

Notfall Seele

Ambulante Notfall- und Krisenintervention
in der Psychiatrie und Psychotherapie

Manuel Rupp

 Online-Version in der eRef

4., aktualisierte Auflage



 Thieme

Notfall Seele

**Ambulante Notfall- und Krisenintervention
in der Psychiatrie und Psychotherapie**

Manuel Rupp

4., aktualisierte Auflage

45 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

Dr. med. Manuel Rupp
Bristenweg 21
4054 Basel
Schweiz
manuel.rupp@bluewin.ch

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

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

www.thieme.de/service/feedback.html



Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2017 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Deutschland
www.thieme.de

Printed in Germany

1. Auflage 1996
2. Auflage 2003
3. Auflage 2010

Grafische Umsetzung: Helmut Holtermann, Dannenberg
Zeichnungen: Dr. med. Manuel Rupp, Basel
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfoto: © Dudarev Mikhail – Fotolia.com
Satz: Druckhaus Götz GmbH, Ludwigsburg
Druck: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

DOI 10.1055/b-004-140258

ISBN 978-3-13-102174-8

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-158414-4
eISBN (epub) 978-3-13-202764-0

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die abgebildeten Personen haben in keiner Weise etwas mit der Krankheit zu tun.

Vorwort zur 4. Auflage

Notfall Seele! Die Injektionsspritze löst das Problem nicht, das sich dem Notfallhelfer stellt. Der psychiatrische Notfall im ambulanten Setting ist nicht nur ein individuelles, sondern ein psychosoziales Ereignis an der Grenze zwischen Sinn- und Verzweiflung. Dabei ist der Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper Rechnung zu tragen – einer in alle Lebensbereiche hineinragenden, vielschichtigen Problematik. In der überraschenden und unklaren Lage vor Ort sind Kommunikation und Situationsregie entscheidend. Das ist wohl der Grund, weshalb dieses Buch bereits in der 4. Auflage erscheint: Es gibt praxisnahe Anregungen, wie wir im vorklinischen Bereich sofort, vor Ort, mit unvollständigen Informationen, im Lebensumfeld der Betroffenen und Mitbetroffenen, Beziehung aufnehmen und Entscheidungen treffen können, um in Kooperation mit den Anwesenden nicht nur unwiderruflichen Schaden abzuwenden, sondern auch die Chance in der Krise zu nutzen.

Für die 4. Auflage wurden die Angaben im Kompendium aktualisiert, es wurde die Glasgow Coma Scale integriert sowie ein Algorithmus für den Umgang mit Drohung und Gewalt aufgenommen.

Die Konzepte in diesem Handbuch entstanden aufgrund jahrelanger Erfahrung in aufsuchender Hilfe als Notfallarzt des Ärzteverbands und im Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich, wo ich angehende Ärztinnen und Ärzte in Notfallpsychiatrie instruierte. In

zahlreichen interdisziplinären Notfallkursen im ganzen deutschen Sprachraum kann ich seither im Dialog mit den Teilnehmenden die Praxistauglichkeit der Konzepte überprüfen. Von Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen stammen ebenfalls viele Anregungen. Zahlreiche Kolleginnen und Kollegen, meine Familie und zahlreiche Personen aus meinem Freundeskreis haben mich bei diesem Projekt über die Jahre unterstützt. Besonders erwähnen möchte ich folgende Expertinnen und Experten: PD Dr. med. Christoph Cottier, Burgdorf (Kapitel 6), Dr. med. Philipp Eich in Liestal, Dr. med. Martin Eichhorn sowie Dr. phil. Dr. med. Barbara Hiss in Basel (Kapitel 7), Prof. Dr. med. Martin Hatzinger in Solothurn (Kapitel 8), das interdisziplinäre Team des ambulanten Dienstes Sucht ADS der Universitären Psychiatrischen Kliniken mit Dr. med. Hannes Strasser in Basel (Kapitel 10) und Prof. Dr. med. Wolf Langewitz in Basel (Kapitel 11).

Bei der Aktualisierung der vorliegenden Auflage gab mir vor allem Dr. med. Philipp Eich in Liestal erneut wichtige Hinweise. Allen danke ich herzlich für ihr zum Teil großes Engagement. In den Dank schließe ich Heide Addicks und Michael Zepf vom Georg Thieme Verlag ein.

Das Buch sei Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser, ein guter Ratgeber und Begleiter!

Basel, im Januar 2017
Manuel Rupp

Auf der hinteren Umschlagseite finden Sie wichtige Übersichtstabellen!

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen der Notfall- und Krisenintervention

1	Notfall und Krise	14
1.1	Grundbegriffe	14
1.1.1	Seelische Krise	14
1.1.2	Seelischer Notfall	15
1.1.3	Notfall- und Krisenintervention ...	16
1.2	Forschung	17
1.2.1	Untersuchung der psychischen Reaktion unter kritischer Belastung	17
1.2.2	Methodisches Vorgehen in der Krise	18
1.3	Angebot und Nachfrage	19
1.3.1	Inanspruchnahme	19
1.3.2	Problemgruppen	19
1.3.3	Einsatzort	19
1.3.4	Maßnahmen	20
1.4	Risikofaktoren des Seelen- notfalls	20
1.4.1	Lebensgeschichte	20
1.4.2	Psychische Störung	20
1.4.3	Körperliche Störung	20
1.4.4	Soziale Belastung	21
1.4.5	Wechsel grundlegender sozialer Lebensbedingungen	22
1.4.6	Beziehungsmangel und Beziehungsstörung	23
1.5	Eskalation von der Krise zum Notfall	23
1.5.1	Psychopathologisches Modell der seelischen Krise	23
1.5.2	Beziehungsdynamisches Modell der familiären Krise	25
1.5.3	Eskalationsstufen von der Krise zum Notfall	25
2	Schlüsselsyndrome	28
2.1	System der Schlüsselsyndrome .	28
2.2	Schlüsselsyndrom „benommen, verwirrt“	29
2.2.1	Laienbeschreibung einer akuten hirnorganischen Beeinträchtigung	29
2.2.2	Erscheinungsbild des Schlüssel- syndroms	29
2.2.3	Formen der Bewusstseinsstörung .	29
2.3	Schlüsselsyndrom „unruhig- komisch-wahnhaft“	30
2.3.1	Laienbeschreibung eines psychose- artigen Zustandsbilds	30
2.3.2	Erscheinungsbild des Schlüssel- syndroms	30
2.3.3	Krankheitsbilder	31
2.3.4	Beziehungsdynamik: Familien mit schizophreniekranken Menschen .	33
2.4	Schlüsselsyndrom „verzweifelt, suizidal“	34
2.4.1	Laienschilderung von Verzweiflung und Suizidalität	34
2.4.2	Erscheinungsbild des Schlüssel- syndroms	34
2.4.3	Krankheitsbilder	35
2.4.4	Seelische Dynamik: Wut und Ärger gegen sich selbst	36
2.4.5	Beziehungsdynamik: Familien mit depressiven Menschen	37
2.4.6	Exkurs: Suizidabsicht – psychische Krankheit oder freier Willensakt? .	38
2.5	Schlüsselsyndrom „Konflikt, Gewalt“	38
2.5.1	Laienschilderung von aggressivem Verhalten	38

2.5.2	Erscheinungsbild des Schlüssel- syndroms	39	2.7.3	Krankheitsbilder	50
2.5.3	Beziehungsdynamik bei Gewalt- tätigkeit in der Familie	40	2.7.4	Seelische Dynamik bei der Entstehung von Angst.	52
2.6	Schlüsselsyndrom „Alkohol- Drogenproblem“	42	2.7.5	Beziehungsdynamik bei Panik- patienten	53
2.6.1	Laienschilderung eines Sucht- syndroms	42	2.8	Schlüsselsyndrom „chronisch- akut“	54
2.6.2	Nicht-substanzspezifische Erscheinungsbilder	42	2.8.1	Laienschilderung eines Menschen mit auffälliger Persönlichkeit.	54
2.6.3	Substanzspezifische Syndrome	44	2.8.2	Erscheinungsbild des Schlüssel- syndroms	54
2.6.4	Psychische, körperliche und soziale Dynamik der Abhängigkeit	47	2.8.3	Krankheitsbilder	54
2.6.5	Beziehungsdynamik	48	2.8.4	Psychosoziale Dynamik: Helfer- Patient-Verstrickung.	56
2.7	Schlüsselsyndrom „Angst, Panik“	49	2.9	Unklare Syndrome: mehrdeutig, unvertraut.	56
2.7.1	Laienschilderung einer Panik- attacke.	49	2.9.1	Mehrdeutige Syndrome	56
2.7.2	Erscheinungsbild des Schlüssel- syndroms	49	2.9.2	Unvertraute Syndrome.	57
3	Setting, Prinzipien, Selbsthilfe	58			
3.1	Versorgungsnetz, Helfer und Patienten.	58	3.4	Zielsetzung	66
3.1.1	Versorgungsnetz und Helfer	58	3.4.1	Vorrangiges Ziel der Notfallinter- vention	66
3.1.2	Auftraggeber und Patienten.	59	3.4.2	Längerfristiges Ziel der Nach- betreuung und der Kriseninter- vention	66
3.2	Interventionsort	60	3.5	Selbsthilfe der Helfer	67
3.2.1	Intervention in der eigenen Institution.	60	3.5.1	Irrwege	67
3.2.2	Hausbesuch	61	3.5.2	Ausweg: Instrumentarium der Selbsthilfe.	69
3.2.3	Intervention in einer fremden Institution.	62			
3.3	Interventionsprinzipien	64			
4	Ablauf einer Notfallintervention	71	4.3	Vorbereitungsphase.	73
4.1	Ablauf in Phasen und Schritten	71	4.3.1	Schritt 1: Triage	73
4.2	Erstkontaktphase, Auftrags- klärung	71	4.3.2	Schritt 2: Vorbereitung.	75
4.2.1	Telefonische Kontaktaufnahme.	71	4.3.3	Schritt 3: Begrüßungsintervention.	76
4.2.2	Telefonische Klärung des Auftrags	72			

4.4	Abklärungsphase	78	4.5.2	Schritt 8: Ambulante Maßnahmen	86
4.4.1	Schritt 4: Gesprächsführung.....	78	4.5.3	Schritt 9: Evaluation – Klinik- einweisung?	88
4.4.2	Schritt 5: Abklärung.....	79	4.6	Nachbetreuungsphase und Über- gang zur Krisenintervention ...	89
4.4.3	Schritt 6: Beurteilung und Hilfe- strategie	82	4.6.1	Abschied.	89
4.5	Maßnahmephase	85	4.6.2	Nachbetreuung	90
4.5.1	Schritt 7: Notfallkonferenz	85	4.6.3	Übergang zur Krisenintervention. .	90
5	Kommunikation, Medikation, Klinikeinweisung	93	5.3	Einweisung in die Psychiatrie ...	97
5.1	Kommunikation und therapeutische Haltung	93	5.3.1	Empfehlungen für die Einweisung ambivalenter Patienten	97
5.1.1	Kommunikation	93	5.3.2	Kurzzeitige Unterbringung bzw. stationäre Krisenintervention.	98
5.1.2	Therapeutische Haltung	93	5.3.3	Einweisung auf eine offene Station einer psychiatrischen Klinik	98
5.2	Medikation und Notfallkoffer ...	95	5.3.4	Zwangseinweisung.....	98
5.2.1	Grundsätze der medikamentösen Therapie im Notfall.....	95	5.3.5	Einweisungszeugnis	99
5.2.2	Psychiatrischer Notfallkoffer.....	95	5.3.6	Unlösbare Situation	99
5.2.3	Medikamentöse Behandlung der wichtigsten Syndrome	97			
II Praxis der Notfall- und Krisenintervention					
6	Benommen, verwirrt	102	6.3	Abklärungs- und Maßnahme- phase vor Ort und Medikation ..	107
6.1	Erstkontaktphase, Auftrags- klärung	102	6.3.1	Bei akuter Lebensgefahr.....	107
6.2	Vorbereitungsphase	103	6.3.2	Einweisungszeugnis	108
6.2.1	Schritt 1: Telefonische Triage	103	6.3.3	Falls keine akute Lebensgefahr ...	109
6.2.2	Schritt 2: Telefonische Intervention bei bedrohlicher Bewusstseins- störung.....	106	6.3.4	Bei Delir (wechselnd verwirrt- verwirren-halluzinatorischer Zustand)	110
6.2.3	Schritt 3: Begrüßungsintervention	107	6.3.5	Bei Krampfanfall mit Bewusstseins- verlust bzw. bei epileptischem Dämmerzustand	111
7	Unruhig-komisch-wahnhaft	112	7.2	Vorbereitungsphase	113
7.1	Erstkontaktphase, Auftrags- klärung	112	7.2.1	Schritt 1: Triage.....	113
			7.2.2	Schritt 2: Vorbereitung	113
			7.2.3	Schritt 3: Begrüßungsintervention	113

7.3	Abklärungsphase	115	7.4.3	Schritt 9: Evaluation – Klinik- einweisung?	123
7.3.1	Schritt 4: Gesprächsführung	115	7.5	Nachbetreuungsphase und Über- gang zur Krisenintervention	125
7.3.2	Schritt 5: Abklärung	117	7.5.1	Empfehlungen für Abschluss- kontakte	125
7.3.3	Schritt 6: Beurteilung und Hilfe- strategie	117	7.5.2	Ambulante sozialpsychiatrische Nachbetreuung	125
7.4	Maßnahmephase	117	7.5.3	Empfehlungen für die Ange- hörigenarbeit	125
7.4.1	Schritt 7: Notfallkonferenz	117			
7.4.2	Schritt 8: Ambulante Maßnahmen	118			
8	Verzweifelt, suizidal	127			
8.1	Erstkontaktphase, Auftrags- klärung	127	8.4	Maßnahmephase	134
8.2	Vorbereitungsphase	127	8.4.1	Schritt 7: Notfallkonferenz	134
8.2.1	Schritt 1: Triage	127	8.4.2	Schritt 8: Ambulante Maßnahmen	135
8.2.2	Schritt 2: Vorbereitung	127	8.4.3	Schritt 9: Evaluation – Klinikein- weisung?	136
8.2.3	Schritt 3: Begrüßungsintervention	128	8.5	Spezialproblem: Akut traumati- sierte Menschen	137
8.3	Abklärungsphase	128	8.5.1	Grundsätze bei der Betreuung von Opfern	137
8.3.1	Schritt 4: Gesprächsführung	128	8.6	Nachbetreuungsphase und Über- gang zur Krisenintervention	138
8.3.2	Schritt 5: Abklärung	131			
8.3.3	Schritt 6: Beurteilung und Hilfe- strategie	132			
9	Konflikt, Gewalt	141			
9.1	Erstkontaktphase, Auftrags- klärung	141	9.4.2	Schritt 8: Ambulante Maßnahmen bei aggressivem Konflikt ohne offene Gewalt	151
9.2	Vorbereitungsphase	141	9.4.3	Schritt 9: Evaluation: zusätzliche Maßnahmen mit Drohung, Gewalt oder Missbrauch	152
9.2.1	Schritt 1: Triage	141	9.5	Spezialproblem: Missbrauch und Misshandlung	154
9.2.2	Schritt 2: Vorbereitung	142	9.6	Spezialproblem: Notfall- betreuung von Tätern	155
9.2.3	Schritt 3: Begrüßungsintervention	143	9.6.1	Empfehlungen für den Umgang mit grundsätzlich einsichtigen Tätern ..	155
9.3	Abklärungsphase	145	9.7	Nachbetreuungsphase gefährdeter Familien	156
9.3.1	Schritt 4: Gesprächsführung	145			
9.3.2	Schritt 5: Abklärung	147			
9.3.3	Schritt 6: Beurteilung und Hilfe- strategie	148			
9.4	Maßnahmephase	150			
9.4.1	Schritt 7: Notfallkonferenz	150			

10	Alkohol-, Drogenproblem	157
10.1	Erstkontaktphase, Auftragsklärung	157
10.2	Vorbereitungsphase	158
10.2.1	Schritt 1: Triage.....	158
10.2.2	Schritt 2: Vorbereitung.....	159
10.2.3	Schritt 3: Begrüßungsintervention	160
10.3	Abklärungs- und Maßnahmenphase	161
10.3.1	Schritt 4: Gesprächsführung.....	161
10.3.2	Schritt 5-9: Weiteres Vorgehen je nach Zustandsbild.....	162
10.4	Nachbetreuungsphase und Übergang zur Krisenintervention	168
10.4.1	Vorgehen bei schwer Süchtigen...	168
10.4.2	Vorgehen bei wiederholt gescheitertem Entzug.....	168
11	Angst, Panik	170
11.1	Erstkontaktphase, Auftragsklärung	170
11.2	Vorbereitungsphase	170
11.2.1	Schritt 1: Triage.....	170
11.2.2	Schritt 2: Vorbereitung.....	173
11.2.3	Schritt 3: Begrüßungsintervention	174
11.3	Abklärungsphase	175
11.3.1	Schritt 4: Gesprächsführung.....	175
11.3.2	Schritte 5 und 6: Abklärung, Beurteilung und Hilfestrategie....	176
11.4	Maßnahmephase	176
11.4.1	Schritt 7: Notfallkonferenz.....	176
11.4.2	Schritt 8: Maßnahmen.....	176
11.4.3	Schritt 9: Evaluation – Klinik-einweisung?.....	178
11.5	Nachbetreuungsphase und Übergang zur Krisenintervention	178
12	Chronisch-akut	179
12.1	Erstkontaktphase, Auftragsklärung	179
12.1.1	„Chronisch-akuter Patient“: innere Wahrnehmung des Helfers.....	179
12.1.2	Risikomerkmale chronisch-akuter Patienten.....	180
12.2	Vorbereitungsphase	180
12.2.1	Schritt 1: Triage.....	180
12.2.2	Schritt 2 und 3: Vorbereitung und Setting.....	180
12.3	Abklärungsphase	181
12.3.1	Schritt 4: Gesprächsführung.....	181
12.3.2	Schritt 5: Abklärung.....	182
12.3.3	Schritt 6: Beurteilung und Hilfestrategie.....	183
12.4	Maßnahmephase	183
12.4.1	Schritt 7: Notfallkonferenz.....	183
12.4.2	Schritt 8: Allgemeine Maßnahmen	185
12.4.3	Schritt 9: Evaluation.....	186
12.5	Spezialproblem: Daueranrufer ..	186
12.5.1	Grundsätze im Kontakt mit Daueranrufern eines Krisendiensts.....	186

12.6	Nachbetreuungsphase und Übergang zu befristeter Krisenintervention.....	187	12.6.1	Empfehlungen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.....	187
------	---	-----	--------	--	-----

III Anhang

13	Formulare und Merkblatt	190			
13.1	Formular „Klinikeinweisung“ ...	190	13.3	Merkblatt „Algorithmus bei Gewaltandrohung“.....	193
13.2	Formular „Patientendokumentation“.....	191			
14	Literatur	195			
15	Glossar	198			
	Sachverzeichnis	204			



I Grundlagen der Notfall- und Krisenintervention



1 Notfall und Krise

1.1 Grundbegriffe

1.1.1 Seelische Krise

Krise im weiteren und engeren Sinn. Bei einer Krise im weiteren Sinn wird durch eine innere oder äussere Belastung das seelische und psychosoziale Gleichgewicht gefährdet. Ein zunehmend großer Teil der psychischen Energie wird zur Bewältigung der Belastung und der inneren Erschütterung gebunden.

Bei Menschen ohne vorbestehende psychische Störung zeigen sich dann Unbehagen und Anspannung, z. B. auch Schlafstörungen, jedoch noch keine eigentlichen Krankheitssymptome. Dies wäre eine Krise im engeren Sinn. Die Betroffenen sind noch entscheidungs- und handlungsfähig. Ein Rückbezug auf ihre Ressourcen ist möglich. Die Krisenhelfer können mit ihnen kurzfristig verlässliche Vereinbarungen treffen. Menschen mit einer vorbestehenden psychischen Störung sind krankheitsbedingt vermindert belastbar; bei ihnen lässt sich eine Akzentuierung einer vorbestehenden Symptomatik feststellen, was bei Andauern der kritischen Belastung schließlich zu einem Rückfall bis hin zu einem eigentlichen „Notfall“ (S. 15) führen kann. Normal belastbare Menschen können jedoch auch in eine Notfallsituation geraten, wenn das Missverhältnis zwischen Belastung und Ressourcen zu groß wird und das Bewältigungsvermögen übersteigt. Dies ist bei Traumatisierung

oder chronischen Krisen mit größerer Wahrscheinlichkeit der Fall.

Definition

Von einer „Krise“ im engeren Sinn wird in diesem Buch dann gesprochen, wenn kein psychischer bzw. psychosozialer Gleichgewichtsverlust eintritt und mit dem Patienten und seinen Angehörigen Vereinbarungen getroffen werden können.

Krisen und Notfälle können in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen entstehen:

- **Entwicklungskrise:** Das sind normale Durchgangsstadien bei der Entwicklung durch innere Neuorientierung
 - im Rahmen der Ablösung von Jugendlichen,
 - bei Menschen in einer länger dauernden Psychotherapie usw.
- **Belastungskrise:** Dazu kommt es durch innere (z. B. Krankheit) bzw. äußere Belastung (z. B. psychosozialer Stress); Spezialfälle sind traumatische Krisen, z. B. eine akute Belastungsreaktion oder PTBS (posttraumatische Belastungsstörung, engl. Posttraumatic Stress Disorder, PTSD). Neben diesen typischen Traumafolgereaktionen können jedoch zahlreiche andere psychische Störungsbilder auftreten.



Abb. 1.1 Bei hohen Wellen: Krise und Krisenintervention.

In der Krise wird die Kraft zur Stabilisierung des psychischen Gleichgewichts verwendet. Wie bei einer Ruderpartie, die in unruhige Gewässer geraten ist.

- **Veränderungskrise** [13]: Eine solche Krise entsteht durch umfassenden Wechsel der Lebensumstände (Life Events), z. B.
 - bei Geburt eines Kindes oder
 - bei Verlust eines Angehörigen.
- **Chronische Krise** [26] [59]: Dabei handelt es sich um eine schwere Dauerkrise bei Suchtkranken, Borderline-Patienten usw.

Gefährdung des psychischen Gleichgewichts. Im Folgenden wird zwischen „Krise Definition“ (im engeren Sinn) und „Notfall“ – der akut gefährlichen Krise – unterschieden.

1.1.2 Seelischer Notfall

Angesichts drohender Selbst- oder Fremdgefährdung und akuter Überforderung der Angehörigen wird unverzügliche Hilfe erwartet. Damit soll eine (vermeintliche oder tatsächliche) akute Gefahr für psychische Integrität, Leib, Leben und soziale Vernetzung abgewendet werden. Die bisherige Problembewältigung versagt, was nicht nur mit dem seelischen Gleichgewichtsverlust des Patienten,

sondern ebenso sehr mit einer Überforderung seines Beziehungsumfelds zusammenhängt. Notfallpatienten sind zudem meist nicht mehr verträglich: Es sind Symptome aufgetreten, die ihre aktuelle Urteils- und Handlungsfähigkeit erheblich einschränken.

Definition

Der Notfall – sofortiger Handlungsbedarf wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung – wird als Spezialfall einer Krise verstanden.

Das Hinzuziehen professioneller Helfer ist ein Eskalationszeichen. Normalerweise kümmern sich Familienangehörige, Arbeitskollegen und bereits behandelnde Therapeuten um notleidende Menschen. Erst wenn die Lage weiterhin akut bleibt, wird die Beanspruchung der Betroffenen zu groß, sodass außenstehende professionelle Helfer hinzugezogen werden.



Abb. 1.2 Bei Sturm: Notfall und Notfallintervention.

Beim Notfall besteht **akute Gefährdung!** Die Entscheidungs- und die **Verträglichkeit sind schwer beeinträchtigt.** Aktive, eingreifende **Soforthilfe von außen** ist notwendig, wie bei der Rettung eines Ertrinkenden.

Merke

Jeder seelische Notfall ist auch ein psychosozialer Notfall.

M!

1.1.3 Notfall- und Krisenintervention

Bei der Intervention werden alle verfügbaren Ressourcen zusammengefasst, um einen nicht wiedergutzumachenden Schaden abzuwenden. Dabei muss gehandelt werden, bevor die Ursachen für die psychische Notlage genau bekannt sind. Vieles muss sozusagen experimentell getan werden, um am Effekt einer kleinen Maßnahme die Gefährdung von Patient und Bezugspersonen erkennen zu können. Schnelle, wirksame und damit gut überblickbare, einfache (jedoch nicht simple) Vorgehensweisen sind erforderlich. Während der Intervention müssen sie ständig überprüft – evaluiert – werden. Somit ist es hilfreich, sich schon vor dem Einsatz mit den eigenen professionellen Handlungs- und Entscheidungsmustern auseinanderzusetzen, damit das eigene Repertoire erweitert werden kann. Auch bei viel Erfahrung ist Notfallhilfe mit außerordentlichen Anstrengungen verbunden. Der Einsatz muss deshalb zeitlich limitiert werden, um den Helferkreis nicht zu erschöpfen. Entscheidungen sind rasch zu treffen. Ein Notfalleinsatz mit einem Hausbesuch ist in der Regel innerhalb von 1–2 Stunden abgeschlossen – nämlich dann, wenn die Hilfe durch reguläre Helferdienste und Angehörige weitergeführt werden kann und keine akute Gefahr mehr für Leib, Leben und Integrität des Patienten und dessen Umfeld besteht.

Die Notfallintervention ist eine interdisziplinäre Aufgabenstellung. Deshalb kommen in diesem Buch sowohl pflegerische, psychotherapeutische und medizinische wie auch sozialarbeitsbezogene Gesichtspunkte zur Sprache. Wie in anderen Not-situationen geht es um einen möglichst nutzbringenden Verbund helfender Kräfte in methodischer Zusammenarbeit.

Merke

Notfallintervention bei seelischen Krisen ist eine interdisziplinäre Aufgabe.

M!

Notfallhelfer brauchen Professionalität, ein gut reflektiertes Selbstverständnis der eigenen Rolle, eine therapeutische, d. h. auf Kommunikation und Entwicklung hin orientierte Grundeinstellung sowie Interesse an der Lebensweise von Menschen, die nicht der eigenen Subkultur angehören. Daneben erfordert der Notfalleinsatz die Fähigkeit zu fairer Konfrontation mit Respekt für die Entwicklungskompetenz der Patienten, zudem Entschlossenheit, Improvisationsfreude, die Bereitschaft, mit Angehörigen zusammenzuarbeiten, sowie Hartnäckigkeit und Mut, eine notwendige Entscheidung auch unter widrigen Umständen umzusetzen. Nicht zuletzt ist – neben einem Grundwissen über die Eigenheiten psychischer Erkrankungen – ein Wissen um die eigenen Schwächen und Stärken, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen, notwendig.

Die ambulante Nachbetreuung nach einem Notfall entspricht methodisch einer Krisenintervention (bei einer Krise im engeren Sinn). Die Erfahrungen beim Notfalleinsatz können dabei genutzt werden. Die unmittelbare Ursache für den psychosozialen Gleichgewichtsverlust wird benannt, der Patient wird gestützt und er lernt, seine Ressourcen besser zu nutzen. Eine solche Nachbetreuung kann mit der Methodik der Krisenintervention geschehen. Sie dauert 2 oder 3 Tage bis zu ein paar Wochen – so lange, bis sich beim Patienten und seinem Umfeld ein neues psychisches und soziales Gleichgewicht eingestellt hat. Dies ermöglicht, bestehende und neu erschlossene Hilfsquellen für die weitere Lebensbewältigung auszuschöpfen. Deshalb ist es sinnvoll, eine Notfallintervention im persönlichen Umfeld der Patienten durchzuführen und nur so weit wie notwendig auf stationäre Mittel zurückzugreifen.

Eine Klinikeinweisung ist dennoch gelegentlich unausweichlich. Es ist ein Zeichen von Professionalität, wenn die unhaltbare Lage anlässlich der ambulanten Intervention erkannt wird und ohne Verzug die Klinikeinweisung erfolgt, bevor eine Katastrophe geschieht – bevor der Patient und sein gesamtes Umfeld erschöpft oder gar geschädigt sind.

Auftrags- und Zielkonflikte kommen bei der Notfallintervention häufig vor. Schnelle Improvisation steht im Gegensatz zu Gründlichkeit, fachlich Notwendiges im Gegensatz zum menschlich Durchsetzbaren, freie Entscheidung zu Zwang, individuelle Anliegen zu öffentlichem Interesse. So kann ein akut schizophrener Mann in großem Misstrauen der Überzeugung sein, dass er voll-

Merke

Der Verlust von Kontrolle und Übersicht ist Gefahr und Chance zugleich.

ständig gesund, hingegen seine Umgebung „gestört“ ist. Die Angehörigen können unter sich darüber zerstritten sein, ob ein Patient zuhause noch tragbar ist.

Die Notfallsituation alarmiert, zugleich birgt sie eine bedeutsame Chance für den Patienten, vorausgesetzt, er ist bereit, sie zu nutzen. Die Gefahr liegt darin, aus einem Zustand unerträglicher innerer Spannung heraus etwas Destruktives zu unternehmen. Die Chance liegt darin, in einem Moment von Aufbruch etwas Neues zu wagen, auf eine ungewohnte Perspektive einzusteigen und einen Wechsel der Lebensgewohnheiten zu vollziehen. Die akute Not setzt ein Zeichen. Es muss etwas geändert werden, nicht nur beim Patienten selbst, sondern auch in dessen Zusammenleben mit anderen. Der Notfallmoment enthält – im Gegensatz z.B. zur schweren Depression mit einem Verlust jeglicher Vitalität – ein Potenzial von gebündelter Energie, gelegentlich auch radikaler Entschlossenheit und einer grundsätzlichen Bereitschaft zur Veränderung, dies unter der Voraussetzung, dass ein konstruktiver Impuls von außen den Teufelskreis destruktiver Gefühle von quälender individueller Ohnmacht und Wertlosigkeit unterbricht. In dieser Situation können Interventionen mit einer psychotherapeutischen Haltung konstruktiv sein, die auch dem Augenblick akuter Not Sinn zubilligt. Die existenzielle Krise wird zur Schlüsselsituation, in der ein Mensch lernt, zusammen mit seinen Bezugspersonen Herausforderungen der nächsten Zukunft wieder zu bewältigen. In Respekt für die Würde der Patienten soll deshalb in der Notfallintervention versucht werden, die Selbsthilfekompetenz anzusprechen. In der Akutsituation bricht die bisherige Art der Lebensbewältigung zusammen. Dies schafft die Gelegenheit, dass sich neue Wahrnehmungs-, Empfindungs-, Beziehungs- und Handlungsmuster bilden können. Diese Chance kann genutzt werden, indem die konstruktiven und progressiven Ansätze der Patienten – ihr Selbsthilfepotenzial – durch sofortige Entlastung neu aktiviert werden.

Im Umbruch ist die Bereitschaft verborgen, auf Neues einzusteigen. Meistens ist in Notfallsituationen eine große Bereitschaft da, Hilfe anzunehmen. Dem Auftrag für einen Notfalleinsatz geht häufig die Erkenntnis voraus: „So kann es nicht weitergehen!“, „Wir sind auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen.“ und „Jetzt muss etwas geschehen!“

1.2 Forschung

1.2.1 Untersuchung der psychischen Reaktion unter kritischer Belastung

Seit den 1940er-Jahren wird gezielt Krisenfor- schung betrieben. Frühe Publikationen mit systematisierten Beobachtungen zu psychischen Krisenreaktionen bei traumatischen Belastungen stammen von Lindemann [58]. Als Begründer der modernen Krisentheorie gilt Gerald Caplan [12] [13]. Auch später wurden aus der Beobachtung von psychischen Reaktionen auf Katastrophen wichtige Erkenntnisse gewonnen, z.B. von Cull- berg sowie von Malt [15] [61]. Die Forschungs- ergebnisse zum Syndrom PTSD (PTBS) finden seit 1980 Eingang in das DSM (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) [25]. Einen anderen theoretischen Zugang entwickelte Erikson 1970 über eine psychodynamische Kon- zeptualisierung kritischer Lebensübergänge bei Ju- gendlichen [23]. Weitere Beiträge zum Verständnis der Vorgänge bei der Entwicklung seelischer Krisen stammen aus der Stresstheorie, z. B. von Laza- rus bzw. von Kessler u. Mitarb. [52] [57], aus sozia- len Lerntheorien, z.B. von Bandura [5], aus der Life-Event-Forschung, z. B. bezüglich der Verarbei- tung von Partnerverlust von Wortmann und Silver [105], sowie aus der Chaostheorie, z. B. von Ciompi u. Mitarb. [14]. In der Coping-Theorie werden die bei der Meisterung von Krisen beobachteten Be- wältigungsmuster konzeptualisiert, z.B. von Klinger, von Lazarus und Launier sowie von Folkman und Lazarus [32] [53] [54] [57]. Dem Konzept der Pathogenese wurde die sog. Salutogenese gegen- übergestellt [2] [3]. Dieser Forschungszweig brachte wertvolle, in der Krisenbewältigung unmittelbar umsetzbare Erkenntnisse, wie z.B. Hinweise auf Eigenschaften, die Menschen aufweisen, die Krisen gut bewältigen (sog. Good Copers):

- **Comprehensibility:** Fähigkeit, die Krise in ihren Elementen zu beschreiben, zu „fassen“

- **Manageability:** Fähigkeit, sich in der Krise zielgerichtet aktiv um deren Bewältigung zu bemühen
- **Meaningfulness:** Fähigkeit, der Krise Sinnhaftigkeit zuzuordnen

Ausgehend von einer Analyse bisher praktizierter Coping-Muster wird im Rahmen der Krisenintervention gezielt auf das Coping-Verhalten eingewirkt, z. B. beschrieben bei Heim [41]. Das Ansprechen auf eine psychotherapeutische Krisenintervention scheint u. a. von Persönlichkeitsvariablen abhängig zu sein [39]. Good Copers, Menschen mit guter Prognose in seelischen Krisen, stellen sich den zentralen Lebensproblemen mit der Erwartung, dass auf kritische Belastungen mit eigener Kraft Einfluss genommen werden kann und die Herausforderungen schließlich bewältigt werden können (Internal Locus of Control). Außerdem nehmen diese Good Copers unabwendbare Grundbelastungen eher hin. Sie haben ein differenziertes Repertoire an Problembewältigungsmöglichkeiten, sie sind entsprechend gut sozial integriert. Diese Bewältigungsmöglichkeiten stellen persönliche Ressourcen dar, die jedoch erst entfaltet werden können, wenn auch entsprechende soziale Ressourcen zur Verfügung stehen [11]. Analoge Fähigkeiten weisen auch Angehörige auf, die mit der psychotischen Erkrankung eines Familienmitglieds klarkommen. Nach Grawe sind unsere emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Bewältigungsweisen nach Schemata organisiert, gemäß denen wir neue Herausforderungen zu lösen versuchen und die wir zugleich entsprechend der neuen Erfahrung modifizieren [36]. Krisen entstehen, wenn diese Bewältigungsprogramme nicht mehr angewendet werden können, die Adaptationsfähigkeit überfordert wird und die erlernten Muster versagen, bis dysfunktionale Muster ent-

wickelt werden. Man spricht dann auch von sog. Bad Copers – Menschen mit einer Tendenz zu Abhängigkeits- bzw. Hilflosigkeitsverhalten (Theorie der erlernten Hilflosigkeit; ▶ Tab. 1.1) [95]. Eine Weiterentwicklung dieser Theorie der Problembewältigung, ausgehend von der Problemstellung bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, findet sich konzeptualisiert in der Schematherapie [106].

1.2.2 Methodisches Vorgehen in der Krise

Aus der Erfahrung in der Behandlung von suizidalen Menschen entwickelten sich nicht nur Erkenntnisse zur Psychopathologie [78] und zur psychischen Dynamik [44], sondern auch solche zur Psychotherapie [20] [44] [73] wie auch zur Suizidprophylaxe [29]. Erfahrungen in der Behandlung von Opfern traumatisierender Ereignisse zeigen hingegen, dass in dieser Art der akuten seelischen Not zu wenig Belastbarkeit und innerer Zusammenhalt vorhanden sind, um mit psychotherapeutischen Methoden wie Interpretation und Deutung zu arbeiten. Aus diesen Erkenntnissen entstanden Bestrebungen, die seelische Erste Hilfe auszubauen. Der sofortige seelische Beistand durch Angehörige und speziell ausgebildete Betreuer ist notwendig [61]. Lösungsorientierte Vorgehensweisen, z. B. beschrieben bei Prior bzw. bei de Shazer und Dolan [18] [71], bei denen der Fokus der Aufmerksamkeit systematisch auf bisher Bewährtes und gegenwärtig Gelingendes gerichtet wird, sind besonders hilfreich bei der professionellen Krisenintervention. Ebenso stellen kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen [16] [62] sowie systemische Methoden [90] wichtiges methodisches Rüstzeug bereit, um in Krisen wirksam vorzugehen. Sozialpsychiatrische Ansätze bei der Behandlung von Krisen entwickelten Reiter und

Tab. 1.1 Problemverschärfendes und lösungserleichterndes Denken nach Beck [6].

Problemverschärfend, depressiv	Lösungserleichternd
<ul style="list-style-type: none"> • Übergeneralisieren, kategorisieren • Negativ wertend starr zuordnen • Pathologisieren, moralisieren • Negative Erfahrung aufbauschen • Positive Erfahrung minimieren • Misserfolg voraussagen • Alles-oder-Nichts-Denken, Schwarz-Weiß-Denken: <i>„Ich war schon immer ein ängstlicher Mensch – werde immer ein Feigling und krankhafter Versager bleiben, während alle anderen erfolgreich und glücklich sind!“</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Konkret eingrenzen, auf die Situation beziehen • Beschreiben und flexibel zuordnen • Zusammenhänge erwägen und verstehen • Enttäuschungen in Relation zum Ganzen sehen • Auf kleine Fortschritte achten, wertschätzen • Fortschritte erwarten • Auf Zwischentöne, auf das Teils-teils achten: <i>„Ich bin unter unbekanntem Menschen etwas ängstlich, kann bei Bedarf jedoch mutig sein und bin deshalb fähig, mehr Selbstvertrauen zu entwickeln!“</i>

Strotzka sowie Sonneck und Ringel bereits 1977 [74] [100]. Die meisten Veröffentlichungen zur Notfallintervention in der Psychiatrie behandelten noch vor einem Jahrzehnt in erster Linie Fragen der Diagnostik bzw. der medikamentösen Behandlung oder gingen von den Gegebenheiten einer stationären Einrichtung aus. Neuere Publikationen gehen dagegen zunehmend von einer einfachen syndromalen Beurteilung, z.B. Walter und Lang sowie Riba u. Mitarb. [75] [103] und einem pragmatisch-integrativen Ansatz, wie z.B. von Jordan u. Mitarb. [48], aus, wie es auch in diesem Buch dargestellt ist. So weisen Schmidtke und Schaller darauf hin, dass es bei suizidalen Patienten – immerhin bei einer intensiv erforschten Patienten-Gruppe – vor allem gelungen ist, einen Zusammenhang zwischen einem breiten Spektrum von Maßnahmen und der längerfristigen Prognose zu erkennen [91]. Fortschritte in der Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen finden sich z. B. bei der DBT (dialektisch-behaviorale Therapie) [59] sowie bei der Schematherapie [106].

1.3 Angebot und Nachfrage

1.3.1 Inanspruchnahme

Je nach angebotener **Notfalldienstleistung**, **Region** und **soziokulturellen Gegebenheiten** werden unterschiedliche Beanspruchungszahlen und Problemhäufigkeiten berichtet. In der Rettungsmedizin steigt die Inanspruchnahme durch Patienten mit psychiatrischen Problemen; diese stellen die zweit- bis dritthäufigste Einsatzursache für die Rettungsärzte dar [49]. Bei spezialisierten Krisendiensten in einer großstädtischen Agglomeration im deutschsprachigen Raum ist pro 100 000 Einwohnern hinsichtlich psychiatrischer Krisen und Notfälle mit einer jährlichen Fallzahl von rund 1000 zu rechnen. Nach eigener Erfahrung werden die Dienstleistungen hauptsächlich in der 2. Morgenhälfte, in der 1. Hälfte des Nachmittags und spätabends genutzt: Drei Viertel der Hilfeleistungen geschehen im 12-stündigen Zeitraum zwischen 9 und 21 Uhr. An Wochenenden ist mit einer deutlich geringeren Beanspruchung zu rechnen. In einem erheblichen Teil der Fälle sind Polizei und Rettungsdienste die ersten Ansprechpartner; dabei spielt der Bekanntheitsgrad der Institutionen in der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Der überwiegende Anteil der Anmeldungen erfolgt per Telefon. Etwa die Hälfte bis $\frac{2}{3}$ der Anrufer ersuchen für sich

selbst um Hilfe. Bei den hilfesuchenden Drittpersonen handelt es sich mehrheitlich um Angehörige und Nachbarn. Ein eher geringer, wenn auch nicht unerheblicher Teil der Anrufe stammt von der Polizei. Etwa $\frac{1}{4}$ der Patienten beansprucht die Notfalldienstleistung wiederholt; ein unterschiedlicher Anteil kann eine Telefonzentrale phasenweise mehrmals täglich beanspruchen. Ein Großteil der Patienten ist bereits anderweitig psychiatrisch betreut. Bei $\frac{1}{3}$ der Fälle handelt es sich um das erste Auftreten eines psychischen Notfalls.

1.3.2 Problemgruppen

Je nach **Region** und **Dienstleistungsangebot** werden von den staatlichen Psychiatriediensten unterschiedliche Größenordnungen der Problemgruppen berichtet. Die ausländische Wohnbevölkerung nimmt die Angebote etwas weniger häufig in Anspruch. Die Dienstleistungen werden mehrheitlich durch Frauen (ca. 60%), von eher jüngeren Erwachsenen sowie von folgenden Problemgruppen beansprucht: Vor allem von psychotischen Langzeitpatienten sowie verzweifelten oder gar suizidalen Menschen, außerdem Menschen in Beziehungskonflikten und Angstpatienten. Suchtprobleme finden sich in ca. $\frac{1}{3}$ der Fälle. Arbeitslose, sozial notleidende und alleinstehende Personen sind gegenüber der übrigen Bevölkerung bei der Inanspruchnahme psychosozialer Krisendienste deutlich in der Mehrzahl.



Merke

Psychotische Langzeitpatienten mit komplexer psychosozialer Problematik bilden die wichtigste Gruppe Hilfesuchender.

1.3.3 Einsatzort

Der **Ort der Hilfestellung** ist je nach Institution sehr unterschiedlich. Manche akut seelisch Leidende wie Psychosekranken und Patienten mit Panikstörungen wenden sich zudem an ihre Hausärzte oder an medizinische Ambulanzen. Abgesehen davon, dass ein Großteil der Fälle telefonisch erledigt werden kann, werden je nach Einsatzdoktrin der Notfalleinrichtung die übrigen Fälle mehr im Rahmen von Hausbesuchen oder mehr im Rahmen von Konsultationen in der Dienststelle betreut. Ge-

wisse Institutionen müssen Hausbesuche delegieren. Eine Hausbesuchsquote von ca. $\frac{1}{3}$ der persönlichen Patientenkontakte (im Gegensatz zu den bloß telefonischen) scheint realistisch.

1.3.4 Maßnahmen

Bei den getroffenen Maßnahmen fällt auf, dass 10–30% der Patienten eingewiesen werden müssen, davon wird wiederum etwa $\frac{1}{3}$ bis die Hälfte zwangsweise untergebracht. Nach meinen eigenen Erfahrungen müssen nur bei einer eher geringen Zahl von Patienten während der Intervention Medikamente neu eingesetzt werden.

Merke

Die wichtigsten Interventionsmittel in Notfall und Krise sind Kommunikation, Moderation und Management.

M!

1.4 Risikofaktoren des Seelennotfalls

Die meisten der erwähnten Risikoelemente sind für sich allein nicht hinreichend, um eine schwere Gefährdung zu bedingen. Meist führt ein Zusammenwirken verschiedener ungünstiger Elemente zu einem akuten Verlust des psychischen Gleichgewichts.

1.4.1 Lebensgeschichte

Erlebnisse beeinflussen spätere Bewältigungsmuster. Wenn Menschen in ihrer Jugend, in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter Angst um ihr Leben, um ihre körperliche und seelische Integrität litten, aber auch wenn sie über Jahre Einwirkungen „leiser Art“ (Kränkung, Entwürdigung, Entmutigung) ausgesetzt waren, kann dies als Risikofaktor für einen späteren seelischen Gleichgewichtsverlust bedeutsam sein. Menschen, die Situationen ausgesetzt waren, in denen sie seelisch traumatisiert wurden, sind besonders gefährdet, auch nur entfernt ähnliche Ereignisse erneut traumatisch zu erleben. So bedürfen auch die Retter von Katastrophenopfern seelischer Betreuung, um weiterhin einsatzfähig zu bleiben.

1.4.2 Psychische Störung

Einschränkung des inneren Spielraums. Grundsätzlich besteht bei allen psychischen Krankheiten eine erhöhte Selbstgefährdung, weil durch den inneren Gleichgewichtsverlust der Spielraum zur Bewältigung von Belastungen kleiner wird. Viele akut Notleidende sind wegen einer seelischen Störung bereits in Behandlung. Vier Kategorien von Störungsbildern sollen an dieser Stelle speziell erwähnt werden, da bei ihnen wegen der Gefahr von akut zerstörerischen Aktionen besondere Vorsicht geboten ist:

- psychotische Erkrankungen (S. 112)
- Depressionen (S. 127)
- Suchtkrankheiten (S. 157)
- Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (S. 179)

Menschen mit psychotischen Störungen überraschen durch ihre wahnhaftige Wahrnehmung der Wirklichkeit, deren Sinnhaftigkeit man höchstens erahnen kann, wenn man diese Menschen genau kennt. Die drei übrigen psychischen Störungen können eine ihnen eigene Dynamik auslösen, die sich als Symptomatik in den individuellen Lebensäußerungen abbildet. In Notfallsituationen wird das Drehbuch dieser seelischen Problemmuster deutlich. Wir stehen als Notfallhelfer plötzlich mitten auf der Lebensbühne dieses Patienten, in einer Schlüsselszene, in der sein inneres Drama fassbar und damit veränderbar wird. Es zeigt sich ein zentrales Lebensproblem, das sich sonst hinter einem Vorhang von Symptomen verbirgt.

1.4.3 Körperliche Störung

Eine Veränderung der Hirnfunktion durch organische Einwirkungen kann auf vielfältige Art die seelische Belastbarkeit, die intellektuelle und soziale Problemlösekompetenz vermindern. Dies kann durch Hirngewebeverdrängung wegen Tumoren, durch infektiöse Erkrankungen, durch Stoffwechselstörungen usw. geschehen. Ebenso wichtig sind jedoch auch banale Einwirkungen durch Hunger, Durst, Fehlernährung, Ermüdung und Intoxikation durch Alkohol, Drogen und Medikamente.