

7 Bildkonstruktionen über den Krisenklienten

Dieses Kapitel beschäftigt sich damit, wie Mitarbeiter im Prozess der Krisenintervention sich ein Bild vom Klienten machen. In der Art der Fallschilderung wird deutlich, dass die Mitarbeiter ein großes Bedürfnis haben, ein Bild ihres Gegenübers zu schaffen und dieses im Laufe des Gesprächs in der Interaktion mit dem Klienten zu bestätigen oder zu verwerfen. Dabei werden zwei Varianten in der Orientierung der Bildgestaltung ersichtlich:

- a) Das krisenhafte Problembild (7.1)
- b) Das subjektbezogenes Bild (7.2)

Die Mitarbeiter führen mit den unterschiedlichen wahrgenommenen Signalen des Klienten (die krisenhaften und subjektbezogenen) einen Informationsverarbeitungsprozess durch, um die Krisenbehandlung gestalten zu können.

7.1 Das krisenhafte Problembild

Eine Bildart nenne ich das krisenhafte Problembild, welches sich aufgrund der dringlichen Krisensituation des Klienten nur auf (Selbst-) Gefährdungs- und Risikosignale begrenzt. Im folgenden soll anhand von zwei unterschiedlichen Beispielen das dringliche Zustandsbild dargestellt werden.

7.1.1. Am Beispiel von Notfällen – Die akute Suizidalität

Ein Extremfall der Problembildkonstruktion liegt bei akuten Krisensituationen vor. Wenn der Mitarbeiter davon überzeugt ist, dass er es offensichtlich mit einem akuten psychiatrischen Notfall zu tun hat, unternimmt er schnell etwas, ohne viel Zeit mit dem Klienten zur Diskussion einzuräumen. Er begrenzt sein Bild vom Klienten auf die akute Situation. Die Entscheidung für einen mobilen Einsatz, wie zum Beispiel bei einer Klinikweisung oder einem Hausbesuch, stellt eine sofortige Antwort auf die vom Mitarbeiter registrierten hohen Gefährdungssignale dar. Auf weiterführende Informationen wird verzichtet.

Wie die Erzählung von Herrn E zeigt, liegen zwischen der Gewissheit über das Vorliegen der Signale eines Notfalles und sich dem daran anschließenden Vorgehen keine weiterführenden Überlegungen. Dieses Handeln wird ohne langes Nachdenken durchgeführt. Die unausgesprochene Begründung muss man in der vorliegenden Gefährdungssituation suchen.

„[...] bei akuten psychiatrischen Notfällen oder gar Menschen die in, in psychotischen Ausnahmezuständen sich befinden und dort in irgendeiner Weise auch nur, auch nur ein, ein Hauch von Suizid also äh, äh, also nur in ein ganz leicht, da fang ich gar nicht an großartig rumzureden und zu diskutieren oder auf ein Gespräch zu kommen, sondern da ist Zack Bum Aus, Klinik angesagt. Einweisen Oder und Medikation so also, ich bin kein Freund von Klinikeinweisungen und aber in solchen Situationen bin ich einfach relativ äh klar.“ (HE, 1212-1226)

Der Mitarbeiter HE weist darauf hin, dass die Suizidalität in Verbindung mit dem Vorliegen eines psychiatrischen Notfalles als eine sehr gefährliche Situation eingeschätzt wird, die, wenn sie registriert wird, zu einem außergewöhnlichen Vorgehen führt und zwar zu einem unmittelbaren Handeln, das ganz anders aussieht als das, was der Mitarbeiter üblicherweise präferiert.

„Aber bei der Suizidalität und im psychiatrischen Notfall äh ist es noch mal so, dass also beim psychiatrischen Notfall ist noch mal eine ganz besondere Situation, da kannst du all das, was ich dir bisher erzählt habe und ich wiederhole es noch mal, wirklich vergessen. Da hab ich, spiel ich nur eine einzige Rolle und die ist ihn zu schützen. Koste was es wolle. Die Polizei, mit Arzt, mit Krankenwagen und was, da ist jedes Mittel recht.“ (HE, 1169-1177)

Der Schutz des Klienten steht an erster Stelle auch gegen seinen Willen.

„[...] im Kontext eines psychiatrischen Notfalls, da geht nix mehr von dem was ich dir vorher erzählt habe. Da ist alles ganz, ganz anders. Da ist wirklich Handeln und Schutz äh auch gegen seinen Willen indiziert, da gibt es nix anderes.“ (HE, 1154-1156)

Den Spielraum für andere Interventionsalternativen sieht der Mitarbeiter nicht mehr gegeben.

„Und da spiel ich auch nicht rum, da experimentier ich auch nicht rum, da ist es einfach, da ist einfach eine ganz klare Bedarfssituation angezeigt und da muss ich reagieren. Und nichts anderes und zwar ad hoc sofort und ohne irgendwelche äh Rollenspiele oder was auch immer, da geht gar nichts mehr.“ (HE, 1177-1188)

Für die Entstehung dieses Bildes ist entscheidend, wie eine andere Mitarbeiterin – Frau G – uns im folgenden zeigt, dass sie beim Klienten keine Veränderung in dessen Suizidabsichten erkennen kann, der Klient noch nicht einmal die Bereitschaft zeigen, über seine Befindlichkeit zu sprechen.

„Na ja, wenn jemand einfach irgendwie an//, anhaltend irgendwie äh sagt, er schmeißt sich jetzt vor' s nächste Auto oder er stürzt sich jetzt aus dem Balkon oder ähm ich, ich, ich nehm aber jetzt

das Messer und wenn Sie weggehen dann bringe ich mich erst recht um und lauter so Sachen und jemand irgendwie nicht, überhaupt nicht ins Gespräch kommt und da auch nichts weiter (ATMET TIEF) nichts weiter sich verändert, dann sag ich auch äh wir wissen aber das zu verhindern und ich werde dafür sorgen, dass Sie das jetzt nicht tun und dass Sie jetzt erst mal nen Break haben und dass sie jetzt erst mal ne Pause und dass Sie jetzt untergebracht sind zu ihrem eigenen Schutz, äh ich weiß, dass ich, es nicht wirklich verhindern kann aber äh jetzt halt ich ne Unterbringung für angebracht, zu ihrem eigenen Schutz und das ist meine Aufgabe.“ (FG, 977-986)

Die aktive Haltung mit unmittelbarer Handlungsintervention der Berater charakterisiert den Vorgang, wenn das krisenhafte Problembild im Vordergrund steht.

7.1.2 Am Beispiel einer psychischen Störung

Psychische Störungen stehen nicht immer in Zusammenhang mit einer akuten Krise. So schildern am Telefon Klienten ihre Beschwerden und Symptome, ohne dass für den Mitarbeiter dringender Handlungsbedarf besteht. Das Interventionsvorgehen richtet sich dann zuerst auf die Stabilisierung des psychischen Zustands des Klienten und dann verweisen sie weiter an eine fachkompetente Hilfeeinrichtung (vgl. 2.3.2.1 und 2.3.2.2). Dieser Prozess „*Stabilisieren-Weiterverweisen*“ schließt dabei eine Bearbeitung der Beziehungsebene mit unterschiedlichem Umfang ein.

Wie Herr A im folgenden Zitat erläutert, erfordert die hohe panische Spannung einer Klientin die Durchführung eines unmittelbaren Entspannungsverfahrens, um eine momentane Stabilisierung ihres psychischen Zustandes zu erreichen. Damit wird die körperliche und psychische Erregungsbereitschaft der Klientin augenblicklich reduziert.

„[...] jemand hat ein Angstproblem ähm äh und ruft mich an unmittelbar weil äh sie panische Angst hat, ne Agoraphobie von der Diagnose her, dann kann ich in der momentanen Situation gut mit ihr eine Atemübung machen am Telefon.“ (HA, 570-572)

Die angebotene Kontaktaufnahme auf der Beziehungsebene ist hier wichtig für die Entspannungsarbeit und für die Überprüfung der erzielten Ergebnisse, wie im folgenden deutlich wird:

„[...] und ich kann in Kontakt treten mit ihr und ich merke, wie sie sich beruhigt, wie die Angst weggeht, aber ich weiß, dass ich keine Angsttherapie mit ihr machen kann. Danke aber, da muss etwas passieren, vielleicht kann ich, ist der Kontakt in dem Moment sehr gut, ist die Beziehungsebene klappt prima, sie spürt richtig in einer, in zwanzig Minuten geht die Angst weg, das ist ja gut, fühle mich auch gut dabei.“ (HA, 572-576)

Die Beruhigung der Klientin verstärkt auch den sich etablierenden guten Kontakt. Der Mitarbeiter weiß aber, dass die Atemübung nur eine momentane Reduzierung der Angst bewirkt und das Phänomen der panischen Angst bald wieder auftreten kann. Um eine deutliche Besserung bei der Klientin zu erreichen, hält er eine Inanspruchnahme einer Psychotherapie für geboten und gibt daher eine Therapieempfehlung.

„[...] dann sag ich ist gut, aber jetzt ist es ja auch wichtig, was tun Sie, damit Sie nicht morgen wieder anrufen müssen oder nächste Woche, übernächste Woche, ist es auch wichtig diese Angststörung geht nicht einfach weg, sondern die geht nur weg, wenn Sie eine Therapie dazu machen, gehen sie da und dahin. Ja.“ (HA, 577-580)

Falls der Angstzustand mit einem aktuellen Konflikt verknüpft ist, hätte der Mitarbeiter hingegen einen Grund, Folgekontakte anzubieten und die Beziehung zu vertiefen. Entscheidend ist für Herrn A die Präsentation des Problems der Klientin für seine Handlungsentscheidungen.

„Wie er das präsentiert, es ist eine Frage der Präsentation, was ist sein Problem.“ (HA, 606)
„Wenn es nur isoliert als diese Angststörung präsentiert, sag ich gehen Sie da und dahin oder ich empfehle ihnen das und das ähm wenn er es eingebettet in eine psychosoziale Problematik ähm erwähnt, dann kann ich vielleicht eher denken, da ist auch der Krisendienst hilfreich.“ (HA, 610-612)

In den folgenden Erzählabschnitten von Herrn A ist auch deutlich zu erkennen, wie stark die therapeutischen Orientierungen den Blick des Mitarbeiters auf die Wahrnehmung und Einordnung von Symptomen prägen und wie sie mit den äußeren Rahmenbedingungen des Krisendienstes in Beziehung gesetzt werden.

„Nein, also in der Regel ähm, ich glaube, dass man in der Verhaltenstherapie eine Angststörung vielleicht mit 25 oder mit 30 Sitzungen behandeln kann, das ist nicht furchtbar lange, das ist immer noch Kurzzeittherapie ja, ähm mit anderen Therapieverfahren vielleicht länger ähm, aber das kann ich nicht in zehn Gesprächen wirklich angehen, dann müsste es immer einen anderen guten Grund geben warum ich sage, ich biete Ihnen trotzdem zehn Gespräche an. Weil die Angststörung so eingebettet ist in eine, weil sie, was weiß ich, vielleicht gerade irgendwie die Arbeit verlieren droht oder weil die Trennung von dem Freund bevorsteht oder so etwas und dann kann ich sagen, okay, Auslöser ist die Angst oder Ursache ist die Angststörung, es gibt aber einen aktuellen Konflikt, den kann ich vielleicht in zehn Gesprächen ähm sinnvoll behandeln.“ (HA, 588-597)

Beim Vorgang der Weiterverweisung ist die Klärung der Beziehungsebene in Bezug auf die institutionellen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Es sollte nicht passieren, dass der Klient die Weiterempfehlung als Zurückweisung erfährt.

„[...] da gibt es viele Erfahrungen hier im Krisendienst, dass äh Klienten sich abgeschoben fühlen, wenn wir sie jetzt weiterverweisen als ein, ne Distanzierung empfinden auf der persönlichen Ebene, auf der Beziehungsebene gerade dann, wenn die Beziehungsebene unklar ist.“ (HA, 167-170)

In einem anderen Fall erzählt Herr B die Schwierigkeiten bei einer Klientin mit einer Panikattacke, im Gespräch nach der Beruhigung die subjektive Bedeutung der panischen Attacke zu klären. Die Klientin reagierte mit Ärger, als der Mitarbeiter Herr B versuchte zu erklären, dass die Panikattacken nicht nur physikalische Phänomene sind, sondern dass die Klientin als Subjekt auch damit zu tun habe.

„[...] wenn sie anruft, dann hat sie immer, dann hyperventiliert sie, sie ist immer mitten in einer Panikattacke, es ist eine ältere Frau. [...] hab ich sie am Anfang beruhigt und sie wurde dann auch ruhiger am Telefon, die Atmung wurde ruhiger und dann hab ich gefragt, wie sie sich das denn erklärt, was mit ihr los ist.“ (HB B4, 455-460)

„Und ich hab dann versucht ihr zu vermitteln, dass sie das beeinflussen kann, ob diese Panik kommt oder nicht, nämlich in dem, was sie am Nachmittag vorher tut und ob sie Kontakt zu jemandem aufnimmt, zu ner Freundin oder zu ihrem Neffen oder ich weiß es nicht mehr und am Schluss hat sie mir gesagt, dass sie sich sehr darüber geärgert hätte, dass ich ihr gesagt habe, was sie denn jetzt tun sollte, weil darum wär es gar nicht gegangen.“ (HB B4, 468-473)

Die Bildkonstruktion über Klienten in der Kriseninterventionsarbeit ist ein ständiger Prozess. Bleibt der Mitarbeiter nur auf der Ebene der dringlichen krisenhaften Aspekte, kann die Person nur auf die Objektivierung ihres Problems reduziert werden und ihre subjektive Welt geht verloren.

Diese Bildart zeichnet sich im Wesentlichen durch die unmittelbare Handlungsintervention des Mitarbeiters ohne weitere Informationen über die Person aus.

7.2 Das subjektbezogene Bild des Klienten

Eine andere Möglichkeit besteht in einem subjektbezogenen oder personenzentrierten Bild, das ein erweitertes Bild des Klienten schafft und darauf hinweist, wie in der Regel im Kontext der Krisenintervention verfahren wird. Ausgehend von den krisenhaften Signalen sucht der Mitarbeiter Signale der subjektiven Welt des Klienten innerhalb der Krisensituation.

In der Darstellung der Ergebnisse dieses Kapitels werden die vorhandenen Beziehungsaspekte deutlich, die in den Bildkonstruktionsprozess eingehen.

Anhand von nicht akuten Suizidbeispielen wird gezeigt, wie Mitarbeiter subjektive Signale von Klienten suchen und erkennen.

7.2.1. Die Suche nach subjektiven Signalen in der Krise – am Beispiel nicht-akuter Suizidalität

In den Interviews wurde deutlich, dass Suizidalität nicht immer mit akuter Gefährdung verbunden ist. Sie kann sich auch in der Form zeigen, dass ein Mensch sich mit suizidalen Gedanken beschäftigt, ohne eine konkrete Absicht zur Umsetzung zu haben. Für die Entstehung eines personenzentrierten Bildes in diesem Fall ziehen die Mitarbeiter den Umgang des Klienten mit dem Thema Suizid in Betracht. Die Mitarbeiter versuchen, näheres über deren Suizidgedanken und Gefühle zu erfahren.

Im Kontext einer Suizidproblematik wird immer die Ernsthaftigkeit der Absicht eingeschätzt. Bei Klienten wird grundsätzlich die Selbstgefährdung während der Durchführung der Klärungs- und Entlastungsarbeit eingeschätzt. Offenheit des Klienten ist eine wesentliche Bedingung hierfür.

Die Mitarbeiter sind sich darüber einig, offen über die Suizidabsicht zu sprechen und konsequent zu fragen und ebenso offen für die Antworten des Klienten zu sein, ohne Angst zu entwickeln. Sie schließen in unterschiedlichem Ausmaß die subjektiven Aspekte des Klienten in die Krisenberatung ein:

- (a) Die Ermittlung sprachlicher Äußerung von der Suizidabsicht
- (b) Die Förderung eines autonomen Subjekts
- (c) Das Erfahren von individuellen Bedeutungen der Suizidabsicht und die Förderung subjektiver Anteile des Klienten
- (d) Die Bearbeitung der Ambivalenzsignale: Gefühle für und gegen Suizid
- (e) Das Erkennen von psychischen (Persönlichkeits-) Störungssignalen

a- Die Ermittlung sprachlicher Äußerung der Suizidabsicht:

Wenn ein nicht akuter Suizidklient anruft, ermittelt die Mitarbeiterin Frau G, ob das Subjekt sich überhaupt auf der sprachlichen Ebene darüber äußern kann. Das Gespräch darüber ist einerseits eine Bedingung, um etwas von der Suizidabsicht des Klienten zu erfahren. Andererseits weist es darauf hin, dass die Selbstgefährdung nicht so hoch ist. Die Frau G unterscheidet zwischen der Beschäftigung mit dem „*Thema Suizid*“ und dem „*Suizid als konkretes Agieren*“. Die Einschätzung der Suizidgefahr ist von dieser Unterscheidung abhängig. Spricht ein Klient am Telefon über seine Suizidabsicht, so

glaubt die Beraterin, dass der Klient etwas Abstand zum konkreten Suizidakt gewinnt. Das heißt, wenn ein Klient über seine Suizidabsicht sprechen kann, besteht immer noch eine Chance, weil der Klient anruft, anstatt die Selbsttötungsabsicht auszuführen. Dennoch, wenn jemand den Krisendienst mit einer Suizidabsicht anruft, wird der Anruf sehr ernst genommen. Aber: Das Vorhandensein von Wörtern stellt eine psychische Ressource dar, die dem Subjekt hilft, sich ein Stück von der Gefahr des Suizids zu entfernen.

„[...] ich nehme im Zweifelsfall das, was jemand **tut**, ernster als das, was jemand sagt. Und der Unterschied zwischen dem was er jetzt getan hat und zwischen dem was er mir grad am Telefon sagt, ich will sterben, also er sagt mir am Telefon ich will sterben, aber was er getan hat ist, er ruft an, weil er leben will. Und im Zweifelsfall nehme ich das **Tun** ernster als die Worte. Weil mit den Worten steh, kann man immer noch nen Stück draußen stehen, mit dem Tun steht man drin.“ (FG, 790-794)

Dies gilt bei der Differenzierung zwischen akuter und nicht akuter Suizidalität, allerdings unter der Bedingung, dass die Suizidabsichten noch „*nicht so konkret*“ sind, wie Herr HA im Folgenden ausführt. Stattdessen werden dem Klienten weitere Gespräche angeboten.

„[...] wenn jemand zum Beispiel sich mit Suizidgedanken trägt ähm, gibt es immer einen Punkt wo man sagt, jetzt muss jemand wieder in die Klinik. Ähm, man kann, das Risiko ist zu groß, dass jemand sich vor die U-Bahn wirft, aber es gibt oft Menschen, die sind suizidal, die beschäftigen sich mit äh Selbsttötung, die überlegen schon wie sie es machen, aber es ist nicht so konkret, so und dann kann es sehr gut sein ihnen hier heute und übermorgen und noch mal später Gespräche anzubieten.“ (HA, 372-381)

b- Die Förderung eines autonomen Subjekts:

Manche Mitarbeiter suchen nach einem autonomen Subjekt, besonders dann, wenn die Klienten keinen anderen Satz äußern als „*ich bringe mich um*“. Die Mitarbeiterin FG betont, dass sie sich als Gesprächspartnerin für dieses Thema versteht. Damit gibt die Mitarbeiterin dem Klienten die Möglichkeit, mit einem Anderen darüber zu sprechen. In diesem Beispiel erkennt man auch, dass die Mitarbeiterin nicht mehr als die Aussage: „*ich bringe mich jetzt um*“ empfangen hat. Die Mitarbeiterin Frau G berichtet im folgenden Zitat, dass sie die subjektive Bedeutung der Suizidabsicht nicht sucht, sondern dass sie anhand der Frage: „*Was wollen Sie damit von mir?*“ das Auftauchen eines autonomen Subjekts fordert. Die Mitarbeiterin erwartet, dass der Klient in diesem Moment ein konkretes Anliegen formuliert.

„[...] es gibt Leute bei denen das ganz anders ist. Aber mit denen man dann auch ganz anders in Kontakt kommt, aber diese Art von Kontakt, ich bring mich jetzt um mit diesen, mit diesen, mit dieser Erwartung, der Berater soll jetzt in Ohnmacht fallen, dann so etwas stehen, also den Mut zu

haben das stehen zu lassen, was natürlich auch nen Risiko ist, erst mal, erst mal zu schweigen, das erst mal wirken zu lassen und dann zu fragen was er denn jetzt mit dieser Aussage von **mir** will.“ (FG, 851-856)

Die Beraterin Frau G betont, dass sie den Klienten damit ernst nimmt. Sie will ihm auch zeigen, dass sie ihn erst kennen lernen möchte und dass sie von ihm ein konkretes Anliegen erhalten will, denn ohne dieses kann die Mitarbeiterin mit ihm nicht arbeiten.

„[...] das ist einerseits ist es ernst zu nehmen weil ich, ich kenne, ich kenne dich nicht, du musst mir trotzdem sagen was du jetzt von mir willst, einfach nur diese bescheidene Geste ich kenne dich nicht, das ist keine Kontaktaufnahme, lass uns doch jetzt mal uns erst mal kennen lernen was denn eigentlich los ist, also mit dieser Aussage kann ich nichts anfangen und ich mach, das ist auch ein Beziehungsangebot, diese Frage und er muss **antworten**, [...]“ (FG, 858-862)

Manche suizidalen Klienten sind am Anfang des Gesprächs nicht immer in der Lage, ein konkretes Anliegen zu formulieren. Wie die Frage der Mitarbeiterin Frau G nahe legt, können diese Klienten nur die Suizidabsicht äußern.

„[...] ganz oft entscheidet sich bei dieser Frage dann schon, wenn jemand weiter darauf besteht, ich will mich jetzt umbringen, diese Möglichkeit gibt es als Antwort, ich will sterben, ich will nicht mehr leben.“ (FG, 862-864)

Die folgende Erzählung der Mitarbeiterin Frau G zeigt, dass sie eine Klärung der Situation des Klienten und seiner Suizidabsichten sowie seiner Handlungsalternativen, als eine gemeinsam mit dem Klienten durchzuführende Aufgabe versteht.

„[...] wir können gerne zusammen gucken **und** meine Aufgabe ist es nicht, Sie weiter in den Abgrund zu begleiten, sondern meine Aufgabe ist zu gucken, was **jetzt** ist und zu gucken was Sie tun können.“ (FG, 910-912)

c- Das Erfahren von individuellen Bedeutungen der Suizidabsicht und die Förderung subjektiver Anteile des Klienten:

Die Tendenz, sich ein erweitertes Bild über den Klienten zu erschließen, erlaubt es dem Mitarbeiter, Zugang zu der individuellen Begründungen der Suizidabsichten zu erhalten.

Herr E verlangt nicht die Formulierung eines konkreten Anliegens vom Klienten, sondern er sucht nach jeder noch so kleinen Hoffnung, jedem kleinen Indiz eines Subjektes. Wo es hingehen soll, welche Intervention für diesen Klienten geeignet ist, wie er dem Klienten aus der Krise helfen kann. Er fragt sich in der Begegnung mit dem Klienten, in der zwei unbekannte Wesen aufeinander treffen, worin seine Hilfe bestehen kann. Der Mitarbeiter HE fragt sich, wonach der Klient momentan strebt. Der Blick richtet sich

darauf, eine Intention des Klienten zu erkennen, die er am Ende des Gesprächs als eine Interventionsrichtung nutzen kann.

„[...] dennoch ist es wichtig, dass am Ende der Stunde sozusagen klar wird, es muss nicht sonnenklar sein, aber es muss so ein, wie soll ich sagen, es muss eine, eine kleine Hoffnung geben, es muss eine kleine Idee geben, wo er hin möchte oder sie ja, der Klient wo er hin möchte und worin meine Hilfe bestehen könnte ne, weil ich kenn den nicht, er kennt mich nicht, wir sind, es sind zwei unbekannte Wesen, die aufeinander treffen und äh Gott ja.“ (HE, 133-138)

Bei der Erzählung des Mitarbeiters Herr E ist zu beobachten, dass er sich ganz offensichtlich mit der Suizidalität des Klienten auseinandersetzt, mit ihm ausführlich darüber spricht, eine „Konversation“ führt, was dessen Suizidalität auch verringern kann.

„[...] bei den weniger akuten Suizidanten, Suizidalen mache ich das zum Thema, also da gibt's eine Konversation, spreche ich drüber, frage nach.“ (HE, 1211-1212)

Hier wird kein autonomes Subjekt verlangt, sondern die Entfaltung der Subjektivität der Person gefördert. Es ist zu beobachten, dass durch die Konversation das Thema Mut und das Thema der Schmerzlinderung anhand von Essen auftauchen.

„Äh ich hab das auch sehr offen angesprochen und er hat auch gesagt, nein, dazu würde ihm der Mut fehlen, also sich zu suizidieren das äh, da würde ihm der Mut fehlen und ähm ja. (SPRICHT LAUTER) Ja dann sagt er noch er würde halt eben auch viel futtern, also viel essen um ähm seinen Schmerz äh, äh zu lindern.“ (HE E1, 80-83)

Die subjektiven Denk- und Wahrnehmungswelten und die individuellen Leidenssignale werden von Herrn E ermittelt. Er gibt deutlich zu erkennen, dass das Berater-Klienten-Verhältnis umso besser wird, je umfassender der Mitarbeiter die Denk- und Wahrnehmungswelten des Klienten erfasst.

„[...] du musst äh, du musst dich immer in diese Lebenswelten hinein begeben, [...] also je besser du das schaffst umso besser ist der Kontakt.“ (HE, 991-1009)

Entscheidend ist, dass der Mitarbeiter über eine Haltung verfügt, die es ihm erlaubt, die individuellen Leidenssignale des Klienten in seiner eigenen Wahrnehmungswelt zu identifizieren (Diese Thematik wird in den Kapitel 8.3 und 8.4 weiterbehandelt).

„Na ja das ist die Voraussetzung, weil ich meine, wenn du den Menschen nicht verstehst, also wenn du keinen Zugang hast zu deren Lebenswelten und auch das Leid nicht nachvollziehen kannst, hast du sowieso gar keine Möglichkeit, denen zu helfen.“ (HE, 1064-1066)

Die Bereitschaft, Fragen über das Thema Suizid zu stellen, öffnet einen Raum, um die Signale individueller Begründung der Suizidabsicht zu erhalten. Hier ist wichtig zu betonen, dass es um ein gemeinsames Anschauen geht, der Klient sich also für einen ge-

wissen Zeitraum nicht mehr allein damit beschäftigt. Die Mitarbeiterin Frau H bietet dem Klienten an, gemeinsam seine Suizid tendenz anzuschauen.

„[...] ich stell mich zur Verfügung, da auch mit hinzugucken, was dafür spricht zum Beispiel sich das Leben zu nehmen, also da hab ich keine Angst, mir das auch anzuhören.“ (FH, 655-657)

d- Die Bearbeitung der Ambivalenzsignale: Gefühle für und gegen Suizid:

Die Subjektivität kann sich auch durch die Ambivalenz äußern. Bei einigen Suizidklienten ist eine Ambivalenz zu erkennen, oft aber wird nur eine Seite davon sichtbar. Dies geschieht, weil sie sehr eingeeengt und auf das Negative fokussiert sind. Dann geht es darum, ihren Blick wieder zu weiten, was nicht einfach ist.

„[...] manchmal ist es nen bisschen schwieriger bei den Leuten, die sehr versunken sind in sich oder eingeeengt und ähm im Grunde genommen mache ich nix anderes, als bei anderen, versuche das etwas zu weiten, das, das, das Feld irgendwie, manchmal, manche Leute sind ja so eingeeengt auf bestimmte, halt auf das Negative und das, was schlecht ist und das versuch ich genauso in Frage zu stellen wie * das andere.“ (FH, 614-618)

Bei anderen Klienten fokussieren die Berater auf die Gefühle der Klienten, versuchen auf diese Weise herauszufinden, was für und was gegen einen Suizid spricht.

„[...] es kommt drauf an, es kommt wirklich auf die einzelnen Personen an oder ich geh einfach nen Stück mit, mit dem, wie' s ihnen gerade geht, also ich geh mit rein in die Gefühle, wie' s sich anfühlt und, * was dafür spricht, sich das Leben zu nehmen, was dagegen spricht.“ (FH, 618-624)

Der affektive Zustand des Klienten wird ernst genommen. Die Konstruktion des Bildes des Anderen unter Einschluss von Gefühlen hilft dem Mitarbeiter, mehr über die aktuellen Bedürfnisse des Klienten zu erfahren.

„[...] irgendwie gucken, nehm die Ambivalenz mit an und guck, gucke einfach was die Person in dem Moment braucht. Und lass mir was erzählen von dem, wie sich das anfühlt.“ (FH, 625-626)

Die interviewten Mitarbeiter sind sich bei diesen Gesprächen darin einig, sich auf die Seite des Lebens zu stellen. Sie haben zwar beide Seiten im Blick, aber unterstützen die Seite des Weiterlebens. Die Mitarbeiterin Frau G gibt den negativen Gefühlen einen Raum, spürt sie auf und spiegelt sie dem Klienten zurück. Die Erkennung der Ernsthaftigkeit der negativen Seite einer Suizidabsicht erlaubt ihr auch, einen Raum zu eröffnen, um innere Ressourcen, die den Klienten bis jetzt getragen haben, zu entdecken.

„[...] also wirklich auch mal zu gucken, ich nehm dich ernst, offenbar ist alles bei dir so schwer, dass du nicht mehr leben willst, dass du glaubst, das nicht mehr tragen zu können und ähm aber dass trotzdem ähm also wie, wie hast du denn das jetzt bis jetzt ausgehalten, also das ist auch, eröffnet auch den Raum zu ner Frage wie hast du das denn bis jetzt geschafft, wie hast denn du das so lange überlebt um, um dann zu gucken was, was, was macht das denn jetzt alles so.“ (FG, 873-877)

Die Mitarbeiterin Frau G benutzt eine Metapher für die aktivierten inneren Ressourcen. Diese versteht sie als „Krücke“ für den Klienten, die es ihm erlaube, eigene Perspektiven zu entwickeln.

„Also und dass das Wieso, das kann son ähm ne Krücke zum, das kann ne Krücke sein um, um selbst sozusagen wieder den eigenen Lebenspole aufzunehmen, also weil ich finde, also ich, ich **mag** das auch gerne mit Suizidalen zu arbeiten, ich mag, es ist irgendwie nen Klientel, was ich sehr gerne hab, weil ich finde, die sind sehr ehrlich.“ (FG, 918-922)

Die Mitarbeiterin Frau H bevorzugt es, nur auf der Seite des Weiterlebens zu arbeiten. Sie stellt sich zur Verfügung, um eine Brücke zwischen sich und dem Klienten zu bauen.

„[...] ich stell mich da irgendwie auf die Seite, * schon auf die Seite des Weiterlebenswollen, aber ähm ich seh das nicht als meine Aufgabe ähm das jetzt zu verhindern oder ähm... oder da was, also es ist nicht meine Aufgabe das Risiko abzumildern ne, sondern meine Aufgabe ist irgendwie mit der Person in Kontakt zu gehen und irgendwie ne Brücke zu bauen und * für mich ist auch klar, ich bin dafür da sozusagen ähm, die Seite des Weiterlebens anzugucken, also ich würde jemanden nicht dabei begleiten, der sich (Unverständlich) umzubringen, das nicht.“ (FH, 645-655)

e- Das Erkennen von psychischen (Persönlichkeits-) Störungssignalen:

Bei der Suche nach subjektiven Signalen in der Krise können Mitarbeiter Hinweise auf psychische Störungen erhalten. Der Mitarbeiter HE schätzt den affektiven Zustand des Klienten ein und setzt diesen in Verbindung mit einer depressiven Störung.

„[...] also er hing wirklich ähm, wie man hier in Deutschland sagt, so schön in den Seilen, also dem ging es wirklich richtig schlecht, das könnte man deutlich spüren (ATMET LAUT EIN) äh aber war, ich sag mal so, nicht suizidal, also ich mach//, ich mochte, wollte mir keine wirklichen Sorgen machen, also manchmal gibt es Klienten da mach ich mir Sorgen, das spür ich irgendwie, die haben ne Tendenz äh vielleicht zum Suizid oder so.“ (HE E1, 62-66)

„Aber das war bei ihm nicht so mhm, er war tief traurig, tief traurig, ja depressiv im Grunde genommen.“ (HE E1, 67-68)

Depressive Menschen können häufig suizidal sein, deshalb fragt sich Herr HE in diesem Falle immer, ob auch eine Suizidalität vorliegt.

„Dann hat er beschrieben, also diese typischen depressiven Symptome, dass er meinetwegen manchmal einfach nur im Bett liegt, sich in Tagträume flüchtet, stundenlang im Bett liegt sozusagen, vor sich hinvegetiert, wie äh er damals sagte; äh manchmal hat er auch die Hoffnung er würde nicht mehr, oder denkt dann er würde dann einfach nicht mehr wach werden und das ist, da muss man immer noch mal ein bisschen nachfragen, ob da nicht ein latenter Suizidgedanke hinter steckt, aber das habe ich überprüft und (SPRICHT LANGSAMER; JEDES WORT EINZELN) das war nicht der Fall.“ (HE E1, 71-80)

Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung benutzen Suizidabsichten als Macht- und Kommunikationsmittel (vgl. 9.1.2.1). Trotz der unangenehmen Wirkung dieser Beziehungsmodalität ist die geäußerte Suizidabsicht ernst zu nehmen. Herr E

betont, wie wichtig hierbei Erfahrung ist, um in der Lage zu sein, eine abschließende Einschätzung zu treffen.

„[...] aber es gibt auch noch ne andere Suizidalität die von ähm, ich sag mal neurotisch erkrankten Menschen ähm inszeniert wird und eingesetzt wird, auch als Machtmittel eingesetzt und da geh ich noch mal wieder anders mit um, mit dieser Suizidalität, das ist ne ganz heikle Geschichte, die ist grundsätzlich immer sehr, sehr ernst zu nehmen, weil du es ja eigentlich nicht wirklich weißt und das, glaube ich, kannst du auch nur lernen oder man lernt sein Leben lang durch diese Arbeit dazu, um das wirklich abschließend einzuschätzen.“ (HE, 1195-1202)

Diese Form der Inszenierung wird eher von Dauerklienten angewendet. Sie wird von den Beratern auch als eine Form von Erpressung erlebt wie z. B. Frau G uns zeigt (vgl. 9.1.2.3.4). Sie geht auf die Inszenierung nicht ein, d. h. sie reagiert nicht auf die angebotene Beziehungsmodalität des Klienten, sondern fördert durch Fragen den Einbezug des Realitätsprinzips. Sie fragt z. B. warum jemand jetzt angerufen hat.

„[...] bei Dauerklienten oder so was die, die wo, die erkennbar Erpressung damit arbeiten frage ich auch als nächstes warum sie' s nicht, warum sie denn jetzt angerufen haben und warum sie' s nicht schon getan haben.“ (FG, 868-870)

Frau G beschreibt, dass Dauerklienten keinen „echten“ Kontakt aufnehmen. Eher sei das Anrufen im Krisendienst eines von mehreren Symptomen, und dass kein „echter“ Anruf mit einer Krisenbewältigungsabsicht.

„[...] entweder man kommt [...] in echten Kontakt oder es ist relativ schnell klar, dass sie irgendwie, das ist eins von vielen Symptomen ist dann im Krisendienst anzurufen.“ (FG, 880-882)

Es wird vor allem erkundet, ob der Klient überhaupt über das Thema Suizid sprechen kann und wenn ja, wie und was er äußert, um dadurch dessen individuelle Bedeutungsgebung zu erfahren.

Im Vergleich zu den akuten Suizidklienten können die „nicht-akuten“ Suizidalen über ihre Suizidabsicht sprechen. Es wird auf der sprachlichen Ebene verhandelt und dem Mitarbeiter erschließt sich die innere Welt des Klienten. Die Mitarbeiter erkunden, wie die Klienten darüber sprechen.

Bei der Berücksichtigung der subjektiven Begründung von Selbsttötung besteht ein wichtiger Bestandteil darin, ein subjektbezogenes Bild des Klienten zu entwickeln. Unter der Kategorie „Auftreten/ Wahrnehmung von subjektiven Aspekten im Suizidkontext“ werden die besonderen Vorstellungen und Affekte des Anderen in Hinblick auf seine Suizidabsicht im Gespräch verstanden. Die Konstruktion des erweiterten Bildes über den Klienten umfasst auch Gefühle.

Zusammenfassend:

Die personenzentrierte Bildkonstruktion der Berater schließt die subjektive Welt des Klienten und die Bedeutung ein, die der Klient seiner Krisensituation gibt. Damit verschaffen sich die Mitarbeiter einen Zugang zu der Bedeutungswelt des Klienten und sind aktiv auf der Suche nach subjektiven Signalen in der Krise: Manche Berater betonen die autonome Teilnahme des Klienten, andere ermitteln die individuelle Bedeutung der Suizidabsicht bei Bearbeitung von Ambivalenzsignalen auf der sprachlichen oder der Gefühlsebene oder beim Erkennen von psychischen (Persönlichkeits-) Störungssignalen.

7.3 Der Übergang von einem zum anderen Bild am Beispiel eines akuten postsuizidalen Falls

Beide Bildarten – das auf die dringliche (Selbst-) Gefährdung begrenzte oder das, welches die subjektiven Aspekte des Klienten einbezieht, schließen sich nicht gegenseitig aus. Die Mitarbeiter streben es aber an, zu der subjektiven Welt des Klienten Zugang zu erhalten. Es gibt Mitarbeiter, denen es gelingt, ihre Aufmerksamkeit von den krisenhaf- ten- und problembezogenen Signalen zu subjektbezogenen Signalen des Klienten zu verlagern.

Zwei Bedingungen dieser Verschiebung der Aufmerksamkeit werden in der Fall- erzählung von Mitarbeiter Herr B deutlich: Eine besteht in der Anstrengung des Mitarbeiters sich für die Subjektivität des Klienten zu öffnen, obwohl der Klient akut gefährdet ist. Die andere Bedingung liegt auf Seiten des Klienten. Er muss in der Lage sein und er soll es auch wollen, sich zu öffnen und dem Mitarbeiter Zugang zu seiner subjektiven Realität zu lassen, was aber nicht immer der Fall ist. Dies soll im folgendem Fall veranschaulicht werden.

7.3.1 Problembezogenes Bild des Klienten – Notfallevidenzen

Der Mitarbeiter Herr B berichtet im Interview über eine Klientin, die nach einem fehlgeschlagenen Suizidversuch anruft. Sie erscheint ihm weiterhin suizidal.

„[...] es war eine Frau, die angerufen hatte nach einem Suizidversuch, sie war nachdem sie Tabletten [Barbiturat] eingenommen hatte, drei Tage später in ihrer Wohnung wieder wachgeworden und sie hatte angerufen, weil sie, weil der Versuch fehlgeschlagen war.“ (HB B1, 20-22)

Herr B beschreibt, welche Signale er von der Frau erhalten hat. Seine erste Absicht war es, nur die Gefährdungssignale der postsuizidalen Situation zu beachten und den körperlichen Zustand der Klientin einzuschätzen.

„[sie] sagte, dass sie noch sehr schwach ist und dass sie in der Wohnung gestürzt war äh, dass sie nicht richtig laufen konnte und ich einfach auch wissen wollte wie ähm, wie es körperlich bei ihr aussieht, ob sie einen Arzt braucht.“ (HB B1, 25-27)

Der Mitarbeiter hat über die Klientin bereits Informationen vorliegen, da sie bereits einen Tag vorher mit einem Kollegen (vom Tagesdienst) telefoniert hatte und erzählte, dass sie trotz ihres schlechten körperlichen Zustandes keinen Besuch wollte und sich wieder melden würde.

„Sie ist wach geworden, sagte sie, und sie war erst mal ratlos und dann hatte sie starke Schmerzen und äh hatte Sehstörungen und also ihr ging es körperlich sehr schlecht und ähm, sie hat dann über die Auskunft über die Telefonauskunft die Nummer des Krisendienstes bekommen und hat dann erst vormittags im Tagdienst angerufen, dann mit meinem Kollegen gesprochen, und dann mit mir.“ (HB B1, 175-179)

„[...] sie hatte ja vorher angerufen an dem Tag und hatte gesagt, dass sie eigentlich ein persönliches Gespräch gar nicht will.“ (HB B1, 178-180)

Er denkt zunächst an die Schwierigkeit, dass diese Frau Hilfe bereits abgelehnt hatte und keinen Hausbesuch wollte. Er äußert eindeutig seine feste Intention, ein persönliches Gespräch mit der Frau durchzuführen.

„Das war schwierig weil ähm, ich hatte, ich dachte am Anfang, das kann sehr brüchig sein, sie hatte ja vorher angerufen an dem Tag und hatte gesagt, dass sie eigentlich ein persönliches Gespräch gar nicht will und ich wollte das aber.“ (HB B1, 308-310)

Die Erzählung von Herrn B zeigt, dass er sich zunächst auf die Gefährdungssituation der Frau konzentriert, sowie auf ihre ablehnende Haltung Hilfe gegenüber, sowie auf ihren schlechten körperlichen Zustand. Die Frau fürchtete, dass sie in eine Klinik eingewiesen wird und blieb deshalb sie ablehnend.

„[...] sie wollte nicht in die Klinik.“ (HB B1, 47)

„[...] sie hat erzählt, dass es ihr körperlich sehr schlecht ging und dass sie aber nicht wollte, dass jemand zu ihr kommt.“ (HB B1, 124-125)

„[...] ist extrem noch unter Suizidverdacht ohne Namen und Adresse.“ (HB, 184)

Zunächst glaubt der Mitarbeiter, sie nicht alleine lassen zu können und dringend ihren gesundheitlichen Zustand und ihre Suizidalität abklären zu müssen.

„Und ich hatte jetzt schon gedacht, dass es nicht ausreicht sie da alleine zu lassen, ich dachte, dass man zwei Sachen klären muss, nämlich was ist mit ihr gesundheitlich und ist sie noch suizidal. Also das zweite ja.“ (HB B1, 179-181)

Die Unerreichbarkeit der Klientin verbunden mit hoher Selbstgefährdung führt den Mitarbeiter HB zunächst zur Beibehaltung einer problemorientierten Bildkonstruktion: die Überlegung eines mobilen Einsatzes gegen den Willen der Klientin.

„Ich hatte auch überlegt, wenn sie ihren Namen und ihre Adresse preisgibt, ob wir auch gegen ihren Willen dann dahin fahren, ja.“ (HB B1, 183-184)

Es war zunächst sein Ziel, eine Zustimmung zu einem Hausbesuch zu erhalten.

„[...] ich fand es sehr unbefriedigend auch, dass das nicht passiert war [ein Hausbesuch und die Abklärung ihres gesundheitlichen Zustandes und deswegen war auch mein Ziel, sie zu überreden mich dahinkommen zu lassen.“ (HB B1, 181-183)

Er ist erfolgreich und die Klientin erlaubt ihm dies, was er als ein Kooperationsangebot der Klientin interpretiert.

„Okay und sie war dann aber sehr kooperativ und hat gesagt, sie würde sich besuchen lassen.“ (HB B1, 184-185)

In der Anfangssituation des Hausbesuches, wie der Mitarbeiter Herr B uns erzählt, richtet sich sein Blick nur auf das Gefährdungsniveau und den körperlichen Zustand der Klientin, um ggf. eine entsprechende ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

„[...] und dann bin ich dahin und es ging am Anfang **wirklich nur** darum zu gucken was mit ihr ist. Ja, also wie akut, braucht sie Hilfe, braucht sie ärztliche Hilfe und ist sie noch suizidal.“ (HB B1, 185-187)

„[...] mein erstes Ziel war zu gucken, was körperlich mit ihr ist, weil äh sie war, also sie hat auch Wochen danach nicht schlafen können, die Vergiftung durch die Schlaftabletten war.“ (HB B1, 134-136)

Der Mitarbeiter erhält die Gewissheit, dass es sich um einen ernst genommenen Suizidversuch handelte, den die Klientin ein Jahr lang vorbereitet hat. Biographische Daten der Klientin bringen subjektive Aspekte in den Kontakt.

„[...] sie hat über ein Jahr lang [die Tabletten] gesammelt und sie hatte eigentlich alle, alles abgeschlossen in ihrem Leben, also es war.. Ja, also im Grunde war es ein Unfall, dass es [der Suizidversuch] nicht funktioniert hat.“ (HB B1, 142-144)

„[...] sie hat vorher wirklich ein Jahr lang auf diesen Moment hin gearbeitet und dann hat es nicht geklappt.“ (HB B1, 210-212)

Der Herr B ermittelt, dass die Frau ganz allein das Ende ihres Lebens organisiert und geregelt hatte.

„[...] und nachdem, was sie erzählte ähm war das ein ernstgemeinter Versuch, sie hatte vorher alles versucht zu regeln, sie hatte genau noch bis Monatsende Geld, äh sie war nicht mehr krankenversichert ähm und sie hatte ihren Freunden gesagt, dass sie aufs Land fährt, also es war, war schon eher ernst gemeint und nun wusste sie einfach nicht, was sie machen sollte, sie hatte keine Tabletten mehr und sie war noch am Leben so.“ (HB B1, 33-37)

Herr B hebt die immer noch akute Suizidgefahr der Klientin hervor.

„[...] sie hat immer gesagt, dass sie sich, dass sie es versuchen würde, aber dass sie sich auch vorbehält, äh sich dann doch irgendwann umzubringen.“ (HB B1, 215-216)

7.3.2 Verschiebung von Problembezogenen zu subjektiven und Beziehungsaspekten im Klientenkontakt – Der Wandel

Der Mitarbeiter erhält neue Signale, die nicht so richtig zu seinem von der Frau konstruierten problembezogenen Bild passen. Er besucht die Frau zu Hause und sie erwartet ihn mit Kaffee. Das Kaffeekochen der Frau erschüttert den Mitarbeiter.

„[...] ich war sehr, sehr bewegt davon, dass sie Kaffee gekocht hatte, das kommt nämlich sehr selten vor. Und dann hab ich bei ihr gegessen und hab Kaffee getrunken.“ (HB B1, 31-33)

Man könnte das Kaffeekochen nur auf eine normale, nicht verloren gegangene soziale Norm der Frau zurückführen. Aber die Erschütterung des Mitarbeiters verweist darauf, dass die Klientin in der Lage war, sich in seine Situation zu versetzen.

„[...] es war sehr stimmig in der Situation und diesen Kaffee gekocht zu bekommen, das fand ich irre, also von einer Frau, die vor drei Tagen äh sich noch umbringen wollte äh dass die noch soweit denkt sich zu überlegen, dass ich vielleicht einen Kaffee trinken möchte, wenn ich dahin komme.“ (HB B1, 336-340)

Der Mitarbeiter entdeckt eine soziale und gesunde Seite in der Frau, weil sie an ihn gedacht hat und nicht total ihrer Problematik ausgeliefert war.

„Ja, sie wollte höflich sein und sie ist sehr mitgeschwungen, also sie hat sich viel glaube ich auch Gedanken drüber gemacht wie, wie das für mich war dahin zu kommen. Und das äh, das fand ich sehr gesund. An der Stelle und ich dachte, damit kann man auch arbeiten.“ (HB B1, 342-359)

Der Mitarbeiter betont, dass er sie nicht auf ihre Suizidalität begrenzen will, sondern sie als ganze Person sehen sollte.

„[...] ich kann mir vorstellen, dass das äh, dass für sie klar war, dass sie nicht nur eine äh suizidale Klientin ist für mich, sondern dass ich auch den Rest ihres Lebens noch gesehen hab. Ich hab sie

auch viel gefragt, also ich fand das immer sehr spannend wenn sie erzählt hat was sie früher so gemacht hat.“ (HB B1, 379-382)

Eine wichtige Erfahrung war, dass er beim Kaffeetrinken die Gelegenheit hatte, nicht nur nach ihrer Problematik, sondern auch nach ihrem restlichen Leben zu fragen. Er hat ein ihm bekanntes Buch auf ihrem Tisch gesehen und fasste die Gelegenheit beim Schopfe, um mit ihr über ihr Interesse an diesem Buch und über ihre Gemeinsamkeiten zu sprechen.

„[...] äh lag auf dem Tisch ein Buch von Hofstetter Gödelscher Bach.“ (HB B1, 317-318)
„[...] ich weiß noch es gab ein Gespräch über dieses Buch und ähm ich glaub sie hat sich sehr gefreut, dass wir beide dieses Buch gelesen hatten und äh es ging dann erst mal überhaupt nicht um sie, sondern es ging über eine Gemeinsamkeit ja.“ (HB B1, 324-326)

Der Mitarbeiter erfährt noch mehr über die Lebensgeschichte der Frau und ihre intellektuellen und kulturellen Interessen.

„Und dann kam mal raus, dass sie äh damals `68 zur äh zur Frankfurter Schule, also diesem ähm kritischen Politologenkreis sehr enge Kontakte hatte und äh ne sehr intellektuelle Frau auch ist ähm, kulturell sehr interessiert.“ (HB B1, 330-332)

Hier stellt der Mitarbeiter fest, dass es noch andere wichtige Themen in ihrem Leben gibt und dass es „angenehme“ Gemeinsamkeiten zwischen ihnen gibt. Besonders wichtig ist es festzustellen, dass der Mitarbeiter im Gespräch einen Raum für andere Themen eröffnet und sich somit nicht auf ihre Problematik begrenzt, also ein erweitertes Bild von ihr gewinnt.

„[...] es ging auch in den Gesprächen immer mal so ein bisschen um andere Dinge, also was war sonst noch so Wichtiges in ihrem Leben, das war dann irgendwie Berlinale in der Zeit, da gab' s dann Bezugspunkte, also das hat ganz gut geklappt weil wir so ein bisschen aus einem ähnlichen Umfeld kamen und das wurde auch sehr schnell deutlich ja und äh das hat auf eine angenehme Art und Weise übereingestimmt.“ (HB B1, 332-336)
„[...] sie später dann 1968 zur Studentenbewegung und dann später zum Fernsehen, sie hatte ein sehr bewegtes Leben und ähm ich fand sie konnte sehr gut erzählen.“ (HB B1, 393-398)

Die neue Orientierung des Gesprächs erleichtert es der Frau, sich zu öffnen und erlaubt dem Mitarbeiter, Zugang zu anderen Bereichen ihrer Lebensgeschichte zu bekommen.

„[...] wir sind sehr schnell miteinander warm geworden, aber ich glaube auch, vielleicht hat es ihr das in sofern erleichtert, weil, weil es andere Bereiche ihres Lebens gab mal zu denen ich auch zumindest ein bisschen Zugang hatte.“ (HB B1, 377-379)

Ein erweitertes Bild vom Klienten erlaubt dem Mitarbeiter nicht nur subjektive Aspekte zu gewinnen, sondern es wirkt sich positiv auf das Berater-Klient-Verhältnis aus.

„[...] ich hab aber auch gemerkt, dass das, dass das ganz gut für unser Verhältnis ist ja, wenn es nicht immer nur um die Frage geht, bringt sie sich noch um und was hat sie denn da gemacht und ja, wie schlecht geht es ihr denn ja.“ (HB B1, 386-389)

7.3.3 Zugang zur Person

Die Arbeit, den Anderen zu begreifen oder bescheidener formuliert, die Arbeit, den Anderen in seiner Krise zu verstehen und biographische Zusammenhänge herzustellen, gelingt nicht ohne die Erfahrung der Ratlosigkeit, der Überraschung. Sie ist mit Anstrengung verbunden und hat auch einen Einfluss auf die Berater-Klient-Beziehung.

Die Absicht zu haben, den Klienten von ihnen heraus zu verstehen und ihn nicht nur von außen zu beobachten, erlaubt einen Zugang zu der Person. Zunächst hat der Mitarbeiter Herr B versucht, mit einem Krisenparadigma Zugang zu der Person zu erhalten.

„[...] ich war am Anfang ziemlich ratlos, das weiß ich noch, weil ich das Gefühl hatte, es gibt keine typische psychische Erkrankung und es gibt auch eigentlich keinen äußeren Anlass, dieser Unfall war schon fünf oder sechs Jahre her ähm und es gab jetzt kein auslösendes Ereignis wo ich dachte, was ich hätte aufgreifen können.“ (HB B1, 260-265)

Der Mitarbeiter erkennt aber, dass es bei der Frau kaum Möglichkeiten gab, Lebensperspektiven von außen hinzuzufügen, ihr eine andere Sichtweise nahe zu bringen. Er kann nur damit arbeiten, was sie mitbringt. Das erreicht man nur, wenn man den Klienten von innen heraus versucht zu verstehen und dessen Vorstellungen erkennt.

„Und äh ich hab dann gedacht, ich kann letztlich nur, also wirklich nur mit dem arbeiten was sie sich für sich vorstellen kann, es gibt, dachte ich, kaum Möglichkeiten, dass ich von außen etwas hineinbringen kann, eine andere Sichtweise, es war sehr schwer.“ (HB B1, 268-271)

Er erkennt, dass sie zunächst nicht nur ihr Elend und ihre Suizidabsicht sieht, sondern, dass sie andere Perspektiven von sich selbst einnehmen kann.

„[...] genau, das hat sie gemacht und ähm sie war nicht so sehr fixiert auf sich, dass sie nun nur ihr Elend gesehen hat, was häufig bei Klienten bei uns so ist. Ja, ich hatte das Gefühl, sie kann zumindest noch eine andere Perspektive einnehmen und ich dachte wenn sie das kann, dann kann sie auch eine andere Perspektive zu ihrer Situation einnehmen irgendwann. Also ich, da in der Situation dachte ich schon, dass das gut klappen kann an der Stelle.“ (HB B1, 361-365)

Hier betont der Mitarbeiter, dass er versucht hat, Lebensperspektiven bei ihr zu finden und sich nicht auf die Suizidalität zu begrenzen.

„[...] ich hab dann ganz vorsichtig versucht ähm mit ihr zu gucken ob' s, ob es ne Perspektive gibt, also ob sie sich noch irgend etwas anderes vorstellen kann.“ (HB B1, 38-39)

Aus den Daten zur Biografie konnte die Frau mit Hilfe des Mitarbeiters eine subjektive Bedeutung für ihre Suizidabsicht konstruieren, die Herr B wie folgt erzählt:

„Ja, also das Problem bei ihr war, dass sie infolge eines Unfalls sehr stark körperbehindert war ähm, sehr große Schwierigkeiten hatte ihre Rentenansprüche durchzusetzen, also sie hatte sehr sehr wenig Geld und sie hat äh früher beim Fernsehen gearbeitet und ganz viel gemacht und kannte, kannte sehr interessante Leute und äh aufgrund dieser Behinderungen hat sie sich immer weiter zurück gezogen und hatte einfach das Gefühl, dass sie im Grunde nichts mehr tun kann.“ (HB B1, 234-238)

Der Mitarbeiter erreicht, dass sie wieder „nach vorne gucken“ konnte.

„[...] erst im Lauf dieser Gespräche wurde, wurde es überhaupt möglich dass sie, dass sie auch wieder nach vorne gucken konnte.“ (HB B1, 210-211)

Fazit

In der Begegnung mit dem Klienten werden Krisensignale vom Mitarbeiter aufgespürt und differenziert: einerseits die dringlichen krisenhaften problembezogenen Signale und andererseits die subjektbezogenen Signale. Es wurde deutlich, dass bei der Bildkonstruktion vom Klienten in der Krisenberatung eine von beiden Dimensionen betont wird. Die beschriebenen Bilder sind nur als Tendenzen zu begreifen. Es gibt immer die Möglichkeit, dass die Bilder sich in die eine oder in die andere Richtung verändern, je nachdem, welche Signale vom Mitarbeiter wahrgenommen werden.

Die problembezogenen Signale umfassen nur die Gefährdungs- und Risikosignale. Dabei ist der Zugang zu der subjektiven Welt des Klienten nicht vorhanden oder extrem eingeschränkt. Diese Bildart zeichnet sich im Wesentlichen durch die unmittelbare Handlungsintervention des Mitarbeiters ohne weitere Informationen der Person aus.

In einer Krisenhilfeeinrichtung lässt es sich nicht vermeiden, akute Krisensituationen in bezug auf Risikofaktoren einzuschätzen insbesondere bei bestehender Suizidalität. Dieses bringt die Konzentrierung auf die akuten Signale mit sich. Dafür ist ein fachkompetenter Blick notwendig, der die Krisensignale ordnen und unterscheiden kann. Wenn kein Zugang zu der Person aufgrund einer physischen oder psychischen Begrenzung (psychotische Dekompensierung) oder bei hoher Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben ist, reduziert sich der Blick der Berater noch mehr auf Symptome und auf die geschilderte Problematik.

Eine andere Möglichkeit besteht in einem personenzentrierten oder subjektbezogenen Bild. Dies ist ein erweitertes Bild des Klienten. Dieses schließt die subjektive Welt des Klienten und die Bedeutung, die der Klient seiner Krisensituation gibt, ein. In diesem Verfahren unterscheiden sich die Mitarbeiter auch.

Am Beispiel von akuter und nicht akuter Suizidalität wurden die Dimensionen der Bildkonstruktion dargestellt und gezeigt, dass sie einander nicht ausschließen.

Es gibt unterschiedliche Faktoren, warum Mitarbeiter sich auf die individuelle Bedeutung der Krisensituation oder auf eine dringliche Problemlösung des Klienten zentrieren und sich damit für das eine oder andere Bild entscheiden.

Steht die Wahrnehmung einer akuten Not- oder krisenhaften Situation im Vordergrund, so wird das Bild auf Gefährdungssignale begrenzt. Wenn aber keine akute Notsituation erkennbar ist z.B. stattdessen die Wahrnehmung von Symptomen einer spezifischen Störung im Vordergrund steht, dann entscheiden sich die Mitarbeiter für das subjektbezogene Bild.

Findet der Mitarbeiter einen Zugang zu subjektiven Anteilen des Klienten, dann hat der Mitarbeiter einen Grund, Folgekontakte anzubieten und die Beziehung zu vertiefen. Entscheidend ist die wahrgenommene Präsentation des Problems durch den Klienten für die Handlungsentscheidungen des Mitarbeiters.