schafft, sauber macht und kleine Aktivitäten mit einem Freund unternimmt, und es wird ihm mitgeteilt, wohin er sich im Falle eines Stimmungseinbruchs und / oder eines erneuten Auftretens von Gedanken an Alkoholkonsum wenden kann.

Ihm wird empfohlen, sich vom Hausarzt untersuchen zu lassen, ob er körperlich gesund sei (insbesondere im Hinblick auf Alkoholfolgeschäden).

Sollte sich die Symptomatik als Abhängigkeit darstellen, wird bei einem Entgiftungswunsch konkrete Unterstützung zur stationären Aufnahme angeboten, bei Ambivalenz Kontaktaufnahme zu Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen etc. ■

Im Fallbeispiel wird versucht, Herrn S. Akzeptanz und Wertschätzung entgegenzubringen. Ein vorsichtiges Infragestellen des problematischen Problemlösungsverhaltens soll dazu beitragen, ihn für die angebotenen konkreten nächsten Schritte zu motivieren.

II Fallbeispiel

Fall 2 (Forts.)

Die Freundin ruft einen Krisendienst hinzu. Zwei Mitarbeiter kommen zu Frau A. nach Hause, bedanken sich, dass sie gerufen wurden und dass Frau A. ihr bislang fremde Personen in ihre Wohnung lässt.

Ein Mitarbeiter beschäftigt sich mit dem Sohn, die zweite Mitarbeiterin kocht nach Einverständnis von Frau A. Tee, setzt sich zu Frau A. und lässt sie ausführlich berichten, was sie aktuell belaste, ihre Befürchtungen und Ängste. Sie erhält Anerkennung für ihre schöne Wohnung, für das, was sie als Alleinerziehende leistet, dass sie es geschafft habe, aus der Abhängigkeit herauszukommen. Frau A. wirkt sichtlich entlastet durch die Rückmeldung, dass es vielen bei diesen Belastungen zu viel werden würde. Sie berichtet, dass sie seit Jahren nur noch funktioniere; außer Kind, Haushalt und Arbeit gebe es nichts mehr. Die Krisendienst-Mitarbeiterin spricht offen darüber, dass Suchtdruck und Rückfälle zur Sucht gehören, keine Katastrophe sein müssen, der erfolgreiche Umgang mit dem Suchtdruck aber immer wieder herausfordert. Sie wird über die Möglichkeit der Unterstützung durch die Erziehungsberatungsstelle informiert – auch anonym. Betont wird der Auftrag der Jugendämter, Eltern zu unterstützen, nicht die Kinder wegzunehmen.

Das Angebot der anwesenden Freundin, den Sohn am Wochenende auch einmal bei ihr übernachten zu lassen, kann sie erstmals annehmen. Auch erinnert sie sich an eine sehr freundliche Sozialpädagogin in der Suchtberatungsstelle, die ihr vor Jahren sehr geholfen habe und zu der sie sich vorstellen könne, wieder Kontakt aufzunehmen.

Auf Wunsch von Frau A. und in ihrem Beisein informiert die Mitarbeiterin des Krisendienstes telefonisch den Kindergarten, dass Frau A. sich Unterstützung geholt habe.

Für die Folgewoche (im Notfall jederzeit) wird ein erneutes Telefonat vereinbart. Frau A. berichtet, dass sie Kontakt zu ihrer früheren Sozialarbeiterin aufgenommen und auch mit der Erziehungsberatungsstelle ein Gespräch vereinbart habe. ■

In diesem Fallbeispiel liegt einer der Schwerpunkte auf einer raschen Entlastung. Für Frau A. geht es darum, Belastungsfaktoren wahrzunehmen und sich die eigenen Bedürfnisse und Grenzen einzustehen. Zugleich

ist es wichtig, Selbstwirksamkeitserleben zu fördern (Suchtdruck gehört zur Sucht, man ist aber nicht ausgeliefert) und nach Möglichkeit positive Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten (Freundin, Suchthilfe, Jugendamt) zu verstärken.

CAVE

Bei Rauschzuständen ist es essenziell, die **akute Gefährdung** abzuschätzen. Hier ist es relevant, sowohl die psychische als auch die somatische Seite in den Blick zu nehmen. Psychisch ist eine Einschätzung hinsichtlich akuter Selbst- bzw. Fremdgefährdung notwendig. Gerade im Zusammenhang mit Alkoholabusus und -abhängigkeit spielt Suizidalität eine wichtige Rolle. Die Suizidhäufigkeit bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit liegt 60- bis 120-mal höher als bei Gesunden. Etwa jeder zehnte Alkoholiker verstirbt irgendwann durch Suizid. Außerdem wird auch unabhängig von einer Alkoholabhängigkeit ca. ein Drittel aller Suizide unter Alkoholeinfluss begangen (DGPPN 2019).

Zu berücksichtigen ist auch, dass unter Drogeneinfluss in der Regel die **Fahrtauglichkeit** beeinträchtigt ist!

Mögliche **somatische Komplikationen** hängen von der eingenommenen Substanz ab. Im Zweifelsfall sollte auf eine ärztliche Einschätzung hingewirkt werden.

4.11.9 Alkohol

„Es ist leider...ganz Deutschland mit Saufen geplagt. Wir predigen...und schreiben darüber, es hilft aber leider nicht viel.“

Martin Luther (1541)

In Deutschland werden pro Kopf und Jahr 10,75 l reiner Alkohol konsumiert. Ein tendenzieller Rückgang zeichnet sich ab, dennoch besteht im internationalen Vergleich immer noch ein sehr hoher Konsum. Alkoholabhängigkeit und missbräuchlicher Alkoholkonsum gehören zu den am **häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen**. Deutlich mehr Männer als Frauen sind betroffen. Angehörige Alkoholkranker haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, selbst eine Alkoholstörung zu entwickeln.

Schätzungsweise sind in Deutschland ca. 1,6-1,8 Mio. Menschen alkoholabhängig; etwa 6-7 Mio. konsumieren Alkohol in riskanter Weise bzw. in gesundheitsschädlichem Ausmaß. Nur 1 % der Alkohol-

abhängigen unterzieht sich einer Behandlung. Rund 74.000 Personen versterben jedes Jahr durch alkoholbedingte Erkrankungen.

Sowohl ein hoher kurz- als auch ein langfristiger Alkoholkonsum können grundsätzlich mit einem **erhöhten Risiko für die Entwicklung von akuten und chronischen psychischen und körperlichen Erkrankungen und sozialen Problemen** verbunden sein.

INFOBOX

Häufigste alkoholbedingte Krankheiten und Symptome

- Fettleber, Leberzirrhose
- Schädigung des Gehirns: Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Intelligenzminderung
- Herzmuskelkrankungen
- Bluthochdruck
- Krebserkrankungen, insbesondere von Leber, Mundhöhle, Rachenraum und Speiseröhre, Enddarm und (weiblicher) Brustdrüse
- Impotenz
- Pankreatitis, Gastritis, Magen- und Duodenalulzera
- Übergewicht („Bierbauch“), aber auch Appetitverlust und Gewichtsabnahme
- Allgemeine Symptome:
 - Verschlechterung des Allgemeinzustands, beinbunter Muskelverlust, Schwitzen
 - Gerötete Gesichtshaut, Spider naevi, Teleangiektasien
 - Magen-Darm-Beschwerden (Durchfall, Erbrechen)
- Psychische Symptome:
 - Ängste, dysphorische und depressive Stimmung, Stimmungsschwankungen
 - Reduziertes Selbstwertgefühl
 - Interessenminderung
 - Innere Unruhe, Schlafstörungen
 - Reizbarkeit, erniedrigte Frustrationstoleranz
 - Gleichgültigkeit, Kritikminderung
 - Alkoholische Wesensänderung (Stimmungslabilität, Egoismus, Rücksichtslosigkeit, intellektuelle Beeinträchtigungen)
- Typisches alkoholassoziertes Verhalten:
 - Verheimlichen, Lügen, Bagatellisieren, Dissimulieren
 - Veränderung des Sozialverhaltens mit negativen Konsequenzen auf bestehende zwischenmenschliche Beziehungen

(➤ Abb. 4.5)

Leichter Rausch 0,2–0,8%

- Enthemmung
- vermehrter Rededrang
- euphorische Stimmung sowie Stimmungslabilität
- Selbstüberschätzung: Man erlebt sich selbst leistungsfähiger, was jedoch mit einer objektiv reduzierten psychomotorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit einhergeht.

Mittelgradiger Rausch 1,0–2,0%

- Zunahme der Enthemmung und Euphorie
- Impulsivität, sprunghaftes und zielloses Handeln, Gereiztheit, Triebdurchbrüche bis hin zu gewalttätigen Verhaltensweisen
- Benommenheit
- Psychomotorische Unsicherheit. Gangunsicherheit (Ataxie), Intentionstremor und Sprachstörungen

Schwerer Rausch > 2,0%

- Fehlender Situationsbezug, unbegründete Angst oder Erregung
- Desorientierung und Bewusstseinsstörungen
- Illusionäre Verkennungen
- Zunahme der psychomotorischen Auffälligkeiten
- Schläfrigkeit (Somnolenz) bis hin zum Koma

Akute Alkoholintoxikation mit potenzieller Lebensgefahr > 3,5%.

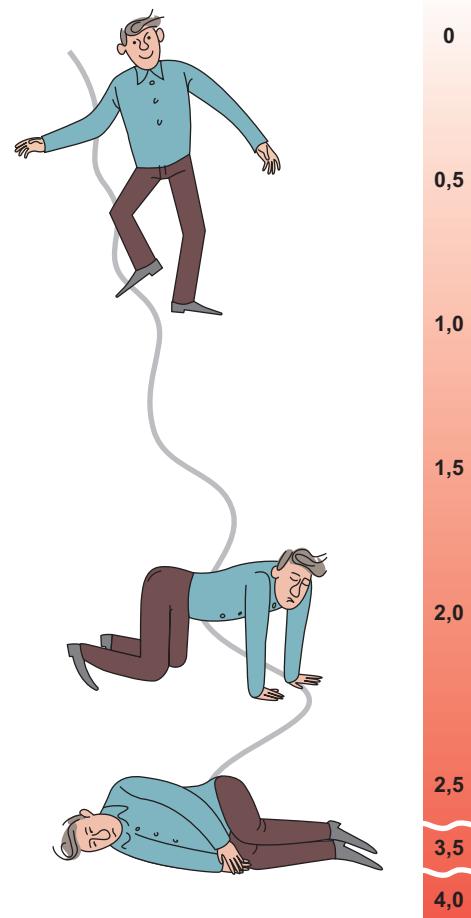


Abb. 4.5 Wirkung von Alkohol (nach Nedopil 2007)

Alkohol-Entzugssymptome nach Beendigung des Konsums

! MERKE

Alkohol gehört zu den Substanzen, die bei Beendigung des Konsums zu schweren Entzugssymptomen führen können.

- Krampfanfälle, Tremor, Dysarthrie, Ataxie, innere Unruhe, Antriebssteigerung, ängstlich-depressive-dysphorische Stimmung, optische Halluzinationen, Schreckhaftigkeit

Die Symptome klingen nach 3–7 Tagen ab; 50 % der Patienten benötigen Medikation.

Vegetative Symptome

- Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
- Tachykardie, Hypertonie
- Tachypnoe
- Schlafstörungen

Alkoholdelir

- Häufigste psychische Folgekrankheit (bei 15 %). Meist Entzugsdelir, Beginn meist mit Krampfanfall, Verwirrtheit, Orientierungs- und Aufmerksamkeitsstörungen, Bewusstseinsminderung,

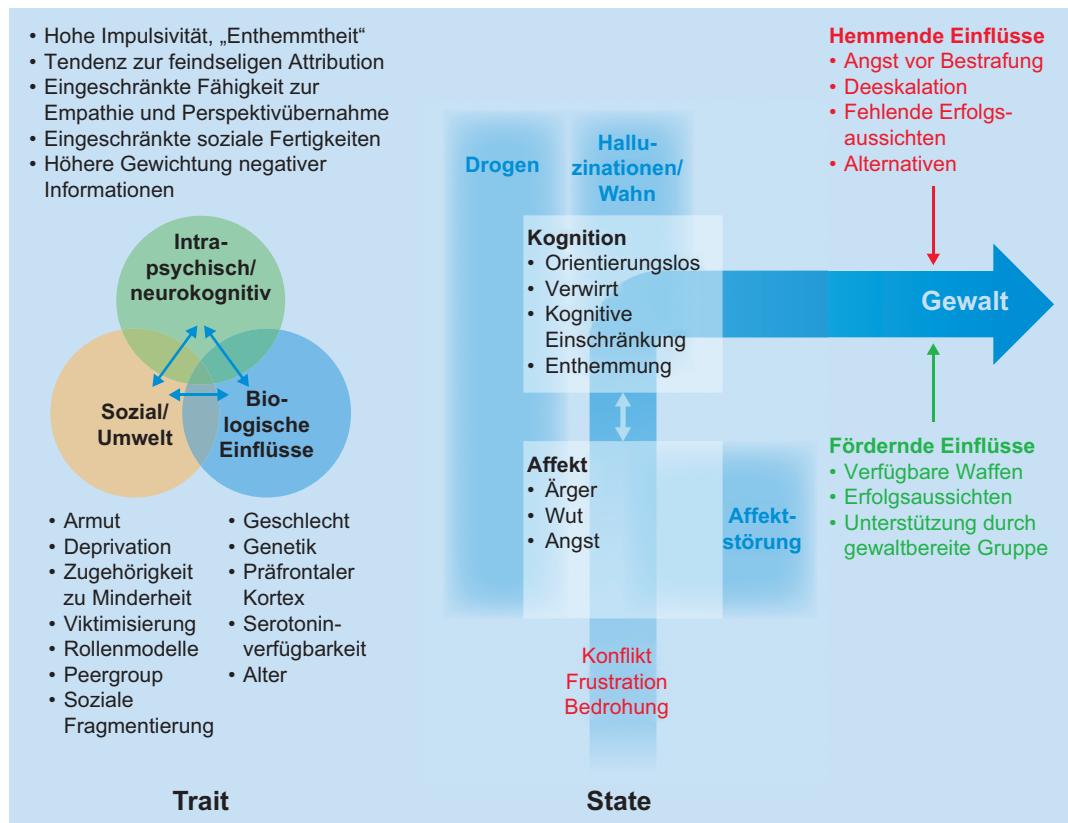


Abb. 7.2 Einflussfaktoren auf die Entstehung von Gewalt

kann direkt beeinflusst sein, z. B. im Rahmen eines dysphorisch-gereizten Zustands während einer Manie. Substanzeneinfluss wie z. B. Alkohol kann sowohl zu einer Enthemmung und damit zu einer verminderten Emotionsregulation und Impulskontrolle führen als auch psychotisches Erleben bedingen (z. B. LSD). Abhängig von den aktuellen Rahmenbedingungen können Einflussfaktoren das Auftreten aggressiven Verhaltens zusätzlich beeinflussen. So stellt die Verfügbarkeit von Waffen oder die soziale Unterstützung durch eine Gruppe Gleichgesinnter einen Risikofaktor für Gewalt dar, während die Angst vor Konsequenzen bzw. die fehlende Aussicht auf Erfolg der Handlung protektiv wirken.

Für eine Risikoeinschätzung sind Trait- und State-Aspekte wichtig, für eine Deeskalation sind vor allem die State-Aspekte, also der situationsabhängige Zustand und Umgebungs faktoren, entscheidend (Steinert und Whittington 2013).

! MERKE

Gewalttägiges Verhalten lässt nicht automatisch den Schluss auf eine psychische Erkrankung zu. Auch das gemeinsame Auftreten ist für sich allein genommen kein Nachweis für einen ursächlichen Zusammenhang. Die in der öffentlichen Wahrnehmung häufig undifferenzierte Assoziation von Gewalttätigkeit und psychischer Erkrankung führt zu einer ungerechtfertigten Stigmatisierung. In der Regel handelt es sich um ein multifaktorielles und komplexes Geschehen, das zuletzt in Gewaltakten mündet (AWMF 2018).

Deeskalation – Haltung

Richmond et al. (2012) legen hierzu ein durch die *American Association for Emergency Psychiatry* konzentriertes Vorgehen zur verbalen Deeskalation bei agitierten und aggressiven Patienten vor, das im Folgenden beschrieben wird. Dabei hat ein wichtiger Paradigmenwandel stattgefunden, und es geht dabei

letztlich um die Haltung, vor deren Hintergrund die Intervention stattfindet. Während es früher darum ging „den Betroffenen zu beruhigen“, ist jetzt der Fokus: „dem Betroffenen helfen, damit er sich selbst beruhigen kann“. Es geht darum, Menschen in Erregungs- und Ausnahmezuständen nach Möglichkeit wieder Zugang zu ihrem „internal locus of control“ zu verschaffen (Richmond et al. 2012). Es wird davon ausgegangen, dass der Betroffene aufgrund der aktuellen Situation Schwierigkeiten hat, das von ihm Geforderte zu tun, und das ihm Mögliche tut (was ihm eben unter diesen Umständen möglich ist).

Es gibt **vier primäre Ziele der Deeskalation** (Richmond et al. 2012):

1. Gewährleistung der Sicherheit der Helfer, des Betroffenen und sonstiger anwesender Personen
2. Unterstützung des Betroffenen, seine Emotionen wieder zu regulieren und Kontrolle über das eigene Verhalten zurückzugewinnen
3. Zwangsmaßnahmen, wann immer möglich, vermeiden
4. Vermeidung von einschränkenden Interventionen, die zu einer weiteren Eskalation führen können

Anforderungen an Räume

Soweit auf die Räumlichkeiten Einfluss genommen werden kann, sollte besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass für die professionellen Helfer immer ein Ausgang in Reichweite ist. Im Idealfall hat der Raum zwei Ausgänge, einen auf der Seite der Helfer und einen auf der gegenüberliegenden Seite, damit auch der Patient im Zweifelsfall den Raum schnell verlassen kann. Sollte nur ein Ausgang zur Verfügung stehen, soll dieser auf der Seite der Helfer liegen, damit man im Notfall nicht am Patienten vorbeigehen muss, oder mittig, damit er für alle gut erreichbar ist. Die Möbel sollten im Akutfall beiseitegeschoben werden können. Fixierte Möbel bieten den Vorteil, dass sie nicht als Waffe benutzt werden können, schränken aber die Flexibilität deutlich ein. Außerdem ist darauf zu achten, dass keine gefährlichen Gegenstände (Scheren, Brieföffner etc.) in Griffweite liegen.

Bei der Gestaltung der Räume sollte außerdem auf alles verzichtet werden, was bei besonders reizoffenen Patienten zu Irritation und vermehrter Anspannung

führen könnte. Anstatt greller Farben und potenziell irritierender Muster sollten also besser beruhigende Gestaltungselemente vorherrschen. Auch auf den Geräuschpegel ist zu achten, denn dieser kann bei agitierten / angespannten Patienten ebenfalls zur Eskalation beitragen.

Die Sicherheit der professionellen Helfer hat Vorrang

Als Erstes geht es darum, die Sicherheit der professionellen Helfer zu gewährleisten. Dies ist essenziell, um in der Lage zu bleiben, weiter Hilfe und Unterstützung anbieten und initiieren zu können. Ein professioneller Helfer kann einem Betroffenen nur helfen, seine Emotionen zu regulieren, wenn er sich selbst ausreichend sicher fühlt. Ansonsten vermittelt sich seine eigene Verunsicherung und Angst dem Gegenüber und kann den Deeskalationsprozess negativ beeinflussen. Deshalb ist die eigene Sicherheit der erste Schritt zur Sicherheit des Betroffenen.

10 Regeln für die Deeskalation

! MERKE

Deeskalationsregeln (Richmond et al. 2012)

1. Den persönlichen Raum des Gegenübers respektieren
2. Nicht provozieren
3. Verbalen Kontakt herstellen
4. Präzise sein
5. Wünsche und Gefühle des Gegenübers identifizieren
6. Dem Gegenüber genau zuhören
7. Zustimmung
8. Die rechtliche Lage darlegen und klare Grenzen setzen
9. Wahlmöglichkeiten bieten und Zuversicht vermitteln
10. Nachbesprechung der Krisenintervention

Regel 1: Den persönlichen Raum des Gegenübers respektieren

Die Bedürfnisse hinsichtlich des Abstands zu anderen Menschen sind situationsabhängig und individuell unterschiedlich. Als professioneller Helfer sollte man bei agitierten oder nicht einschätzbaren Betroffenen ca. zwei Armlängen Abstand halten und sich ggf. auch bei dem Betroffenen rückversichern, z. B. „Ist der Abstand so gut für Sie?“. Damit ist gewährleistet, dass sich

das Gegenüber nicht eingeengt fühlt und man selbst genügend Abstand hat, um ggf. zu fliehen bzw. außer Reichweite des Patienten zu stehen, falls dieser körperlich übergriffig wird. Fordert der Betroffene mehr Abstand ein, ist dem unbedingt Folge zu leisten. Für alle Beteiligten sollte eine Fluchtmöglichkeit bestehen, ohne den Weg des anderen kreuzen zu müssen.

Regel 2: Nicht provozieren

Hier spielt neben dem gesprochenen Wort die non-verbale Kommunikation eine große Rolle. Die Körperhaltung sollte offen sein und Vertrauen vermitteln. Die Hände sollten offen sichtbar sein und weder zur Faust geballt noch versteckt werden, da dies ggf. Misstrauen beim Gegenüber hervorrufen kann. Alles, was konfrontativ wirkt, sollte vermieden werden: sich also nicht direkt gegenüber dem Betroffenen, sondern in einem leichten Winkel positionieren. Außerdem sollte der Blickkontakt zwar gesucht, aber nicht zu stark fokussiert oder der Betroffene gar angestarrt werden. In Situationen mit mehreren Beteiligten ist zudem wichtig, Demütigungen und Provokationen anderer zu unterbinden, um eine weitere Eskalation zu verhindern.

Regel 3: Verbalen Kontakt herstellen

Den Kontakt mit dem Betroffenen sollte federführend *ein* professioneller Helfer gestalten, zu viele Kontakt Personen können verunsichernd, verwirrend und damit eskalierend wirken. Teilen Sie dem Betroffenen Ihren Namen und ggf. Ihre Funktion mit. Orientieren Sie ihn hinsichtlich der aktuellen Situation. Der Betroffene sollte in der Ansprache direkt adressiert werden, also ggf. mit Namen angesprochen werden. Sollte der Name nicht bekannt sein, fragen Sie danach. Im Kontakt mit Menschen in Ausnahmesituationen mag es notwendig sein, die Dinge häufig, manchmal sehr häufig zu wiederholen, da die Aufmerksamkeit des Betroffenen nicht ausreicht, um die Inhalte beim ersten Mal zu erfassen.

Regel 4: Präzise sein

Aufgrund der verzerrten Wahrnehmung, der reduzierten Aufmerksamkeit oder sonstigen Einschränkungen, welche die Kommunikation erschweren, ist es nicht nur notwendig, Dinge ggf. zu wiederholen, son-

dern die Aussagen auch präzise, verständlich und kurz zu halten. Vermeiden Sie fachspezifische Termini, komplizierte Sätze, Sprichwörter oder Zweideutigkeiten, anstatt z. B. „Ihnen scheint gleich die Hutschur zu platzen“ besser „Sie wirken sehr angespannt“ oder anstatt „Was Sie über Ihre Situation, in der Sie sich jetzt befinden und die Sie sehr zu belasten scheint und zu ihrer dysphorischen Stimmung beiträgt, sagen, finde ich nachvollziehbar ...“ besser: „Ich kann den Grund für Ihre Anspannung gut verstehen.“

Regel 5: Wünsche und Gefühle des Gegenübers identifizieren

Informationen über Wünsche und Gefühle des Gegenübers sind die Basis für eine empathische Begegnung. Die spontan hör- und sichtbaren Informationen (Körperhaltung, Mimik, Äußerungen, Situation) geben einen ersten Anhaltspunkt und ermöglichen es dem professionellen Helfer, einfühlsam auf das Gegenüber zuzugehen. Aktives Fragen nach Anliegen und Wünschen ermöglicht dann einerseits einen weiteren Informationsgewinn in Bezug auf das Erleben des Gegenübers, andererseits signalisiert es Interesse an den Wünschen und Gefühlen des Betroffenen. Jede Zuwendung und Freundlichkeit (Anbieten eines Taschentuchs, eines Getränks etc.) kann deeskalierend wirken, wenn sie als freundliche Zuwendung erlebt wird.

Regel 6: Dem Gegenüber genau zuhören

Dabei geht es nicht nur darum, weitere Informationen zu gewinnen, sondern dem Betroffenen auch zu vermitteln, dass man ihm zuhört und ihn zu verstehen versucht. Dabei hilft „aktives Zuhören“, also ein verändert formuliertes, auf die Kernpunkte fokussiertes und zusammengefasstes Wiederholen dessen, was der Betroffene gesagt hat.

■ Fallbeispiel

Betroffener: „Immer, wenn ich hierherkomme, könnte ich kotzen. Es stinkt mir, dass man hier immer bevorzugt wird!“

Professioneller Helfer: „Sie fühlen sich sehr unwohl hier ...“ ■

Neben dieser „Technik“ spielt zudem die innere Haltung eine Rolle, die davon geprägt sein sollte, das

vom Gegenüber Gesagte in der Bedeutung als zumindest subjektive Wahrheit zu akzeptieren.

Regel 7: Zustimmung

Mit dem Ziel, eine weitere Eskalation zu vermeiden, ist es sinnvoll, dem Betroffenen so häufig wie möglich zuzustimmen. Die Suche nach möglichst viel Konsens ist sinnvoll. Dies trägt dazu bei, dass sich das Gegenüber verstanden fühlt, und es fördert das Vertrauen. Themen, bei denen ein eindeutiger Dissens besteht, z. B. „Diese Medikamente vergiften mich“, können mit einer Äußerung wie „Ich kann mir vorstellen, dass Sie das so erleben“ oder „Ich habe solche Befürchtungen auch schon von anderen Menschen gehört“ etwas entschärft werden. Man sollte authentisch bleiben, jedoch nicht konfrontativ vorgehen.

Regel 8: Die rechtliche Lage darlegen und klare Grenzen setzen

Im Rahmen von akuten Krisensituationen ist es unbedingt notwendig, die Rahmenbedingungen und möglichen nächsten Schritte selbst klar vor Augen zu haben. Diese Eckpunkte sollten auch dem Betroffenen mitgeteilt werden. Dabei geht es nicht darum, im Sinne von „Wenn ..., dann ...“ zu drohen, sondern darzulegen, was für eine Zusammenarbeit in diesem Moment notwendig ist. Fühlt man sich beispielsweise bedroht, sollte man dies kommunizieren, z. B.: „Wenn Sie sich so vor mir aufbauen, fühle ich mich bedroht. Ich möchte sehr gern mit Ihnen über Ihr Anliegen sprechen. Das kann ich aber nur, wenn Sie mehr Abstand halten.“ Ferner müssen die möglichen rechtlichen Konsequenzen aufgezeigt werden, z. B.: „Wenn Sie andere körperlich angreifen, muss die Polizei verständigt werden.“

Regel 9: Wahlmöglichkeiten bieten und Zuversicht vermitteln

Menschen in zu Aggression und Erregungszuständen führenden Ausnahmesituationen haben meist einen sehr eingeschränkten Blick auf ihre Möglichkeiten. In manchen Fällen reduziert sich dies auf „Kampf oder Flucht“ („fight or flight“). Wahlmöglichkeiten anzubieten bietet die Chance auf ein als befriedig erlebtes Autonomieerleben. So kann bereits der Hinweis „Sie

können sich gern hinsetzen oder auch stehen bleiben“ bereits eine Wahlmöglichkeit darstellen. Es dürfen nur Dinge angeboten werden, die realistischerweise auch umsetzbar sind.

In ausweglos erscheinenden Situationen ist es wichtig, Zuversicht zu vermitteln. Dabei sollte ebenfalls auf realistische Ziele Bezug genommen werden, z. B. „Eine kleine Pause kann manchmal dazu beitragen, dass man sich etwas besser fühlt.“

Regel 10: Nachbesprechung

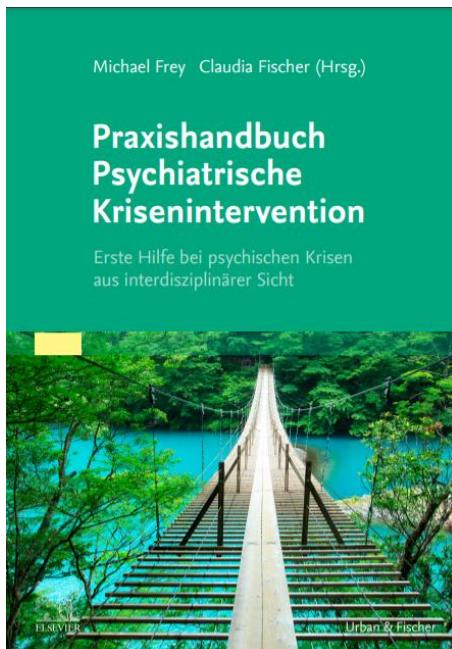
Im günstigsten Fall lässt sich durch ein entsprechendes Vorgehen eine Eskalation vermeiden. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, und ggf. sind sehr direktive bis hin zu Zwangsmaßnahmen notwendig. Wenn die Situation sich so weit entspannt hat, dass wieder ein Gespräch möglich ist, ohne dass dies zu erneuter Eskalation führt, sollte das **Geschehene mit dem Betroffenen nachgesprochen** werden, um einerseits eine Einordnung des Erlebten zu ermöglichen und Vertrauen zu schaffen und andererseits bei längeren Behandlungsverläufen wieder eine Basis für eine therapeutische Beziehung zu schaffen. Eine Nachbesprechung sollte im Idealfall fünf Aspekte beinhalten (AWMF 2018):

1. Aussprache
2. Beratung
3. Psychoedukation
4. Unterstützung in der Wiedererlangung von Sicherheit
5. Untersuchung auf körperliche Komplikationen durch die Maßnahme

Im Sinne einer Aussprache ist es wichtig, auch das Erleben der Betroffenen zu erfragen, was für evtl. notwendige weitere Interventionen mit berücksichtigt werden kann. Dabei sollte erklärt werden, warum die Intervention notwendig war; nach Möglichkeit sollten auch alternative Vorgehensweisen und Strategien besprochen werden, die eine erneute Eskalation vermeiden helfen (Beratung, Psychoedukation). Dies dient auch der Wiedererlangung von Sicherheit, da damit die Rahmenbedingungen transparent gemacht werden und dem Betroffenen geholfen wird, wieder ein Gefühl von Kontrolle zu erlangen.

Auch mit den **Angehörigen**, die das Vorgehen ggf. mitbekommen haben, sollte eine Nachbesprechung stattfinden, um auch ihnen zu helfen, die Notwendigkeit und Hintergründe der Intervention zu verstehen.

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder im Elsevier-Webshop



Psychische Krisen und Notfälle bei einem Patienten – auch für den routiniertesten Arzt/Therapeuten eine Herausforderung.

Das Buch erklärt Ihnen, wie eine solche Ausnahmesituation professionell in den Griff zu kriegen ist. Fallbeispiele verdeutlichen, worauf Sie besonders achten müssen ist und wo Fallstricke lauern – z.B. bei Fremd- oder Eigengefährdung.

Sie erfahren, wie unterschiedlich mit verschiedenen Patientengruppen umgegangen werden sollte – Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Patienten mit Migrationshintergrund oder im Maßregelvollzug und worauf besonders zu achten ist.

Darüber hinaus vermittelt das Buch Grundwissen über Psychopharmaka und gibt Ihnen einen Einblick in Rechtliches, Schweigepflicht oder Garantenstellung.

Praxishandbuch Psychiatrische Krisenintervention

2020. 276 S., 36 farb. Abb., kt.

ISBN: 978-3-437-15420-1 | € [D] 40,- / € [A] 41,20



ELSEVIER

elsevier.de

Empowering Knowledge