



Therapie in besonderen Settings und mit besonderen Patientengruppen

5.1 Krisenintervention

ROLF LEIBBRAND UND WOLFGANG HILLER

1 Einleitung

Der Begriff Krise wird im Kontext der Psychotherapie und Psychiatrie auf eine ganze Reihe akuter Verlaufszustände angewandt und umfasst Aspekte wie Suizidalität, Selbst- und Fremd-aggressivität bzw. -gefährdung, Substanz-Intoxikation, akute Psychosen und Bewusstseinsstörungen. Nach Misek-Schneider und Schneider (2002) werden unter Krisen Ereignisse oder Lebenssituationen verstanden, die aufgrund äußerer Belastungsfaktoren oder subjektiver Interpretationen als bedrohlich erlebt werden und deren kognitive, emotionale und handlungsbezogene Anforderungen die Bewältigungsfähigkeiten der jeweiligen Person übersteigen. Gekennzeichnet sind Krisen durch einen phasenhaften Verlauf, der mit einer Schockreaktion und dem Versagen gewohnter Problemlösestrategien beginnt, gefolgt ist von der vergeblichen Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen, psychischer Labilisierung und Symptomentstehung und mit dem Abklingen der Krise endet. Derartige Notfallsituationen erfordern meist unverzügliches therapeutisches Handeln, um schwerwiegende Folgen für die Betroffenen und ihre Umgebung zu verhindern. Speziell im Kontext der Psychotherapie schließt Krisenintervention im weiteren Sinn auch Interventionen in Bezug auf therapiegefährdende, impulsive und potenziell selbstschädigende Verhaltensweisen mit ein, aus denen sich die vorstehend genannten akuten Notfallsituationen als unmittelbare oder längerfristige Konsequenz ergeben können. Solche Situationen stellen besondere Anforderungen inhaltlicher, formaler und emotionaler Art an die Person und Qualifikation von Psychotherapeuten. Diese reichen von der Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Heilbehandlungen über die adäquate Einschätzung des Gefährdungspotenzials spezifischer psychischer Verlaufszustände, ein fundiertes Fach- und Erfahrungswissen zu Interventionsmethoden und deren praktischer Anwendung bis hin zu einer ausreichenden Selbstregulation und rationaler Handlungsorientierung in außergewöhnlichen Belastungssituationen.

Merke: Krisensituationen erfordern unverzügliches, nicht jedoch übereiltes Handeln, das wichtige Informationen über die Entstehung der Krise, das Gefährdungspotenzial, Handlungsoptionen und Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Im Unterschied zu spezifischen Störungsbildern und Therapieverfahren existiert zur Krisenintervention nur vergleichsweise wenig systematische Literatur. Vorrangig befasst sich diese mit

dem in der psychotherapeutischen Praxis häufigsten und relevantesten Thema „Suizidalität“. Während zu Epidemiologie, Verlauf und Risikofaktoren inzwischen eine umfangreiche Datenlage existiert, leiten sich psychotherapeutische Interventionen zur Suizidprävention weitgehend aus der klinischen Beobachtung und Konzeptbildung ab. Der entsprechende Experten-Konsens zum sachgemäßen Umgang mit suizidalem Verhalten findet seinen Niederschlag in den Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften zu Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen. Beispiele sind die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – DGS (Freytag et al., 1994) oder der International Association for Suicide Prevention – IASP. Zwar sind Suizidpräventionsprogramme wiederholt auch wissenschaftlich evaluiert worden. Allerdings sind entsprechende Ansätze in hohem Maß setting- und störungsabhängig und beziehen sich auf eine im zeitlichen Verlauf sehr variable Symptomatik. Sie lassen sich daher nicht ohne weiteres zu einem standardisierten Vorgehen verallgemeinern.

Über Suizidalität hinausgehende Hinweise zum Umgang mit Krisensituationen finden sich fast ausschließlich in Handbüchern und Überblicksdarstellungen zu psychiatrischen Notfallsituationen. Diese enthalten Hinweise zu Setting-Fragen, Risikoabschätzung, diagnostischen und medikamentösen Maßnahmen sowie juristischen und ethischen Rahmenbedingungen, jedoch weniger zu psychotherapeutischen Interventionen.

Im Folgenden wird zunächst eine Übersicht zu theoretischen Grundlagen und Krisentypen im Zusammenhang mit verschiedenen psychischen Störungsbildern gegeben, bevor im zweiten Abschnitt auf psychotherapeutische Interventionen eingegangen wird. In der klinischen Praxis kommt sowohl der Häufigkeit von Suizidalität als auch dem Ausmaß möglicher Konsequenzen eine zentrale Bedeutung zu. Erkenntnisse und Interventionen im Zusammenhang mit Suizidalität bilden daher den Schwerpunkt der folgenden Darstellung.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Krisensituationen, die unmittelbares therapeutisches Handeln oder die Einbeziehung geeigneter Akutinstitutionen erforderlich machen, können sich grundsätzlich bei jedem psychischen Störungsbild entwickeln. Insbesondere suizidale Krisen beschränken sich nicht auf einzelne Störungsbilder. Allerdings weisen bestimmte psychische Symptome, die zu Krisensituationen führen, wie z.B. impulsives und selbstschädigendes Verhalten,

einen engen Bezug zu einzelnen Störungsbildern auf oder sind ein Teil von deren Definition. Daneben sind die ICD-10-Diagnosen der akuten und posttraumatischen Belastungsstörung sowie mit Einschränkungen der Anpassungsstörung eng mit Krisen assoziiert. Im Folgenden wird ein Überblick über verschiedene Krisensituationen und ihre Zusammenhänge mit einzelnen Störungsbildern und Störungsgruppen gegeben.

2.1 Suizidalität

Die Gesamtzahl der Suizidtoten in Deutschland in den vergangenen Jahren liegt bei etwa 10000 bis 13000 jährlich (1996: 12.225), wobei Männer annähernd dreimal so häufig betroffen sind wie Frauen. Die Zahl der Suizide in Deutschland ist damit deutlich höher als die der Verkehrstoten (1996: 8.375). In den jüngeren Altersgruppen ist Suizid nach dem Tod durch Verkehrsunfall die zweithäufigste Todesursache insgesamt. Hinzu kommt vermutlich eine hohe Dunkelziffer durch nicht erkannte Suizide, wie z.B. Vergiftungen, Haushalts- oder Verkehrsunfälle. Die Suizidgefährdung nimmt mit steigendem Alter sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich zu. Dabei hat sich der Anteil alter Menschen an den Suiziden insgesamt in den letzten Jahren überproportional erhöht, bei den Frauen noch deutlicher als bei den Männern. So wird fast jeder zweite Suizid einer Frau heute von einer Frau über 60 Jahre begangen. Bei den tatsächlich ausgeführten Suiziden überwiegen in allen Altersgruppen so genannte harte Methoden. Mehr als 50 % der männlichen und etwa 40 % der weiblichen Suizidtoten sterben durch Erhängen, bei Kindern und Jugendlichen liegen die entsprechenden Raten noch deutlich höher (vgl. zusammenfassend Bronisch, 2000; Wolfersdorf, 2000).

Suizidalität kann grundsätzlich bei allen psychischen Störungen auftreten, weist aber eine enge Beziehung zu bestimmten Störungsbildern auf. In den beiden Klassifikationssystemen für psychische Störungen ICD-10 (WHO, 1999) und DSM-IV (APA, 1996) ist Suizidalität explizit als diagnostisches Kriterium für eine depressive Episode aufgeführt; suizidale Tendenzen und Handlungen sind zudem in DSM-IV Bestandteil der Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine besondere Schwierigkeit besteht bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung darin, dass Suizidalität im Kontext einer häufig stark fluktuierenden Symptomatik mit ausgeprägter Impulsivität und Instabilität auftritt und daher vorab wenig einschätzbar ist.

Bei affektiven Störungen wird die Rate tatsächlicher Suizide im Krankheitsverlauf je nach Schweregrad und Behandlungssetting mit 4 bis 18 % angegeben. Für Suiziddankende und -versuche dürfte die Rate um ein Mehrfaches höher liegen. Der Anteil der Suizide, die im Zusammenhang mit einer Depression stehen, wird mit 40 bis 70 % aller vollendeten Suizide beziffert (Bronisch, 2000; Wolfersdorf, 2000).

Besonders betroffen sind außerdem Patienten mit Alkohol- und Substanzabhängigkeit, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis – diese weisen einen Anteil von 40 bis 60% der Suizide in Psychiatrischen Kliniken auf – sowie Essstörungen (vor allem Anorexia nervosa). Bei den Persönlichkeitsstörungen ist neben der Borderline- auch die antisoziale verstärkt betroffen (vgl. Tab. 2).

Merke: Besonders suizidgefährdet sind Patienten mit affektiven Störungen, Abhängigkeitserkrankungen und schizophrenen Psychosen.

2.1.1 Einschätzung des Gefährdungspotenzials bei Suizidalität

Die Abschätzung des Gefährdungspotenzials bei Suizidalität erfordert einen komplexen Urteilsprozess, bei dem die zur Verfügung stehenden Vorinformationen über Patienten, deren Verhalten und subjektive Bewertungen sorgfältig geprüft und in Beziehung gesetzt werden müssen. Zwar existieren auch Fragebögen zur Suizidalität; die auf diesem Wege gewonnenen Daten sind aber von der Offenheit des Patienten in Bezug auf suizidale Tendenzen stark abhängig und sollten daher allenfalls ergänzend eingesetzt werden. In der klinischen Praxis verbreitete strukturierte Interviewverfahren existieren nicht.

In den vergangenen Jahrzehnten ist, hauptsächlich auf der Basis klinischer Beobachtung sowie epidemiologischer Studien, eine Reihe von Faktoren benannt worden, die heute weitgehend übereinstimmend zur Risikoabschätzung herangezogen werden. Ringel formulierte bereits in den 50er Jahren teilweise bis heute gebräuchliche Kriterien für das so genannte *präsuizidale Syndrom*, das einen mit hoher Wahrscheinlichkeit bevorstehenden Suizidversuch ankündigt (vgl. Sonneck, 2000).

Tabelle 1: Präsuizidales Syndrom

1. (Wahrnehmene) Einengung

- situativ, dynamisch, zwischenmenschlich, auf Werte bezogen
- in Verbindung mit kritischen Lebensereignissen, eigenem Fehlverhalten oder mangelnden Fähigkeiten
- affektiv auf depressive Stimmung und Angst reduziert

2. Gegen die eigene Person gerichtete (gehemmte) Aggressivität und Frustration

3. Suizidphantasien

Darüber hinaus ist heute eine Reihe weiterer Kriterien zur Abschätzung der Suizidgefahr gebräuchlich, die sich aus epidemiologischen Untersuchungen und klinischer Beobachtung ableiten lassen. Die relevanten Merkmale lassen sich in die folgenden Bereiche unterteilen:

- Soziodemografische Merkmale, Lebensumstände und Familie
- Psychopathologie
- Psychische Störungen mit besonderem Suizidrisiko
- Suizidalität und Qualität früherer Suizidversuche
- Potenziell selbstschädigendes Verhalten mit möglicher Todesfolge (latente Suizidalität)

Stellt sich bei einem Patienten die Frage nach dem Ausmaß der Suizidgefährdung, so sollte jeder der genannten Bereiche überprüft und, ausgehend von Art und Ausmaß der einzelnen Risikofaktoren, eine Gesamteinschätzung vorgenommen werden.

5.1 Krisenintervention

Tabelle 2: Risikomerkmale von Patienten (vgl. Bronisch, 2000; Dorrman, 1998; Wolfersdorf, 2000)

Soziodemographische Merkmale, Lebensumstände und Familie

- Männliches Geschlecht (Verhältnis: Männer – Frauen ca. 3 : 1)
- Ältere Personen
- Trennung, Scheidung, Tod des Lebenspartners
- Arbeitslosigkeit (neu eingetreten)
- Allein lebend
- Vereinsamung und fehlende Bezugspersonen (Alte und Vereinsamte bis zu 500fach erhöhtes Risiko)
- Chronische oder chronisch progrediente körperliche Erkrankung (teilweise 100- bis zu 400fach erhöhtes Risiko)
- Suizidalität in der Familie
- Suizid im sozialen Umfeld (Modelle, Anleitungen zum Suizid)
- Generell stationär behandelte psychiatrische Patienten

Psychopathologie

- Ausgeprägte Hilf- und Hoffnungslosigkeit
- Selbstvorwürfe und Versagensgefühle
- Sozialer Rückzug
- Agitiertheit und Ruhelosigkeit
- Weglauf- und Fluchtmpulse
- Erschöpfung, Ruhe- und Todeswünsche
- Andauernde Schlafstörungen
- Impulsivität
- Aggressivität und Feindseligkeit
- Kognitive Einengung auf Negatives
- Fehlende Lebensperspektive

Psychische Störungen mit besonderem Suizidrisiko

- Depressive und bipolare affektive Störungen (Suizidrate ca. 4 %, bei wegen dieser Erkrankung stationär behandelten Patienten bis zu 18%).

- Alkohol- und Substanzabhängigkeit (Suizidrate etwa 5-10% bei Alkoholabhängigkeit, bei Drogenabhängigkeit ca. 5- bis 50fach gegenüber Allgemeinbevölkerung erhöht)
- Schizophrenie (Suizidrate 5% bis möglicherweise > 15% langfristig)
- Bestimmte Persönlichkeitsstörungen (v.a. Borderline: Suizidrate ca. 8-10 %, antisoziale)
- Essstörungen (20fach erhöhtes Risiko bei Anorexia nervosa)

Suizidalität und Qualität früherer Suizidversuche

- Suizidideen oder -pläne
- Ankündigung eines Suizids
- Ein oder mehrere bereits erfolgte Suizidversuche (Suizidrate zwischen 7 und 22 %)
- Treffen von Vorbereitungen (z.B. Tabletten oder Schusswaffe besorgt)
- Ordnung persönlicher Angelegenheiten (z.B. Testament, Abschiedsbrief, Verschenken persönlicher Gegenstände)
- Verwendung einer gewaltsamen (harten) Methode mit hoher Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs
- Folgen der gewählten Methode bekannt
- Vorkehrungen gegen Entdeckung des Suizidversuchs

Potenziell selbstschädigendes Verhalten mit möglicher Todesfolge

- Rücksichtloses Autofahren
- Ausführen gefährlicher Tätigkeiten unter Substanzeinfluss
- Risikosportarten
- Vorgeschichte häufiger Unfälle (z.B. beim Autofahren)
- Fahrlässiger Umgang mit chronischen körperlichen Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie)
- Übermäßiger Konsum von Drogen, Nikotin und Alkohol

2.1.2 Protektive Faktoren bei Suizidalität

Neben den o.g. Risikofaktoren existieren protektive Faktoren, die ein Hinweis auf ein vermindertes Suizidrisiko sein können. Insbesondere ist die Kenntnis dieser Faktoren auch ein wichtiger Ausgangspunkt für Interventionen zur Suizidprävention. Im Einzelfall ist allerdings sehr genau zu prüfen, welchen Stellenwert diese günstigen Merkmale im Vergleich zu den Risikomerkmalen und im subjektiven Erleben der Patienten haben.

Tabelle 3: Protektive Faktoren bei Suizidalität (vgl. Sonneck, 2000; Wolfersdorf, 2000)

- Soziale Bindungen (Familie, Partner)
- Intakte Lebensziele und Zukunftsperspektiven
- Einstellungen und Werthaltungen (z.B. christlicher Glaube, Suizid als Sünde)

! Merke: Das Suizidrisiko ergibt sich aus dem Verhältnis von Gefährdungsfaktoren zu protektiven Faktoren.

2.2 Agitiertes und emotional dekomponiertes Verhalten

Erregungszustände sind besonders in stationär-psychiatrischen Settings häufig, können aber auch im Verlauf ambulanter Therapien auftreten, insbesondere im Zusammenhang mit zusätzlichen psychosozialen Belastungsfaktoren, Verhaltensänderungen und schwierigen Situationen in der Therapie. Sie sind gekennzeichnet durch Steigerung von Antrieb und Psychomotorik, Enthemmung, Kontrollverlust und aggressive Durchbrüche. Diese stehen teilweise in Verbindung mit eingetrübtem oder verändertem Bewusstsein und führen vielfach zu ausgeprägter Fremdgefährdung. Störungsbilder, bei denen in besonderem Maße mit Erregungszuständen zu rechnen ist, sind mono- und bipolare affektive Störungen (manische Episode, agitierte Depression), schizophrene Erkrankungen, substanzinduzierte Störungen (Intoxikation), (hirn-)organische psychische Störungen, internistische Erkrankungen (z.B. Hyperthyreose) sowie akute und posttraumatische Belastungsstörungen.

2.3 Bewusstseinsstörungen

Bewusstseinsstörungen treten im Zusammenhang mit verschiedenen körperlichen Erkrankungen und Substanzintoxikationen auf. Unterschieden werden quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen. Im ersten Fall liegt eine Verminderung des normalen Wachbewusstseins vor. Je nach Ausmaß wird diese als Benommenheit, Somnolenz, Sopor oder Koma bezeichnet. Im zweiten Fall liegt ein verändertes Bewusstsein vor, z.B. im Rahmen eines Delirs. Dieses kann sich in Dämmerzuständen äußern, während derer der Patient zwar handlungsfähig bleibt, jedoch verminderter Steuerungs- und/oder Urteilsfähigkeit unterliegt.

Besteht bei einem Patienten der Verdacht einer Bewusstseinsstörung, so muss deren Ursache, sofern nicht deutlich ersichtlich, unbedingt durch weiterführende internistische und psychologische Maßnahmen geklärt werden, um Selbst- oder Fremdgefährdung auszuschließen oder rechtzeitig zu verhindern.

Merke: Bewusstseinsstörungen müssen psychologisch und medizinisch ausreichend abgeklärt werden, um eine Entscheidung über weitere erforderliche Behandlungsmaßnahmen treffen zu können.

2.4 Impulsivität und Selbstverletzung

Impulsive, potenziell selbstschädigende Verhaltensweisen treten bei einer ganzen Reihe psychischer Störungen auf. Dazu zählen u.a. Störungen durch psychotrope Substanzen, Störungen des Sozialverhaltens, dissoziale, narzisstische und histrionische Persönlichkeitsstörung. Bei manischen Zuständen und der emotional instabilen (Borderline-)Persönlichkeitsstörung sind Impulsivität und eingeschränkte Impulskontrolle ein wichtiges Kennzeichen, das wesentlich zu den häufig gravierenden persönlichen und psychosozialen Folgen dieser Störungen beiträgt. Weitere spezifische Formen impulsiver Verhaltensweisen sind im Kapitel *Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle* in ICD-10 als Hauptmerkmale der jeweiligen Kategorie aufgeführt. Zu diesen zählen pathologisches Spielen, Pyromanie, Kleptomanie und Trichotillomanie; DSM-IV definiert zudem eine intermittierende explosive Störung, die durch umschriebene Episoden aggressiver Impulsdurchbrüche gekennzeichnet ist.

Selbstverletzende Verhaltensweisen sind vorwiegend mit der emotional instabilen (Borderline-)Persönlichkeitsstörung assoziiert, treten aber auch bei anderen Störungen auf (z.B. Ausreißen der Haare bei Trichotillomanie). Die selbst zugefügten Verletzungen reichen von harmlosen oberflächlichen Verletzungen (z.B. Kratz- und Schürfwunden) über entstellende oder schmerzhafte Selbstbeschädigungen (z.B. Ausreißen von Fingernägeln) bis hin zu gravierender Selbstverletzung mit Gefahr für Leib und Leben (z.B. tief gehende, stark blutende Schnittwunden).

2.4.1 Einschätzung des Gefährdungspotenzials bei emotional dekompensierte, impulsiven und selbstschädigenden Verhaltensweisen

Die Gefahrenabschätzung bei emotional dekompensiertem Verhalten ist in vielen Fällen erschwert durch die mangelnde Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit seitens der Patienten. Zunächst sollte daher festgestellt werden, ob beim Patienten Bereitschaft zu einem Gespräch über seinen Zustand besteht. Ist dies der Fall, so sollte zunächst das aktuelle psychische Zustandsbild (z.B. subjektive Stimmungslage, Denk-, Wahrnehmungs- und Orientierungsstörungen, Antrieb) und dessen mögliche psychosoziale Auslöser sorgfältig exploriert werden. Besonders sollte darauf geachtet werden, ob irgendwelche sichtbaren Verletzungen oder Einstichstellen (z.B. durch Spritzen) vorhanden sind, die auf eine Intoxikation oder Selbstverletzungen hinweisen. Weiterhin sollten sonstige körperliche Veränderungen und Symptome, z.B. Pupillenerweiterung, Schwitzen, Zittern, aufmerksam beobachtet und ggf. weiterführende medizinisch-diagnostische Maßnahmen eingeleitet werden. Besteht Zweifel hinsichtlich des körperlichen Zustandes oder der Bewusstseinslage des Patienten, so ist in jedem Fall ein Arzt hinzuzuziehen. Falls von Selbst- oder Fremdgefährdung auszugehen ist, sollte eine sofortige Zwangseinweisung veranlasst werden (vgl. zum Vorgehen Abschnitt 5). Besteht seitens des Patienten Kooperationsbereitschaft und Einsicht bezüglich seines Zustandes, so sollten klare und verbindliche Vereinbarungen zum Verhalten in zukünftigen ähnlichen Situationen getroffen werden, wobei sichergestellt sein muss, dass der Patient über die notwendigen Fähigkeiten der Selbstkontrolle verfügt.

Merke: Bei emotional dekompensiertem Verhalten sollte die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zu einem Gespräch überprüft und sorgfältig auf äußerliche Anzeichen von selbstschädigendem Verhalten und Bewusstseinsveränderungen geachtet werden.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Im Unterschied zum sonstigen Vorgehen in der Psychotherapie, das vorrangig auf die Veränderung problematischer Personmerkmale ausgerichtet ist, besteht die primäre Zielsetzung bei der Krisenintervention darin, eine emotionale Entlastung des Patienten herbeizuführen und eine anhaltende Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden. Erst mit Abklingen der Krise können gezielte, längerfristig angelegte therapeutische Interventionen erfolgen.

Merke: Bei der Krisenintervention steht nicht die Veränderung, sondern die emotionale Entlastung im Vordergrund.

3.1 Interventionen bei Suizidalität

Im Folgenden sind die wesentlichen Ansatzpunkte zum psychotherapeutischen Vorgehen bei Suizidalität zusammengefasst.

5.1 Krisenintervention

Eine ausführlichere und weiterführende Darstellung möglicher Vorgehensweisen und Interventionsschritte findet sich z.B. bei Dorrman (1998).

3.1.1 Beziehungsangebot und direktes Ansprechen der Suizidalität

Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist eine grundlegende Voraussetzung jeder Therapie. Prinzipien und Methoden des Beziehungsaufbaus sind an anderer Stelle hinreichend beschrieben. Therapeuten sollten sich zunächst offen und einfühlsam in Bezug auf die Sichtweise von suizidalen Patienten zeigen, ohne diese unter wahrgenommenem Zeitdruck unmittelbar von der Unsinnigkeit eines Suizids überzeugen zu wollen. Beiläufig erwähnte suizidale Absichten oder andere Hinweise auf Suizidalität sollten allerdings auf jeden Fall direkt angesprochen und eingehend exploriert werden, wobei auch die zuvor dargestellten Risikofaktoren (Tab. 2) berücksichtigt werden sollten. Eine Vermeidung des Themas Suizid aus falsch verstandener Rücksichtnahme oder aufgrund eigener Schwierigkeiten im Umgang mit Suizidalität kann zu einer unbemerktens Eskalation der Situation mit weitaus gravierenderen Folgen führen.

3.1.2 Engmaschige Begleitung und Tagesstrukturierung

Bestehen bei Patienten suizidale Tendenzen, so erfordern diese ein erhöhtes Maß an Einbindung und Fürsorge. Ein ständig verfügbares Unterstützungsangebot, wie z.B. durch das therapeutische Stationspersonal in stationären Einrichtungen, oder kurzfristig verfügbare Hilfsangebote, z.B. in Form einer erhöhten und berechenbaren Kontaktichte in ambulanten Behandlungssettings, sind grundsätzliche Präventivmaßnahmen. Insbesondere bei suizidalen Tendenzen in Verbindung mit impulsivem, schlecht vorhersehbarem Verhalten sollten Unterstützungsmöglichkeiten durch Psychotherapeuten oder Pflegepersonal jederzeit zugänglich und unter klar geregelten Bedingungen abrufbar sein. Persönliche Bezugspersonen, zu denen eine enge Bindung besteht, sollten gerade im ambulanten Setting ebenfalls mit einbezogen werden.

Eine weitere wichtige Maßnahme zur Herstellung eines verlässlichen Rahmens ist eine detaillierte und vorab festgelegte Tagesstrukturierung, die am momentanen Zustand des Patienten orientiert ist. Entsprechend sollten Aktivitäten wie Einkaufen, Spaziergänge, Körperpflege ebenso wie Erholungs- und Rückzugszeiten genau geplant werden, um Passivität und gedankliche Einengung auf die Suizidproblematik zu verhindern.

3.1.3 Verträge und Selbstverpflichtungen (Contract management)

Als eine weit verbreitete, allerdings teilweise umstrittene, Maßnahme im Umgang mit Suizidalität werden vielfach Verträge und Selbstverpflichtungen von Patienten eingesetzt, um die Verbindlichkeit antisuizidaler Vereinbarungen zu erhöhen und verlässliche Regeln für Krisensituationen zu etablieren. Entscheidend ist dabei nicht ein Verbot suizidaler Handlungen, über das sich ein Patient jederzeit hinwegsetzen könnte; vielmehr ist beabsichtigt, dass suizidale Tendenzen als kontrollierbar erlebt werden und eine gedankliche Einengung auf Suizidphantasien unterbleibt. Als besonders wichtig erweist sich dies bei sehr stimmungslabilen Patienten, die sich wiederholten unerwarteten Suizidimpul-

sen im Zusammenhang mit Gefühlen von Leere und Sinnlosigkeit ausgesetzt fühlen. Dagegen ist in Hinblick auf Verträge und Selbstverpflichtungen größte Vorsicht geboten, wenn der Entschluss, nicht mehr leben zu wollen, deutlich im Vordergrund steht. Dies ist allerdings bei den wenigsten Patienten der Fall und Ausgangspunkt für weitergehende Schutzmaßnahmen (Psychiatrie-Einweisung; Beaufsichtigung, Einschränkung der Bewegungsfreiheit). Lebensverträge können in solchen Fällen dennoch als flankierende Maßnahme eingesetzt werden und im Einzelfall eine zusätzliche Unterstützung bewirken.

Für den Umgang mit Verträgen haben sich einige Regeln in der klinischen Praxis als hilfreich erwiesen. Grundsätzlich sollten bei der Suizidprävention sowohl in ausreichendem Umfang strukturierende Maßnahmen als auch ein möglichst hohes Maß an Selbstkontrolle des Patienten angestrebt werden. Entsprechend reicht das Spektrum möglicher Vereinbarungen vom einfachen mündlichen Versprechen, auf suizidale Handlungen zu verzichten, über schriftliche Lebensverträge zwischen Therapeuten und Patient bis hin zur Vereinbarung zusätzlicher Unterstützungsmaßnahmen bei akuter Gefährdung. So kann beispielsweise vereinbart werden, dass ein Patient, der sich nicht mehr in der Lage fühlt, seine Selbstverpflichtung einzuhalten, bestimmte Ressourcen nutzt (z.B. eine nahe stehende Person anruft, positive Selbstdinstruktionen formuliert) oder innerhalb einer bestimmten Frist (z.B. innerhalb von 24 Stunden) einen Gesprächstermin beim Therapeuten erhält. Bei schriftlichen Lebensverträgen sollte darauf geachtet werden, dass der Patient nicht einen vorformulierten Standard-Text, sondern eine individuell getroffene Vereinbarung unterschreibt. Diese sollte neben der konkreten Formulierung des Verzichts auf suizidale oder selbstschädigende Handlungen auch eine überschaubare Geltungsdauer festlegen, mit der ein Sicherheit vermittelnder zeitlicher Orientierungsrahmen geschaffen wird. Die Verbindlichkeit kann weiter verstärkt werden, indem die Vereinbarung vom Patienten selbst in eigenen Worten handschriftlich zu Papier gebracht wird. Ist in dem Vertrag eine Verpflichtung des Therapeuten enthalten (z.B. Verfügbarkeit innerhalb bestimmter Zeiträume), so sollte auch dieser die Vereinbarung unterzeichnen. Ein Beispiel für einen Lebensvertrag ist in Beispiel 1 dargestellt:

Beispiel 1: Lebensvertrag

Ich verspreche, mich bis zum Abschluss der stationären Therapie nicht selbst zu verletzen und nichts zu unternehmen, was mein eigenes Leben in Gefahr bringen könnte. Wenn meine Gedanken vermehrt um den Tod kreisen oder ich das Gefühl habe, nicht mehr weiterleben zu können, werde ich mich umgehend an das Stationspersonal wenden und um ein unterstützendes Gespräch bitten.

3.1.4 Zeitperspektive erarbeiten und verändern

Kennzeichnend für das Auftreten einer akuten suizidalen Krise ist der unmittelbare Handlungsdruck, dem Therapeuten in dieser Situation unterliegen. Eine über den Augenblick hinausreichende Zeitperspektive zur Entwicklung eines tragfähigen Lösungskonzeptes und seiner schrittweisen Umsetzung erscheint nicht

nur dem Patienten, sondern häufig auch dem Therapeuten nicht verfügbar. In einer solchen Situation besteht die Versuchung, den Patienten unmittelbar von der Unsinngkeit eines Suizids überzeugen und von seinem Vorhaben abbringen zu wollen. Ein entsprechendes Vorgehen hat allerdings im Allgemeinen keine nachhaltige Wirkung und birgt die Gefahr, dass Patienten sich nur scheinbar überzeugen lassen, innerlich aber distanzieren. Wesentlich ist vielmehr, zunächst Zeit zu gewinnen und somit eine verlässliche Zeitperspektive für weiterführende Interventionen zu erhalten. Eine mögliche Intervention besteht darin, die Entscheidungsbasis für die Suizidabsichten des Patienten zu hinterfragen, und einen zeitlichen Aufschub zu vereinbaren, während dem der Patient Pro- und Kontra-Argumente für einen Suizid schriftlich sammelt und abwägt. Ebenso kann vereinbart werden, dass der Patient alle Aufgaben und Erledigungen aufschreibt, die er vor seinem Tod noch abschließen will, und diese schrittweise umsetzt. Speziell bei Patienten mit ausgeprägtem Pflichtbewusstsein besteht eine wirkungsvolle Intervention in der Vereinbarung, sich vor dem beabsichtigten Suizid noch einmal all diejenigen positiven Aktivitäten und Genüsse zu erlauben, die sie sich bislang mit Rücksicht auf vermeintliche soziale Normen verboten haben (z.B. sich „egoistisch verhalten“, teure Kleider kaufen etc.). Gleichzeitig bewirken derartige Maßnahmen einen unmittelbaren Einstieg in den therapeutischen Prozess, indem sie Aktivierung, Verstärkeraufbau und rationale Entscheidungsfindung einleiten. Die begrenzte Zeitperspektive der Vereinbarung schließt zudem die subjektive Sicherheit mit ein, sich nicht dauerhaft festlegen zu müssen, sondern nach Ablauf der vereinbarten Frist erneut über das eigene Weiterleben entscheiden zu können. Dadurch wird der Druck, unmittelbar zu handeln, dem sich suizidale Patienten häufig ausgesetzt fühlen, entscheidend vermindert.

3.1.5 Kognitive Interventionen

Suizidalität ist fast ausnahmslos mit dysfunktionalen Kognitionen verbunden, die zur Wahrnehmung eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten und einer gedanklichen Einengung auf die Selbsttötungsabsichten führen (vgl. Tab. 1). Die Identifikation und kritische Überprüfung dieser kognitiven Fehler ist ein zentrales Instrument zur Überwindung einer suizidalen Krise. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist zunächst einmal das genaue Erfragen der Suizidabsichten, ihrer Ursachen aus Sicht des Patienten und damit zusammenhängender automatischer Gedanken im Sinne einer

kontrollierten Informationsverarbeitung. Verzerrte Sichtweisen und Denkfehler sollten durch geeignetes Hinterfragen herausgearbeitet und damit einer Überprüfung zugänglich gemacht werden. Dazu existiert eine Reihe kognitiver Standardtechniken, die in Tabelle 4 aufgeführt sind.

Eine wirkungsvolle Intervention besteht darin, den Patienten sich in die Rolle eines unsichtbaren Beobachters hineinversetzen und die Ereignisse nach seinem Tod detailliert beschreiben zu lassen. Dies kann z.B. durch die Instruktionen und Fragen in Beispiel 2 angeleitet werden.

Beispiel 2: Konfrontation mit den Folgen eines Suizids

Stellen Sie sich vor, Sie führen Ihr Vorhaben, sich das Leben zu nehmen, wirklich aus und können als unsichtbarer Beobachter an den Ereignissen danach teilnehmen – wie wird das sein? ...

- Wie wird man Sie finden?
- Wer wird sich um Ihre Beerdigung kümmern?
- Wer wird bei der Beerdigung anwesend sein? – Wer nicht?
- Wie wird Ihr Grab aussehen?
- Welche Musik wird bei der Beerdigung gespielt werden?
- Wie viele Trauergäste werden anwesend sein?
- Wer wird um Sie weinen? – Wer nicht?
- Wer wird nach einigen Jahren noch an Sie denken?
- Wer wird in zwanzig Jahren wissen, was für ein Mensch Sie waren?

Viele Patienten haben sich über die konkreten Umstände eines Suizids noch keine genauen Gedanken gemacht, sondern wünschen sich einfach nur ihre Ruhe oder überbetonen einen bestimmten Aspekt, z.B. sich an anderen zu rächen. Die Konfrontation mit den konkreten Folgen eines Suizids bewirkt in vielen Fällen eine Distanzierung von suizidalen Tendenzen.

Die in Tabelle 4 eingesetzten Techniken eignen sich auch, um ungeklärte Fragen und Widersprüche in der Begründung der Patienten für einen Suizid herauszuarbeiten. Dies kann dazu genutzt werden, eine Vereinbarung über einen zeitlichen Aufschub des Suizids zu treffen, bis die offenen Fragen und Widersprüche abschließend geklärt sind. Eine entsprechende Intervention ist in Beispiel 3 dargestellt.

Beispiel 3: Konfrontation mit Widersprüchen

Einerseits sagen Sie, dass Sie schon alles versucht haben; andererseits haben Sie mir vorhin gesagt, dass Sie Ihren Partner noch gar nicht gefragt haben, wie er dieses Problem beurteilt ..., insgesamt erscheint mir ihre Begründung an diesem Punkt nicht ganz schlüssig. Angenommen Sie irren sich da ...; angenommen der Entschluss, sich das Leben zu nehmen, beruht auf einer falschen Annahme ...; dann hätten Sie keine Möglichkeit mehr, diesen Irrtum rückgängig zu machen. Daher sollten Sie sich schon 100% sicher sein und alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft haben, bevor Sie etwas unternehmen, das Sie keinesfalls mehr rückgängig machen können. Ich schlage Ihnen deshalb vor, dass wir eine Vereinbarung treffen ... [Lebensvertrag]

Tabelle 4: Techniken kontrollierter Informationsverarbeitung

- Fragen in einer Form stellen, die der Klient so noch nicht gehört hat
- Mit Fragen die Neuverarbeitung von Informationen hervorrufen (z.B. durch Vergleichen, Kontrastieren)
- Beharrlich nach Details fragen
- Bewertungen vornehmen lassen
- Zusammenfassen lassen, Regeln ableiten und Analogien bilden lassen
- Phantasien (z.B. Fee-Frage, Zeitprojektion)
- Übertreibungen/Provokationen (Schwarzmalen)
- Konfrontation mit Widersprüchen
- Entkatastrophisieren (Zu-Ende-Denken negativer Konsequenzen)
- Perspektivewchsel (den Klienten sich in andere Personen/ Sichtweisen/ Situationen hineinversetzen lassen

5.1 Krisenintervention

Besteht beim Patienten die Bereitschaft, sich auf eine derartige Vereinbarung einzulassen, sollten sich weitere Standardmethoden der kognitiven Therapie, wie die systematische Identifikation und Modifikation automatischer negativer (speziell: suizidbezogener) Gedanken anschließen.

3.1.6 Notfallpläne

Eine unerlässliche Maßnahme im Umgang mit suizidalen Patienten im Anschluss an eine akute suizidale Krise ist die Erstellung von Notfallplänen für den Fall erneut auftretender suizidaler Tendenzen. Dazu sollten mit dem Patienten konkrete Handlungsanweisungen erarbeitet und von diesem auch schriftlich fixiert werden, die einen unmittelbaren und niederschwelligen Rückgriff auf die vorhandenen Ressourcen ermöglichen. So kann z.B. vereinbart werden, dass Patienten beim Auftreten suizidaler Gedanken sofort eine bestimmte (festgelegte) Bezugsperson A anrufen oder, falls Person A nicht verfügbar ist, Person B. Weiterhin sollten hilfreiche ablenkende Aktivitäten vereinbart und Kriterien für ihre Anwendung festgelegt werden (z.B. Spazierengehen bei auftretender innerer Unruhe). Schließlich sollten Verfügbarkeit und Zugangswege zu professionellen Hilfsangeboten geklärt und das Vorgehen im Detail besprochen werden (z.B. Aufsuchen einer psychiatrischen Akutinstitution, Anruf beim ambulanten Psychotherapeuten, Stationspersonal um ein stützendes Gespräch bitten)

3.1.7 Zwangseinweisung

Bestehen trotz entsprechender Maßnahmen zur Krisenintervention weiterhin Hinweise auf akute Suizidalität, so hat der Therapeut die Verpflichtung, eine Zwangseinweisung in eine dafür vorgesehene Akutinstitution zu veranlassen (zum praktischen Ablauf vgl. Abschnitt 5.). Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Patienten auf entsprechende Nachfrage keine Zusicherung geben, suizidale Handlungen zumindest bis zum nächsten Kontakt mit dem Therapeuten zu unterlassen, oder einen Suizidversuch andeuten. Bei latent suizidalen Patienten oder anderen Hinweisen auf Suizidalität muss das Gefährdungspotenzial durch genaues Nachfragen geklärt und ggf. weiterführende Maßnahmen eingeleitet werden. In jedem Fall ist eine präzise und sorgfältige Dokumentation getroffener Vereinbarungen, Aussagen und Verhaltensweisen des Patienten im Zusammenhang mit Suizidalität unbedingt erforderlich. Sie kann im Falle eines juristischen Verfahrens als Beweismittel herangezogen werden.

3.1.8 Selbsterfahrung des Therapeuten im Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen

Ein wesentlicher Aspekt beim Umgang mit Suizidalität sind eigene Einstellungen und Überzeugungen von Psychotherapeuten, die zu Verunsicherung, übereiltem Handeln und unzureichender Exploration relevanter Informationen führen. In akuten Krisensituationen kann dies schwerwiegende Konsequenzen wie die Fehleinschätzung oder Negierung des Gefährdungspotenzials und die Unterlassung notwendiger Maßnahmen nach sich ziehen. Auch dysfunktionale Therapeutenkognitionen laufen oft automatisch ab und sollten daher Gegenstand kritischer Selbstreflexion im Rahmen von Therapieausbildungen und Selbsterfahrung sein. Einige Beispiele sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 5: Beispiele dysfunktionaler Therapeutenkognitionen im Umgang mit Suizidalität und Krisensituationen

- Ich darf mir im Umgang mit Suizidalität keine Fehler erlauben
- Ich muss mich in das Leid meiner Klienten voll einfühlen/es am eigenen Leib miterleben, um ihnen helfen zu können
- Ich muss im Notfall jederzeit verfügbar sein
- Ich muss jederzeit auf alle Gefühle des Klienten eingehen
- Ich muss auf alle Wünsche und Forderungen meiner Klienten eingehen
- Ich muss im therapeutischen Umgang immer perfekt sein
- Ich muss den Klienten mögen, um mit ihm arbeiten zu können
- Wenn ich im Umgang mit suizidalen Patienten einen Fehler mache, dann sind die Konsequenzen katastrophal
- Wenn der Klient nach meiner Intervention einen Suizidversuch unternimmt, habe ich versagt oder schwere Fehler gemacht
- Ich muss die Therapie voranbringen
- Ich muss meinen Klienten helfen

3.2 Interventionen bei emotional dekomprimiertem Verhalten, Impulsivität und Selbstverletzung

Entscheidend für die Wahl der Interventionsmaßnahmen ist das Ausmaß der Selbstkontrolle, über die der Patient verfügt. Bei ausgeprägten Erregungszuständen und schwerwiegenden impulsiven Verhaltensweisen sollte zunächst überprüft werden, inwieweit von einer Selbst- oder Fremdgefährdung auszugehen ist, und ggf. sind Sicherheitsmaßnahmen (z.B. Hinzuziehen weiterer Personen, Verständigung der Polizei) einzuleiten. Außerdem sollte der Patient gegen äußere Reize so weit wie möglich abgeschirmt werden, indem er z.B. in einen ruhigen Raum gebracht und von anderen Personen (auch Angehörigen) getrennt wird. Sofern es geht, sollte in einem Gespräch der aktuelle Zustand des Patienten genau exploriert und das weitere Vorgehen besprochen werden (vgl. Deister und Laux, 2000). Bei geringer Selbstkontrolle ist eine psychiatrische Akutbehandlung unter engmaschiger Begleitung und Aufsicht erforderlich. Ist von einer ausreichenden Selbstkontrolle zumindest über einen kurzen Zeitraum (z.B. bis zum nächsten Tag oder über mehrere Tage hinweg) und einer entsprechenden Zuverlässigkeit des Patienten auszugehen, kann eine Behandlung in einem offenen Setting auf der Grundlage eindeutig definierter Rahmenbedingungen erfolgen. Dabei sollte in jedem Fall auf Verträge und Selbstverpflichtungen (vgl. Abschnitt 3.1.3) zurückgegriffen werden, klare Vorbedingungen und Regeln für die Behandlung definiert sowie Konsequenzen und Sanktionsmechanismen bei Nichteinhaltung von Vereinbarungen geklärt werden (Tab. 6).

Tabelle 6: Maßnahmen bei emotional dekomprimiertem Verhalten

- Überprüfung/Abschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung
- Maßnahmen zum Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Hinzuziehen von Kollegen, Entwaffnung)
- Abschirmung gegen äußere Reize
- Genaue Exploration Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft des Patienten
- Vereinbarung klarer Behandlungsregeln und Sanktionsmechanismen

4 Medikamentöse Behandlung

Bei akuten Zuständen von Suizidalität, dekompensiertem Verhalten oder Selbstschädigung in Verbindung mit ausgeprägter Selbst- bzw. Fremdgefährdung ist eine Behandlung mit Psycho- pharmaka zwingend erforderlich. Die am häufigsten eingesetzten Substanzgruppen sind Sedativa zur unmittelbaren Beruhigung des Patienten (Benzodiazepine) sowie insbesondere Neuroleptika, aber auch Antidepressiva mit jeweils zeitverzögert einsetzender Wirkung (zur detaillierten Darstellung geeigneter Präparate bei bestimmten Störungs- und Notfallarten vgl. Deister und Laux, 2000). Die Unterlassung einer indizierten medikamentösen Intervention ist ein eindeutiger Behandlungsfehler, der gravierende rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Eikmeier und Gastpar (2002) erwähnen allerdings einschränkend, dass die größte Gefahr in einer psychiatrischen Notfallsituation darin bestehe, dass sich der Arzt durch eine emotional belastende Situation zu einer übereilten Psychopharmakagabe verleiten lässt, ohne zuvor die Ursachen ausreichend zu klären. Eine sorgfältige Prüfung von Nutzen und Risiken des Medikamenteneinsatzes ist daher gerade in prekären Situationen unbedingt erforderlich. In stationären Akutinstitutionen, Psychosomatischen Kliniken und Reha-Einrichtungen wird die medikamentöse Behandlung durch die zuständigen Ärzte durchgeführt. In der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sollten bei ersten Anzeichen einer Krise oder akuten Zustandsverschlechterung die Möglichkeiten einer medikamentösen Begleitbehandlung mit Psychopharmaka durch einen niedergelassenen spezialisierten Facharzt mit dem Patienten eingehend besprochen werden. Da vielfach starke Skepsis gegenüber der Einnahme derartiger Medikamente besteht, ist eine umfassende sachliche Aufklärung über verschiedene Substanzklassen und ihre Wirkungsweise unerlässlich. Auch psychologische Psychotherapeuten sollten dementsprechend über ein fundiertes Basiswissen verfügen. Bei der Information sollte besonders betont werden, dass es sich bei der medikamentösen Begleitbehandlung um eine temporäre, unterstützende und in den Kontext der Psychotherapie integrierte Maßnahme handelt, die zudem einer krisenhaften Zuspitzung vorbeugen kann. Ziel ist es, Patienten zum Aufsuchen eines geeigneten Facharztes (für Psychiatrie oder Nervenheilkunde) zu motivieren, der in gegenseitiger Absprache mit dem Psychotherapeuten die medikamentöse Behandlung durchführt und spezifischere Fragen dazu mit dem Patienten klären kann. Ist der Patient nicht bereit, eine begleitende ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen, sollten alternative Behandlungsmaßnahmen (z.B. stationäre Intensivbehandlung in einer Psychiatrischen oder Psychosomatischen Klinik) besprochen und mögliche Konsequenzen (z.B. eine Verschlechterung der Stimmungslage; Weiterführung der Therapie im ambulanten Setting unmöglich oder unverantwortbar) aufgezeigt werden. Die pharmakologische Begleitbehandlung sollte sowohl vom Psychotherapeuten als auch vom Patienten als eine Möglichkeit zur frühzeitigen Verhinderung oder Abmilderung einer ernsthaften krisenhaften Entwicklung verstanden werden, die in vielen Fällen eine nachfolgende Akutintervention unter Einschluss freiheitsentziehender Maßnahmen erst gar nicht erforderlich werden lässt.

Ist dennoch eine medikamentöse Behandlung gegen den Willen des Patienten erforderlich (z.B. bei starken Erregungszustän-

den), so sollte diese in Anwesenheit mehrerer Pflegepersonen geschehen, das Vorgehen zur Verabreichung des Medikamentes geklärt sein und während des gesamten Vorganges verbaler Kontakt in Bezug auf die durchgeführten Maßnahmen gehalten werden (Eikmeier und Gastpar, 2002).

! Merke: Pharmakotherapeutische Behandlung sollte erst nach genauer Exploration der Ursachen einer Krise und nicht übereilt erfolgen. Die Unterlassung einer indizierten medikamentösen Behandlung ist allerdings als schwerwiegender Behandlungsfehler zu werten.

5 Inhaltliche und formale Fragen der psychiatrischen Zwangseinweisung

Wenn die zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Maßnahmen zur Krisenintervention ohne ausreichende Wirkung bleiben und weiterhin akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, ist die Einweisung in eine für derartige Fälle vorgesehene Akutinstitution erforderlich. Die formalen Bedingungen für eine Zwangseinweisung sind in den, innerhalb der Bundesrahmenge setzung weitgehend gleichlautenden, Landes-Unterbringungsgesetzen geregelt.

In Artikel 1, Abs. 1 des Bayrischen Landesunterbringungsgesetzes heißt es beispielsweise dazu: „Wer psychisch krank oder infolge Geistesschwäche oder Sucht psychisch gestört ist und dadurch in erheblichem Maß die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährdet, kann gegen oder ohne seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder sonst in geeigneter Weise untergebracht werden. [...] Die Unterbringung [ist] insbesondere auch dann zulässig, wenn jemand sein Leben oder in besonderem Maße seine Gesundheit gefährdet. Die Unterbringung darf nur angeordnet werden, wenn die Gefährdung nicht durch weniger einschneidende Mittel [...] abgewendet werden kann.“

In Artikel 10 ist die „sofortige vorläufige Unterbringung“ geregelt. Sie unterliegt strengen Auflagen zum Schutz der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen, die unter anderem vorschreiben, dass die Einlieferung durch die Polizei erfolgen muss (Abs. 2), der Leiter der Einrichtung die sofortige Untersuchung zu veranlassen hat (Abs. 5) und bis zum Ablauf des folgenden Tages eine gerichtliche Entscheidung über des zwangsweisen Aufenthalt in der Einrichtung zu erfolgen hat (Art. 6).

Für die psychotherapeutische Praxis bedeutet dies, dass bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung unbedingt eine sofortige psychiatrische Einweisung zu veranlassen ist. Dazu sollte zunächst versucht werden, den Patienten am Verlassen des Behandlungsortes zu hindern, jedoch nicht gewaltsam festzuhalten. Weiterhin müssen unverzüglich die Polizei und der ärztliche Notdienst bzw. der Dienstarzt der nächstgelegenen Psychiatrie verständigt werden. Bei Auskünften gegenüber der Polizei zu Person, Aufenthaltsort und Absichten des Patienten unterliegt der Therapeut in einer solchen Situation nicht der Schweigepflicht, da die Gefährdung von Menschenleben vorrangig ist. Prinzipiell unterscheidet sich das Vorgehen in der ambulanten Praxis nicht von dem in stationären Einrichtungen, wie z.B.

5.1 Krisenintervention

psychosomatischen Fachkliniken. Allerdings ist die stationäre Behandlung mit einer engmaschigeren Betreuung einerseits und erweiterten Möglichkeiten zur Krisenintervention (z.B. Gabe von Medikamenten) andererseits verbunden, so dass weiterführende psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei gleichzeitigem Schutz des Patienten gegeben sind.

Merke: Lässt sich eine Selbst- oder Fremdgefährdung nach Ausschöpfung aller sonstigen verfügbaren Maßnahmen nicht ausschließen, so ist eine sofortige vorläufige Unterbringung erforderlich. Diese erfolgt ausschließlich durch Polizei und ärztlichen Notdienst.

6 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Welche Rechtfertigung besteht für Psychotherapeuten, einen Suizid unter allen Umständen zu verhindern?

→ Suizidalität schließt immer kognitive Fehlbewertungen mit ein, die zur Wahrnehmung eingeengter persönlicher Möglichkeiten und einer vorrangigen Befassung mit Gefühlen der Angst und Niedergeschlagenheit führen (vgl. Tab. 1: Präsuizidales Syndrom). Hinzu kommen weitere psychopathologische Merkmale, die zu suizidalen Tendenzen beitragen. Suizidalität beruht also auf einer grundlegenden Fehlinterpretation der eigenen Situation und ist meist Ausdruck einer psychischen Störung. Bei einer Veränderung der entsprechenden inadäquaten Kognitionen und psychischen Symptome ist daher auch vom Wegfall der subjektiven Beweggründe des Patienten für einen Suizid auszugehen.

2. Wann sollte bei Selbst- oder Fremdgefährdung eine medikamentöse Behandlung in Betracht gezogen werden?

→ Grundsätzlich müssen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung ausgeschöpft werden, bevor weitergehende freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Fixierung) eingesetzt werden. Bei latenter Gefährdung oder akuter Verschlechterung des psychischen Befindens sollten die Möglichkeiten einer medikamentösen Unterstützung mit dem Patienten besprochen und eine begleitende ärztliche Behandlung vereinbart werden. Außerdem sollte dem Patienten verdeutlicht werden, dass eine medikamentöse Behandlung zwar unangenehme Nebenwirkungen mit sich bringen kann, jedoch in vielen Fällen sehr viel schwerwiegender Konsequenzen für das persönliche Befinden verhindern kann. Daneben ist der Einsatz von Psychopharmaka sinnvoll, wenn deren Einsatz die Voraussetzungen für die psychotherapeutische Behandlung (z.B. Konzentrationsvermögen) verbessert und von Patienten als hilfreich bewertet wird.

3. Wie muss sich ein Therapeut verhalten, wenn ein Patient deutliche suizidale Absichten erkennen lässt, jedoch trotz wiederholten Nachfragens und Klärung möglicher Konsequenzen keine Zusicherung gibt, auf suizidale Handlungen zu verzichten?

→ Erforderlich ist die Benachrichtigung der Polizei und des diensthabenden Arztes der zuständigen Akutinstitution (Psychiatrie) bzw. des ärztlichen Notdienstes; es sollte ver-

sucht werden, den Patienten – ohne Gewaltanwendung – zum Verbleib am Behandlungsort bis zum Eintreffen der Polizei zu bewegen. Falls der Patient nicht mehr anwesend ist, sollten Angaben zum möglichen Aufenthaltsort und Zustand des Patienten gegenüber der Polizei gemacht werden (Schweigepflicht besteht in dieser Situation nicht!)

7 Prüfungsfragen

- Bei welchen Störungsbildern muss von einer besonderen Suizidgefährdung ausgegangen werden?
- Bei welchen Störungsbildern treten vorwiegend emotional dekomensierte Verhaltensweisen und eingeschränkte Impulskontrolle auf?
- Wie lässt sich die Suizidgefährdung eines Patienten abschätzen?
- Welche Interventionen sind bei Suizidalität besonders wirksam?
- Wie ist der Stellenwert von Verträgen und Selbstverpflichtungen von Patienten zu bewerten und wann sollten diese eingesetzt werden?
- Welche Rolle spielen kognitive Merkmale des Therapeuten beim Umgang mit Suizidalität?
- Welche unmittelbaren Maßnahmen sind bei emotional dekomprimiertem Verhalten (Erregungszuständen) erforderlich?
- Unter welchen Umständen muss der Therapeut eine sofortige Zwangseinweisung veranlassen?
- Wie ist eine medikamentöse Begleitbehandlung zu bewerten und unter welchen Umständen sollte sie erfolgen?

8 Literatur

a) zitierte Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV, deutsche Übersetzung. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Bronisch T: Suizidalität. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer, 2000, 1673-1691
- Deister A, Laux G: Notfallpsychiatrie. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer, 2000, 1692-1711
- Eikmeier G, Gastpar M: Psychopharmakologische Notfalltherapie. In: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz R-D (Hrsg.): Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. 11. Aufl. Basel: Karger, 2002
- Misek-Schneider K, Schneider W: Kurzpsychotherapie und Krisenintervention. In: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz R-D (Hrsg.): Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. 11. Aufl. Basel: Karger, 2002
- Weltgesundheitsorganisation: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber, 1999
- Wolfsdorf M: Suizidalität. In: Berger M (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie Jena: Urban & Fischer, 2000, 890-904

5.2 Therapie mit Paaren

BRIGITTE SCHRÖDER UND KURT HAHLWEG

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen, und somit auch die Therapeutenausbildung, orientiert sich an der Einzelperson. Diagnose und Therapie von psychischen Störungen einzelner Individuen stehen im Mittelpunkt und werden von Sozialversicherungsträgern bezahlt. Paarberatung und -therapie zählen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. „Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstiger Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (PsychTh §1 Abs. 3). Nur sehr vereinzelt übernehmen Krankenkassen, -versicherungen und -beihilfestellen den Einbezug von Partnern oder Familienangehörigen in die Therapie des einzelnen Patienten. Eine Ausnahme stellt die Behandlung von Kindern und Jugendlichen dar, bei der ein Einbezug von Sozialpersonen möglich ist. Praktisch tätige Psychotherapeuten werden aber immer wieder erkennen, dass auch bei der Behandlung von psychischen Störungen von Erwachsenen die Qualität der Beziehung zum (Ehe-)Partner und zu Familienangehörigen eine große Rolle spielen kann. Problematische Beziehungen stellen häufig eine Rückfallgefährdung dar oder werden von Patienten als Grund für ihr schlechtes Befinden (z.B. bei Depressionen) angegeben und sind Auslöser zum Aufsuchen der Therapie. Um bei Paar- und Familienproblemen Hilfe leisten zu können, haben sich in Deutschland spezielle Institutionen, die Beratungsstellen für Paare und Familien und die Erziehungsberatungsstellen, etabliert. Meist sind hier Kirchen und staatliche Stellen Kostenträger, so dass von Hilfesuchenden häufig gar kein oder nur ein geringer Beitrag zur Beratung zu zahlen ist. Ein Manko in diesen Einrichtungen ist aber, dass sie nur Beratung, nicht aber Therapie anbieten dürfen und häufig die dort tätigen Personen auch unterschiedliche und eingeschränkte Ausbildungen haben und dadurch nicht in der Lage sind, vorliegende psychischen Störungen – neben der Paar-/Familienproblematik – zu diagnostizieren oder zu behandeln. Deshalb ist es – trotz der oben erwähnten Einschränkungen der therapeutischen Möglichkeiten durch die Restriktionen der Sozialversicherungsträger – für psychologische Psychotherapeuten notwendig, Kenntnisse in Diagnostik und Therapie von Beziehungsstörungen zu haben und diese ggf. auch als kurze Interventionen im Rahmen der Behandlung eines Patienten mit durchzuführen. Obwohl die Krankenkassen Ehe-/Paartherapie nicht explizit bezahlen, besteht die Möglichkeit, für kurze Interventionen den Partner mit einzubeziehen und über das bewilligte Stundenkontingent des Patienten abzurechnen,

derzeit im Verhältnis drei Einzelsitzungen zu einer Paar-/Familienleitung.

Dieses Kapitel versucht, folgende Fragen zu beantworten:

- Warum sollten Psychotherapeuten Erfahrung in Paartherapie haben?
- Können wir Scheidung und partnerschaftliche Unzufriedenheit vorhersagen?
- Welche theoretischen Annahmen liegen verhaltenstherapeutischer Paartherapie zu Grunde?
- Wie sieht die Praxis der verhaltenstherapeutischen Paartherapie aus?
- Wie wirksam ist das Vorgehen?
- Kann Paartherapie auch erfolgreich bei Depression eingesetzt werden?

2 Warum sollten Psychotherapeuten Erfahrung in Paartherapie haben?

Die Folgen von Unzufriedenheit mit der partnerschaftlichen Situation, von Trennung und Scheidung und von chronischen Partnerschaftskonflikten werden im psychotherapeutischen Alltag immer wieder deutlich, sei es bei den Hilfe suchenden Patienten selbst oder bei deren Kindern. Der Anteil von Patienten, bei denen Beziehungsprobleme ein (Mit-)Grund für das Aufsuchen der psychotherapeutischen Praxis ist, wird steigen. Dies zeigen die epidemiologischen Daten und die Konsequenzen von chronischen Partnerkonflikten und Scheidung (Literatur siehe Hahlweg, 2003)

Epidemiologie: Unzufriedenheit mit der Partnerschaft und Scheidung

Die Zufriedenheit mit der Beziehung nimmt in den ersten 10 Ehejahren kontinuierlich ab, die Prävalenz von „Risikoehen“ liegt bei ca. 25%, bei den 11 bis 15 Jahre Verheirateten eher bei ca. 40%. Die Scheidungsrate ist in der Bundesrepublik Deutschland seit den 60er Jahren kontinuierlich gestiegen; prozentual werden die meisten Ehen im fünften Jahr geschieden. Man schätzt, dass ca. jede dritte, in Großstädten jede zweite der heute geschlossenen Ehen geschieden werden wird. Rund 56% der Scheidungen betrafen Paare mit Kindern, so dass eine zunehmende Zahl von minderjährigen Kindern von Scheidung betroffen sind. Von den Geschiedenen heiraten 75% wieder, davon drei Viertel innerhalb von drei Jahren. Leider scheinen Partner nichts zu lernen, ist

doch die Scheidungsrate bei diesen Paaren noch höher als die Rate bei Erstverheirateten. Söhne geschiedener Eltern haben in der Bundesrepublik ein ca. 4fach erhöhtes Risiko, selbst geschieden zu werden: das Scheidungsrisiko wird somit sozial „vererbt“.

Auswirkungen von Scheidung

Ehescheidung ist eines der am meisten belastenden Ereignisse im menschlichen Leben. Geschiedene und getrennt Lebende sind als ambulante und stationäre psychiatrische Patienten ungefähr sechsmal stärker vertreten als verheiratete Personen und damit deutlich überrepräsentiert. In dieser Gruppe findet sich auch eine höhere Inzidenzrate für somatische und klinisch relevante Depressionserkrankungen. Kinder aus Scheidungsfamilien zeigen im Vergleich zu Kindern aus intakten Familien höhere Raten an externalisierenden und internalisierenden Verhaltensstörungen, schulischen Problemen, Disziplinschwierigkeiten, Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen und eine schlechtere physiologische Gesundheit. Scheidung hat nicht nur einen unmittelbaren Effekt auf die Kinder. Erwachsene, die als Kinder die Scheidung ihrer Eltern erlebt haben, suchen häufiger psychologische Behandlungseinrichtungen auf und weisen eine geringere Ehequalität und -stabilität auf.

Auswirkungen chronischer Partnerschaftskonflikte

Die Daten zu Scheidung und Scheidungsfolgen sind nicht so zu interpretieren, dass Scheidung generell vermieden werden sollte. Eine Familie, die durch chronische Partnerschaftskonflikte gekennzeichnet ist, kann häufig sogar stärkere Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Familienmitglieder haben. Nicht erst die Scheidung als solche, sondern bereits die längerfristigen Konflikte und die familiäre Zerrüttung im Vorfeld der Trennung oder Scheidung sind positiv mit Verhaltensauffälligkeiten und einer psychischen Vulnerabilisierung der Kinder korreliert. Das Ausmaß der Beeinträchtigung der Kinder hängt dabei vom Schweregrad der partnerschaftlichen Auseinandersetzungen ab, so dass Kinder, die häufigeren, intensiveren und offenen statt verdeckten Konflikten ausgesetzt sind, stärkere Anpassungsprobleme aufweisen (Sanders et al., 1997). Eine Scheidung kann, wenn eine Beziehungsverbesserung nicht zu erreichen ist, ein „Ende des Schreckens“ bedeuten statt eines „Schreckens ohne Ende“.

Gewalt gegen Partner und Kinder

Niedrige Beziehungsqualität und häufige Partnerkonflikte sind korreliert mit einer erhöhten Rate an physischer Aggression gegenüber dem Partner. In Deutschland beträgt die Prävalenzrate bei 20-45-Jährigen ca. 8,5%, in der Schweiz liegt sie bei 6,1%. Physische Gewalt gegen die Kinder ist weit verbreitet: 60-70% der Befragten geben an, ihre Kinder physisch zu strafen, die Rate von schwerer Kindesmisshandlung liegt bei 4%. Kinder aus Gewaltfamilien zeigen eine erhöhte Rate von externalisierenden (Störungen des Sozialverhaltens) und internalisierenden Störungen (Depression, Ängste), darüber hinaus wählen sie sich häufiger einen gewaltbereiten Partner.

Partnerschaftskonflikte und psychische Störungen

Die Art und Qualität der partnerschaftlichen Beziehungen hat Einfluss auf die psychische und somatische Befindlichkeit aller

Familienangehörigen. So steigt z. B. bei Frauen, die ihre Beziehung als unbefriedigend erleben, das Risiko, an einer Depression zu erkranken, um 50%. Bei Paaren in Eetherapie hatten 43% der Partnerinnen und 29% der Partner eine klinisch signifikant erhöhte Depressionssymptomatik (Klann und Hahlweg 1994). Partnerschaftskonflikte sind häufig Ursache des Problemtrinkens, prädiktiv für schlechtere Ergebnisse der Alkoholbehandlung und stellen ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall nach erreichter Abstinenz dar. Es wird geschätzt, dass ca. 50% aller Selbstmordversuche auf interpersonelle Konflikte zurückzuführen sind. Die größte empirische Evidenz für den Einfluss der Partnerschaftsqualität auf das psychische Befinden liegt jedoch bei der Vorhersage von Rückfällen nach einer Remittierung von schizophrenen oder depressiven Störungen vor (Ergebnisse der „Expressed Emotion“-Forschung, s. Hahlweg, 2003). So haben schizophrene Patienten, die nach erfolgreicher Remittierung in ein ungünstiges Partnerschafts- und Familienklima (gekennzeichnet durch Kritik, feindselige Bemerkungen und emotionales Überengagement) zurückkehren, eine 2,5fach höhere Rückfallrate als schizophrene Patienten, die eine zufriedenstellende Partnerschaft haben. Bei depressiven Patientinnen ist die Rückfallrate um das Sechsfaache erhöht.

! **Merke:** Chronische Paarkonflikte und Scheidung sind korreliert mit

- höherer Prävalenz körperlicher Gewalt gegen Partner und Kinder
- höherer Prävalenz psychischer Störungen (z.B. Depression)
- höherem Ausmaß an akuten und chronischen Infektionen
- höherem Rückfallrisiko (z.B. bei Schizophrenie und Depression)
- höherer Prävalenz von internalisierenden und externalisierenden Störungen bei den Kindern

3 Können wir Scheidung und partnerschaftliche Zufriedenheit vorhersagen?

Zu den Determinanten der Ehequalität

Es erscheint nicht möglich, das Konzept intimer Beziehungen eindeutig zu definieren. Daher werden im Folgenden die Begriffe „Intime Beziehung“, „Ehe“ und „Partnerschaft“ synonym gebraucht. Ein grundlegendes Problem stellt die Bestimmung eines reliablen und validen Kriteriums für Ehequalität dar. Objektive Kriterien gibt es nicht, in der Literatur wurde daher eine Vielzahl von Konzepten benutzt, z.B. Eheglück, -anpassung, -zufriedenheit oder -erfolg. Da die Tests zur Erfassung dieser subjektiven Konzepte hoch miteinander korrelieren, verwendet man in jüngerster Zeit die Begriffe Ehequalität und Eheerfolg synonym. Ein Prototyp zur Erfassung von Partnerschaftsqualität ist die Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976; deutsch Klann et al., 2003). Der international sehr häufig verwendete Fragebogen enthält 32 Items, z.B. „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft?“, „Wie oft streiten Sie mit Ihrem Partner?“. Die interne

5.2 Therapie mit Paaren

Konsistenz ist mit 0.96 sehr hoch. Werte von > 100 gelten als Kriterium für hohe, Werte darunter als Zeichen für geringe Ehequalität. Einfacher als Ehequalität ist *Ehestabilität* zu definieren, da hierbei nur formale Aspekte (Scheidung, Trennung) eine Rolle spielen. Ehequality und -stabilität sind miteinander korreliert, aber nicht identisch. Zwar sind die meisten Partner unglücklich, deren Ehe in Scheidung endet, aber längst nicht alle unglücklichen Ehen enden in Scheidung.

In einer Metaanalyse von 115 prospektiven Longitudinalstudien mit ca. 45.000 Paaren versuchten Karney und Bradbury (1995) eine Zusammenschau der Ergebnisse, um diese in ein Modell für Gelingen oder Scheitern einer Paarbeziehung einfließen zu lassen. Die meisten der vielen untersuchten Variablen erklären nur wenig von der Varianz des Eheerfolgs. Dies gilt ganz besonders für sozioökonomische Variablen wie Alter, Altersdifferenz, Status, Schulbildung und auch für individuelle Variablen wie die Charakteristik der Persönlichkeit. Die klarsten Zusammenhänge zeigten sich in den Studien, die gezielt die Transaktionen von Paaren untersuchten (vgl. auch Bodenmann, 2001; Gottman, 1994; Hahlweg, 2003). Aus den Befunden wird deutlich, dass der Grad der Ehequality in hohem Ausmaß von den Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten der Partner abhängt. Die Untersuchung der Hypothese, ob Homogenität der Partner mit partnerschaftlicher Zufriedenheit korreliert ist, erbrachte widersprüchliche Befunde. Es gibt jedoch fast keine Hinweise darauf, dass Unähnlichkeit mit Zufriedenheit zusammenhängt.

! Merke:

- Sozioökonomische Variablen sagen schlecht bis gar nicht die Stabilität oder Instabilität von partnerschaftlicher Zufriedenheit vorher.
- Persönlichkeitsvariablen sagen nur in geringem Maße die Stabilität oder Instabilität von partnerschaftlicher Zufriedenheit vorher.
- Die Art und Weise von direkt zu beobachtenden Interaktionen zwischen Paaren sagen einigermaßen zufriedenstellend Stabilität oder Instabilität von partnerschaftlicher Zufriedenheit vorher.

Von möglichen Paarinteraktionen ist am besten das verbale und nonverbale Verhalten bei Paaren untersucht worden. Meist wurden in diesen Studien Paare, die sich entweder als in ihrer Beziehung glücklich einschätzten und solche, die Unzufriedenheit und Unglück angaben, gebeten, im Videolabor über einen derzeit aktuellen Konflikt zu diskutieren. Diese videografierten Gespräche wurden dann mit Hilfe von geeigneten Beobachtungsverfahren ausgewertet (Hahlweg, 2003).

! **Merke:** Partner mit hoher Beziehungsqualität sprechen während eines Konfliktes häufiger mit warmer, zärtlicher Stimme, halten häufiger Blickkontakt und lächeln häufiger. Sie sprechen häufiger über ihre eigenen Gedanken, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse und vermitteln dem Partner häufiger, dass sie ihn und seine Äußerungen akzeptieren. Dagegen sprechen Partner mit geringer Beziehungsqualität häufiger mit scharfer, kalter, aggressiver und lauter Stimme, wenden sich häufiger vom Partner ab, rechtfertigen sich und kritisierten ihn häufiger.

Auch bei sequenzanalytischer Auswertung der Gespräche zeigten sich deutliche Unterschiede in den Kommunikationsmustern, speziell im Bereich negativer Eskalation. Hierbei geht es um das Verhalten in Gesprächsabschnitten, in denen sich die Partner gegenseitig kritisieren, beschuldigen, Vorwürfe machen, drohen oder den Vorschlägen des anderen nicht zustimmen. Paaren mit hoher Beziehungsqualität gelang es, solche Eskalationen nach kurzer Zeit abzukühlen und zu unterbrechen.

! **Merke:** Hervorstechendstes Merkmal von Paaren mit niedriger Beziehungsqualität ist ihre Unfähigkeit, sich aus negativen Interaktionszirkeln zu lösen. Bei der Paartherapie müssen somit den Partnern Fähigkeiten vermittelt werden, diese Eskalationen zu stoppen oder nicht aufkommen zu lassen.

4 Theoretische Inhalte

Wie nicht anders zu erwarten, gehen die einzelnen Therapieschulen von unterschiedlichen Modellen aus, die Gelingen oder Scheitern einer befriedigenden Beziehung/Ehe erklären können. Der kleinste gemeinsame Nenner der wichtigsten Therapieschulen – Tiefenpsychologie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie – scheint zu sein, dass alle drei davon ausgehen, dass eine Paarbeziehung oder eine Familienbeziehung nicht statisch ist, sondern „offene Systeme“ (Kreische, 2000) darstellen, die durch Einwirkungen von außen (Einwirkungen des sozialen Umfeldes) und von innen (Persönlichkeitsentwicklung) Veränderungen im Verlaufe der Zeit unterliegen. Wie die Anpassungen an die Veränderungen erfolgen, entscheidet dann über die Stabilität der Zufriedenheit in den Beziehungen.

Zur lerntheoretischen Erklärung des Erfolges oder Misserfolges einer Ehe werden vor allem Annahmen aus der sozial-kognitiven Lerntheorie und der sozialen Austauschtheorie herangezogen. In der Ehe hat jeder Partner bestimmte Vorstellungen davon, wie der andere ihm z.B. Zuneigung, Achtung oder Sorge zeigen sollte. Eine „ideale“ Beziehung in dem Sinne, dass sich die Vorstellungen und Verhaltensweisen beider Partner stets decken, ist jedoch kaum zu erwarten. In weniger idealen Beziehungen werden die Partner daher versuchen, ihren Partner zu ändern, damit er ihren Vorstellungen besser entspricht. Es gibt viele Ursachen für den Wunsch nach Verhaltensänderungen:

Externe Gründe. Änderungen im sozialen Umfeld des Paares, z.B. Geburt eines Kindes, Arbeitslosigkeit, Umzug mit Verlust des sozialen Netzwerkes.

Enttäuschte Erwartungen. Die Gründe dafür sind vielfältig, u.a. verdeckt die anfängliche Idealisierungstendenz die subjektiv empfundenen Schwächen des Partners; Harmonisierungstendenzen führen zu Beginn der Partnerschaft zum Vermeiden von Auseinandersetzungen bei schon erkannten Differenzen; Erwartungen und Bedürfnisse können oder werden zu Beginn nicht klar artikuliert (z.B. Bedürfnis nach körperlicher Nähe: Ein Partner braucht viel, der andere weniger Zärtlichkeit oder Sexualität. Sozialverhalten: Ein Partner möchte häufig soziale Kontakte, der andere seltener).

Tägliche Kleinigkeiten. Verhaltensweisen des Partners, die für sich allein nicht störend wirken, jedoch durch die Häufigkeit ihres Auftretens für den Partner aversiv werden und nicht mehr

tolerierbar erscheinen (z.B. bestimmte Gesten, Redensarten, Unordnung).

4.1 Der Zwangsprozess (Patterson und Reid, 1970)

Um Änderungen herbeizuführen, setzen die Partner Belohnungen und Bestrafungen ein. Annahme ist nun, dass Paare in Beziehungen mit niedriger Qualität sich ineffektiver Methoden zur Verhaltensänderung bedienen. Positive Kontrolle zur Verhaltensänderung durch Belohnung angemessenen Verhaltens wird nur selten eingesetzt. Zentrale Annahme des „Zwangsprozesses“ ist, dass aversive Maßnahmen zur Durchsetzung eigener Interessen zwar kurzfristig erfolgreich sind, langfristig aber zur reziproken Gegensteuerung und damit zu negativen Teufelskreisen führen.

Zwangsprozess

Der Zwangsprozesses beginnt, wenn Person A wünscht, Person B möge sich verändern, diese jedoch ihr Verhalten beibehält. Meist wird über das Problem diskutiert und der andere gebeten, sich doch zu ändern. Lenkt B ein und ändert sich langfristig, wird kein Konflikt entstehen.

Häufig verspricht B zwar eine Änderung, hält sich aber nur kurze Zeit daran. A wird dann versuchen, sich mit Bestrafung durchzusetzen, eine Bitte z.B. mit Kritisieren, Nörgeln, Drohen, Schreien oder Weinen koppeln oder aber positive Verstärker entziehen, sich z.B. sexuell verweigern. A verhält sich so lange negativ und wechselt erst dann wieder zum Positiven, wenn B einlenkt (B wird also negativ verstärkt). Dieses Einlenken verstärkt aber A in ihrem aversiven Verhalten positiv, d.h., sie wird auch in Zukunft wahrscheinlich eine solche negative Strategie zur Durchsetzung ihrer Interessen anwenden. Nach den Prinzipien des Modellernens und der Reziprozitätsannahme (in sozialen Systemen wird Belohnung mit Belohnung, Bestrafung mit Bestrafung vergolten) wird auch Person B in Zukunft häufiger zu solchen Zwangsmitteln greifen, wenn sie sich gegenüber A durchsetzen möchte.

Ein Merkmal aversiver Kontrolle ist nun, dass dadurch keine dauerhaften Verhaltensänderungen hervorgerufen werden und der Konflikt erneut aufbrechen wird. So entstehen mit der Zeit immer mehr ungelöste Konflikte, und die Partner verstricken sich bei ihren untauglichen Lösungsversuchen in immer aversiveren Zirkeln, da nach gewisser Zeit bei beiden eine Habituation an die Strafreize eintritt. Die aversiven Maßnahmen müssen somit in ihrer Intensität anwachsen, um noch Wirkung zu erzielen.

Begleitet wird diese negative Spirale durch eine reziproke Reduktion der positiven Interaktion in der Beziehung, die durch Gewöhnungsprozesse, die bei jedem Paar zu erwarten sind, noch beschleunigt wird. Damit schwindet die gegenseitige Anziehung und alternative Partner werden möglicherweise attraktiver. Die Partnerschaft wird vom Einzelnen nicht mehr als ausgewogen erlebt (Vertrauensverlust), und folglich verfahren beide nicht mehr nach dem Prinzip des „Gebens“ und „Nehmens“.

Die Ergebnisse einer Reihe von Studien stützen die wesentlichen Annahmen (Karney und Bradbury, 1995), so dass die auf dieser Basis entwickelten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen empirisch gut fundiert erscheinen.

! **Merke:** Mangelnde Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten beider Partner sind aus lerntheoretischer Sicht vor allem verantwortlich für das Scheitern einer Partnerschaft. Verschlechtert sich eine Beziehung, so ist die „Schuld“ nicht beim Einzelnen zu suchen, sondern in der Unfähigkeit zur Konfliktlösung.

4.2 Gottmans Theorie ehelicher Stabilität

Während der Zwangsprozess die Verschlechterung einer Beziehung auf mikroanalytischer Ebene beschreibt, beleuchtet Gottman (1994) diesen Prozess von einer Makroperspektive aus. Kernstück seines Modells ist die Balance-theorie, die eine wechselseitige Abhängigkeit von Kommunikation bzw. Interaktion, Wahrnehmung und psychophysiologischem Geschehen postuliert.

Balance-Theorie

Gottman nimmt an, dass die Erfahrungen, die Partner in Form von Interaktionen miteinander machen, in ihrer Summe als deutlich vorteilhaft oder günstig erlebt werden müssen. Aus Beobachtungsstudien an glücklichen bzw. unglücklichen Paaren schloss er auf ein günstiges 5:1-Verhältnis: Fünf positive Interaktionen wiegen eine negative auf. Subjektiv betrachtet muss man folglich deutlich mehr Zuneigung als Ablehnung durch seinen Partner erfahren. Entscheidend ist, dass Gottman kein absolutes Maß für positive Interaktion annimmt, sondern von einem Verhältnismaß ausgeht. So kann es Paare geben, die wenig miteinander interagieren, jedoch aufgrund des eingehaltenen Verhältnisses von positiver zu negativer Kommunikation glücklich und dauerhaft miteinander leben. Es erklärt auch, warum es glückliche Paare geben kann, die heftig streiten, sich jedoch gemäß dem Verhältnis von 5:1 voller Zuneigung wieder versöhnen. Beide Paartypen können langfristig glücklich und stabil sein. Gottmans Annahmen gleichen in diesem Punkt einem Beziehungskonto, auf das zuerst eingezahlt werden muss, bevor abgehoben werden kann.

Unter dem Aspekt der *Wahrnehmung* versteht Gottman die kognitiven Einstellungen und Erwartungen, mit denen ein Partner dem anderen begegnet und seine Handlungen bewertet. Dabei fungiert die Wahrnehmung wie ein Filter, der die Aufmerksamkeit lenkt und hypothetengemäß die Realität konstruiert. Der beschriebenen Annahme liegt ein dichotomes Konzept zugrunde: Der Partner wird als positiv und wohlwollend eingestuft oder als bedrohlich erlebt. Im Verlauf einer Beziehung kann die positive Wahrnehmung wie ein Kippschalter umschlagen. Das System wird hier als wenig differenziert angenommen. Gottman zufolge kippt eine Grundeinstellung wie „Ich fühle mich in der Beziehung wohl“ relativ plötzlich in eine Position wie „Ich leide

5.2 Therapie mit Paaren

in meiner Beziehung“ um. Von einem relativ genau definierbaren Zeitpunkt an hat man eine andere Sicht der Dinge. Das Fass ist übergelaufen.

Der dritte wichtige Aspekt ist die *psychophysiologische Reaktion* des Partners auf den anderen. Zu Beginn einer Partnerschaft geht eine angenehm stimulierende Wirkung vom Partner aus. Körperlich reagiert das vegetative Nervensystem mit Wohlfühlgefühl auf den anderen. Spekuliert wird, dass es möglicherweise zu einer Kopplung von hormoneller Ausschüttung und Anblick oder Gedanke an den Partner kommt (zur Übersicht siehe Miketta und Tebel-Nagy, 1996). Er oder sie „tut gut“. Letztlich stellt der Partner einen Auslöser für Entspannung dar. Ist dies nicht der Fall, kann der andere als aversiv erlebt werden. Körperliche Spannungszustände, die vom Partner ausgelöst werden, sind unangenehmer Stress, gehen mit einer körperlichen Kampf-Flucht-Reaktion einher, deren Spannung kurzfristig reduziert werden muss.

Da Partnerschaften meist glücklich beginnen, kann man davon ausgehen, dass sich die Partner zu diesem Zeitpunkt in einem Zustand der Balance befinden. Man interagiert deutlich positiv miteinander (Kommunikation), beide betrachten die Gegenwart des anderen durch die „rosa Brille“ (Wahrnehmung), die Augen funkeln beim Anblick des anderen, Wohlbefinden breitet sich aus (Physiologie).

Kommt es auf lange Sicht zu einem dauerhaften Unterschreiten des Verhältnisses von fünf positiven Interaktionen zu einer negativen, kippt die Wahrnehmung und man spürt körperlichen Widerwillen. Eine Spirale von Kampf und/oder Rückzug setzt ein. Dabei wirkt die anfängliche Balance kurzzeitig wie ein Puffer: Es dauert einige Zeit, bis das gesamte System ins Schwanken kommt. Ist das Gleichgewicht so stark aus den Fugen geraten, dass Interaktion, Wahrnehmung und Physiologie ungünstig sind, kommt es bei den Partnern zu Unmut und weiteren negativen Attributionen: Der Partner wird zum Schuldigen für alles, was passiert.

Um dem Stress zu entgehen, muss man sich *distanzieren* oder *isolieren*. Zudem wird nicht nur die Gegenwart und Zukunft als negativ betrachtet, sondern auch die gemeinsame *Beziehungsgeschichte* in einem anderen Licht gesehen. Positive Aspekte und gemeinsame, freudige Ereignisse werden schlechter erinnert. Die Vergangenheit kann regelrecht uminterpretiert werden, und aus dem ehemals umworbenen Traummann wird ein Zufallsprodukt naiver Kinderei. Die letzte Stufe dieses Prozesses ist die *Trennung* bzw. *Scheidung*.

Gottman (1994) führt korrelative Belege an, um einzelne Hypothesen des Balance-Modells zu belegen. Jedoch kann es im wissenschaftlichen Sinne nicht als abgesichert gelten, sondern muss als Arbeitsmodell verstanden werden. In der praktischen Tätigkeit ist es jedoch hilfreich für die Erklärung von Beziehungsproblemen, kann diagnostischer Wegweiser und Indikationsgrundlage für bestimmte Interventionen sein.

5 Verhaltenstherapeutische Ehe- und Paartherapie (VET)

Im Vergleich zur Individualtherapie gibt es bei der Ehetherapie eine Reihe von besonderen *ethischen* Problemen. Die Therapeutin¹ muss u.a. die Schweigepflicht beiden Partnern gegenüber berücksichtigen, d.h., die Informationen, die sie von einem erhält, darf sie nicht ohne dessen ausdrückliche Einwilligung in den Sitzungen ansprechen. Sie muss sich als Advokat beider Partner verstehen und sich nicht nur einem verpflichtet fühlen, daher darf die Verbesserung des einen nicht auf Kosten des anderen gehen.

Ziele verhaltenstherapeutischer Ehetherapie (VET) sind die Unterbrechung des Zwangsprozesses und der Wiederaufbau einer positiven Reziprozität zwischen den Partnern. Komponenten Verhaltenstherapeutischer Ehetherapie sind (Reziprozitätstraining; Schindler et al., 1998):

- Verhaltensanalyse partnerschaftlicher Interaktion
- Maßnahmen zur Steigerung positiver Reziprozität
- Kommunikations- und Problemlösetraining
- Kognitive Interventionen zur Veränderung von ungünstigen Attributionen und unrealistischen Erwartungen
- Maßnahmen zur Krisenbewältigung

Die Dauer beträgt ca. 15 Sitzungen, die zuerst wöchentlich, später in längeren Abständen (Erleichterung der Generalisierung des neu Gelernten auf die häusliche Umgebung) abgehalten werden. Im Folgenden sollen diese grundlegenden VET-Komponenten an Hand eines für den deutschen Sprachraum überprüften Therapieprogrammes dargestellt werden. Für dieses so genannte „Reziprozitätstraining“ liegt ein ausführlicher Therapieleitfaden vor (Schindler et al., 1998), außerdem ein therapiebegleitendes „Handbuch für Paare“ (Schindler et al., 1999).

5.1 Diagnostikphase

Ziele der ca. vier Sitzungen umfassenden Diagnostikphase sind:

- Einblick in die Lebens- und Partnerschaftsgeschichte erhalten
- Die jeweiligen Beziehungskonzepte transparent werden lassen
- Die Problemberiche des Paars erfassen
- Differenzialdiagnostische Probleme abklären
- Ressourcen des Paars herausarbeiten
- Therapieplanung
- Therapieevaluation vorbereiten

Ziele des *Erstgesprächs* sind, die Eignung des Paars für eine Ehetherapie abzuklären, der Therapeutin einen Einblick in die Problemlage zu geben, beide Partner für die Therapie zu motivieren und ihnen Informationen über das weitere Vorgehen zu vermitteln. Zur Vorbereitung der Interviews dienen die folgenden diagnostischen Instrumente (Hahlweg, 1996), die die Partner unabhängig voneinander nach dem Erstgespräch beantworten sollen:

¹ Da Psychotherapie überwiegend von Frauen ausgeübt wird, wird im Folgenden die weibliche Form benutzt

1. Anamnese: Fragen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft FLP. Mit diesem Fragebogen werden sozioökonomische, differenzialdiagnostische und partnerschaftliche Daten erfasst, außerdem das Verhalten in Konfliktsituationen und im sexuellen Bereich.

2. Problemliste PL. In diesem Fragebogen sind 23 Problembereiche aufgeführt, in denen Konflikte bestehen können. Die Partner sollen angeben, ob sie diese aggressiv austragen oder eine Auseinandersetzung vermeiden.

3. Partnerschaftsfragebogen PFB. Dieser Fragebogen hat 30 Items und erfasst die Negativität des Streitverhaltens, das Ausmaß der Zärtlichkeit und die Güte der partnerschaftlichen Kommunikation. Dieses Instrument eignet sich besonders zur Therapiekontrolle und zur Prädiktion, da Partner mit niedrigen Werten in den Skalen Zärtlichkeit und Kommunikation eine eher ungünstige Prognose haben. Weitere Instrumente für Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle siehe Klann et al. (2003).

In den nächsten beiden Sitzungen können verhaltensanalytisch-diagnostische Einzelinterviews mit jedem Partner geführt werden. Ziel ist die genauere Analyse der wichtigsten Konfliktbereiche, und zwar hinsichtlich der verhaltensmäßigen, affektiven und kognitiven Aspekte, die dabei für den Einzelnen bedeutsam sind. Die Therapeutin hat damit die Möglichkeit, die Partner als Einzelpersonen näher kennen zu lernen, außerdem können diese angstfreier und ungehemmter über ihre persönliche Sichtweise der Schwierigkeiten sprechen. Zum Abschluss sollten die spezifischen, individuellen Therapieziele formuliert werden.

Alternativ zu den Einzelinterviews kann das *Paar-Interview zur Beziehungsgeschichte PIB* (siehe Schindler et al., 1998) durchgeführt werden. Ziele des PIB, das mit beiden Partnern geführt wird und zwischen 45 und 90 Minuten dauert, ist zum einen die Erfassung der Beziehungsgeschichte: Wie hat das Paar sich kennen gelernt? Wie kam es zum Heiratsentschluss? Erinnerungen an die Hochzeit und die erste Zeit der Ehe. Zum anderen die Erfassung der Beziehungsentwicklung: Welche guten und schlechten Zeiten gab es? Wie wurden schlechte Zeiten bewältigt? Wie ist die Ehe-Philosophie des Paares?

Das PIB ist zum einen von großem klinischen Wert, da es in komprimierter Form wesentliche Hintergrundinformationen liefert. Zum anderen steigert es oft die Therapiemotivation: Die Partner nehmen im Allgemeinen gern an dem Interview teil, da häufig positive Aspekte der Beziehung angesprochen werden, während sonst in der Anfangsphase der Therapie negative Bereiche im Vordergrund stehen.

In der vierten Sitzung werden die Ergebnisse der Diagnostik besprochen und das Paar wird gebeten, zur genaueren Analyse der Interaktionsmuster ein Problem zu diskutieren, das auf Video aufgezeichnet wird. Anschließend werden die Therapieziele spezifiziert. Das Paar verpflichtet sich, für weitere 10 Sitzungen an der Therapie teilzunehmen. Für diese Zeit wird angenommen, dass die Partner zusammenbleiben wollen. Eine Entscheidung über eine Trennung sollte erst danach erfolgen.

5.2 Steigerung der positiven Reziprozität

Wichtig ist, die Partner für die noch vorhandenen positiven Aspekte der Partnerschaft zu sensibilisieren. Dies erfolgt schon in der Diagnostikphase während der Interviews, gezielt aber im Anschluss daran durch bestimmte Übungen während der Therapiesitzungen und anhand von Hausaufgaben. Die erste zielt auf eine gegenseitige Wahrnehmungsverbesserung ab („Den anderen dabei erwischen, wie er mir etwas Gutes tut“). Zwischen zwei Therapiesitzungen sollen sich die Partner an jeweils einem Tag beobachten und aufschreiben, welche Verhaltensweisen des anderen ihnen gut tun. Wichtig sind affektive Reaktionen (streicheln, anlächeln, loben); instrumentelle (etwas Gutes kochen, einkaufen gehen, staubsaugen) sollten nicht überwiegen. In der nächsten Sitzung berichten die Partner über ihre Vorlieben und erhalten bis zum Therapieende regelmäßig die Hausaufgabe, „Verwöhnungstage“ abzuhalten. Jeder Partner wählt dazu einen Tag oder Abend aus, an dem er den anderen verwöhnen will, ihm besondere Zuneigung und Aufmerksamkeit entgegenbringt. Jeweils zu Beginn jeder Sitzung berichten die Partner dann über den Verlauf der Verwöhnungstage. Klagt das Paar über Langeweile und unternimmt es in der Freizeit wenig, können entsprechende Aktivitäten in die Verwöhnungstage eingebaut werden.

5.3 Kommunikationstraining

Offene partnerschaftliche Kommunikation ist nicht nur die Grundlage für effektives Problemlösen, sondern auch die Basis für eine gute affektive Beziehung. Voraussetzung für ein gutes Verständnis ist, dass beide Partner bereit sind, offen über sich selbst zu sprechen, und dass sie versuchen, dem anderen ihre Empfindungen und Überlegungen, gerade wenn sie negative Gefühle haben, möglichst eindeutig mitzuteilen. Im Kommunikationstraining werden den Partnern dazu bestimmte Sprecher- und Zuhörerregeln vermittelt, die auf folgenden Überlegungen beruhen: Die Form, in der der **Sprecher** etwas ausdrückt, bestimmt, ob der Zuhörer den Inhalt erfassen kann, den der Sprecher ihm vermitteln möchte (Inhaltsaspekt). Äußert der Sprecher z.B. einen Vorwurf, wird der Zuhörer sich wahrscheinlich rechtfertigen oder seinerseits mit einem Gegenvorwurf reagieren („Du kannst auch nicht mit dem Geld umgehen!“) oder sich zurückziehen und das Gespräch abbrechen. Spricht er dagegen von sich und von seinen Empfindungen, ermöglicht er es dem Zuhörer, positiv darauf einzugehen. Die Form der Mitteilung hat somit auch einen Steuerungsaspekt, d.h., sie bestimmt, wie der Partner reagieren wird.

Regeln der Sprecherrolle (sich öffnen):

- *Ich-Gebrauch* (von den eigenen Gefühlen und Wünschen sprechen. Du-Äußerungen arten leicht in Vorwürfe und Anklagen aus)
- *konkrete Situationen ansprechen* (Verallgemeinerungen wie „nie“, „immer“ werden vermieden, da sie Widerspruch beim anderen hervorrufen)
- *konkretes Verhalten ansprechen* (Beschreibung von konkretem Verhalten in konkreten Situationen verhindert das Zuschreiben von negativen Partnereigenschaften wie