

Krisenintervention bei psychiatrischen Notfällen: Erfahrungen in einer ambulanten Krisenberatung

Neumann, Olaf

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Neumann, O. (2004). Krisenintervention bei psychiatrischen Notfällen: Erfahrungen in einer ambulanten Krisenberatung. *Journal für Psychologie*, 12(3), 270-285. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49202>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Krisenintervention bei psychiatrischen Notfällen

Erfahrungen in einer ambulanten Krisenberatung

Olaf Neumann

Zusammenfassung

Der Artikel gibt Einblick in die praktische Tätigkeit einer Beratungsstelle des Berliner Krisendienstes. Nach einer kurzen Begriffbestimmung zeigt der Autor an Hand zweier Beispiele Interventionsmöglichkeiten bei akuten Krisen, die in psychiatrische Notfälle übergegangen sind bzw. im Begriff sind, überzugehen. Dabei legt er insbesondere Wert darauf, neben einer Inhaltsebene die Prozessebene der Krisenintervention zu betrachten. Vereinbarte Rahmenbedingungen zwischen den Beratern eröffnen Möglichkeiten, bei Interventionen vor Ort handlungsfähig zu bleiben.

Schlagwörter

Krisenintervention, psychiatrischer Notfall, akute Krise, Improvisation.

Summary

*Crisis intervention with psychiatric emergencies –
experiences in an ambulatory crisis center*

The article gives insight into the practical activity of an advice center of the Berlin crisis service. After a short definition, the author shows with two examples intervention possibilities at acute crises which have changed or intend to change into psychiatric emergencies. He puts particular value next to a contents level, to look at the process level of the crisis intervention. Framework conditions between the advisers agreed on open up possibilities at interventions to remain capable of acting on the spot.

Keywords

Crisis intervention, psychiatric emergency, acute crisis, improvisation.

Einleitung

In diesem Artikel möchte ich einen Ausschnitt des Tätigkeitsfeldes des Berliner Krisendienstes (BKD) beschreiben und erläutern, wie konzeptionelle Vorgaben umgesetzt wurden. In der reflektierenden Auseinandersetzung mit der Praxis werde ich bewusst gewohnte Denkmuster verlassen, um andere Ergebnisse reflektieren und referieren zu können.

Das Tätigkeitsfeld, auf das ich mich konzentrieren möchte, wird in der Konzeption des BKD wie folgt beschrieben: „So leistet der Berliner Krisendienst in Abstimmung mit den vorhandenen ambulanten und stationären Angeboten einen Beitrag, die Versorgung von Menschen in Krisen und psychiatrischen Notlagen zu verbessern“ (Berliner Krisendienst GbR 1999, 4). Weiter heißt es: „Ziel ist es, Krisensituationen möglichst ambulant aufzufangen, nicht erforderliche stationäre Aufnahmen verhindern zu helfen, sowie notwendige Einweisungen fachkompetent einzuleiten und zu begleiten. Vorteil des beschriebenen Angebotes ist es somit, abgestufte Einsatz- und Interventionsmöglichkeiten je nach Problemlage und Schweregrad der vorliegenden Krise bereitzuhalten“ (ebd., 18).

Konzeptionen sind immer auch Zielvorgaben. Dieser Artikel möchte diese konkretisieren und Erfahrungen und Möglichkeiten vorstellen, wie man professionell an der Grenze zwischen akuter psychosozialer Krise und psychiatrischem Notfall arbeiten kann. Diese „abgestuften Einsatz- und Interventionsmöglichkeiten“ sind im Rahmen unserer praktischen Tätigkeit der letzten drei Jahre erarbeitet und erprobt. In der Konfrontation mit der Praxis sind hier neue Interventionsformen entstanden. Zur Illustration werde ich auf Praxisbeispiele aus der Krisenliteratur, aber auch insbesondere aus der Arbeit der Region OST des Berliner Krisendienstes zurückgreifen, die ich als Leiter verantworte. Zunächst einige theoretische Vorbemerkungen zur Verständnisklärung des Themas und zur Begriffsbestimmung.

Die Eckpunkte: Krise und Notfall

Wenn ich im Folgenden von Krise spreche, dann meine ich eine psychosoziale Krise, wie sie Sonneck in Anlehnung an Caplan und Cullberg beschrieben hat als „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten

und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (Sonneck 1997, 31). Mit dem Begriff des Notfalls wird dagegen in der Psychiatrie ein Zustand beschrieben, „der eine sofortige medizinische oder psychiatrische Intervention zur Erhaltung des Lebens oder zur Wiederherstellung der erheblich und akut bedrohten Gesundheit erfordert“ (ebd., 83).

Der Krisenintervention in psychosozialen Krisen kommt präventive Bedeutung bei der Verhinderung psychiatrischer Notfälle zu. Krisenintervention impliziert auch immer die Hoffnung auf rechtzeitiges professionelles Eingreifen und damit der Verkürzung gerade schwerer Krankheitsverläufe. Sonneck meint dazu: „Enttäuschungen im kurativen Bereich legen uns nahe, therapeutisches Handeln weiter nach vorn zu verlegen“ (ebd., 82).

Diese präventive Bedeutung von Krisenintervention wird auch in der Alltagspraxis der Psychiater, die für den BKD bei Hausbesuchen tätig sind, wahrgenommen. Die Hintergrundärzte berichten, „dass die Klienten, die sie in den Einsätzen für den BKD sähen, solche seien, die sich im Sozialpsychiatrischen Dienst ‚nie melden würden‘, ‚für die es eine niedrigere Schwellenüberwindung‘ bedeute, im BKD anzurufen“ (Bergold u. Zimmermann 2002, 122). Es wird von den Hintergrundärzten eingeschätzt, „dass es sich oft um Klienten handle, die ‚einem so im Krankenhaus begegnen, wenn die akut eingeliefert‘ würden“ (123).

Gerade in der Arbeit des BKD mit Klienten an der Grenze zwischen Krise und Notfall mussten in der Vergangenheit praxisnahe Konzepte im alltäglichen Umgang in diesem Grenzbereich gefunden werden. Die hier gemachten Erfahrungen und konzeptionellen Überlegungen möchte ich nun einem Fachpublikum zur Diskussion stellen. Dabei lege ich den Fokus auf das Umschlagen zwischen Krise und Notfall. Es geht mir auch darum, den Unterschied zwischen regelhaftem Beraterverhalten und kreativem Problemlösen zu verdeutlichen und herauszuarbeiten.

Die Logiken des Handelns

Zur Beschreibung des Arbeitens in diesen oft hochgepeitschten, emotional sehr aufgeladenen Situationen möchte ich die Begrifflichkeiten der „Krisen-Logik“ und der „Notfall-Logik“ einführen (Despland u. Besson zitiert nach Sauvart u. Schneyder 2000, 49 f.). Wenn ich in diesem Zusammenhang von „Logik“ spreche, meine ich eine erweiterte Bedeutung dieses Begriffes, als sie beispielsweise die formale Logik benutzt. „In dieser zweiten und viel allgemeineren Bedeutung von Logik geht es also weniger um eine Vorschrift, wie korrekterweise gedacht werden sollte, als vielmehr um die Fest-

stellung, wie in einem bestimmten Kontext tatsächlich gedacht *wird*“ (Ciompi 1999, 77). Die Begriffe der Krisen- bzw. Notfall-Logik definieren danach zunächst die Spezifik der Art des Zuganges auf die jeweilige Situation. Sie versuchen zu verdeutlichen, *wie* etwas im Rahmen einer Krisenintervention verhandelt wird (Prozessebene), *nicht was* verhandelt wird (Inhaltsebene). In der Reflektion turbulenter und chaotischer Situationen, wie sie weiter unten geschildert werden, können wir durch diese Begrifflichkeiten die Prozessebene stärker in den Blick bekommen.

Die Krisen-Logik zielt auf die Aktivierung und eine Verantwortungsübernahme von Seiten des Klienten, die Notfall-Logik versucht hauptsächlich Gefahren abzuwehren. Aus dieser Sichtweise rückt dann die jeweilige therapeutische Haltung in den Vordergrund des dynamischen Geschehens, die eine jeweils andere Form der Ansprache zur Folge hat. Diese Haltungen, die der Notfall-Logik bzw. der Krisen-Logik jeweils zu Grunde liegen, werden dem Klienten bereits durch den äußeren Rahmen der Begegnung und den Interview-Stil implizit mitgeteilt. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen: „Im einen Fall spricht ein sitzender Arzt auf der Notfallstation mit einem im Bett liegenden, gehfähigen Patienten und stellt nach einem vordefinierten Katalog geschlossene Fragen, welche der Patient mit ja/nein oder kurzen Bemerkungen beantworten kann. Im anderen Fall sitzen sich Patient und Arzt gegenüber und letzterer versucht zuerst durch offene Fragen zu erfahren, wie der Patient selber sein Problem definiert“ (Sauvant u. Schneyder 2000, 49).

Es ist auch wichtig, sich spezifische Gefahren der jeweiligen Logiken zu verdeutlichen. Es kann passieren, dass in einer Krisen-Logik gearbeitet wird, aber dadurch auch die Gefahren übersehen werden. Der Umschlagpunkt zwischen beiden Logiken „wird auf dem Kontinuum von professionellen Helfern häufig zu früh, von nicht-professionellen häufig zu spät angesetzt“ (Sonneck 1997, 84).

Es gibt aber auch abhängig machende Gefahren von Interventionen in der Notfall-Logik. „Wenn der Patient erfahren hat, dass sein Problem durch Aktivität des Therapeuten und eigene passive Kooperation gelöst wird, wird dies in der Regel seine Erwartungen an weitere Ärzte bestimmen.“ Es kann also geschehen, dass die „Definition der Situation und die Art der Intervention (Verteilung von Rollen und Verantwortung, Aktivität oder Passivität usw.) häufig die weiteren therapeutischen Kontakte prägt“ (Sauvant u. Schneyder 2000, 49). Im Bereich der Krisenarbeit kann damit ein Geschehen in Gang gesetzt werden, dass sich selbst einen wiederholenden Bedarf schafft, ein ambulanter Drehtürmechanismus.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein ausschließliches Arbeiten in einer der beiden Logiken spezifische Gefahren in sich birgt, die sich auf die Qualität eines Krisendienstes auswirken. Diesen Umstand beschreiben Regus und Deppner in ihrer Untersuchung ambulanter Krisendienste und führen aus, „dass Krisendienste keineswegs automatisch zur Vermeidung stationärer

Aufnahmen führen und sogar deren Steigerung bewirken können, wenn dem nicht durch qualifizierte Beratung, Fortbildung und Evaluation entgegenge wirkt wird“ (Regus u. Deppner 1998, 19). Insbesondere besteht diese Gefahr aus meiner Sicht, wenn Mitarbeiter nicht in der Lage sind, zwischen den Logiken zu wechseln und ihnen in diesem Bereich keine spezifischen Techniken zur Verfügung stehen.

Als eine erste Schlussfolgerung sollte der Grundsatz gelten, dass zunächst immer in der Arbeit mit (häufig) unbekanntem Klienten eine Krisen-Logik zur Anwendung kommt. Diese muss bei unmittelbarer Gefährdung des Lebens, der körperlichen Integrität oder der Gesundheit zu einer Notfall-Logik übergehen.

Wie aber sieht dies nun in der Praxis aus? Was ist zu tun, wenn die Entscheidung zur Einleitung einer psychiatrischen Notfalltherapie gefällt ist und wie wird diese gefällt? Wie ist der Anspruch eines gleitenden Überganges zur stationären Behandlung einzulösen? Das sind einige der Fragen, die wir uns in der zurückliegenden dreijährigen Probephase des BKD stellten.

Arbeit zwischen Krise und Notfall

*„Traditionelles“ Vorgehen an Hand eines Beispiels
Viele Väter machen noch keinen folgsamen Sohn*

Ich möchte zunächst ein Beispiel voranstellen, an dem ich die Problematik des Umschaltens zwischen den beiden Logiken verdeutlichen möchte. Everstine und Everstine schildern einen Fall (Everstine u. Everstine 1997, 89 ff.), in dem ein Berater von einem Polizeirevier gerufen wurde, da dort ein junger Mann sei, mit dem man nichts anzufangen wisse. Ich möchte an dieser Stelle bereits die vorher eingeführten Logikbegriffe einfügen, um die Arbeit auf der Prozessebene zu verdeutlichen.

I. Arbeit in der Krisen-Logik

Der Berater, auf dem Polizeirevier eingetroffen, stellte fest, dass der 26-jährige Mann sehr ängstlich und misstrauisch war. Er erzählte, dass sich im Wohnwagen seines Vaters ein fremder Mann aufhielt, der vorgab, sein Vater zu sein. Sein Vater hätte blaue Augen, dieser Fremde aber habe braune Augen. Der Berater versuchte nun den Klienten zu überzeugen, dass es gut wäre, Klarheit darüber zu bekommen, wer der Mann im Wohnwagen wäre. Auch machte er in den nächsten Tagen mehrere Anstrengungen, den Klienten zu

motivieren, in ein Übergangwohnheim zu gehen. Der Berater ging davon aus, dass der Klient zwar schizophran war, aber er versuchte eine stationäre Aufnahme zu verhindern.

II. Der Umschlagpunkt zwischen den Logiken

Nach einem Zusammentreffen des Klienten mit seinem Vater, das von diesem vorzeitig abgebrochen wurde, ging es dem Klienten nun immer schlechter. Schließlich beschloss der Berater, den Klienten gegen seinen Willen ins Krankenhaus einzuweisen. Nachdem dieser Entschluss gefasst war, traf der Berater die notwendigen Vorbereitungen, bevor er dem Klienten den Entschluss mitteilte. Er war sich im Klaren darüber, dass der Klient „einem Krankenhausaufenthalt ganz und gar ablehnend gegenüber stand. Die Klinik war bereits informiert und der Fall mit dem Klinikpsychiater besprochen.“ Der Berater wies auch darauf hin, „dass man zwei kräftige Stationswärter brauche, falls Not am Mann sei“ (Everstine u. Everstine 1997, 93 f.).

III. Arbeit in der Notfall-Logik

Der Berater setzte nun den Klienten von seinem Plan zur Unterbringung in Kenntnis. Der Klient geriet „in größte Erregung und begann ruhelos im Zimmer herumzulaufen.“ Der Berater forderte daraufhin telefonisch Unterstützung an. Als diese in Form zweier Pfleger eintraf, sprang der Klient auf, „ergriff eine Schale, die auf dem Schreibtisch gestanden hatte, und schmetterte sie im Zorn zu Boden, so dass sie zerbrach. Aber angesichts der entschlossenen Gesichter der Therapeuten erklärte er sich schließlich damit einverstanden, ins Krankenhaus zu gehen“ (Everstine u. Everstine 1997, 94).

IV. Kritische Auswertung

Dieser Verlauf ist nicht unüblich in ambulant arbeitenden Krisendiensten. Es wird zunächst mit Mitteln der Beratung versucht, eine psychosoziale Krise aufzufangen, also in einer Krisen-Logik gearbeitet. Dann allerdings wird festgestellt, dass diese Art der Kontaktgestaltung nicht in der Lage ist, die spezifischen Gefahren abzuwenden. Die Einleitung einer psychiatrischen Notfalltherapie ist unvermeidlich. Der Wechsel von einer Krisen-Logik zu einer Notfall-Logik findet statt. Die Definition des Beraters verändert dann die Situation.

Auch das Auftreten von Gewalt in der Situation ist nicht ungewöhnlich. Klienten erleben sich häufig überfordert und ohnmächtig. Sie können sich von

der (plötzlichen) Veränderung der Logik überrollt fühlen. Es wird ein alter Film wiederaufgelegt: Er handelt von der Übergriffigkeit des psychiatrischen Systems. Die Gewalt des Klienten erscheint als logische Folge erlebter Ohnmacht. Das ist für alle Beteiligten unangenehm. Es ist zu vermuten, dass eine Prägung des nächsten Kontaktes vorprogrammiert und dieser ähnlich ablaufen wird. Für diese Neugestaltung des nächsten Kontaktes benutzt Farewell (zitiert in Sauvant u. Schnyder 2000, 48) nach seinen Erfahrungen in einem ambulanten Kriseninterventionsdienst den Begriff der Furore (=Aufsehen, Aufruhr). Der Klient wird also in seinem nächsten Kontakt noch mehr Aufsehen erregen und Aufruhr erzeugen, um so den Kontakt vorzuprägen.

Der Krisenmitarbeiter aber, der sich über längere Zeit um den Klienten bemüht hat, kann diese eben geschilderte Situation als ein persönliches Scheitern erleben. Er hat den Eindruck, die psychiatrische Grunderkrankung übersehen zu haben. Auch seine nächsten Kontakte zu anderen Krisenklienten können durch diese Erfahrung geprägt werden. Wenn er nicht neue Ideen im Rahmen einer qualifizierten Beratung oder Fortbildung bekommt, ist zu vermuten, dass er sein zukünftiges professionelles Handeln mehr und mehr nach einer Notfall-Logik ausrichten und entsprechende Interventionsstile pflegen wird. Dies wird qualitative Auswirkungen auf die Ergebnisse des Krisendienstes haben.

In einem nächsten Schritt werde ich Vorschläge zu einer anderen Gestaltung der Krisenintervention bei psychiatrischen Notfällen machen.

Andere Möglichkeiten der Arbeit an der Grenze zwischen Krise und Notfall Einige Vorbemerkungen

Die Arbeit an der Grenze zwischen psychosozialer Krise und psychiatrischem Notfall ist in einer ambulanten Krisenberatung insbesondere durch das Fehlen eines klaren, vom Berater gestalteten Settings bestimmt. Dies betrifft Telefonate, Kontakte in der Beratungsstelle wie Hausbesuche gleichermaßen. Immer sind es unbekannte Orte, Menschen und Geschichten, auf die wir uns einlassen. Häufig meinen Praktiker, dass das Vorgehen an dieser Grenze nicht beschreibbar und erst recht nicht standardisierbar wäre. Viel zu viel würde da „herumimprovisiert“.

Gerade aber der Begriff der Improvisation brachte mich auf die Idee, hier ein wenig genauer hinzuschauen. Ich möchte damit dem Geheimnis eines flexiblen Arbeitens, wie es ohne Zweifel benötigt wird, einen neuen Blickwinkel geben, es auf der Prozessebene durchschaubarer und beschreibbarer machen, um nicht in eine, wie auch immer geartete, Beliebigkeit zu verfallen.

Der Große Brockhaus erläutert den Begriff der Improvisation knapp: „unvorbereitetes Handeln, manchmal abschätzig im Gegensatz zu gründlicher, wohl vorbereiteter Arbeit ...“ Das Wort stammt aus dem Italienischen, dass zu improviso „unvorhergesehen, unerwartet“ gebildet ist (Herkunftswörterbuch

1997, 303). In der Bedeutungsgeschichte liegt zuvor das lateinische *im-pro-visorius*, in dem das lateinische *pro-videre* = vorhersehen, Vorsorge treffen steckt. Der Begriff der Improvisation ist nah verwandt mit dem Spielbegriff. Anders als dieser gibt es aber in der Improvisation einen Gestaltungswillen. Man improvisiert, um zu ... Dagegen kann Spielen sehr wohl sinnlos – oder besser formuliert – sinnfreies Tun sein.

Sowohl die Sprachgeschichte als auch die Nähe zum Spielbegriff weist darauf hin, dass Improvisation als Vorsorge treffendes, sinnvolles Handeln verstanden werden kann. Auf das Thema dieses Artikels bezogen kann Improvisation als eine Art des aktiven Tuns betrachtet werden, dass uns in festgefahrenen Situationen im Kontakt mit psychiatrischen Notfällen durchaus nützlich sein kann. In der Improvisation können neue, unvorhersehbare Ideen geboren werden.

Im Jazz ist der Begriff der Improvisation fester Bestandteil. Begel stellt in seinem Artikel „The Family Conference: A Jazz Jam“ die Behauptung auf, dass „seriöse, anerkannte Doktoren und deren Lehrer“ durchaus etwas lernen können „von unterbezahlten, gern übersehenen Jazzmusikern“ (Begel 1998, 437). Es kann durch Improvisation gelingen, neue Ideen zu entwickeln und auf den Klienten zugeschnittene Möglichkeiten zu kreieren, die die scheinbare Realität verändern helfen. Aber kann man denn in hochgepeitschten Situationen sicher improvisieren? Ist man da nicht eigentlich überfordert?

Gerade hier können wir von Jazzmusikern lernen. Denn dem Begriff der Improvisation ist zwar eine gewisse Formlosigkeit zu Eigen, was aber nicht bedeutet, dass es keine Rahmenbedingungen gäbe. Im Jazz spielen die Musiker bestimmte Instrumente, sie haben einen Takt, es gibt Vereinbarungen, in welcher Reihenfolge gespielt wird. Durch diese Rahmenbedingungen können sich die „Jazzmusiker in der Sprache der Musik unterhalten“ (Begel 1998, 439). In diesem Aspekt des Rahmens leuchtet wiederum die Nähe zum Spielbegriff auf. Erst der Spielrahmen (Regeln, Vereinbarungen) lässt Spiel zum Spiel werden, ein „Schwebezustand zwischen Ernst und Nicht-Ernst“ zugleich (Huizinga 1956, 16).

In diesem Verständnis von Improvisation wird nun deutlich, warum ich die Begriffe der Krisen-Logik und der Notfall-Logik eingeführt habe. Sie bilden die Rahmenbedingungen, in denen Mitarbeiter durchaus auf ungewöhnliche Ideen kommen können. Diese im Team erarbeiteten Rahmenbedingungen sind aus unserer Erfahrung durchaus in der Lage, einen „Schwebezustand“ zu eröffnen, der Situationen verändern hilft. Darüber hinaus gibt es Absprachen, wer im Vordergrund (vergleichbar mit dem Solo im Jazz) und wer im Hintergrund agiert (vergleichbar mit der Begleitung).

Ich möchte jetzt zwei Fälle aus der Praxis des BKD Ost schildern, in denen von den Mitarbeitern innerhalb von Rahmenbedingungen improvisiert wurde. Gleichzeitig kann ich an Hand dieser zwei Fälle drei erarbeitete Methodiken darstellen, die sich uns als hilfreich im Grenzbereich zwischen Krise und

Notfall erwiesen haben. Dabei geht es mir nicht darum, eine Krisen-Logik gegen eine Notfall-Logik zu stellen, wie es häufig in Diskussionen von Fachleuten untereinander der Fall ist. Stattdessen wird der jeweiligen Logik ihr Platz im turbulenten Geschehen zugewiesen. Das Entscheidende in diesen Fällen ist, wie die Übergänge zwischen den Logiken produktiv gestaltet werden. Gleichzeitig kann ich die Absprachen zu den einzelnen Logiken, wie sie in unserem Dienst existieren, verdeutlichen.

*Andere Vorschläge des Vorgehens an Hand zweier Beispiele
Die Frau, die fliegen wollte*

Ein Kollege wird Freitagabend von einer Frau angerufen. Sie klingt sehr verwirrt, fragt merkwürdige Dinge nach Berufsabschlüssen und Aufgabengebieten des Krisendienstes. Der Berater bleibt gelassen, beantwortet Fragen, gibt sich vor allem als Mensch zu erkennen, vor dem man keine Angst haben muss. Nach dieser Art des Kontaktaufbaus gelingt es ihm, einige Informationen zu bekommen. Wegen ihrer psychotischen Erkrankung ist die Klientin bei einem Psychiater in Behandlung, hat aber erst in einer Woche einen Termin. Vor kurzer Zeit ist eine medikamentöse Umstellung erfolgt, mit der sich die Klientin nicht besonders wohl fühlt. Das psychiatrische Fachkrankenhaus ist ihr aus mehreren Aufenthalten der letzten Jahre bekannt. Sie wohnt im sechsten Stock eines Hochhauses. Während des Gespräches entwickelt sie immer wieder suizidale Phantasien, spricht davon, dass sie ein Vogel sei und aus ihrem Nest schlüpfen möchte. Der Kollege spricht diese suizidalen Phantasien an. Innerhalb des Gespräches verändert sich immer wieder die Stimme der Klientin. Sie kichert dann und spricht von der Schönheit des Fliegens. Der Kollege unterbricht nach 80 Minuten das Telefonat, um sich mit einem Kollegen zu beraten. Das wird von der Klientin akzeptiert. Nach dem kurzen, kollegialen Gespräch schlägt er ihr vor, sie besuchen zu wollen und mit ihr gemeinsam in die Klinik zu fahren. Dies vermittelt er ihr, indem er die Meinung äußert, dass man ihr Unwohlsein mit der neuen medikamentösen Einstellung doch medizinisch überprüfen lassen müsste. Er sei da als Psychologe in gewisser Weise eben auch nur ein Laie. Die Klientin willigt ein. Der Kollege eröffnet ihr, dass er mit einem weiteren Kollegen kommen wird. Das sei eine Anweisung im Krisendienst: Aus Sicherheitsgründen werden Hausbesuche nur zu Zweit gemacht.

– Erster Blick auf die Prozessebene

Bis hierher hatte der Kollege zunächst versucht, eine Krisen-Logik zu verfolgen. Dabei suchte er, Kontakt aufzubauen und Anlass und Ursache der Krise zu verstehen. Hier kommt in der Region OST ein erarbeitetes gemeinsames Interventionskonzept zur Anwendung (ausführlich in Gahleitner u.

Neumann 1998). Nachdem seine beraterischen Interventionen weder eine Distanzierung zu den Suizidphantasien noch einen stärkeren Realitätskontakt brachten, fällt der Kollege den Entschluss, dass jetzt die Einleitung einer Notfalltherapie erfolgen muss. Ab diesem Punkt arbeitet er an der Erlaubnis zu einem Hausbesuch. Dabei nutzt er die durch den langen Kontakt vorhandene Beziehung und legt vor allem Wert auf Erklärungen seiner Verhaltensweisen. Der Berater versucht in seinen Argumenten die Erlebniswelt der Klientin zu „zitieren“ (Unwohlsein mit Medikamenten) und allgemein akzeptierte Erklärungen (Sicherheitshinweis für Hausbesuche) zu liefern. Dadurch gelingt es ihm in gewissem Maße zu verhindern, dass neue Ängste aufgebaut werden.

Der Kollege könnte nun sofort den diensthabenden Psychiater des Berliner Krisendienstes hinzuziehen. Er entscheidet sich dagegen, da er die Zusage der Klientin hat, mit in die Klinik zu kommen. Eine Einweisung in die Klinik scheint ihm nach dem bisherigen Stand der Informationen wahrscheinlich. Die Entscheidung, einen Arzt nicht bzw. nicht sofort hinzuzuziehen, sondern zunächst ohne ihn weiter zu arbeiten, wird in unserem Dienst grundsätzlich zwischen den diensthabenden Kollegen getroffen. Dies hat auch den Sinn, Übertragungsphänomene zu minimieren und nicht irrealen Absprachen zu tätigen oder dem Klienten unhaltbare Zusagen zu machen. Gerade im Umschalten zwischen den beiden Logiken sind kollegiales Handeln *und* Reflektion der nächsten Schritte ein wesentliches methodisches Element. Auch in diesem Kontakt unterbricht der Berater kurz das Telefonat, um sich mit dem Kollegen rückzusprechen. Man entscheidet sich, den Arzt (zunächst) nicht hinzuzuziehen.

– weiter auf der Inhaltsebene

Die beiden Kollegen fahren nun zu der Klientin. Ich nenne sie im Folgenden Berater 1 und 2. Berater 1 hatte bis dahin den Kontakt mit der Klientin. Die Berater klingeln an der Wohnungstür. Berater 1 stellt sich kurz vor. Dann stellt er der Klientin Berater 2 vor und berichtet seinem Kollegen vor der Klientin kurz den Inhalt des Telefonates und den Grund des Hausbesuches. Die Klientin möchte jetzt beiden Kollegen einen Kaffee anbieten, aber der Berater 2 verneint, er möchte jetzt doch wie abgesprochen ins Krankenhaus fahren. Dies wird dann auch getan. Im Krankenhaus angekommen, fragt die diensthabende Ärztin die Klientin nach dem Grund des Erscheinens. Diese antwortet, dass sie gerne Blutdruck messen lassen möchte. Daraufhin schaltet sich der Berater 2 ein und wiederholt die ihm vor der Klientin gegebenen Informationen (Suizidphantasien, Medikamentenumstellung etc.). Die Klientin wird nun das erste Mal laut. Die Ärztin nimmt sie mit in das Behandlungszimmer. Nach kurzer Zeit hört man dort Schreien und Poltern. Die Schwester kommt heraus und bestätigt unsere Annahme, dass die Klientin akut psychotisch sei. Es würde jetzt die Polizei um Amtshilfe gebeten, um die Klientin auf Station bringen zu können. Die Krisendienstmitarbeiter schlagen vor, Berater 1 mit in

den Behandlungsraum zu lassen. Es gelingt dem Berater, die Klientin ohne Zwangsmaßnahme auf die Station zu begleiten.

– Reflektion der im Fall verwandten Methodiken

Was wir hier gemacht haben, basiert auf zwei Methodiken, die wir im Rahmen der Arbeit mit Menschen an der Grenze zwischen Krise und Notfall entwickelt haben.

1. Offene Klientenübergabe

Der Berater 1 übergibt in einem Gespräch „den Fall“ seinem Kollegen, Berater 2, vor dem betreffenden Klienten. Wir haben erlebt, dass dadurch an die Atmosphäre des vorhergehenden Gespräches angeknüpft werden kann. Klienten erleben dies so, als würden sie selbst im Kinosaal sitzen, und ihr eigener Film läuft auf der Leinwand ab. Dadurch scheint es möglich zu sein, dass eine erste, wenn auch brüchige, Distanzierung zur eigenen Krise erlebbar wird. Der Berater 1 ist dabei schonungsvoll, hält sich kurz, geht nicht in Details. Er verschweigt aber auch keine für den weiteren Verlauf wichtigen Dinge (hier: Suizidalität).

In der offenen Klientenübergabe wird bewusst der Kontakt geöffnet. Unsere Erfahrung ist, dass dabei diese brüchige Beziehung, die im Kontakt auf der Basis der Krisen-Logik entstanden ist, gestärkt wird. Genau auf diese Prozessebene zielt die Öffnung des Kontaktes ab. Natürlich ist es wichtig, wie der neue Kollege eingeführt wird, denn schließlich stellt er eine Störung der Intimität der Beratungsbeziehung dar.

Die offene Klientenübergabe (= im Beisein des Klienten) praktizieren wir in der Arbeit zwischen Krise und Notfall insbesondere auch, wenn der Berater die Gefahr sieht, dass die Krise bis zum nächsten Gesprächstermin in einen Notfall umkippen kann (vgl. auch Neumann 2002, 414). Der Klient wird dabei in Kontakt mit dem die nächsten Tage diensthabenden Kollegen gebracht. Er erhält am Ende der offenen Klientenübergabe das Angebot, sich in den nächsten Tagen bei dem ihm vorgestellten Mitarbeiter zu melden. Unsere Erfahrung ist, dass genau dies nicht passiert, sondern der Klient zum nächsten, regulären Termin erscheint. Aus unserer Sicht wird die erfahrene Beziehung, die innerhalb der Krisen-Logik entstanden ist, in der offenen Klientenübergabe gestärkt und damit auch für die nächsten Tage zu einem tragfähigen und stabilisierenden Element für den Klienten.

In dem Fall dient die offene Klientenübergabe der Vorbereitung der zweiten zur Anwendung kommenden Methodik.

2. Rollenteilung

Wir meinen hierbei die Verteilung von Rollen in Bezug auf den Klienten. Die Rollenteilung an sich stellt kein neues Element dar. Sie wird auch in anderen therapeutischen Zusammenhängen praktiziert. Was wir aber hier

vorschlagen, ist eine spezifische Art der Rollenteilung im Rahmen der Krisenintervention, die sich in der Praxis bewährt hat. Ab der Klientenübergabe übernimmt der Berater 2 die Rolle des „Anwaltes der Realität“. Er sagt klar, was zu tun ist. Er stellt geschlossene Fragen, gibt klare Anweisungen, die einer Notfall-Logik entspringen. Berater 1 versucht die aufgebaute Beziehung zum Klienten zu halten („Anwalt der Beziehung“). Er arbeitete bisher in einer Krisen-Logik, er wechselt die Logik nicht, sondern versucht den Klienten im Kontakt zu halten. Er benennt und äußert Gefühle, die durch Entscheidungen im Rahmen der Notfall-Logik auftreten, bietet sich selbst als Gegenüber an. Sein Hauptaugenmerk liegt auf der Prozessebene. Dazu verwendet er auch Informationen aus seinem Zweiergespräch mit dem Klienten. Er benennt auch Gefühle und Einwände, die der Klient vielleicht nicht mehr äußern kann. Er kann beispielsweise um ein Innehalten im Geschehen bitten, eine Zigarettenpause o.ä. Es kann sogar sein, dass sich beide Berater vor dem Klienten streiten. Doch muss klar sein, dass die sich durchsetzende Logik die Notfall-Logik ist. Beide Berater müssen sich streng an ihre Logik halten. So kann die Übergabe an den Arzt nur durch den Berater 2 in einer Notfall-Logik erfolgen.

Warum eröffnen wir dieses Szenario? Wir denken, dass das gemeinsame Arbeiten einer Überzahl von Helfern gegen den Klienten nicht zwangsläufig zu einer Notfall-Logik gehört und vielleicht doch eher der Hilflosigkeit der Helfer entspringt. Der Versuch, Einsicht durch Übermacht zu erwirken, erzeugt nur noch höhere Spannung, die als Angst und Panik erlebbar wird und in Gewalt umkippen kann. Dies ist nicht sehr sinnvoll.

Unsere Erfahrung lehrt uns auch, dass ein psychiatrischer Notfall ein vorübergehender Zustand ist. Klienten benötigen häufig nach einem Notfalleinsatz weiterhin die Unterstützung des Krisendienstes. Durch die Rolle des Beraters 1 besteht hierzu die Möglichkeit, an eine Krisen-Logik anzuknüpfen. Klienten melden sich wieder bei Beratern, die sie als hilfreich erlebt haben, und der Krisendienst behält über einen Notfalleinsatz hinaus weiter seine Niedrigschwelligkeit.

Das „uterale“ Badezimmer

Eine Anruferin meldet sich aufgeregt im Krisendienst. Ihre Schwester sei seit einigen Stunden im Badezimmer eingeschlossen. Sie sei nicht ansprechbar, und nun läuft wohl auch noch Wasser durch die Tür des Bades. Es ist zu erfahren, dass die Klientin, um die es geht, mit zwei Töchtern (5 und 17) im Haushalt lebt und schon einmal psychotisch war. Zwei Mitarbeiter fahren sofort zu der Familie. Die Mitarbeiterin (Beraterin 1) versucht an der Badtür Kontakt zu der Klientin zu bekommen. Ihr Kollege (Berater 2) zieht sich mit der Familie ins Wohnzimmer zurück.

Beraterin 1 spricht an der verschlossenen Badezimmertür beruhigend auf die Klientin ein. Sie stellt sich vor, sagt, wer sie ist und was sie in der Wohnung der Klientin macht. Sie versucht, in Kontakt zu kommen. Es stellt sich nach einiger Zeit heraus, dass die Klientin meint, sich im Uterus zu befinden. Sie liegt gekrümmt auf dem Fliesenboden und hat über den Duschschauch warmes Wasser auf den Boden laufen lassen. Sie möchte neu geboren werden. Die Kollegin führt das Problem der Nahrungsaufnahme im Uterus als eine zunächst ungewöhnlich erscheinende Idee ein. Ein Trinkröhrchen wird durch das Schlüsselloch gesteckt, und die Klientin nimmt Flüssigkeit darüber auf. Danach werden noch einige Brotkrumen durchgesteckt.

Berater 2 spricht unterdessen mit der Schwester der Klientin, der älteren Tochter und deren Freund (ca.18 Jahre). Die kleinere Tochter ist bereits im Bett. Der Freund der Tochter lebt seit einigen Wochen bei ihr im Zimmer, weil er zu Hause rausgeflogen ist. Der merkwürdige Zustand der Klientin hat sich innerhalb weniger Tage entwickelt. Die Schwester erweist sich als sehr kooperativ, sie scheint einen guten Kontakt zur Klientin zu haben.

Nach den vorher gemachten Kontaktversuchen will die Klientin nun aus dem Badezimmer kommen. Während die Beraterin 1 grad auf der Suche nach einem Bademantel und einer Decke durch das Wohnzimmer kommt, führt sie ein kurzes Gespräch mit ihrem Kollegen (Berater 2). Berater 2 ist aufgefallen, dass ein gravierender Einschnitt im sozialen Feld der Klientin durch den Einzug des „Schwiegersohnes“ passiert war. Die Klientin selbst hat eine Trennungserfahrung von ihrem Lebenspartner hinter sich.

Die Klientin wird in das Wohnzimmer zur Familie gebracht. Sie reagiert aggressiv auf den Freund der Tochter und stellt dessen Aufenthalt in der Familie in Frage. Es wird jetzt der Psychiater des Berliner Krisendienstes telefonisch angefordert. Ein Tee wird getrunken. Die Mitarbeiter beobachten, wie die Klientin mit ihrer Gestik und Körperhaltung weiterhin abweisend auf den Freund der Tochter reagiert. Beraterin 1 interveniert, dass es sehr sinnvoll ist, dass die Klientin in den nächsten Tagen ein wenig Ruhe hat und sie deshalb vorschlägt, dass der Freund der Tochter die Wohnung verlässt. Dies hat heftige Reaktionen auf Seiten des jungen Pärchens zur Folge, Schwester und Klientin können dem Vorschlag aber folgen. Es wird eingebracht, dass der Freund ja zu Hause rausgeflogen sei und nur deshalb sich gegenwärtig hier aufhält. Berater 2 kümmert sich daraufhin um einen Platz im Berliner Krisenhaus, und er fordert den jungen Mann auf, seinen Sachen zu packen. Nun trifft auch der Arzt ein und verabreicht nach kurzem Gespräch ein Beruhigungsmittel für die Nacht. Es wird vereinbart, dass die Klientin sich morgen bei ihrem behandelnden Psychiater meldet. Die Schwester bekommt eine Terminvereinbarung für den morgigen Tag im Krisendienst. Danach verabschieden sich die Berater, und der Freund wird nach heftigen Abschiedszenen ins Krisenhaus gebracht.

– Reflektion der im Fall verwandten Methodik

3. Aufgabentrennung

In der Arbeit mit ganzen Familiensystemen hat sich diese Art des Umgangs bewährt, um eine gewisse Übersichtlichkeit herzustellen und sich die Option für weiteres methodisches Vorgehen offen zu halten. Wir trennen dabei die Aufgabe des Kontaktes mit der Klientin von der Aufgabe der Einbindung der restlichen Beteiligten.

Beraterin 1 hat die Aufgabe, das Vertrauen des Klienten zu gewinnen, einzutauchen in eine verrückte Welt. Es geht immer um die Veränderung der akuten Situation mit Hilfe einer Krisen-Logik. Sie will die Klientin aktivieren und zu einer Mitarbeit anregen. Es geht dabei darum, dass die Klientin in der aktuellen Situation aktiv wird. Damit wird schrittweise Handlungskompetenz zurück gewonnen.

Berater 2 sammelt vorrangig Informationen zur Entstehung des Notfalls, und er gibt den Angehörigen Informationen, was jetzt alles passieren kann. Er hält sich die Option offen, auf eine Notfall-Logik umzuschalten. Darauf bereitet er die Familie vor. Gleichzeitig sucht er nach Unterstützungsmöglichkeiten für die Klientin. Dabei stellt er die verzerrte Wahrnehmung oder den Realitätsverlust der Klientin als Begleiterscheinungen eines Prozesses dar. Für die möglichen Ausgänge der Arbeit der Beraterin 1 mit der Klientin sucht er Unterstützungen. Sein Ziel ist es, das umgebende System zunächst von der Klientin zu trennen, dann auf die anstehenden Aufgaben vorzubereiten und wieder neu einzubinden.

Abschließende Bemerkungen

Ich habe in diesem Artikel mit Hilfe von Beispielen zu verdeutlichen versucht, dass die Arbeit mit Menschen an der Grenze zu psychiatrischen Notfällen eine große Herausforderung für die Beteiligten darstellt. Dabei habe ich nicht die Definition des Falles, sondern die Definition der Logik, in der gearbeitet wird, in den Vordergrund gerückt. Dadurch wurden auch spezifische Gefahren der jeweiligen Logiken deutlicher. Als ersten Grundsatz der Arbeit einer ambulanten Krisenberatung habe ich das Zugehen auf (unbekannte) Klienten mit einer Krisen-Logik beschrieben.

Ich habe weiterhin versucht zu zeigen, dass wir häufig im Rahmen einer Krisenintervention auf verschiedene Weise mit Grenzfällen zwischen psychosozialer Krise und psychiatrischem Notfall arbeiten. Dabei machten wir die Erfahrung, dass eine spezifische Aufgaben- und/oder Rollenverteilung zwischen den Mitarbeitern und einer daraus resultierenden spezifischen Art und Weise von Teamarbeit in der Lage ist, in diesen oft hochdramatischen Situa-

tionen deeskalierend und auf den Klienten stabilisierend einzuwirken. Gerade bei noch brüchigen Beziehungen zum Klienten und/oder der Gefahr des Umkippen der psychosozialen Krise in einen psychiatrischen Notfall verwenden wir die beschriebene offene Klientenübergabe (1.). In uns unbekanntem Situationen, in denen Angehörige und/oder Polizei/Feuerwehr am Ort der Krise anwesend sind, verwenden wir die beschriebene Aufgabentrennung (3.). Gerade bei möglichen Einweisungen wird von uns die Rollenteilung (2.) praktiziert. Die Übergänge können, wie beschrieben, fließend sein. Diese drei Methodiken stellen Rahmen dar, innerhalb derer Improvisation möglich ist. Diese Rahmenbedingungen sind beschreibbar und bieten die Möglichkeit, sie situationsgerecht zu nutzen und zu füllen. In allen drei beschriebenen Methodiken ist kollegiales Handeln und Reflektion der nächsten Schritte ein weiterer Grundsatz.

Bleibt abschließend zu fragen, wie denn nun in den beschriebenen Logiken und Rahmenbedingungen zusammengearbeitet wird, wie wird also gemeinsam improvisiert? Der Musiker Wynton Marsalis gibt uns einen Hinweis, wenn er sagt: „Spiel nicht zu laut und spiel nicht so, dass du anderen im Wege stehst“ (zitiert in Begel 1998, 439). Bei allen drei Methodiken geht es nicht um das Durchziehen von Techniken. Unser Augenmerk liegt dabei sowohl auf der Logik des eigenen Handelns als auch auf der Sicherung der Rahmenbedingungen. Alle drei vorgestellten Methodiken basieren auf diesem sensiblen „Zusammenspiel“ von Mitarbeitern, das der jeweiligen Situation angepasst werden muss. Die Analogie zum Jazz lässt sich noch weiter führen. Es wurde auch deutlich, wie „Solo“ und „Begleitung“ im Wechsel aufgegriffen werden. Während der Solist im Vordergrund in seiner Logik agiert, unterstützt der Begleiter im Hintergrund. Beim Wechsel wird die Führung übergeben, indem zunächst noch mal auf das Thema zurückgeführt wird.

Die vorgeschlagenen Strukturierungen der Handlungsräume im Geschehen zwischen Krise und Notfall bieten also Orientierungspunkte in einem ansonsten turbulenten Geschehen. So verhindern wir, als Berater im Rahmen einer Krisenintervention mit Aufgaben und Rollen überfordert zu werden. Betont werden sollte an dieser Stelle allerdings auch, dass die hier beschriebene Art der Teamarbeit nicht nur besprochen, sondern geprobt und Erfahrungen in dieser Art zu arbeiten kontinuierlich reflektiert werden müssen. Die vorgeschlagenen Handlungsräume lassen sich, wie erste Erfahrungen in der Fortbildung zeigen, auch durchaus auf andere Settings als den Berliner Krisendienst übertragen.

Literatur

- Begel, Amy (1998): The Family Conferenz: A Jazz Jam. *Families, Systems & Health*, 4, 437–451.
- Bergold, Jarg u. Ralf-Bruno Zimmermann (2002): Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes. Abschlussbericht. <http://www.krisendienstforschung.de>
- Berliner Krisendienst GbR (1999): Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Ciampi, Luc (1999): Die emotionalen Grundlagen des Denkens: Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Everstine, Diana Sullivan u. Louis Everstine (1997): *Krisentherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gahleitner, Kurt u. Olaf Neumann (1998): Psychosoziale Krisenarbeit in der Wohnungslosenhilfe. *Krisenhaus Manetstrasse – ein integratives Modell*. In Renate Walter-Hamann (Hg.), *Unternehmen mit Zukunft ... Von der Wohnungslosenhilfe zum regionalen Hilfeverbund (74–95)*. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe.
- Huizinga, Johan (1956): *Homo Ludens. Vom Ursprung der Kultur im Spiel*. Hamburg: Rowohlt.
- Neumann, Olaf (2002): Über die Sucht telefonieren zu müssen oder ein struktureller Ansatz in der Krisenintervention zum besseren Umgang mit Dauernutzern. *Psychiatrische Praxis*, 28, 411–416.
- Regus, Michael u. Rolf Depner (1998): Ambulante und mobile Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. *Ergebnisse der Begleitforschung zu einem Modellprogramm in Nordrhein-Westfalen. Sozialpsychiatrische Informationen*, 1, 12–23.
- Sauvant, Jean-Daniel u. Ulrich Schneyder (2000): Zur Unterscheidung von Notfall und Krise in der Psychiatrie. In Ulrich Schneyder u. Jean-Daniel Sauvant (Hg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie (45–54)*. Bern: Huber.
- Sonneck, Gernot (1997): *Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Olaf Neumann, Caritasverband für Berlin e. V., Berliner Krisendienst Region Ost, Irenenstr. 21 A, D-10317 Berlin.
E-Mail: o.neumann@berliner-krisendienst.de

Sozialpädagoge, Theaterpädagoge, Leiter des Berliner Krisendienstes Region Ost.

Manuskriptendfassung eingegangen am 30. März 2004.