

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie  
der Freien Universität Berlin

**Prozess und Wirkungen des Erstgespräches im Ber-  
liner Krisendienst  
aus Sicht der BeraterInnen**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Philosophie

Vorgelegt von

Dipl.-Psych. Ulrike Freikamp

Erstgutachter: Prof. Dr. Jarg Bergold  
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Verteidigt in Berlin am 05. Juni 2012

## Danksagung

Ich möchte den Menschen danken, die mich auf dem langen Weg zur Dissertation begleiteten und unterstützten:

Ich danke den BeraterInnen des Berliner Krisendienstes, die mir ihr Wissen uneigennützig und offen weitergaben und den Prozess der Forschung konstruktiv begleiteten. Besonderer Dank gilt Jarg Bergold und Anna Auckenthaler für die engagierte und geduldige Betreuung meiner Dissertation, aber auch Manfred Zaumseil und Dieter Kleiber wie den TeilnehmerInnen des Doktorandencolloquiums an der FU Berlin für viele Anregungen in konstruktiven Diskussionen. Ich danke besonders Gerd Pauli, ohne dessen tatkräftige Unterstützung der Zugang zum Untersuchungsfeld, dem Berliner Krisendienst, nicht gelungen wäre. Mein Dank gilt ebenso meinen Kolleginnen, Rubina Vock, Sabine Vogt und Anne Achtenhagen, mit denen ich in unserer kleinen Arbeitsgruppe erste, entscheidende Schritte der Auswertung ging. Nicht vergessen möchte ich Gabi Ballhausen und Marianne Henry in meinem Dank, ohne deren kompetente Transkriptionen meine Arbeit um einiges komplizierter gewesen wäre.

Ebenso wichtig war für mich die finanzielle und ideelle Unterstützung des Studienwerks der Rosa-Luxemburg-Stiftung: Forschungswerkstätten, Doktorandencolloquien und die Mitarbeit im Arbeitskreis „Qualitative Methoden“ bereicherten und inspirierten mich. Darüber hinaus möchte ich meiner Lehranalytikerin Almut Bruder-Bezzel danken, die geduldig die Höhen und Tiefen meiner Arbeit begleitete und mir half, auch in schwierigen Phasen, nicht den Überblick zu verlieren.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann, der mich in allen Arbeitsphasen unterstützte und ohne dessen Beistand, diese Dissertation unmöglich gewesen wäre. Auch möchte ich meinen Kindern für ihre Geduld danken und besonders meinen Töchtern Irene und Sophie für das Korrekturlesen meiner Arbeit.

Diese Arbeit widme ich meinem Vater, Konrad Skuin, der meine Liebe zur Wissenschaft weckte und mich stetig ermutigte, meinen beruflichen Weg zu gehen.

## Zusammenfassung

Im Ergebnis der vorliegenden Forschungsarbeit wurde *einerseits* ein Prozessmodell für die Analyse von heterogenen Erstgesprächsprozessen und ihren Wirkungen entwickelt und *andererseits* konnten auf dessen Basis Erstgesprächsprozesse und ihre Wirkungen im Berliner Krisendienst (re)konstruiert und verglichen werden. Auf der Grundlage von fünf Problemzentrierten Interviews mit erfahrenen BeraterInnen, die 27 ausführlichen Narrationen über konkrete Erstgespräche einschlossen und deren Auswertung sich an der Grounded Theory orientierte, wurde zunächst das alle Erstgespräche strukturierende, zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung entdeckt. Darauf aufbauend wurde ein differenziertes Prozessmodell und Methodeninventar zur Analyse von Berichten über Erstgesprächsprozesse entwickelt. Auf dieser Grundlage wurden die Erstgesprächsprozesse (re)konstruiert. Die rekonstruierten Erstgesprächsprozesse ließen sich in Prozessmustern zusammenfassen, die einerseits bestimmten KlientInnengruppen zugeordnet wurden, aus denen aber andererseits auch KlientInnengruppen übergreifend Gruppen mit ähnlichen Prozessverläufen und Wirkungen gebildet werden konnten.

**Schlüsselwörter:** Krisenintervention, Erstgespräch, Prozess und Wirkungen, Beziehungsgestaltung, Prozessforschung, Psychosoziale Krisen

## Abstract

On the one hand, a process model for the analyses of heterogeneous processes in first interviews and their effects was developed as a result of the present research paper. On the other hand, processes in first interviews and their effects in the *Berliner Krisendienst* could be (re)constructed and compared on its basis. Five problem centred interviews with experienced counsellors were analysed on the basis of *Grounded Theory*. They included 27 detailed narrations of specific first interviews. First, the central phenomenon of the shaping of relationships, structuring all first interviews was discovered. Starting from these findings a nuanced process model and inventory of methodology for the analyses of reports about first interview processes was developed and used to (re)construct the processes of the first interviews. The reconstructed processes of first interviews could be subsumed in process patterns that could be attributed to specific groups of clients. It was further discovered however, that these patterns could also help build comprehensive client groups with similar devolution processes and effects.

**Key words:** crisis intervention, first interview, process and effects, shaping of relationships, process research, psychosocial crises

# Inhalt

<b>I EINLEITUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>II THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....</b>	<b>11</b>
II.0 EINLEITUNG.....	11
II.1 KRISEN- UND KRISENINTERVENTION.....	12
II.1.1 <i>Krisenkonzepte</i> .....	13
II.1.1.1 Allgemeine Begriffsbestimmung .....	13
II.1.1.2 Krisenarten.....	19
II.1.2 <i>Kriseninterventionskonzepte</i> .....	25
II.1.2.1 Allgemeine Ansätze.....	26
II.1.2.2 Krisenartsspezifische Ansätze .....	33
II.1.2.2.1 <i>Krisenanlassspezifische Kriseninterventionen</i> .....	33
II.1.2.2.2 <i>Kriseninterventionen, die sich an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen orientieren</i> .....	37
II.1.2.3 Das Erstgespräch in der Krisenintervention.....	43
II.1.2.3.1 <i>Allgemeine Ansätze</i> .....	44
II.1.2.3.2 <i>Krisenartsspezifische Ansätze</i> .....	50
II.1.4 <i>Zusammenfassung Krisen- und Kriseninterventionskonzepte</i> .....	52
II.2 DAS ERSTGESPRÄCH IN THERAPIE UND BERATUNG.....	53
II.2.1 <i>Das Erstgespräch in der Therapie</i> .....	54
II.2.1.1 Allgemeine Ansätze.....	54
II.2.1.2 Störungsspezifische Ansätze.....	58
II.2.2 <i>Konzepte für die Beziehungsgestaltung in der Beratung außerhalb der Krisenintervention</i> .....	66
II.2.3 <i>Zusammenfassung: Erstgespräch in Therapie und Beratung</i> .....	67
II.3 KOMMUNIKATIVE GRUNDLAGEN DER BEZIEHUNGSGESTALTUNG IN ERSTGESPRÄCHEN .....	68
II.3.1 <i>Beziehungsgestaltung durch Kommunikation</i> .....	68
II.3.2 <i>Zusammenhänge zwischen Störungen der Kommunikation und Beziehungsgestaltung</i> .....	71
II.3 ZUSAMMENFASSUNG .....	75
<b>III FRAGESTELLUNG .....</b>	<b>77</b>
<b>IV. UNTERSUCHUNGSFELD .....</b>	<b>79</b>
IV.1 UNTERSUCHUNGSOBJEKT BERLINER KRISENDIENST.....	79
IV.1.1 <i>Krisenverständnis und Krisenkonzept des BKD</i> .....	79
IV.1.2 <i>Struktur des BKD</i> .....	80
IV.1.3 <i>Angebot und Aufgabenbereiche des BKD</i> .....	82
IV.2 ZUGANG ZUM BERLINER KRISENDIENST .....	83
<b>V. METHODEN DER ERHEBUNG UND AUSWERTUNG .....</b>	<b>86</b>
V.1 FORSCHUNGSSTRATEGIE .....	86
V.2 ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODEN .....	87
V.2.1 <i>Erhebungsmethoden</i> .....	87
V.2.2 <i>Auswertungsstrategien</i> .....	89
V.3 STICHPROBE .....	93
V.3.1 <i>Interviews mit BeraterInnen des BKD Mitte</i> .....	93
V.3.2 <i>Stichprobe berichteter Erstgespräche durch die BeraterInnen</i> .....	94
V.3.2.1 Voraussetzungen für die Erhebung der Stichprobe.....	94
V.3.2.2 Stichprobe von Erstgesprächen im BKD .....	97
<b>VI. AUSWERTUNG.....</b>	<b>101</b>
VI.1 ALLGEMEINE AUSSAGEN DER BERATERINNEN ZUM ERSTGESPRÄCH IM BERLINER KRISENDIENST .....	101
VI.1.1 <i>Grundlagen der Gestaltung von Erstgesprächen</i> .....	101
VI.1.1.1 Einfließende Lernerfahrungen der BeraterInnen in den Prozess des Erstgesprächs.....	101
VI.1.1.2 Bestandteile des Erstgesprächs und ihre Umsetzung im Gesprächsverlauf aus Sicht der BeraterInnen ..	110
VI.1.1.2.1 <i>Methodische Erwägungen</i> .....	110
VI.1.1.2.2 <i>Bestandteile des Erstgesprächs, denen zeitlichen Phasen zugeordnet werden</i> .....	114
VI.1.1.2.3 <i>Bestandteile des Erstgesprächs, denen keine zeitlichen Phasen zugeordnet werden können</i> .....	124
VI.1.1.2.4 <i>Synthese des Wirkens und Zusammenwirkens der Bestandteile im Prozess des Erstgesprächs</i> .....	148
VI.1.1.3 Entwicklung von grundsätzlichen Beratungsstrategien durch die BeraterInnen.....	151
VI.1.2 <i>Kontaktart spezifische Besonderheiten in Erstgesprächen</i> .....	158
VI.1.2.1 <i>Persönliche Kontakte</i> .....	158
VI.1.2.2 <i>Telefonkontakte</i> .....	160

VI.1.3 KlientInnengruppen spezifische Besonderheiten in Erstgesprächen .....	173
VI.1.3.1 Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen.....	174
VI.1.3.2 Erstgespräche mit KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel mit chronischen psychischen Störungen .....	180
VI.1.3.3 Erstgespräche mit DauerklientInnen.....	184
VI.1.3.4 Erstgespräche mit suizidalen KlientInnen .....	189
VI.1.4 Beziehungsgestaltung – das zentrale Phänomen im Erstgesprächsprozess.....	197
VI.1.4.1 Vorbemerkungen .....	197
VI.1.4.2 Beziehungserwartungen im Erstgespräch.....	198
VI.1.4.3 Passung/Nichtpassung von Beziehungserwartungen (-angeboten).....	206
VI.1.4.4 Beziehungsgestaltung unter der Prämisse von Beziehungserwartungen und ihrer Passung/Nichtpassung.....	207
VI.2 (RE)KONSTRUKTION VON KONKRETEN ERSTGESPRÄCHSPROZESSEN UND WIRKUNGEN AUS BERICHTEN DER BERATERINNEN .....	211
VI.2.1 Voraussetzungen der (Re)Konstruktion von konkreten Erstgesprächsprozessen.....	211
VI.2.1.1 Die Erweiterung des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung zu einem Prozessmodell .....	211
VI.2.1.2 Methodische Voraussetzungen für die Anwendung des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung auf konkrete Erstgesprächsprozesse .....	214
VI.2.2 Ausgestaltung des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung auf der Grundlage der Ergebnisse der sequentiellen (Re)Konstruktion konkreter Erstgesprächsprozesse.....	216
VI.2.2.1 Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch .....	217
VI.2.2.1.1 Eigenschaften und Struktur der sequentiellen Elemente (Nanoebene).....	217
VI.2.2.1.2 Stellung und Beziehungen der Elemente innerhalb einer Sequenz des Erstgesprächs (Mikroebene).....	229
VI.2.2.1.3 Zusammenhänge zwischen den Elementen aufeinander folgender Sequenzen (Mesoebene).....	236
VI.2.2.2 Output des Prozesses der Beziehungsgestaltung .....	244
VI.2.2.2.1 Eigenschaften und Struktur der Output-Elemente (Nanoebene) .....	244
VI.2.2.2.2 Zusammenhänge zwischen den Elementen des Outputs (Mikroebene).....	252
VI.2.2.2.3 Zusammenhänge zwischen dem Prozess der Beziehungsgestaltung und Output (Makroebene) .....	254
VI.2.2.3 Konklusion .....	257
VI.2.3 KlientInnengruppen spezifische Erstgesprächsprozesse.....	259
VI.2.3.1 Erstgesprächsprozesse bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung .....	260
VI.2.3.1.1 Überblick über Zuordnung berichteter Erstgespräche zu Prozessmustern .....	260
VI.2.3.1.2 Prozessmuster I. 1 .....	260
VI.2.3.1.3 Prozessmuster I.2.....	263
VI.2.3.1.4 Prozessmuster I.3.....	266
VI.2.3.1.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Erstgesprächsprozessen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung .....	268
VI.2.3.2 Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen .....	271
VI.2.3.2.1 Überblick über Zuordnung berichteter Erstgespräche zu Prozessmustern .....	271
VI.2.3.2.2 Prozessmuster II.1 .....	271
VI.2.3.2.3 Prozessmuster II.2 .....	274
VI.2.3.2.4 Prozessmuster II.3 .....	277
VI.2.3.2.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Beziehungsgestaltung bei Erstgesprächsprozessen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen.....	280
VI.2.3.3 Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) .....	283
VI.2.3.3.1 Überblick über Zuordnung berichteter Erstgespräche zu Prozessmustern .....	283
VI.2.3.3.2 Prozessmuster III.1 .....	283
VI.2.3.3.3 Prozessmuster III.2 .....	285
VI.2.3.3.4 Prozessmuster III.3 .....	288
VI.2.3.3.5 Prozessmuster III.4 .....	291
VI.2.3.3.6 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Beziehungsgestaltung bei Erstgesprächsprozessen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) .....	293
VI.2.3.4 Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in suizidalen Krisen .....	296
VI.2.3.4.1 Überblick über Zuordnung berichteter Erstgespräche zu Prozessmustern .....	296
VI.2.3.4.2 Prozessmuster IV.1 .....	297
VI.2.3.4.3 Prozessmuster IV.2 .....	299
VI.2.3.4.4 Prozessmuster IV. 4 .....	304
VI.2.3.4.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Erstgesprächsprozessen in der Beziehungsgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in suizidalen Krisen.....	306
VI.2.3.5 KlientInnengruppen übergreifende Systematisierung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten der entdeckten Prozessmuster.....	312
VI.2.3.5.1 Neuordnung von Gruppen von Prozessmustern auf Basis der Sequentiellen (Re)Konstruktion konkreter Erstgespräche.....	313
VI.2.3.5.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Gruppen von Prozessmustern .....	317

<b>VII DISKUSSION DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>354</b>
VII.1 DISKUSSION DER ALLGEMEINEN AUSSAGEN DER BERATERINNEN ZU ERSTGESPRÄCHEN UND IHREN WIRKUNGEN .....	354
VII.1.1. Diskussion der allgemeinen (KlientInnengruppen und Kontaktart unspezifischen) Aussagen der BeraterInnen.....	355
VII.1.2 Diskussion Kontaktart und KlientInnengruppen spezifischer Besonderheiten von Erstgesprächen .....	357
VII.1.3 Diskussion des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen.....	362
VII.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER (RE)KONSTRUKTION KONKRETER ERSTGESPRÄCHSPROZESSE UND IHRER WIRKUNGEN .....	365
VII.2.1 Diskussion des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen.....	365
VII.2.2 Diskussion der Ergebnisse der (Re)Konstruktion KlientInnengruppen spezifischer Erstgesprächsprozesse und ihrer Wirkungen .....	370
VII.3 DISKUSSION DER METHODEN DER ERHEBUNG UND AUSWERTUNG UND IHRE IMPLIKATIONEN FÜR DIE BEWERTUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE.....	377
VII.3.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit .....	377
VII.3.2 Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien.....	378
VII.3.3 Empirische Verankerung der Theorienbildung .....	380
VII.3.4 Limitation .....	381
VII.3.5 Reflektierte Subjektivität.....	382
VII.3.6 Kohärenz .....	384
VII.3.7 Relevanz.....	385
VII.3.8 Konklusion.....	387
<b>VIII ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>388</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>390</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>407</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>408</b>
<b>ANHANG.....</b>	<b>409</b>
ERKLÄRUNG.....	411
ANLAGE 1: INTERVIEWLEITFADEN: PROZESS DES ERSTGESPRÄCHES IM BERLINER KRISENDIENST .....	412
0 Vorrede.....	412
1 Einstiegsfrage.....	412
2 Misslungenes/Gelungenes Erstgespräch .....	413
3 Dauerklienten .....	414
4 Akute Krisen .....	414
5 Telefonkontakte vs. persönliche Kontakte .....	415
6 Umgang mit Suizidalität .....	415
7 Persönlicher Gesprächstil.....	416
8 Ende des Gespräches.....	416
ANLAGE 2: KURZFRAGEBOGEN – KRISENDIENSTMITARBEITERINNEN .....	417
ANLAGE 3: TABELLARISCHER ÜBERBLICK ÜBER BERICHTETE ERSTGESPRÄCHE.....	418
ANLAGE 4: DESKRIPTIONEN VON ERSTGESPRÄCHEN UND IHREN WIRKUNGEN .....	423
Anlage 4a: Deskriptionen von Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung .....	423
Anlage 4b: Deskriptionen von Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen.....	427
Anlage 4c: Deskriptionen von Erstgesprächen mit KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel mit chronischen psychischen Störungen.....	432
Anlage 4d: Deskriptionen von Erstgesprächen mit KlientInnen in suizidalen Krisen.....	437
ANLAGE 5: TEXTNAHE (RE)KONSTRUKTION VON AUSGEWÄHLTEN ERSTGESPRÄCHEN.....	440
Anlage 5a: Fall FMA1_Studentin als Beispiel für ein Erstgespräch mit einer KlientIn einer akuten Krise ohne Chronifizierung.....	440
Anlage 5b: Fall FMA2_Von Leipzig nach Berlin als Beispiel für ein Erstgespräch mit einer KlientIn in einer chronifizierten Krisensituation.....	445
Anlage 5c: Fall FMA1_Depressiv als Beispiel für ein Erstgespräch mit einer KlientIn aus der psychiatrischen Klientel mit chronischen psychischen Störungen (gleichzeitige DauerklientInnen).....	451

<i>Anlage 5d: Fall FMA4_Florettfechten als Beispiel für ein Erstgespräch mit KlientInnen in suizidalen Krisen</i> .....	453
ANLAGE 6: SEQUENTIELLE REKONSTRUKTIONEN AUSGEWÄHLTER ERSTGESPRÄCHE.....	456
<i>Anlage 6a: Sequentielle Rekonstruktionen ausgewählter Erstgespräche mit KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung</i> .....	456
<i>Anlage 6b: Sequentielle Rekonstruktion ausgewählter Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen</i> .....	459
<i>Anlage 6c: Sequentielle Rekonstruktion ausgewählter Erstgespräche mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)</i> .....	462
<i>Anlage 6d: Sequentielle Rekonstruktion der Erstgespräche mit KlientInnen in suizidalen Krisen</i> .....	466
ANLAGE 7: GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER ERSTGESPRÄCHSPROZESSE AUF DER GRUNDLAGE DES ZENTRALEN PHÄNOMENS DER BEZIEHUNGSGESTALTUNG .....	470
<i>Anlage 7a: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung</i> .....	470
<i>Anlage 7b: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen</i> .....	473
<i>Anlage 7c: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen mit manifesten chronischen psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)</i> .....	477
<i>Anlage 7d: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in Suizidalen Krisen</i> ...	482
ANLAGE 8: GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER PASSUNG/NICHPASSUNG DER BEZIEHUNGSANGEBOTE IN DEN ERSTGESPRÄCHSPROZESSEN .....	484
<i>Anlage 8a: Erstgespräche mit gelungener Passung</i> .....	484
<i>Anlage 8b: Erstgespräche mit ambivalent gelungener/mislungener Passung</i> .....	487
<i>Anlage 8c: Erstgespräche mit vorwiegend mislungener Passung</i> .....	488
ANLAGE 9: METHODISCHE GRUNDLAGEN ZUR ANWENDUNG DES PROZESSMODELLS AUF KONKRETE DATEN	490
<i>Anlage 9a: Zuordnungsregeln für Beziehungsangebote und inhaltliche Foki zu Sequenzen, Fällen und BeraterInnen</i> .....	490
<i>Anlage 9b: Vorlage für Codierung einer Sequenz</i> .....	490
<i>Anlage 9c: Grundkategorien zu erwartender Beziehungsangebote (resp. -wünsche, -inputs) und ihre graphische Kennzeichnung</i> .....	491
<i>Anlage 9d: Symbolik zur Darstellung der Bezogenheit von Beziehungserwartungen und damit verbundenen Inhalten</i> .....	491
ANLAGE 10: TRANSKRIPTIONSEMPFEHLUNGEN UND FORMATIERUNGSANGABEN (LEGEWIE, H.& PAETZOLD- TESKE, E., 1996) .....	492
ANLAGE 11: ÜBERBLICK ÜBER GEMEINSAMKEITEN VON PROZESSMUSTERN ENTLANG SPEZIFISCHER KRISENSITUATIONEN .....	493
<i>Anlage 11a: Gemeinsamkeiten von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen auf der Nanoebene</i> .....	493
<i>Anlage 11b: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen auf der Mikroebene</i> .....	495
<i>Anlage 11c: Gemeinsamkeiten von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen auf der Mesoebene</i> .....	497
<i>Anlage 11d: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen auf der Makroebene</i> .....	500
ANLAGE 12: ÜBERBLICK ÜBER GEMEINSAMKEITEN VON PROZESSMUSTERN ENTLANG SPEZIFISCHER WIRKUNGEN .....	501
<i>Anlage 12 a: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang Prozessverläufen mit ähnlichen Wirkungen auf Mikroebene</i> .....	501
<i>Anlage 12b: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang Prozessverläufen mit ähnlichen Wirkungen auf Mesoebene</i> .....	503
<i>Anlage 12c: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang Prozessverläufen mit ähnlichen Wirkungen auf Makroebene</i> .....	506

## I Einleitung

„... das iss ja praktisch son fortwährende Beziehungsaufnahme ...“ (FMA4, Zeile 610 – 611)

„Zusammenfassend kann man sagen, dass es nach wie vor zu wenig Prozessforschung gibt. Zudem scheint eine dyadische Beziehung, die die wechselseitige Beziehung zwischen Klient und Therapeut analysiert, nach wie vor im Hintergrund zu stehen.“ (Bänniger-Huber, 2001, S. 350)

Erstgespräche sind die Hauptgesprächsform im Berliner Krisendienst (BKD). Es kann davon ausgegangen werden, dass bis zu 80 % aller Gespräche Erst- bzw. Einmalkontakte sind (vgl. Bergold & Zimmermann, 2003, Zimmermann & Bergold, 2003, Freikamp, 2002). Im Rahmen der Begleitforschung des BKD (ebenda) wurden die Klientel, Zugangsbedingungen, Kontaktarten und –dauer und vieles mehr erforscht, jedoch nicht der Erstgesprächsprozess als solcher. Die Forscherin klassifizierte in ihrer Diplomarbeit im Rahmen der Begleitforschung die Klientel des BKD hinsichtlich demografischer Herkunft, durchlebter Krise und erfahrener Krisenintervention im Erstgespräch (Freikamp, 2002). Die Datengrundlage der Arbeit, die Basisdokumentation des BKD, erlaubte jedoch nicht, Aussagen über den Gesprächsprozess an sich und seine Wirkungen zu machen. Diese Arbeit musste sich so auf die Analyse allgemeiner Merkmale der Gespräche beschränken. Subjektive Sichtweisen der BeraterInnen auf den Gesprächsprozess blieben unberücksichtigt.

In Gesprächen mit den ForscherInnen der Begleitforschung und mit MitarbeiterInnen des BKD, an denen die Forscherin als Studentische Hilfskraft und im Rahmen ihrer Forschungsarbeit an der FU teilnahm, wurde das Fehlen konkreter Aussagen zum Erstgesprächsprozess beklagt. Die empirische Erforschung des Erstgesprächsprozesses wurde als eine Möglichkeit gesehen, die Qualität der Gesprächsführung zu verbessern, um KlientInnen besser gerecht werden zu können, gar als „Blick hinter den Vorhang“, auf das eigentliche Tun der BeraterInnen, zu werfen. Mit der postulierten Brisanz des Untersuchungsgegenstandes verbanden sich aber auch Befürchtungen, Forschungen könnten dem komplexen Alltag im BKD nicht gerecht werden. Diese Befürchtungen erschwerten der Forscherin den Zugang zum Untersuchungsfeld (IV.2) und hatten Auswirkungen auf die Gestaltung des Untersuchungsdesigns der Forschungsarbeit (V.1 und V.2). Die Forscherin entschloss sich deshalb zu einer 3/4jährigen, der Forschung vorgelagerten Hospitation im BKD. Erst danach konnten sich die BeraterInnen eine Forschungsarbeit über Erstgesprächsprozesse und ihre Wirkungen im BKD vorstellen. Jedoch musste sich die Forscherin unter der Maßgabe der Wahrung der Anonymität der KlientInnen auf ausführliche Problemzentrierte Interviews mit BeraterInnen beschränken und auf Tonbandmitschnitte und Interviews mit KlientInnen verzichten (V.2.1).



Der Forschungsgegenstand, der Erstgesprächsprozess und seine Wirkungen im Berliner Krisendienst, stellte sich heterogen wie komplex dar. Erstgespräche im Berliner Krisendienst sind nicht nur Erstgespräche in akuten Krisensituationen. Nicht alle Erstgespräche im BKD stehen am Anfang einer Krisensituation: KlientInnen kommen auch nach stationären Aufenthalten in den Krisendienst. BeraterInnen führen sie auch mit KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen. KlientInnen der Psychiatrischen Klientel brauchen immer wieder Entlassungsgespräche in Ergänzung der Angebote des psychosozialen Netzes, ohne dass akute Krisen durchlebt würden. So sind nicht alle Erstgespräche „erste“ Gespräche, sondern können auch sich wiederholende Einmalkontakte mit DauerklientInnen sein. Erstgespräche in psychiatrischen Notfällen und suizidalen Krisen stellen an die BeraterInnen wiederum andere Anforderungen (V.3.2).

Die Heterogenität des Gegenstandes machte es notwendig, zunächst unterschiedliche theoretische Zugänge zu suchen. In einem ersten Schritt wurde auf die Ergebnisse der Krisen- und Kriseninterventionsforschung zurückgegriffen. Diese Forschungsergebnisse liegen als eine unübersichtliche Vielfalt verschiedenster Ansätze vor (Bergold & Schürmann, 2001, Simmich & Reimer, 1998, Schürmann, 1991). Die Arbeit konzentrierte sich, dem Forschungsgegenstand gemäß, auf solche, die dem Krisen- und Kriseninterventionsverständnis des BKD entsprachen und KlientInnengruppen im BKD repräsentierten (II.1). Dabei fanden sich nur begrenzt Aussagen zu Erstgesprächen und keine, die sich auf Erstgesprächsprozesse in der ambulanten Krisenintervention bezogen. Neben Kriseninterventionsforschung wurden Ergebnisse der Forschung zu Therapieerstgesprächen einbezogen, da bekannt war, dass es große Gemeinsamkeiten zwischen PatientInnen mit psychischen Störungen und KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen gibt (z. B. Sonneck, 2000). Auch hier blieben Aussagen auf Merkmale des Therapieerstgesprächs beschränkt. Allen Krisen- und Therapieforschungsergebnissen war jedoch die Aussage gemeinsam, dass die Beziehungsgestaltung im Erstgespräch für den Prozess und die Wirkungen von besonderer Bedeutung sei. Da sich Beziehung im Erstgespräch über die Kommunikation umsetzt, wurde zusätzlich die Kommunikationstheorie von *Watzlawick, Beavin & Jackson* (2007) herangezogen, in der die Beziehungsgestaltung durch Kommunikation als konstituierender Bestandteil betrachtet wird.

Der beschriebene heterogene Gegenstand des Erstgesprächs im BKD, fehlende Forschungsergebnisse zu Erstgesprächsprozessen, die Spezifik des vorliegenden Untersuchungsmaterials und fehlende Methoden für die Analyse erforderten auf der Grundlage eines qualitativen Forschungsdesigns (V.1) die schrittweise Entwicklung eines dem Forschungsgegenstand angemessenen Methodeninventars (V.2). Um den Prozess des Erstgesprächs im BKD und seine

Wirkungen untersuchen zu können, wurde in den allgemeinen, fallunspezifischen Aussagen der BeraterInnen nach Hinweisen gesucht, die helfen könnten, eine allen Gesprächen gemeinsame Prozessstruktur zu entdecken. Im Ergebnis wurde die Beziehungsgestaltung als jeglichen Erstgesprächsprozess im BKD strukturierendes zentrales Phänomen gefunden (VI.1). Auf dieser Grundlage konnte nun ein Prozessmodell entwickelt (VI.2.1) und anhand der Berichte über konkrete Erstgespräche ausgestaltet werden (VI.2.2). Im anschließenden Vergleich von Erstgesprächsprozessen (VI.2.3), die aus den Berichten der BeraterInnen über konkrete Erstgespräche (re)konstruiert wurden, wurden für jede KlientInnengruppe mehrere, mehr oder minder verschiedene Prozessmuster entdeckt. Die Prozessmuster wurden auf der einen Seite innerhalb jeder KlientInnengruppe verglichen, um Gemeinsamkeiten wie Unterschiede herauszuarbeiten. Auf der anderen Seite wurden Gemeinsamkeiten zwischen Prozessmustern unterschiedlicher KlientInnengruppen gefunden. Dies erlaubte eine Neuordnung von Erstgesprächsprozessen entlang Prozessmerkmalen.

Abschließend wurden die Ergebnisse der Forschungsarbeit hinsichtlich ihrer Stellung zu bisherigen Forschungsergebnissen diskutiert, wobei nun auch zusätzlich Forschungsergebnisse aus der Therapiebeziehungsforschung einbezogen wurden (VII.1 und VII.2), ihre praktische Relevanz und der Erfüllung qualitativer Gütekriterien erörtert (VII.3).

## II Theoretische Grundlagen

### II.0 Einleitung

Die Darstellung der theoretischen Grundlagen orientiert sich am Fokus meiner Dissertation: Im Mittelpunkt stehen der Prozess des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst und seine Wirkungen.

Der Berliner Krisendienst (BKD) ist Teil des ambulanten psychosozialen Netzes der Stadt Berlin. Er arbeitet auf der Grundlage eines integrativen Kriseninterventionskonzeptes, in welches vielfältige Anregungen von Therapieschulen und Situationspezifischen Ansätzen aufgenommen wurden, aber nicht dessen explizite Grundlage sind (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998). Das niederschwellige Angebot des BKD, Menschen anonym, sofort, persönlich wie telefonisch zu beraten, wenn nötig in Notfällen auch vor Ort aufzusuchen, würde jedes speziellere Angebot ad absurdum führen. Die BeraterInnen wissen weder, wen sie im Erstgespräch treffen werden, noch, was für eine Krise dieser Mensch durchlebt und über welche Ressourcen er verfügt. Somit ist das Erstgespräch der Schlüssel zur eigentlichen Krisenintervention.

Der Theorieteil wird einen Überblick über Krisen- und Kriseninterventionskonzepte (II.1.) geben. Soweit möglich werden Erstgespräche gesondert dargestellt (II.1.2.3). Hier ist die Literaturlage sehr übersichtlich. In vielen Konzepten wird das Erstgespräch nicht gesondert betrachtet. Wurde das Erstgespräch untersucht, beschränken sich die Autoren auf die Darstellung seiner Bestandteile. Deshalb wurde zusätzlich Literatur zu Erstgesprächen der Krisenintervention verwandten Konzepten, der Therapie und Beratung einbezogen (II.2), wobei diese auch vom Krisenerstgespräch abgegrenzt werden.

Z. T. gehen die Autoren auf Unterschiede in Erstgesprächen zwischen KlientInnengruppen ein. Sie verweisen auf Unterschiede in der Gesprächsführung. Da die Unterschiede in der Gesprächsführung auf die krisenbedingten differenzierten kommunikativen Möglichkeiten der KlientInnen zurückgeführt werden, wurden zusätzlich Theorien herangezogen, die sich mit Einschränkungen kommunikativer Fähigkeiten, beruhend auf den spezifischen Möglichkeiten von KlientInnen Beziehungen zu gestalten, beschäftigen (II.3).

Im Ergebnis des Theorieteils sollten wesentliche Theorien zum Erstgespräch in der ambulanten Krisenintervention und seiner Differenzierung bzgl. unterschiedlicher KlientInnengruppen deutlich werden.

Der Theorieteil kann **keine** Aussagen zur Prozessgestaltung und Wirkungen in Erstgesprächen machen, da es dazu keine Publikationen vorliegen.

## **II.1 Krisen- und Krisenintervention**

In der Literatur finden sich vielfältige Krisen- und Kriseninterventionskonzepte. Sie wurden theoriegeleitet entwickelt oder situationsbedingt aus praktischen Erfahrungen abgeleitet (vgl. Bergold & Schürmann, 2001; Dross, 2001, Simmich & Reimer, 1998, Schürmann, 1991). Es gab unzählige Versuche diese zu systematisieren (z. B. Freikamp, 2002; Dross 2001, Simmich & Reimer, 1998, Sonneck 1997 usw.), wobei unterschiedliche Foki herausgegriffen wurden. Zwei Hauptrichtungen lassen sich unabhängig von ihrer Herkunft (theoriegeleitet oder situationsbedingt und integrativ aus praktischen Erfahrungen abgeleitet) ausmachen: Zum einen werden Krisen- und Kriseninterventionskonzepte anhand der auslösenden Ereignisse geordnet, zum anderen an den Möglichkeiten der Bewältigung durch die Betroffenen (Freikamp, 2002, Sonneck, 1997, Ciompi, 1993, Heim 1993). Konzepte, die auslösende Ereignisse in den Mittelpunkt stellen wären z. B:

- das Zweifaktoren Konzept der Bewältigung von Entwicklungsproblemen,
- das Konzept der kritischen Lebensereignisse,
- das Konzept belasteter Lebenslagen,
- Konzepte von Veränderungskrisen und traumatischen Krisen u. a. (vgl. Dross, 2001; Sonneck, 1997; Schürmann,1991).

Zu Konzepten, die eher die Möglichkeiten der Bewältigung durch die Betroffenen in den Mittelpunkt rücken, zählen:

- Therapieschulenspezifische Konzepte, wie kognitive Konzepte mangelnder Bewältigung (Verhaltenstherapie), Konfliktmodelle (Psychoanalytische Therapien),
- Stress-Coping-Modelle,
- Das Ressourcenkonzept u. a. (Freikamp, 2002; Dross, 2001; Sonneck, 1997; Ciompi, 1993; Heim, 1993).

Darüber hinaus werden Konzepte auch nach dem Ort (ambulant vs. stationär), den Behandelnden (PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen u. a.) und den Phasen der Krise und Krisenintervention unterschieden (Slaikou, 1990, Cullberg, 1978, zit. nach Heim, 1993). Meine Ausführungen orientieren sich an den Konzepten des BKD (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998), die der Arbeit der BeraterInnen zugrunde liegen. Im Mittelpunkt meiner Betrachtungen stehen deshalb Konzepte, die sich an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen orientieren, insbesondere integrative Stress-Coping-Modelle (Ciompi, 1993, Heim, 1993) und Ressourcenmodelle (Sonneck, 1997). Dem Fokus der Arbeit

folgend werden Phasenmodelle insofern berücksichtigt, wie sie das Erstgespräch als eigene Phase erfassen (Sonneck, 1997, Slaikou, 1990).

## **II.1.1 Krisenkonzepte**

Der Abschnitt beginnt mit der allgemeinen Begriffsbestimmung (II.1.1.1). Hier geht es darum zu klären, wie der heutige Krisenbegriff entstand, welche Theorien in ihn einfließen und inwieweit es überhaupt möglich ist, einen einheitlichen Krisenbegriff zu finden.

Durch die praktische Krisenarbeit und theoretische Auseinandersetzung entstand über die Jahre ein differenzierteres Verständnis von Krisen (II.1.1.2). Krisen werden entlang von Krisenanlässen und Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen unterschieden. Mögliche Systematiken werden vorgestellt und diskutiert, insbesondere solche, die dem Krisenverständnis des BKD nahe kommen und helfen könnten, Unterschiede im Gesprächsprozess von Erstgesprächen zu verstehen.

### **II.1.1.1 Allgemeine Begriffsbestimmung**

Der Begriff der Krise hat in seinem alltäglichen Gebrauch eine vage, eher deskriptive Funktion. Er wird allgemein mit einer intensiven emotionalen Bedeutung verbunden. Trotz vielfältiger Bemühungen setzte sich keine klare Krisendefinition durch (Wüllenweber, 2001, Sauvant & Schnyder, 1993). Neuere Ansätze schließen systemtheoretische Elemente (Ciompi, 1993) sowie moderne Stresstheorien (Heim, 1993; Sonneck, 1997) ein.

Der Beginn der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Krise und der Krisenintervention in Psychiatrie und Psychologie geht von den Erfahrungen bei einem Großbrand in Boston im Jahre 1940 aus, in dessen Folge E. Lindemann (zit. nach Golan, 1983; Ciompi, 1993, Dross, 2001) zu der Schlussfolgerung kam, dass bestimmte unvermeidliche Geschehnisse im Lebenszyklus des Einzelnen zu emotionalen Spannungen und Belastungen führen. Diese haben entweder die Bewältigung der neuen Situation oder eine Krise zur Folge. Wobei die Krise als „Infektionskrankheit“ verstanden wird, die ihre Grenzen in sich selbst trägt. Sie kann gesunde wie kranke Menschen befallen.

Caplan (1967), in gewisser Weise der Vater der heutigen Krisentheorie, entwickelte das Krisenmodell Lindemanns, das sich auf die unmittelbare Wirkung zerstörender und stressbewirkender, plötzlicher unvorhersehbarer Ereignisse bezieht, weiter. Er ergänzt es um die entwicklungspsychologischen Erkenntnisse von Erikson bezüglich der psychodynamischen Konzeptualisierung kritischer Lebensphasen (1964, zit. Häfner & Rössler, 1987; Ciompi, 1993).

Eine *zunehmende Zahl von Forschern* beschäftigte sich seit den 50er und 60er Jahren mit der Krisenproblematik. Große grundsätzliche Neuerungen in der Krisentheorie kann man seitdem nicht verzeichnen (Ortiz-Müller, 2010, Bergold & Schürmann, 2001; Ciompi, 1993). Ciompi (ebenda) sieht in diesem Zusammenhang seine eigenen Forschungen zur Anwendung der Chaostheorie auf die Theorie der Entstehung von Krisen als Ausnahme.

Bevor der Versuch einer Arbeitsdefinition des Konstruktes „Krise“ unternommen wird, werden die Einflüsse der psychotherapeutischen Methodologien auf die oft eklektische Krisentheorie kurz umrissen, in Besonderem ihr Krisenverständnis (Freikamp, 2002, Bergold & Schürmann, 2001; Schürmann, 1991; Gilliland & James, 1988):

(1) *Psychoanalytisch orientierte Sicht:*

Zu einer Krise kommt es, wenn ein äußeres Ereignis auf einen latenten, inneren Konflikt trifft. Die bisher funktionierende Abwehr kann dann teilweise zusammenbrechen.

(2) *Kognitiv-behaviorale Sicht:*

Es werden Beiträge zu unterschiedlichen Krisenereignissen (z. B. Vergewaltigung) bzw. Störungen (z. B. Sucht) geleistet, zum grundsätzlichen Verständnis der Krise eher nicht.

(3) *Personenzentrierte Sicht:*

Als zentrales Störungskonzept der Gesprächspsychologie fungiert auch in der Krisentheorie die Inkongruenz. D. h. fehlangepasstes/gestörtes Verhalten entsteht durch Diskrepanz zwischen Bewertungsmaßstäben des Selbst und der übernommenen Bewertung oder auch als Konflikt zwischen den Bedingungen der Wertschätzung und dem Selbstaktualisierungsmotiv.

(4) *Systemische Sicht*

Es erfolgt die Übernahme systemischen und umfassender gesehenen ökologischen Denkens zum Verständnis psychischer Erkrankung und professionellen Handelns.

Psychotherapeutische Methodologien zur Konzeptualisierung der Krise bildeten sich nicht nur auf der Basis der klassischen Therapieschulen, sondern auch im Rahmen:

(5) *der Präventiven Psychiatrie,*

(6) *der Hilfe nach einem Suizidversuch,*

(7) *der Alternative zur Vollhospitalisierung,*

(8) *des Psychiatrischen Notfalldiensts,*

(9) *der Ambulanten Hilfe und*

(10) *der Vermeidung von Dekontextualisierung (vgl. Schürmann, 1991).*

Alle psychotherapeutischen Methodologien lieferten Bausteine und Anregungen für heutige Krisenkonzepte und -interventionen. In abgewandelter Form finden wir sie im heutigen Krisenverständnis wieder, so auch in der Definition von *Caplan* (zit. nach Golan, 1983, S.67), die einen deutlich Bezug zur Coping-Theorie herstellt:

*„Eine Krise entsteht, wenn ein Mensch sich auf dem Weg zu wichtigen Lebenszielen einem Hindernis gegenüber sieht, das er im Augenblick mit seinen üblichen Problemlösungsmethoden nicht bewältigen kann.“*

Ausführlicher, aber dem Sinn nach gleich, und bereits die *Eckpunkte der Coping-Theorie* einbeziehend – Ressourcen, Situation und Adaption – formulieren *Aguilera & Messick* (1977, zit. nach Schürmann, 1991, S.48, ähnlich auch *Aguilera, 2000, S. 25*):

*„Zu Krisen werden sie aber nur für Individuen, die aufgrund ihrer Persönlichkeit, ihren früheren Erfahrungen oder bestimmten Faktoren in der gegenwärtigen Situation gegenüber dieser Belastung besonders verletzlich sind und deren emotionale Ressourcen im Augenblick nicht ausreichen, um eine solche Belastung aufzufangen.“*

In beiden Definitionen entstehen Krisen dann, wenn Probleme mit den augenblicklichen Möglichkeiten des Betroffenen nicht bewältigt werden können. *Caplan & Grundbaum* (1967, zit. nach Schürmann, 1991, S. 50, s. auch Roberts, A., S. 9) ergänzen die Definition um eine *zeitliche Dimension* und mögliche *Ergebnisse von Krisensituationen*.

*„Werden Personen mit Problemen konfrontiert, denen sie weder ausweichen können, noch zu deren Lösung ihre Kapazität ausreicht, entstehen Stadien temporären Ungleichgewichts im Verlauf einer relativ ruhigen Entwicklung. Diese emotional bedeutsamen Wendepunkte oder Krisen stellen kurze Perioden dar, die gewöhnlich von großer psychischer Unruhe gekennzeichnet sind. Krisen enthalten die Möglichkeit eines persönlichen Wachstums aber auch die Gefahr des Beginns psychischer Störungen.“*

Die heute gängigen Krisenkonzepte vereinen eklektisch verschiedene wissenschaftliche Methodologien (*Bergold & Schürmann, 2001, Aguilera, 2000, Giernalczyk, 1997, Sonneck, 1997, Baldwin & Burgess, 1981*). *Sonneck* z. B. fasst die wichtigen Aspekte von Krisen wie folgt zusammen:

- Krisenanlass (das auslösende Ereignis);
- subjektive Bedeutung (Krisenanlass ist nur im Zusammenhang mit der subjektiven Bedeutung zu verstehen);
- Krisenanfälligkeit (persönliche Disposition für Krisen);
- Reaktion der Umwelt (Umwelt als wesentliches Hilfsmittel oder Hindernis bei der Bewältigung von Krisen) und
- Krisenverlauf (bestimmt durch das Wirken aller Aspekte).

Ähnlich formuliert es *Giernalczyk* (1997, S. 9f): Alle Krisen verbänden trotz heterogener Personenmerkmale folgende Aspekte:

1. den Anlass,
2. die subjektive Bedeutung,
3. den Bewältigungsversuch (in Abhängigkeit von inneren und äußeren Ressourcen),
4. die psychische Problematik und die zeitliche Begrenzung.

WissenschaftlerInnen (Dross, 2001, Sonneck, 1997, Ciompi, 1993, Roberts, 1990, Slaikeu, 1990, Häfner & Rössler, 1987 und Golan, 1983) vertieften das Krisenkonzept im Laufe der Zeit, indem sie *Anlässe* für Krisen genauer fassten, unterschiedliche *Ebenen von Krisen* beschrieben und *akute Krisen* in ihrer Auswirkung auf menschliches Verhalten und Empfinden umfassender *charakterisierten*.

Krisen können im Zusammenhang mit Ereignissen und Lebensumständen als:

- (a) Katastrophen- und Massenbelastungen (für die Untersuchung des Berliner Krisendienstes nicht relevant) oder
- (b) individuelle Belastungen auftreten.

Reaktionen auf Krisen können hauptsächlich eine Ebene der menschlichen Identität treffen, aber auch Wirksamkeit auf den beiden anderen Ebenen haben:

- (a) körperlich biologisch (z. B. Pubertät, chronische Erkrankung);
- (b) psychisch (seelische Konflikte) und
- (c) sozial (Rollen, Statusveränderung, Scheidung etc.).

Krisen lösen Reaktionen auf verschiedenen Ebenen des menschlichen Verhaltens aus:

- (a) psychisch und körperlich durch Rat- und Hilflosigkeit, aber auch in körperlichen Beschwerden (z. B. Herzrasen, Atemnot, Appetitverminderung u. a.);
- (b) Störungen der Problemlösung – Problembewältigung, so in :
  - der Unfähigkeit, das Problem wahrzunehmen bzw. zu definieren;
  - der Unfähigkeit, eine bestimmte sinnvoll erkannte Lösung durchzuführen, z. B. wegen fehlender Strategien;
  - fehlender oder mangelnder emotionaler und realer Unterstützung durch die Umwelt;
  - im Krisenanlass, der erstens bei einem schweren Schicksalsschlag starke Gefühle auslöst und zweitens zu einer unübersichtlichen komplizierten Situation führen kann oder
  - der sich verschlechternden psychischen Verfassung;
- (c) Störungen der Kommunikation, sofern sie nicht Ursache der Krise selbst sind (z. B. Beziehungsprobleme), die sich im Rückzug aus der Situation oder im In-sich-Zurückziehen



aufgrund der psychischen Verfassung widerspiegeln, was eine emotionale Unterstützung verhindert.

Die Reaktionen auf verschiedenen Ebenen des menschlichen Verhaltens infolge der Krise beeinflussen auch die Kommunikation im Erstgespräch. Deshalb kann angenommen werden, dass Erstgespräche durch Einschränkungen in den kommunikativen Fähigkeiten der KlientInnen gekennzeichnet sind. Dabei müssen kommunikative Reaktionen je nach Krisenart unterschieden werden (s. II.1.1.2).

Eine wesentliche Voraussetzung für die Differenzierung von Krisenarten lieferte die Nutzung der Coping-Theorie *Heims* (1993) (s. auch Wüllenweber, 2001). Dem Caplan'schen Gedanken folgend, dass jeder Mensch ständig vor neue Lebensprobleme gestellt wird, die er mit erlernten Bewältigungsstrategien (coping behavior) zu lösen versucht (1964, zit. nach Häfner und Rössler, 1987), waren Krise und Coping schon immer ein Zwillingsspaar.

Menschliches Verhalten in der Krise – unabhängig vom Krisenhintergrund und -anlass – bleibt sich grundsätzlich ähnlich. Primäre Stressoren (critical life events) und sekundäre Stressoren (ähnlich dem bedrohlichen Ereignis - nach Golan, 1983) treffen auf internale (Persönlichkeit) und externale (soziales Netzwerk) Ressourcen, die zusammen den Bewältigungsprozess determinieren. Gelingt der Bewältigungsprozess, dann sichert er die Gesundheit. Misslingt, so erhöht er das Krankheitsrisiko. Der Coping-Prozess ist ein typischer redundanter Prozess, der auf wechselseitigen Abhängigkeiten beruht. Die gelungene oder nicht gelungene Adaption ist Voraussetzung für künftige Adaptionenprozesse (resp. Krisen), indem sie entweder internale und/oder externale Ressourcen stärkt oder verringert. Die Situation hat in ihrer Schwere Einfluss auf das Ausreichen der Ressourcen. Die internalen und externalen Ressourcen bestimmen, welche Situation noch bewältigt werden kann und welche nicht. Bewältigung oder Coping im Zusammenhang mit Krisen versteht sich somit als:

*„das Bemühen ...bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch Krisen (emotional und kognitiv) zu verarbeiten oder durch zielgerichtetes Handeln auszugleichen.“ (Heim, 1993, S.29)*

Aus der Verbindung von Krisenkonzept und Coping-Theorie, trotz z. T. unterschiedlicher Begrifflichkeit, leiten sich Möglichkeiten zur Klassifizierung von Krisenarten auf einem Kontinuum ab (Freikamp, 2002). Sie ermöglichen Aspekte von Krisen (Sonneck, 1997) mit Hilfe der Theorie des Coping-Prozesses (Heim, 1993) anhand der vorgestellten Dimensionen – Ressourcen, Situation und Adaption (Tabelle 1) differenziert zu analysieren und zueinander in Bezug zu setzen.

**Tabelle 1: Zuordnung von Krisenaspekten zu Dimensionen des Krisenprozesses (Freikamp, 2002)**

<b>Coping</b>				
Ressourcen		Situation	Adaption	
Internal (Persönlichkeit)	External (soziales Netzwerk)	Belastungen und Stressoren	Gelungen (Gesundheit)	Misslungen (Krankheit)
Krisenanfälligkeit	Reaktion der Umwelt	Krisenanlass	Krisenverlauf	
Subjektive Bewertung				
<b>Krise</b>				

- Der Anlass von Krisen stellt eine Beziehung zur Situation im Coping-Prozess her.
- Die Verfügbarkeit internaler Ressourcen (Persönlichkeit) entscheidet maßgeblich über die Krisenanfälligkeit eines Menschen.
- Die Reaktion der Umwelt, in der Coping-Theorie die externalen Ressourcen (soziales Netzwerk), stützt oder behindert die Bewältigung von Krisen.
- Die subjektive Bedeutung moderiert den Einfluss von internalen und externalen Ressourcen auf Stressoren und Belastungen. Z. B. stehen bei geringen äußeren Belastungen und ebenso geringen internalen Ressourcen (z. B. psychische Krankheit, s. auch 2.1.3) die internalen Ressourcen im Vordergrund der Krise. Bei vorhandenen internalen und externalen Ressourcen wird die subjektive Bedeutung von der Schwere der Situation dominiert.
- Der Krisenverlauf wird durch die multiplikative Wirkung von Ressourcen und Situation bestimmt. Die Vulnerabilität von Menschen für immer neue Krisen hat ihre Ursache in misslungenen Adaptionen früherer Coping-Prozesse und trägt das Potential zur Chronifizierung von Krisen in sich.

Für das Verständnis der Krisenarbeit im Berliner BKD erwies sich die Verbindung von allgemeinen integrativen Krisenkonzepten und Coping-Theorie als fruchtbar. So konnte sie auch für die Analyse von Unterschieden zwischen KlientInnengruppen und differenzierter Krisenintervention wie Erstgesprächen herangezogen werden.

### II.1.1.2 Krisenarten

Die Auseinandersetzung mit in der Literatur vorgeschlagenen Klassifizierungen von Krisen beginnt mit der allgemeinsten nach *Sonneck* (1997). Er unterscheidet:

- **Sozialpsychologische Krisen**, die eine eher geringe Krisenanfälligkeit und eine eher ausreichende Reaktion der Umwelt mit einem bedeutungsvollen, eher schweren Krisen Anlass verbinden. Dabei wird dem Krisen Anlass eine subjektiv hohe Bedeutung zugeordnet. Im Krisenverlauf besteht eine eher große Chance des Gelingens und damit verbundenen Wachstums.
- **Psychosoziale Krisen**, die differenzierte Krisen Anlässe kennzeichnen, denen eine hohe subjektive Bedeutung zugemessen wird, da eine große Krisenanfälligkeit besteht und die Reaktion der Umwelt eher schwach ist. Im Krisenverlauf liegt eine große Gefahr des Misslingens und der Chronifizierung.

In der Neuauflage seiner Publikation konzentriert sich *Sonneck* (2000) ausschließlich auf die Betrachtung psychosozialer Krisen. Darunter fasst er Traumatische Krisen, Veränderungskrisen, Chronisch-protrahierte Krisen, das Burnout-Syndrom als Entwicklung zur Krise und postraumatische Belastungsstörungen. Krisen werden nach Krisen Anlass unterschieden, aber nur bedingt nach der Krisenanfälligkeit der KlientInnen. Dies geschieht nur explizit im Zusammenhang mit Chronisch-protrahierten Krisen, die aus der Nichtbewältigung traumatischer oder Entwicklungskrisen entstünden. Die Einteilung in sozialpsychologische und psychosoziale Krisen sollte an dieser Stelle trotzdem nicht aus den Augen verloren werden, weil sie ermöglicht, Aspekte von Krisen mit Hilfe der Theorie des Coping-Prozesses anhand der vorgestellten Dimensionen (Ressourcen, Situation und Adaption) differenziert zu analysieren und damit mögliche Unterschiede in der Kommunikationsgestaltung im Auge zu behalten (s. Tabelle 1).

Die Unterteilung nach Krisen Anlass wird von vielen Autoren vorgeschlagen:

1. Entwicklungs- und Übergangskrisen (nach Slaikeu, 1990, Gilliland & James, 1988, Golan, 1983) oder synonym Veränderungskrisen oder Normative Krisen (Sonneck, 1997; Giernalczyk, 1997, Cullberg, 1978, zit. nach Heim, 1993, Baldwin & Wolbert Burgess, 1981):

*„Lebensveränderungen sind Ereignisse, die allgemein zum Leben gehören. Solche Krisen setzen nicht schlagartig ein, sondern entwickeln sich innerhalb weniger Tage bis max. 6 Wochen“* (Sonneck, 1997). Bei Nachlassen des seelischen Aufruhrs erfolgt eine Neuanpassung. Der Krisen Anlass ist nur subjektiv zu verstehen, nicht objektiv. Nicht nur

schlimme Lebensereignisse können Krisen auslösen, auch so genannte positive, wie eine bestandene Reifeprüfung etc.

Solche Krisen setzen nicht schlagartig ein, sondern entwickeln sich innerhalb weniger Tage bis max. sechs Wochen und nehmen dabei nach Caplan ebenfalls einen typischen Verlauf in vier Phasen (Sonneck, 1997):

Phase 1: Konfrontation – gewohntes Verhalten wirkungslos

Phase 2: Erleben als Versager

Phase 3: Mobilisierung zur Bewältigung der Krise und Rückzug aus der Situation – Resignation und Gefahr der Chronifizierung

Phase 4: Vollbild der Krise.

Golan (1983) unterscheidet Veränderungskrisen feiner, behält aber die grundsätzlichen Merkmale von Sonneck bei:

- (a) *Entwicklungskrisen des Einzelnen* gehen auf E. H. Erikson zurück. In bestimmten Stadien der Ichbildung treffen Menschen auf eine Situation, die radikale Entscheidungen abverlangt, die krisenauslösend sein können. Andere AutorInnen sehen eher einen kritischen Zustand oder entscheidende Situation für den Einzelnen.
- (b) *Entwicklungskrisen der Familie* treten in Zusammenhang mit typischen Krisenaufgaben, wie Begründung der Ehe, Geburt des 1. Kindes, Schuleintritt des Kindes, u. a. auf.
- (c) *Übergangskrisen*: In ihnen ändert sich in entscheidender Weise die Lebenssituation, meist Status und Rollen, z. B. bei Scheidung, in der Zeit der Geburt des 1. Kindes, bei Wohnungswechsel, Pensionierung u. ä.

2. Situationsbedingte Krisen (nach Aguilera, 2000, Slaikau, 1990, Gilliland & James, 1988, Golan, 1983) oder synonym Traumatische Krisen (Sonneck, 1997, Giernalczyk, 1997, Cullberg, 1978, zit. nach Heim, 1993, Baldwin & Wolbert Burgess, 1981):

Nach Cullberg (zit. nach Sonneck, 1997) ist eine traumatische Krise „eine plötzlich aufkommende Situation von allgemein akzeptierter schmerzlicher Natur, die auf einmal die psychische Existenz, die so genannte Identität und Sicherheit und/oder die fundamentalen Befriedigungsmöglichkeiten bedroht.“ Solche Ereignisse können der Tod eines nahe stehenden Menschen, Krankheit, Bekanntwerden von Diagnosen, soziale Kränkung und Versagen sein. Auch die traumatische Krise zeigt einen typischen Verlauf:

Phase 1: Schock

Phase 2: Reaktion

Phase 3. Bearbeitung

Phase 4: Neuorientierung.

*Golan* (1983) weist darauf hin, dass die Krise i. d. R. durch ein unerwartetes oder zufälliges bedrohliches Ereignis ausgelöst wird. Das Ereignis kann auch andere Konflikte und Zwänge an die Oberfläche bringen, durch die die gegenwärtige Situation noch verschlimmert bzw. verzerrt wird.

Viele Autoren beschränken ihre Aussagen zu Krisenarten auf Veränderungs- und Situationsbedingte Krisen (u. a. *Slaikou*, 1990, *Gilliland & James*, 1988, *Golan*, 1983). Aber einige Autoren (*Freikamp*, 2002, *Sonneck*, 1990, *Baldwin & Wolbert Burgess*, 1981) erweitern dieses Spektrum auf Grundlage der Coping-Theorie, in dem sie die Krisenanfälligkeit (internale Ressourcen), das soziale Netzwerk (externale Ressourcen) und den Verlauf früherer Krisen einbeziehen (s. o.):

Sozialpsychologische Krisen (*Sonneck*, 1997) bzw. Akute Psychosoziale Krisen ohne Chronifizierung (*Freikamp*, 2002)

Klientinnen kommen mit akuten schweren Krisenanlässen, niedriger Krisenanfälligkeit und intaktem sozialen Netzwerk in den Krisendienst. Der Sprachgebrauch des BKD folgend (vgl. Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998) wurde diese Gruppe als KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung verstanden. Diese Gruppe entspräche in der Klassifikation von *Sonneck* (1997) Klientinnen in sozialpsychologischen Krisen. Diese KlientInnen können sowohl Veränderungskrisen wie Situationsbedingte Krisen durchleben.

Chronisch-protrahierte Krisen (*Sonneck*, 1997) bzw. chronifizierte Krisensituationen (*Freikamp*, 2002):

Sie entstehen, wenn

- (a) Veränderungskrisen durch Vermeidungsverhalten oder destruktive Bewältigungsmuster gelöst werden oder
- (b) Traumatische Krisen in ihrem natürlichem Verlauf in der Reaktionsphase festgefahren sind, weil keine Bearbeitung stattgefunden hat. Menschen in chronischen Krisen zeigen ein stark ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (scheuen Kontakte).

Die Stimmung ist subdepressiv in begrenztem Umfang. Chronische Krisen können sich über Jahre hinziehen. Sie können zu chronischer Suizidalität führen.

Die Aussagen *Sonneck* (1997), dass Krisenanlässe in chronisch-protrahierten Krisen nicht akut seien, konnten in einer empirischen Arbeit von *Freikamp* (2002) nur teilweise bestätigt

werden: KlientInnen in Chronisch-protrahierten Krisen mit höherer Krisenanfälligkeit und weniger intakten Netzwerk kamen sowohl mit nichtigen akuten Krisenanlässen wie mit schweren akuten Krisenanlässen. Diese KlientInnen wurden in der *Gruppe der KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen* zusammengefasst.

Andere Autoren (Rupp, 2004, Zimmermann, 2001, Baldwin & Wolbert Burgess, 1981) ergänzen das Spektrum um weitere Krisenarten. Sie gehen davon aus, dass über Chronisch-protrahierte Krisen hinaus Krisen erfasst werden müssen, die einerseits auf der Grundlage schwerer psychischer Störungen entstehen, was die Krisenanfälligkeit nochmals um ein Vieles vergrößern würde. Andererseits sehen sie den psychiatrischen Notfall als Sonderform der Krise, in der die internalen Ressourcen erschöpft sind und Lebensrettung im Vordergrund stehe.

Psychiatrische Krisen (Rupp, 2004, Freikamp, 2002 Zimmermann, 2001, Baldwin & Wolbert Burgess, 1981):

Die psychiatrische Krise tritt als schwere, mehr oder weniger akut auftretende Zuspitzung auch im seelischen Erleben eines Menschen auf. Die Auslösesituationen von psychiatrischen Krisen sind vielgestaltig. Alle Lebensereignisse, insbesondere bei vorbestehender Disposition bzw. psychischer Erkrankung, also auch Lebensereignisse, die von außen besehen wenig eindrucksvoll sind, können psychiatrische Krisen auslösen. Es besteht ein Ungleichgewicht zwischen subjektiver Bedeutung des Lebensproblems und unzureichenden Bewältigungsmöglichkeiten. Psychiatrische Krisen führen mit großer Wahrscheinlichkeit zum Zusammenbruch der inneren (Persönlichkeit) und des äußeren (soziales Netzwerk) Stabilisatoren.

*KlientInnen der Psychiatrischen Klientel* machen die eine wesentliche Gruppe der KlientInnen des Krisendienstes aus (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998). Sie nutzten den Krisendienst in Ergänzung des psychosozialen Netzes. Meist befinden sie sich nicht in akuten Krisen, sondern in Alltagschwierigkeiten, die aufgrund der hohen Krisenanfälligkeit und i. d. R. weniger intakte soziale Netzwerk durch die psychiatrische Erkrankung in krisenhafte Situationen münden (vgl. Freikamp, 2002). Hier kann eine gewisse Nähe zum Konzept nach *Zimmermann* (2001) gesehen werden.

Psychiatrischer Notfall (Zimmermann, 2001; Sonneck, 1997, Baldwin & Wolbert Burgess, 1981):

Der psychiatrische Notfall ist ein Zustand, der eine sofortige medizinische und psychiatrische Intervention zur Erhaltung des Lebens oder zur Wiederherstellung der erheblich und akut be-

drohten Gesundheit erfordert. Er kommt aus dem Kontext der Notfallmedizin. Der Übergang zur psychiatrischen Krise ist fließend.

### Suizidale Krisen

Nicht einzuordnen nach Krisenanlass wie Krisenanfälligkeit sind suizidale Krisen (Wolfersdorf & Purucker, 2003, Leenaars, 2003, Rausch, 1996, Dormmann, 1996). Kind (2003, S. 93) fasst dies wie folgt zusammen:

*„Suizidalität ist nichts Einheitliches. Sie ist vielfältig motiviert, dient unterschiedlichen intrapsychischen und interpersonellen Zielen und hat unterschiedliche Funktionen.“*

In suizidale Krisen können ebenso:

- Menschen mit psychischen Erkrankungen (psychiatrische Krisen),
- Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität (chronifizierte Krisen),
- Alte Menschen (Veränderungskrisen),
- Jugendliche und junge Erwachsene (Veränderungskrisen),
- Menschen in traumatisierten Situationen (Situationskrisen) und anderen Veränderungskrisen und
- Menschen mit schweren Erkrankungen (Veränderungskrisen) geraten (Giernalczyk, 2005, Kind, 2003, Dormmann, 1996, Wedler, Wolfersdorf & Welz, 1992).

Verschiedene Probleme lösen dabei suizidale Krisen aus. Diese können so unterschiedlich sein wie die Menschen, die in suizidale Krisen geraten. Solche Probleme können Kränkung, Trennung, Verlassenwerden, Auslieferung, Ohnmacht, Rache u. a. m. sein (Kind, 2003). Dabei sind für bestimmte KlientInnengruppen, bestimmte Probleme signifikanter mit suizidalen Krisen verbunden, so z. B. sind Kränkungen ein zentraler Affekt bei narzisstischen Persönlichkeiten. Kränkung könnten narzisstische Persönlichkeiten durch Vernichtung abwehren. Suizidalität entstände aus Wut gegen das enttäuschende Objekt. Typisch sei auch die manipulative Suizidalität bei Menschen mit Borderline-Störungen. Ohnmacht, Resignation und Hoffnungslosigkeit würden häufig bei depressiven Menschen angetroffen (Kind, 2003, Dross, 2001).

Wolfersdorf & Purucker (2003) unterscheiden drei Schweregrade der Suizidalität (ähnlich auch Sonneck, 2000, Wedler, Wolfersdorf & Welz, 1992):

1. Passive Suizidalität mit dem Wunsch nach Ruhe und Pause, auch Todeswunsch;
2. Zunehmenden Handlungsdruck und Zunahme des Handlungsrisikos mit Suizidgedanken und Suizidabsichten und
3. aktive Suizidalität mit Suizidhandlungen und Suizid.

Die Schweregrade der Suizidalität würden sich mit erhöhter Krisenanfälligkeit bzw. erschöpften internalen Ressourcen verbinden. Besonders gefährdet seien Menschen, die an psychischen Störungen litten: Depressionen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Schizophrenien, Angst-, Panik-, Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen (Dross, 2001, Sonneck, 2000, Finzen, 1997, Dorrman, 1996, Wedler, Wolfersdorf & Welz, 1992).

Das Spektrum möglicher Krisen ließe sich als Kontinuum zwischen sozialpsychologischen resp. akuten psychosozialen Krise ohne Chronifizierung und chronifizierten Krisensituationen darstellen (Freikamp, 2002 und Abbildung 1). Auf der einen Seite des Kontinuum finden sich:

- schwere traumatische soziale und Lebensprobleme,
- geringe Krisenanfälligkeit;
- gute Reaktionen der Umwelt bzw. intaktes soziales Netzwerk und
- ein phasentypischer Krisenverlauf, mit geringer Gefahr der Chronifizierung.

Auf der anderen Seite des Kontinuums stehen:

- von außen betrachtet eher nichtige Lebensereignisse,
- hohe Krisenanfälligkeit,
- geringe bis keine Reaktion der Umwelt bzw. kein intaktes soziales Netzwerk und
- kein phasentypischer Verlauf, mit hoher Gefahr der Chronifizierung

dem gegenüber. Grundsätzlich sei noch einmal an dieser Stelle vermerkt, dass die Aussagen zu Krisen Tendenzen darstellen. Krisenarten gehen fließend ineinander über.

Um den Prozess des Erstgesprächs im BKD zu untersuchen, erscheinen die Einteilungen als besonders geeignet, die Unterschiede in der Kommunikation vermuten lassen. Davon ausgehend, dass eine höhere Krisenanfälligkeit (geringere internale Ressourcen) mit Einschränkungen in der Kommunikation einhergehen könnte, werden in II.3. theoretische Konzepte vorgestellt, die internale Ressourcen von Menschen in Beziehung zu spezifischen Mustern der Kommunikation setzen. Sie könnten Hinweise drüber geben, warum Erstgespräche mit ähnlichen Krisenanlässen große Differenzen in der Gestaltung des Erstgesprächs aufweisen.



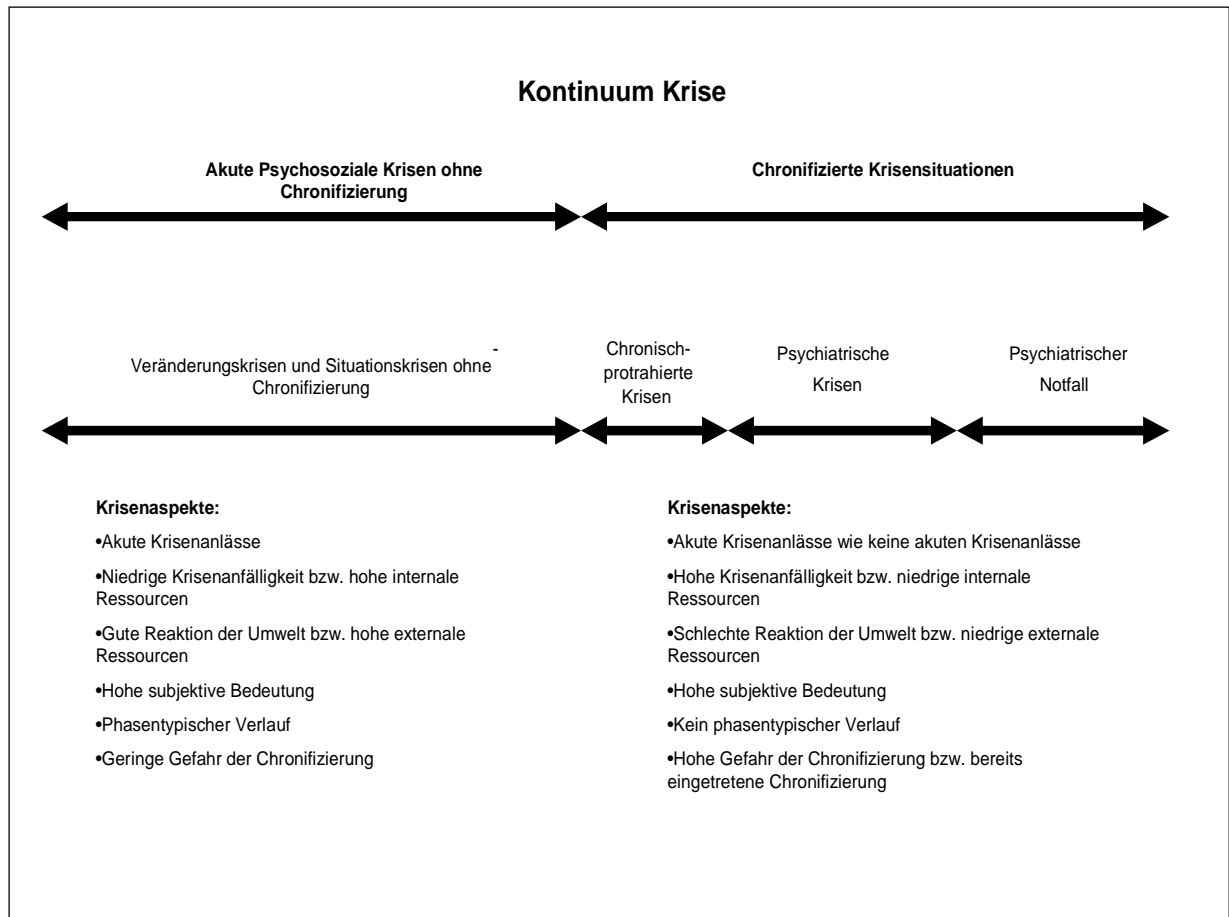


Abbildung 1: Krisenarten auf dem Kontinuum Krise

## II.1.2 Kriseninterventionskonzepte

Viele WissenschaftlerInnen (z. B. Ciompi, 1993; Golan, 1983; Heim 1993 u. a.) vermeiden eine allgemeine Definition der Krisenintervention. Eine Ursache sieht *Leuzinger-Bohleber* (1985, zit. nach Schürmann, 1991, S. 45) darin, dass:

*„Krisenintervention ... als theoretisches Konzept und als praktikable Methode nach wie vor unklar und ... in der inzwischen recht umfangreichen Literatur heterogen dargestellt (wird)“.*

Ähnlich äußern sich auch andere Autoren (Simmich & Reimer, 1998, Schnyder, 1993 und Ciompi, 1993). Sie sehen in der Kriseninterventionspraxis eine unübersichtliche Vielfalt von Ansätzen. Nach ihrer Ansicht besteht kein Konsens, was Krisenintervention sein sollte und wie sie von anderen benachbarten Konzepten abzugrenzen sei. Das Dilemma verdeutlichen die vielfältigen Kriseninterventionsansätze unterschiedlicher Therapieschulen und Therapiesituationen (Bergold & Schürmann, 2001, Simmich & Reimer, 1998, Schürmann, 1991), die in vier Hauptgruppen unterteilt werden können:

- *Krisenart übergreifende, eklektische Ansätze* betonen unterschiedliche Krisenaspekte resp. Dimensionen des Coping-Prozesses;

- *Krisenart übergreifende, Therapieschulen spezifische Ansätze* konzentrieren sich auf den Einsatz unterschiedlicher Methoden im Kriseninterventionsprozess;
- *Krisenart spezifische, bzw. Situation spezifische, eklektische Ansätze* nehmen unterschiedliche Krisenarten resp. Situationen zum Ausgangspunkt des Kriseninterventionskonzeptes und
- ein *Krisenart und Therapieschulen spezifischer Ansatz* ist die *kognitiv-behaviorale Krisenintervention*, die Beiträge zu unterschiedlichen Krisenereignissen (z. B. Vergewaltigung) bzw. Störungen (z. B. Sucht) liefert. Es werden spezifische verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren angewandt.

Unter dem Fokus der Analyse des Prozesses des Erstgesprächs im BKD wird sich der folgende Abschnitt auf solche Kriseninterventionsmodelle konzentrieren, die

1. große Gemeinsamkeiten mit der Konzeption des BKD (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998) aufweisen und
2. auf die Prozessgestaltung innerhalb der Krisenintervention verweisen.

Deshalb werden zunächst allgemeine Ansätze der Krisenintervention vorgestellt, die nicht nach Krisenanlass und Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen differenzieren und auf grundsätzliche Strategien abheben (II.1.2.1). Im Anschluss werden Krisenartspezifische Interventionskonzepte betrachtet (II.1.2.2). Dabei konzentrieren sich die Darstellungen auf solche Krisenanlassspezifische Interventionskonzepte (II.1.2.2.1) und solche, die sich an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen orientieren (II.1.2.2.2).

Wird in Kriseninterventionskonzepten gesondert auf das Erstgespräch eingegangen, werden die Erstgesprächskonzepte im folgenden Abschnitt II.1.2.3. analysiert. Auch hier wird zwischen allgemeinen Ansätzen (II.1.2.3.1) und Krisenartspezifischen Ansätzen (II.1.2.3.2) unterschieden und ein besonderes Augenmerk auf solche gerichtet, die Aussagen über die konkrete Gesprächsführung mit KlientInnen erlauben.

### **II.1.2.1 Allgemeine Ansätze**

Allgemeine Ansätze der Krisenintervention (Freikamp, 2002, Kuhn, 2002, Wüllenweber, 2001, Simmich & Reimer, 1998, Schürmann, 1992) lassen sich in zwei Gruppen unterteilen: Krisenart übergreifende, eklektische Ansätze betonen unterschiedliche Krisenaspekte resp. Dimensionen des Coping-Prozesses, z. B.:

- (1) *Krisenintervention als Anwendung eines allgemeinen Krisenentstehungsmodells* nimmt die wesentlichen Gedanken von Caplan auf und ist ein auf die Praxis orientiertes Modell (z. B. Dross, 2001, Sonneck, 2000).

- (2) *Krisenintervention als spezifisches Vorgehen* liegt die Auffassung von Krisenintervention als Dienstleistung zugrunde. Im Zentrum der Intervention stehen Informationen, Ratschläge und Auskünfte. Diese Einrichtung versteht sich als Anlaufstelle.
- (3) *Krisenintervention als ambulante Hilfe* verzichtet auf gesonderte Kriseneinrichtungen. Die Intervention wird aus dem Basisdienst heraus organisiert.
- (4) *Krisenintervention zur Vermeidung von Dekontextualisierung* versucht, stationäre Unterbringungen zu vermeiden und im häuslichen Umfeld zu intervenieren. Es existieren starke Bezüge zur systemischen Krisenintervention.
- (5) *Krisenintervention mit Ressourcenorientierung* ist eine familiengestützte Intervention. Sie geht davon aus, dass die Wahl der Bewältigungsstrategien Ressourcen abhängig ist und setzt deshalb auf eine Netzwerkindervention.

Krisenart übergreifende, Therapieschulen spezifische Ansätze konzentrieren sich auf den Einsatz unterschiedlicher Methoden im Kriseninterventionsprozess:

- (6) In der *psychoanalytisch orientierten Krisenintervention* wird das psychoanalytische Instrumentarium eingesetzt (Stützung, Klären und Strukturieren), um das Minimalziel der Krisenintervention (s. u.) zu erreichen. Das Durcharbeiten des zentralen Konfliktes ist in der verfügbaren Zeit kaum möglich (z. B. Schauenburg, 2004).
- (7) Die *personenzentrierte Krisenintervention* konzentriert sich auf die klientenzentrierte Trias: Empathie, Kongruenz und Wertschätzung, die durch Achtung, Teilhabe, Solidarität und Respekt zu verwirklichen ist. Besonders wird der Blick auf Beziehungsaspekte und auf Ressourcen einer Person gerichtet (z. B. Straumann, 1991).
- (8) In der *systemisch orientierten Krisenintervention* erfolgt die Übernahme systemischen und umfassender gesehen ökologischen Denkens zum Verständnis der psychischen Erkrankung und professionellen Handelns (Heraushebung des Kontexts) (z. B. Lauber & Rössler, 2004, Egedi & Boxbücher, 1996).
- (9) *Kognitive Ansätzen der Krisenintervention* (z. B. Angenendt, Nyberg & Stieglitz, 2004, Aguilera, 2000) fußen auf Theorien der Kognitiven und Verhaltenstherapie und stellen Gedanken und Wahrnehmungen der KlientInnen in der Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen.

Im Folgenden werden solche krisenartübergreifenden, eklektischen Konzepte vorgestellt, die dem integrativen Kriseninterventionsansatz des Berliner Krisendienstes nahe kommen. Den Ausgang für die folgenden Betrachtungen bildet die allgemeine Definition von Krisenintervention nach *Sonneck* (1997, S. 54):

*„jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht.“*

Diese Definition ist noch sehr allgemein. Um das Feld der Krisenintervention abzustecken, wird sie um Vorstellungen zu Zielen, Grundprinzipien und Aspekten von Kriseninterventionen ergänzt.

Sonneck (1997) sieht das Ziel von Krisenintervention in der Unterstützung der eigenen Fähigkeiten des Betroffenen und seiner Umgebung, um sich selbst zu helfen. Krisenintervention ist Hilfe zur Selbsthilfe:

- (a) zu aktiver, konstruktiver und innovativer Bewältigung und
- (b) zu selbständiger und kompetenter Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit.

Golan (1983) verfeinert die Zieldefinition, indem sie Mindestziele und weiterführende Ziele unterscheidet:

(1) Mindestziele:

- Befreiung von Symptomen,
- Wiederherstellung der vor dem Eintreten der Krise vorhandenen Funktionen,
- Verständnis für auslösende Ereignisse und
- Erkennen der Maßnahmen für Klienten und soziales Umfeld;

(2) weiterführende Ziele:

- die augenblickliche Stresssituation sollte mit früheren Lebenserfahrungen und –konflikten in Zusammenhang gebracht und
- neue Formen des Wahrnehmens, Denkens und Fühlens werden angeregt und neue Anpassungs- und Bewältigungsmuster entwickelt werden.

Aus einer Literaturanalyse heraus, formuliert Schnyder (1993) allgemeine Grundlagen von Krisenintervention, die sich durch Konzepte verschiedener WissenschaftlerInnen zögen (Rupp, 2004, Schauenburg, 2004, Kuhn, 2002):

- Krisenintervention muss rasch und flexibel erfolgen können.
- Die Konzentration auf die aktuelle Problemlage ist das grundlegende Element.
- Krisenintervention ist zeitlich begrenzt, i. d. R. 4 – 6 Wochen. Der wissenschaftliche Nachweis hierfür fehlt bis heute. Die allgemeine Erfahrung spricht eher für eine große Variabilität.
- Es existieren Stufenmodelle zur Durchführung einer Krisenintervention
- Die Krisenintervention ist durch eine aktive und direkte, jedoch nicht unbedingt direktive therapeutische Haltung gekennzeichnet.

- In der Krisenintervention arbeiten interdisziplinäre Teams.
- Die Krisenintervention wird von Maßnahmen im sozialen Umfeld begleitet.

*Simmich & Reimer* (1998) sahen bereits „grundlegende Behandlungsprinzipien als allgemein anerkannt“ hinweg über eine „Fülle unterschiedlicher, z. T. konkurrierender Vorgehensweisen“. In großer Übereinstimmung formulieren AutorInnen Prinzipien der Krisenintervention (Sonneck, 1997 und 2000, Schnyder, 1993, Roberts, 1990, Gilliland & James 1988, Slaikeu, 1984), wie:

- rascher Beginn der Intervention,
- Aktivität des Therapeuten,
- Methodenvielfalt,
- Fokus: aktuelle Situation/Ereignis,
- Einbeziehung der Umwelt,
- Entlastung des/der KlientIn und
- interpersonelle Zusammenarbeit.

Sonneck (1997, S. 57) fasst die Prinzipien in einem grundsätzlichen Kriseninterventionskonzept zusammen. Dieses sei durch „das Arbeiten an der **Beziehung**, die Auseinandersetzung mit der **emotionalen Situation** und allfälliger **Suizidalität**, die Konzentration auf den **aktuellen Anlass** und die Einbeziehung der **Umwelt**“ gekennzeichnet. *Bergold & Schürmann* (2001) ergänzen diese Grundprinzipien durch die Orientierung auf die **Bewältigung**, die **Ressourcenaktivierung**, die **Niederschwelligkeit** der Angebote und deren **zeitliche Begrenztheit**.

In ihren Konzepten unterscheiden verschiedene AutorInnen (u. a. Aguilera, 2000, Golan, 1983) zwei unterschiedliche Behandlungsansätze in der Krisenintervention:

(1) Allgemeiner Ansatz:

Er unterstreicht die spezifischen Situations- und Veränderungskrisen, wie sie bestimmten Gruppen zustoßen, ohne den Versuch zu machen, die speziellen psychodynamischen Vorgänge im Individuum aufzuspüren ( z. B. Arbeitslosenberatung, Trauerhilfe u. ä.).

(2) Individueller Ansatz:

Das Hauptgewicht liegt auf der Bewertung der spezifischen intrapsychischen und zwischenmenschlichen Prozesse des Individuums und auf den einmaligen Aspekten der jeweiligen Situation. Es ist ein Modell der begrenzten psychotherapeutischen Behandlung.

Der Berliner Krisendienst verfolgt den individuellen Ansatz (vgl. IV.2).

*Slaikau* (1990) systematisiert in seinem umfassendes Modell der Krisenintervention, in welchem er Krisenintervention erster und zweiter Ordnung, bzw. Psychologische erste Hilfe und Krisentherapie unterscheidet. Beide Teile der Krisenintervention unterliegen den allgemeinen Prinzipien der Krisenintervention, unterscheiden sich aber in ihrer zeitlichen Ausdehnung, den KrisenberaterInnen, dem Ort, den Zielen und dem Vorgehen (Tabelle 2). Hier bestehen Analogien zu den Aussagen *Golans* (1983) über Mindest- und weiterführende Ziele der Krisenintervention. Die Mindestziele werden dem Erstgespräch zugeordnet. Weiterführende Ziele sind in der Krisentherapie verortet.

**Tabelle 2: Umfassendes Modell der Krisenintervention: Krisenintervention 1. und 2. Ordnung**

	<b>Krisenintervention 1. Ordnung (Psychologische erste Hilfe)</b>	<b>Krisenintervention 2. Ordnung (Krisentherapie)</b>
<b>Zeitliche Ausdehnung</b>	Minuten bis Stunden	Wochen bis Monate
<b>KrisenberaterInnen</b>	Eltern, Polizei, Geistliche, Rechtsanwälte, Ärzte, Sozialarbeiter, Lehrer, Psychologen etc.	Psychotherapeuten und Berater (Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter etc.)
<b>Orte</b>	Orte in der Gemeinde (Krankenhäuser, Kirchen, Schulen, Unternehmen, telefonische Krisendienste)	Therapie und Beratungssettings (Krankenhäuser, Tagesklinken, Ambulanzen, etc.)
<b>Ziele:</b>	Wiederherstellung des unmittelbaren Bewältigung (Coping) durch Unterstützung, Reduzierung der Letalität und Verbindung zu sozialen Ressourcen	Überwinden/ Lösen der Krise: Durcharbeiten des Krisenereignisses, Integration in die Biografie, Öffnung/ Bedeutung für die Zukunft
<b>Vorgehen</b>	Fünf Komponenten der Psychologischen 1. Hilfe (s. II.1.2.3.1, Tabelle 3)	Multimodale Krisentherapien (s.II.1.2.3)

Ähnliche Differenzierungen der Krisentherapie finden sich bei verschiedenen Autoren (Dross, 2001, Sonneck, 1997, Schneyder 1993) in der Unterscheidung zwischen Erstgespräch (resp. Psychologische erste Hilfe oder Krisenintervention erster Ordnung) und eigentlicher Krisenintervention (resp. Krisentherapie oder Krisenintervention zweiter Ordnung). Mit der Unterteilung in Psychologische erste Hilfe (Erstgespräch) und Krisentherapie (Folgegespräche) wird bereits auf Besonderheiten des Erstgesprächs verwiesen. Genauer wird auf diese unter II.1.2.3 eingegangen.

Einen weiteren interessanten Ansatz, der Hinweise auf die Gesprächsführung und damit den Prozess der Krisenintervention und besonders des Erstgesprächs geben könnte, ist die Verbindung von Coping- und Kriseninterventionsmodellen (Heim, 1993, Ciompi, 1993). In allen praktizierten Krisenmodellen ist die Copinganalyse und Copingmodifikation enthalten. Copinganalyse ist in diesem Zusammenhang die Analyse der habituell vom Klienten eingesetzten Bewältigungsformen, die meist der Krise nicht angemessen sind. In der Copingmodifika-

tion erfolgt die Verarbeitung der Krise in geeignete (neue) Bahnen. Dabei kann Coping eher handlungs- und/oder kognitions- und/oder emotionsbezogen sein. Unter dem Fokus des Coping haben die meisten Krisenmodelle folgende Aspekte gemeinsam:

- (1) Betonung der subjektiven Interpretation der Belastungssituation;
- (2) Erlernen geeigneter Bewältigungsstrategien (coping-skills), um Fehlanpassungen zu überwinden oder zu verhindern und
- (3) Wiederholen und Üben dieser Bewältigungsstrategien mit bestmöglicher Übertragung in die reale Belastungssituation (Freikamp, 2002).

Heim (1993) (ähnlich Parry, 1990, Baldwin & Wolbert Burgess, 1981) entwickelte aus der Orientierung am Coping-Prozess *Phasen der Krisenintervention, resp. eine allgemeine Vorgehensweise*, die gleichzeitig Hinweise zum Prozess der Krisenintervention geben.

1. Die Intervention beginnt und hat zur unbedingten Voraussetzung für ihr Gelingen das *Aufbauen der therapeutischen Beziehung*. Um eine therapeutische Beziehung zu schaffen, muss erstens die Krise als solche anerkannt und zweitens das Setting geklärt (Ort, Dauer, Personen) werden. Der Aufbau der therapeutischen Beziehung begönne auf jeden Fall im Erstgespräch.

Die folgenden Schritte sind nur bedingt dem Erstgespräch zuzuordnen. Inwieweit sie dort zu verorten sein könnten, darüber geben gesonderte Konzepte zu Erstgesprächen Auskunft.

2. Dem schließt sich die *Problemanalyse*, die die Situationsanalyse und Copinganalyse umfasst, an. Zur Situationsanalyse gehören das Erfassen der objektive Situation (Krisenhintergrund und -auslöser) und deren subjektive Kriseninterpretation. Die Copinganalyse erfolgt habituell, krisenbezogen und ressourcenbezogen.
3. Aufbauend auf der geschaffenen therapeutischen Beziehung und Problemanalyse *definieren* KrisenberaterIn und KlientIn gemeinsam *das Problem*. Dabei ist das Problem klar und verständlich zu formulieren, ungeeignetes vs. geeignetes Coping aufzuzeigen, absehbar erreichbare Ziele festzulegen und zu neuem Coping zu ermutigen.
4. Ist das Problem erkannt, wird das *Ziel der Intervention definiert*.
5. Das *Problem* kann nun *bearbeitet* und das *Coping modifiziert* werden. Die Problemdefinition und Copinganalyse wird, so nötig, wiederholt. Die KrisenberaterIn unterstützt das aktive Umsetzen in die Realität und bezieht das soziale Umfeld ein. Auch das vorausschauende Planen in Bezug auf spätere mögliche Krisen ist ein Thema in dieser Phase der Intervention.

6. Am Schluss der Krisenintervention steht die *Re-Evaluation bei neuer Krise*, indem die durchstandene Krise besprochen, neue Probleme- und Ziele definiert und vorausschauend geplant werden.

Auch ohne sich explizit auf den Coping-Prozess zu beziehen, stellen die meisten Autoren (z. B. Dross, 2001, Aguilera, 2000, Egedi & Boxbücher, 1996 Schnyder, 1993, Ciompi, 1993 Roberts, 1990, Gilliland & James, 1988) die Phasen der Krisenintervention ähnlich dar. Einige Autoren setzen zusätzliche Schwerpunkte:

- *Ciompi* (1993) die Notwendigkeit, Gefühle auszudrücken und zu entlasten, was leider oft vernachlässigt wird (Schritt 3).
- *Gilliland & James* (1988) betonen zusätzlich das empathische Verstehen der KlientInnen, um adäquat auf die Intentionen der KlientInnen eingehen zu können. Dabei käme es ebenso auf die Einbeziehung verbaler wie nonverbaler Mitteilungen der KlientInnen an.
- *Wedler* (1997) setzt an die erste Stelle die Unterbrechung der pathologischen Kommunikation. Er weist darauf hin, dass „*in emotionsgeladener Atmosphäre, in einem Feld lauernder Aggressionen und Drohungen von dritter Seite ... Krisenhilfe (scheitert – U. F.)*“ (ebenda, S. 69). Dies den KlientInnen klar zu machen, liege in der Verantwortung der BeraterInnen.

*Ciompis* (1993) Betonung der emotionalen Entlastung und *Wedlers* (1997) Durchbrechung der pathologischen Kommunikation verweisen bereits auf Besonderheiten in der Kommunikation, die im Erstgespräch zu erwarten sind (s. II.2.3 und II.3). Der Verweis auf habituell eingesetzte Bewältigungsformen von KlientInnen innerhalb des Coping-Modells kann als Hinweis auf Unterschiede zwischen KlientInnengruppen verstanden werden (s. II.1.2.2).

In den Publikationen wird bis auf einige Ausnahmen (Tschacher & Jacobshagen, 2002; Reisch, Schlatter & Tschacher, 1999, Stein & Lambert, 1984) nicht auf die **Wirksamkeit** der dargestellten Kriseninterventionsansätze eingegangen. Die Forschergruppe um Tschacher untersucht die Wirksamkeit von Krisenintervention im spezifischen Forschungskontext stationärer Krisenintervention. *Stein & Lambert* (1994) kommen im Ergebnis eines umfangreichen Reviews über die Effektivität der telefonischen Krisenintervention in den USA zu der vorsichtigen Einschätzung, dass die Einrichtung von Krisendiensten zur Senkung der Suizidrate bei jungen weißen Frauen beigetragen habe. *Reisch et al.* (1999) konnten im Rahmen stationärer Krisenintervention nachweisen, dass die Suizidalität von PatientInnen in einer 2-3wöchigen Krisenintervention signifikant zurückging. *Tschacher & Jacobshagen* (2002) untersuchten den Prozess und das Outcome o. g. stationärer Krisenintervention. Die Kriseninter-



vention umfasste dabei eine eklektische Gruppentherapie, Arbeitstherapie, Bewegungstherapie und Problemlösetraining. Über den Prozess der Krisenintervention hinweg verringerte sich die Depressivität, Aggressivität, Angst, Anspannung und Suizidalität signifikant. Stimmung und kognitive Orientierung verbesserten sich.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass alle WissenschaftlerInnen auf eklektische Kriseninterventionsansätze in der Praxis verweisen (Bergold & Schürmann, 2001; Theunissen, 2001, Sonneck, 1997; Ciompi, 1993; Heim, 1993; Schnyder, 1993; Schürmann, 1991, Gilliland & James, 1998 und Golan, 1983). *Baldwin & Wolbert Burgess* (1981) sehen gängige Kriseninterventionskonzepte als Konvergenzkonzepte, die Elemente aus der Diagnostik des medizinischen Modells und der Therapie der psychotherapeutischen Modelle übernehmen. Innerhalb unterschiedlicher Kriseninterventionskonzeptionen werden Prinzipien, Aufgaben und Phasen schulenübergreifend ähnlich beschrieben. Auch der Berliner Krisendienst verfolgt in seiner Arbeit einen integrativen Ansatz (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998).

### **II.1.2.2 Krisenartspezifische Ansätze**

In der Literatur werden Krisenartspezifische Interventionen unabhängig von Therapieschulen auf zweierlei Art beschrieben: Zum einen spezifizieren AutorInnen Interventionen nach Krisenanlässen (vgl. II.1.1). Zum anderen wurden Ansätze entwickelt, die sich an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen orientieren. Hier sind Ansätze von *Freikamp* (2002), *Sonneck* (1997, 2000), *Heim* (1993) und *Ciompi* (1993) zu nennen. Im folgenden Abschnitt werden deshalb beide Systematiken getrennt dargestellt, zunächst Krisenanlassspezifische Kriseninterventionen (II.1.2.2.1) und dann Kriseninterventionen, die sich an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen ausrichten (II.1.2.2.2).

#### *II.1.2.2.1 Krisenanlassspezifische Kriseninterventionen*

Krisenanlassspezifische Kriseninterventionen werden unter zwei Oberbegriffen zusammengefasst (vgl. II.1.1.2):

1. *Entwicklungs- und Übergangskrisen* (nach *Slaikeu*, 1990, *Gilliland & James*, 1988, *Golan*, 1983) oder synonym *Veränderungskrisen* oder *Normative Krisen* (*Sonneck*, 1997; *Giernalczyk*, 1997, *Cullberg*, 1978, zit. nach *Heim*, 1993, *Baldwin & Wolbert Burgess*, 1981) und

2. *Situationsbedingte Krisen* (nach Slaikeu, 1990, Gilliland & James, 1988, Golan, 1983) oder synonym *Traumatische Krisen* (Sonneck, 1997, Giernalczyk, 1997, Cullberg, 1978, zit. nach Heim, 1993, Baldwin & Wolbert Burgess, 1981)

Für diese Obergruppen und spezifische Krisenanlässe innerhalb der Obergruppen wurden vielfältige Ansätze entwickelt (Simmich & Reimer, 1998), eklektische wie therapieschulenspezifische. Ebenso wie im Rahmen der allgemeinen Kriseninterventionskonzepte gibt es in der Praxis große Übereinstimmungen. Aus der unübersichtlichen Vielfalt entwickelter Ansätze werden solche exemplarisch vorgestellt, die große Parallelen zum Interventionsmodell des BKD (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998) aufweisen. Die Ausführungen werden sich dabei auf Modelle der Krisenintervention für Veränderungskrisen und Situationsbedingte Krisen beschränken, da Spezifizierungen für unterschiedliche Krisenanlässe sich aus diesen Konzepten ableiten.

#### Kriseninterventionen bei Veränderungskrisen:

Golan (1983) faßt Krisenintervention bei Veränderungskrisen unter dem Slogan „Lernen, Dinge geschehen zu lassen“ zusammen. Sie verweist auf vielfältige Formen in der Intervention, wie:

- Neubeschäftigung mit früheren primären Beziehungen,
- Rat und Führung,
- Treffen von Vorkehrungen und Maßnahmen,
- Vollzug von psychosozialen Aufgaben, emotionale Unterstützung und Gelegenheit zur ungehemmten Äußerung des Zorns,
- Vorausschauender Führung zur Verbesserung der Kommunikationsmuster und
- Unterweisung in neue Mechanismen der Lebens- und Problembewältigung.

Sie behält das von ihr entwickelte Behandlungsmodell bei. Allerdings verweist sie auf die Tatsache, dass diese Krisen oft von längerer Dauer sind (bis zu einem Jahr). Damit verbindet sich eine gewisse Abwendung von Konzentration auf den Krisen Anlass und etwas mehr Hinwendung zu den übrigen Dimensionen.

Darüber hinaus stellen AutorInnen (Kunz, Scheuermann & Schürmann, 2004, Aguilera, 2000, Roberts, 1990, Gilliland & James, 1988, Slaikeu, 1984, Baldwin & Wolbert Burgess, 1981) Konzepte für spezifische Krisenanlässe im Rahmen von Veränderungskrisen vor, so z. B. Krisen mit dem Verlusten von nahe stehenden Personen, schweren körperlichen Erkrankungen u. a. Dabei gehen sie auf zu erwartende inhaltliche Schwerpunkte in der Intervention ein. Das grundsätzliche Vorgehen bleibt ähnlich (s. o.).

### Kriseninterventionen bei Situationsbedingten bzw. Traumatische Krisen:

Die Vorgehensweise bei Situationsbedingten bzw. Traumatischen Krisen orientiert sich an der Phasentheorie Cullberg's (Sonneck, 1997, 2000):

- In der *Schockphase* sollte die KrisenberaterIn den Eindruck vermitteln: „Ich bin bei Dir.“ Bei schweren traumatischen Ereignissen sollte die KlientIn nicht allein gelassen werden. Es ist ein Geborgenheitsgefühl zu vermitteln. Hier kann noch keine vernunftmäßige Verarbeitung einsetzen.
- In der *Reaktionsphase* muss die KlientIn ermutigt werden, das Ereignis wahrzunehmen, einzuordnen und zu verstehen.
- Die *Bearbeitungsphase* kennzeichnet die Konfrontation mit dem Krisenanlass und seinen Konsequenzen.
- Die Phase der *Neuorientierung* konzentriert sich auf das „Loslassen“.

Golan (1983) ergänzt unter Bezug auf physische Krankheiten als traumatisches Ereignis, was aber sicher auch für andere traumatische Ereignisse gilt, die Konzentration der Intervention auf:

1. die Beschäftigung mit psychosozialen Faktoren, die die KlientIn daran hindern, wirksamen Gebrauch von Heilangeboten resp. Hilfsangeboten zu machen und
2. die Erbringung solcher materiellen, sozialen und psychologischen Leistungen, die die Motivation, die Kapazität und Chancen der KlientIn zur Wiedererlangung oder Neuorientierung ihres Wohlbefindens vergrößern.

Des Weiteren führt Golan im Zusammenhang von Vergewaltigung zum phasenspezifischen Vorgehen bei der Krisenintervention aus (ähnlich Roberts, 1990, Gilliland & James, 1988):

- *In der ersten Phase* (Schock) ist das Opfer verwirrt und verstört. Die KrisenberaterIn sollte der Frau in jedem Fall zureden, ihre Situation mit einem Anwalt oder Rechtsberater zu besprechen und auch zur Polizeidienststelle begleiten. Weiterhin sollte sie der Frau zu der Überzeugung verhelfen, die Situation unter Kontrolle zu haben. Die KrisenberaterIn muss deshalb ein ruhiges, einfühlsames und konsequentes Auftreten zeigen, betroffen und angerührt, dabei aber auch sachlich und objektiv bleiben.
- *In der zweiten Phase* (Reaktion) sind weit weniger direkte Aktivitäten notwendig. Die KrisenberaterIn bietet Stützung und Rückenhalt, „steht bereit“.
- *In der dritten Phase* (Bearbeitung) ist die Klientin häufig deprimiert. Das offene Äußern der Empfindungen ist für die Frau besonders wichtig. Die KrisenberaterIn muss deutlich machen, dass die Frau nicht verantwortlich ist und die Schuld beim Täter liegt.

Den inhaltlichen Mittelpunkt der Krisenintervention Situationsbedingter bzw. Traumatischer Krisen bildet die Beschäftigung mit dem konkreten Krisenanlass. Zahlreiche Konzepte zu differenzierten Krisenabläufen wurden erarbeitet, so zu Krisen bei häuslicher Gewalt (Roberts, 1990, Gilliland & James, 1988), Missbrauch u. a. Dabei haben alle Interventionskonzepte ähnliche Gerüste, die auf Kommunikationsstrategien, insbesondere Beziehungsangebote innerhalb dieser hindeuten. Beispielhaft sei an dieser Stelle das von *Roberts* (1988) vorgeschlagene Vorgehen in der Intervention mit geschlagenen Frauen und Kindern vorgestellt:

- A. Achieving contact (Introduce yourself ...)
- B. Boiling down the problem (Ask the client to describe briefly what has just happened, encourage the client to talk about the here and how ...)
- C. Coping the problem (What does the client want to happen? What is the most important need ... Arrange follow-up contact with the client)?

Letztlich lassen sich alle Interventionskonzepte für KlientInnen in traumatischen Krisen auf das Vorgehen in allgemeinen Ansätzen zurückführen.

Das Vorgehen von BeraterInnen in Veränderungskrisen und Situationsbedingten bzw. Traumatischen Krisen weist neben Unterschieden große Gemeinsamkeiten auf (Freikamp, 2002):

- Die Konzentration auf den Krisenanlass ist beiden gemeinsam, der Anlass selbst ist ein unterschiedlicher, bei Veränderungskrisen ein normatives Ereignis und bei Traumatischen oder Situationskrisen eine traumatische Situation. Der Krisenanlass in Veränderungskrisen ist nicht so schwerwiegend wie bei Traumatischen oder Situationskrisen und verliert deshalb in der Intervention etwas an Bedeutung.
- Die Einbeziehung der sozialen Situation und vorhandener Hilfemöglichkeiten steht nicht im Mittelpunkt der Intervention, wobei von graduell geringeren externalen Ressourcen bei Veränderungskrisen ausgegangen werden kann, was die Einbeziehung der sozialen Situation etwa mehr in den Blickpunkt rückt.
- Auch auf die Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und der allfälligen Suizidalität ist nicht der Hauptfokus der Intervention gerichtet, wobei wieder für Veränderungskrisen gilt, dass sie eher mit etwas schwächeren internalen Ressourcen bzw. etwas erhöhter Krisenanfälligkeit verbunden sind, was eine etwas größere Rolle der Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation in der Intervention nach sich zieht.
- Das Arbeiten an der Beziehung nimmt einen eher geringeren Raum in der Intervention ein, da internale und externale Ressourcen vorhanden sind und damit Beziehungsaufbau eher kein Problem ist. Die etwas schwächeren internalen und externalen Ressourcen bei Veränderungskrisen verschieben jedoch auch das Gewicht zugunsten der Ar-

beit an der Beziehung etwas (Sonneck, 1997). Dieser Ansicht ist aufgrund der empirischen Untersuchung im BKD zu widersprechen (s. o.). Hier konnte der Zusammenhang zwischen Krisenanlass und Bewältigungsmöglichkeiten (internalen und externalen Ressourcen) nur teilweise bestätigt werden (Freikamp, 2002).

- Die Kriseninterventionen werden eher nach dem Erstgespräch beendet (vgl. Bergold, 1993), wobei dies bei Veränderungskrisen wegen nicht immer begrenzter Dauer und beginnender Gefahr der Chronifizierung etwas seltener der Fall sein könnte.
- Traumatische oder Situationskrisen und Veränderungskrisen unterscheiden sich in der Phasengestaltung der Intervention. Da die Schockphase so nicht in Veränderungskrisen vorhanden ist, kann die stützende, ein Geborgenheitsgefühl vermittelnde Rolle der KrisenberaterIn in dieser Phase nicht die überragende Rolle einnehmen. In der traumatischen oder Situationskrise dominiert zu Beginn (Schock) die stützende, ein Geborgenheitsgefühl vermittelnde Rolle der KrisenberaterIn (Sonneck, 1997, Golan, 1983).

#### *II.1.2.2.2 Kriseninterventionen, die sich an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen orientieren*

AutorInnen (Freikamp, 2002, Sonneck, 2000 und 1997, Heim, 1993) unterscheiden Kriseninterventionen an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen. Dabei lassen sich folgende Gruppen von Kriseninterventionen finden:

1. Kriseninterventionen mit KlientInnen in akuten psychosozialen (Freikamp, 2002) oder sozialpsychologischen (Sonneck, 1997) Krisen ohne Chronifizierung,
2. Kriseninterventionen mit KlientInnen in chronifizierten (Freikamp, 2002) oder chronisch-protrahierten (Sonneck, 1997, 2000) Krisen,
3. Kriseninterventionen mit KlientInnen in psychiatrischen Krisen (Rupp, 2004, Zimmermann, 2001) oder mit der Psychiatrische Klientel (Freikamp, 2002),
4. Kriseninterventionen mit KlientInnen in psychiatrischen Notfällen (Zimmermann, 2001, Freikamp, 2002) und
5. Kriseninterventionen mit KlientInnen in suizidalen Krisen (Wolferdorf & Purucker, 2003).

#### Kriseninterventionen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung bzw. sozialpsychologischen Krisen

In der Darstellung der Vorgehensweisen bei akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung, resp. sozialpsychologischen Krisen bilden das krisenauslösende Ereignis, die psychische Verfassung und die Problembewältigung die zentralen Themen (Sonneck, 1997). Das Vorgehen entspricht dem in Veränderungs- bzw. Situationsbedingten Krisen (s. o.).

Bei allen weiteren KlientInnengruppen ist von der Chronifizierung der KlientInnen auszugehen. Die Konzentration auf den aktuellen Krisenanlass trete dann in den Hintergrund. Bei chronisch-protrahierten Krisen liege der eigentliche Anlass nicht in der Gegenwart, sondern der Nichtbewältigung früherer Krisen (Sonneck, 1997). Psychiatrische Krisen brechen bei von außen betrachtet nichtigen Anlässen aus, da psychische Erkrankungen die Vulnerabilität für Krisen steigern (Zimmermann (2001). Beim psychiatrischen Notfall kann der Krisenanlass keine Rolle mehr spielen, da die Lebensrettung im Vordergrund steht, so dass die eigentlich Krisenintervention erst nach Abschluss der Notfallversorgung beginnen kann (Rupp, 2004, Zimmermann, 2001).

### Kriseninterventionen mit KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen

Chronisch-protrahierte Krisen präsentierten sich der KrisenberaterIn im Erstkontakt als akute – also sozialpsychologische Krisen (Sonneck, 1997)<sup>1</sup>. Wenn die BeraterIn daraufhin die aktive Vorgehensweise bei sozialpsychologischen Krisen (akute psychosoziale Krisen ohne Chronifizierung) wähle, fördere sie die Hilflosigkeit und damit Ausweitung der Krise. Die wichtigste Entscheidungshilfe für oder gegen eine chronische Krise sei deshalb die Frage nach der Dauer der Krise. *Sonneck* (1997) leitet daraus folgende Therapieziele ab:

- Information, Aufklärung und Beratung,
- Wiedererwerben von Vertrauen in die eigene Kompetenz und die Funktionstüchtigkeit des eigenen Körpers,
- Wiedererwerben von Vertrauen in die psychischen und soziale Funktionstüchtigkeit,
- Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten im sozialen und körperlichen Bereich,
- Umgang mit Gefühlen und kritischen sozialen Situationen,
- Aufgeben der Krankenrolle,
- Erlernen von Entspannung und
- kritischen Umgang in der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen, von Medikamenten und Suchtmitteln.

Sonneck weist darauf hin, dass differentialdiagnostisch chronisch-protrahierte Krisen nicht ohne Schwierigkeiten von bestimmten neurotischen Entwicklungen zu unterscheiden sind. Es besteht also eine große Nähe zu psychiatrischen Krisen wie auch große Gemeinsamkeiten in den Vorgehensweisen. Innerhalb der Vorgehensweise bei KlientInnen von chronisch-protrahierten Krisen

---

<sup>1</sup> Chronisch-protrahierte Krisen können, so konnte im Rahmen der empirischen Untersuchung von *Freikamp* (2002) nachgewiesen werden, können kombiniert mit akuten schweren Krisenanlässen auftreten. Häufiger scheint jedoch die von *Sonneck* (2000, 1997) angenommene Schein der Akutheit zu sein.

1. stellt die Trennung vom aktuellen Krisenanlass, der meist nichtig ist, und der Erfassung des Krisenverlauf, d. h. insbesondere die Dauer, die Weichen für die weitere Intervention.
2. Im Rahmen der Intervention nimmt die Stärkung der internalen und externalen Ressourcen einen herausragenden Platz ein.

Phasenspezifische Konzepte für die Vorgehensweise bei chronisch-protrahierten Krisen sind in der Literatur nicht beschrieben.

Der Umgang mit der häufigen, zumeist latenten Suizidalität prägt ebenfalls die Intervention mit KlientInnen in chronifizierten Krisen (s. Wolfersdorf & Purucker, 2003, Kind, 2003, Sonneck, 2000). Deshalb nehme auch die Abklärung von Suizidalität einen großen Raum ein. Hier gibt es Parallelen zum Vorgehen in psychiatrischen Notfällen (s. unten).

#### Kriseninterventionen mit der Psychiatrischen Klientel

Die Vorgehensweise bei psychiatrischen Krisen kennzeichnen folgende Schritte (Zimmermann 2001):

1. Innerhalb der *diagnostischen Abklärung* spielt die Anamneseerhebung und Diagnostik die übergeordnete Rolle. Zusätzlich wird die psychosoziale Auslösesituation ermittelt. Eine Sicherheit vermittelnde Atmosphäre ist für die diagnostische Abklärung von besonderer Bedeutung. Da das soziale Umfeld von der Krise mitbetroffen ist, benötigt auch dieses professionelle Zuwendung. In der Anfangssituation werden die Weichen für den Beziehungsaufbau gestellt. Die diagnostische Erhebung ist die wichtigste und zugleich schwierigste Aufgabe.
2. Die *spezifische Interventionsbehandlung* wird mit dem Betroffenen abgestimmt. Sie ist vom Grad der Selbst- und Fremdgefährdung und von der Qualifikation der Helfer abhängig. Bei entsprechender Indikation gehört auch die psychotherapeutische Intervention dazu, um eine rasche Entlastung zu erreichen. Eine Einweisung in ein stationäres Setting wird nur bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung angestrebt, um diese abzumildern. Bei Indikation kann auch eine medikamentöse Behandlung erwogen werden.

Im Rahmen der Krisenintervention als Baustein präventiver Psychiatrie ergänzt *Schürmann* (1991) folgende Aspekte zur Vorgehensweise, die auch für die Vorgehensweise bei psychiatrischen Krisen bedeutsam sind:

- Krisenintervention ist eine Aufgabe eines größeren Projektes mit weit reichender Zielstellung.
- Das Lebenskrisenkonzept fungiert als theoretischer Hintergrund der Krisenintervention.

- Die Krisenintervention ist auf den präventiven Aspekt psychosozialer Hilfe zentriert.
- Krisenintervention ist als kurzfristige Hilfe angelegt.
- Es erfolgt bei Bedarf die Vermittlung längerfristiger Angebote.
- Andere Helfer (z. B. Geistliche) in der Gemeinde unterstützen das Bemühen um Krisenhilfe.
- Von Bedeutung ist der Familien- und Gruppenbezug der Intervention.
- Krisenintervention orientiert sich an der gesunden Persönlichkeit.
- Krisenintervention betont den Notfallaspekt.
- Es erfolgt multiprofessionelle Zusammenarbeit.
- Krisenintervention hat immer einen Gemeindebezug.

Ebenso fließen Erkenntnisse der Krisenintervention als stationäre Alternative zur Vollhospitalisierung und zur Vermeidung von Dekontextualisierung in die Vorgehensweise bei psychiatrischen Krisen ein (Schürmann, 1991):

- das Verstehen des auslösenden Ereignisses UND der tieferen Hintergründe;
- eine dem Patienten gut einleuchtende Krisenintervention auf dem Hintergrund eines gemeinsam erarbeiteten Verständnisses der Krise;
- die Abfuhr von aufgestauten Affekten;
- die Reaktivierung zwar vorhandener, aber verschütteter Coping- und Problembewältigungsstrategien und
- die Vermeidung von stationärer Unterbringung.

#### Kriseninterventionen mit KlientInnen in psychiatrischen Notfällen

Der psychiatrische Notfall als Extremum der psychiatrischen Krise kennzeichnet die fachmännische (ärztliche) Beurteilung und gegebenenfalls Behandlung innerhalb von Minuten bis maximal wenigen Stunden (Rupp, 2004, Zimmermann, 2001). Die Krisenintervention beschränkt sich auf die sofortige medizinische und psychiatrische Behandlung, erst nach der Akutbehandlung des psychiatrischen Notfalls taucht wiederum die psychosoziale Krise auf (Sonneck, 1997). *Wolfersdorf und Purucker* (2003) formulieren Grundprinzipien der notfallpsychiatrischen Krisenintervention:

- An erster Stelle stehe das Angebot zum Gespräch und Aufbau einer Beziehung. Dafür müssten ausreichend Zeit und Raum zur Verfügung gestellt werden. Es bedürfe der beruhigenden Versicherung und Entlastung. Suizidalität müsse offen, direkt und ernst angesprochen werden. Nicht dürfe bagatellisiert werden. Internale und externale Ressourcen sollten erfragt und Hoffnung und Hilfeangebote vermittelt werden. *Huber, Gastner, Hart-*



*muth; Maragos & Schleu* (2003) konnten in einer empirischen Studie über Beratungsgespräche in präklinischen psychiatrischen Notfällen nachweisen, dass für die Zufriedenheit der KlientInnen die Arbeitsbeziehung entscheidend war. PatientInnen wären umso zuverlässiger (entlasteter) gewesen, je direkter und strukturierter die Gesprächsführung gewesen wäre.

- Im Gespräch müsste Suizidalität diagnostiziert werden (wie akut diese sei) und psychische Störungen abgeklärt werden.
- Dem schlossen sich das Krisenmanagement und psychotherapeutisch orientierte Interventionen an. Beide Prozesse wären nicht klar zu trennen und begännen mit der Beziehungsherstellung.
- Als letzten Schritt in der Krisensituation sehen die Autoren die Therapieplanung (nach der Akutsituation). Dabei ginge es um die Klärung der Therapiemodalitäten (ambulant oder stationär; freiwillig vs. Unterbringung) und die Planung der Behandlung der Grundstörung.

Ähnliche Vorgehensweisen werden bei vielen Autoren beschrieben (z. B. Everstine & Everstine, 1985).

#### Kriseninterventionen in suizidalen Krisen

Kriseninterventionen in suizidalen Krisen unterscheiden sich nach Schweregrad der Krise (Rupp, 2004, Wolfersdorf & Purucker, 2003, Zimmermann, 2001). Gemeinsam sei ihnen immer die Notwendigkeit ein Beziehungsangebot zu machen und die Akutizität der Suizidalität einzuschätzen. Im Weiteren unterscheidet sich das Vorgehen: In akuten suizidalen Krisen entspricht das Vorgehen dem in psychiatrischen Notfällen (s. o.). Latente Suizidalität verbindet sich oft mit chronifizierten (chronisch-protrahierten) Krisen und dahinter lauerten psychischen Störungen. Dort werde dann entsprechend o. g. Grundprinzipien vorgegangen (Freikamp, 2002, Sonneck, 2000 und 1997).

In unterschiedlicher Zusammenstellung weisen Kriseninterventionskonzepte mit suizidalen KlientInnen über unterschiedliche Ansätze hinweg große Gemeinsamkeiten auf (Brönisch, 2004, Dross, 2001, Sonneck, 2000, Lauterbach, 1996, Rausch, 1996, Finzen, 1997, Dormann, 1996). Recht übersichtlich und umfassend finden sich z. B. bei *Dross* (2001) Kriterien für den Umgang mit suizidaler Gefährdung:

- Die Suizidalität der KlientInnen müsse *sofort bearbeitet* werden. Man dürfe KlientInnen nicht abschieben, sondern müsse sich Zeit nehmen.

- *Suizidtendenzen* müssen ernst *genommen* werden, aber BeraterInnen dürften sich nicht von der Hoffnungslosigkeit anstecken lassen.
- Es gehe darum, *Zeit* zu *gewinnen* und *Brücken* zu *bauen*. Z. B. wäre es möglich Folgetermine in dichter Folge abzusprechen und zu vereinbaren, sich so lange nicht umzubringen. Dabei sei darauf zu achten, dass diese Angebote befristet sein müssten. Auch Notfallpläne wären hilfreich.
- BeraterInnen müssten *Verständnis für die Verzweiflung* der KlientInnen entwickeln. KlientInnen sollten ermutigt werden sich mit dem Suizidgedanken verbundene Gefühle zu äußern, um ihre Ausweglosigkeit nachvollziehen zu können.
- *Suizidmotive* sollten in die Beratung *aufgenommen* werden und mit ihnen gearbeitet werden.
- Gemeinsam mit den KlientInnen würde nach *Alternativen* zum Selbstmord *gesucht*. Dabei ist vorsichtig vorzugehen, um keine Problemlösungen aufzudrängen.
- Auch *interaktionale Motive sind durch Zeitprojektion zu klären*. Dabei geht es um das Besprechen von Auswirkungen eines möglichen Suizids auf nahe stehende Menschen.
- Das *Familiensystem und Partner* sollten bei suizidalen KlientInnen unbedingt in die Intervention *einbezogen* werden.

Lauterbach (1996) entwickelt aus der Sicht der systemischen Krisenintervention therapeutische Richtungsweiser, die die formulierten Kriterien teilweise ergänzen:

- die Abkehr von der Fokussierung auf den Tod und die Hinwendung der Fokussierung auf das Leben und
- die gemeinsame Erarbeitung immer vorhandener Ambivalenzen beim Wunsch nach dem Tod.

*Vorgehensweisen bei Kriseninterventionen bei steigender Krisenanfälligkeit bzw. Abnahme der internalen und externalen Ressourcen* ließe sich anhand der Dimensionen des Kriseninterventionsprozesses wie folgt beschreiben:

- Die Konzentration auf den Krisenanlass steht nicht im Mittelpunkt der Intervention. Sein Gewicht in der Intervention nimmt ständig ab und spielt beim psychiatrischen Notfall keine Rolle mehr.
- Die Einbeziehung der sozialen Situation und vorhandener Hilfemöglichkeiten ist ein Schwerpunkt der Intervention, da die externalen Ressourcen oder Reaktion der Umwelt gering sind und zum psychiatrischen Notfall hin abnehmen. Einbeziehung vorhandener Hilfemöglichkeiten wird durch die zunehmende Hinzuziehung von Ärzten und Nutzung

der Klinikeinweisung bei psychiatrischen Krisen und psychiatrischen Notfällen gekennzeichnet.

- Der Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und allfälliger Suizidalität kommt größte Bedeutung zu, da die internalen Ressourcen gering und die Krisenanfälligkeit hoch ist. Damit verbunden nimmt die medikamentöse Behandlung einen größeren Raum ein. Sie findet ihre extreme Steigerung im psychiatrischen Notfall, in dem die Lebensrettung in den Vordergrund steht.
- Die Arbeit an der Beziehung hat große Bedeutung in der Krisenintervention, da geringe externale und internale Ressourcen mit Beziehungsvermeidung einhergehen. Je geringer die Ressourcen sind, desto mehr rückt auch diese Dimension in den Vordergrund der Krisenintervention, da sie Voraussetzung für die Arbeit an allen anderen Aspekten ist (Sonneck, 1997).
- Auf dem Kontinuum der psychosozialen Krise beansprucht die Dimension Erarbeitung des weiteren Vorgehens großen und zunehmend größeren Raum, was sich in den meist getroffenen Vereinbarungen ausdrückt (vgl. Bergold, 1993), da die Wahrscheinlichkeit des Misslingens der Adaption und Gefahr der Chronifizierung eher groß ist.
- Die Intervention endet meist nicht nach dem Erstgespräch mit zunehmender Tendenz auf dem Kontinuum der psychosozialen Krise (vgl. Bergold, 1993), da die Wahrscheinlichkeit des Misslingens der Adaption und Gefahr der Chronifizierung eher groß ist. Das Kontinuum reicht von Folgegesprächen bis zum mobilen Einsatz bei psychiatrischen Notfällen.

Abschließend ist hinsichtlich zu erwartender Unterschiede in der Kommunikation mit KlientInnen festzuhalten, dass *Krisenanlass spezifische Kriseninterventionskonzepte* auf Unterschiede in den inhaltlichen Schwerpunkten der Kommunikation abheben. *Kriseninterventionskonzepte, die sich an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen orientieren*, auf Unterschiede in der Beziehungsgestaltung hindeuten. Damit würde der Beziehungsaspekt der Kommunikation mehr Bedeutung beigemessen.

### **II.1.2.3 Das Erstgespräch in der Krisenintervention**

AutorInnen gehen nur gelegentlich gesondert auf das Erstgespräch im Rahmen von ihnen vorgeschlagener Kriseninterventionkonzepte ein. Erstgesprächskonzepte werden zum einen im Rahmen allgemeiner Kriseninterventionkonzepte beschrieben (II.1.2.3.1). Zum anderen werden Krisenartspezifische Erstgesprächskonzepte nur für suizidale Krisen und Notsituationen dargestellt (II.1.2.3.2).

### II.1.2.3.1 Allgemeine Ansätze

Es werden zwei gut ausgearbeitete allgemeine Erstgesprächskonzepte (Sonneck, 2000, Slaikeu, 1990) vorgestellt und durch Konzepte anderer Autoren (z. B. Giernalczyk, 2003, Dross, 2001) ergänzt. Ein gesonderter Abschnitt beschäftigt sich mit der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen, die von allen Autoren als zentral angesehen wird.

Sonneck (2000) unterscheidet explizit zwischen Erstkontakt und Erstgespräch. Erstkontakt und Erstgespräch können zusammenfallen oder nacheinander stattfinden. Beim Berliner Krisendienst würden Erstkontakt und Erstgespräch dann getrennt, wenn mit KlientInnen in einem kurzen Gespräch nur ein Termin für das Erstgespräch vereinbart wird. Oft jedoch kommen KlientInnen unangekündigt in den BKD oder beschränken sich auf den telefonischen Kontakt (Freikamp, 2002).

#### *Erstkontakt:*

Im Mittelpunkt des Erstkontaktes steht für Sonneck die Entlastung der KlientInnen (ebenda, S. 64):

*„... die wichtigste Hilfe ist ... Interesse und Aufmerksamkeit eines anderen Menschen, der sich Zeit für sie (die KlientInnen – U.F.) nimmt, Gelegenheit zum Sich-Aussprechen und Angehört-Werden gibt und der Schwierigkeiten und Gefühle ernst nimmt.“*

Erstkontakte zu professionellen Helfern, zu den der BKD gehört, können durch den „freiwilligen (= motivierten einsichtigen, kooperativen) Klienten“ oder „fremdmotivierte Kontaktaufnahmen“ (ebenda, S. 66) sein. Sollten Kontakte fremdmotiviert sein, so sei dies zum ersten Thema im Gespräch zu machen. Es ginge darum Reaktionen und Argumente der KlientInnen zu erfahren. Der Zweck eines solchen Erstkontaktes beschränke sich auf die Abklärung, ob eine ambulante Betreuung möglich sei.

Den KlientInnen solle vermittelt werden, dass ihre Erwartungen und Bedürfnisse im Mittelpunkt stünden. Sonneck betont, dass besonders in fremdmotivierten Erstkontakten die Verschränkung von Macht und Hilfe deutlich würde. Daraus leite sich eine asymmetrische Kommunikationssituation ab, was Auswirkungen auf die Kommunikation habe. Ähnlich formuliert es auch Dross (2001).

#### *Erstgespräch:*

Sonneck (2000) versteht das Erstgespräch als **strukturiertes Gespräch** mit möglichen **direktiven Sequenzen**. Die BeraterInnen würden das Gespräch einerseits **aktiv** führen. Andererseits wäre es notwendig den KlientInnen genug **Platz zur Entlastung** zu geben. Keine Aussagen macht der Autor, welchen Anteil diese Strategien in unterschiedlichen KlientInnengruppen

einnehmen würden. Folgende Bereiche würden dabei im Erstgespräch durch die BeraterInnen abgedeckt (ebenda, S. 72):

- (a) die Beziehung zueinander,
- (b) der Inhalt,
- (c) therapeutische Interventionen,
- (d) direkte Unterstützung und Vermittlung von Hilfen und
- (e) das weitere Vorgehen.

Alle Bereiche wären miteinander verflochten und wären nicht scharf voneinander trennbar:

#### **Ad a) Beziehung**

Es solle eine Atmosphäre geschaffen werden, in der sich die KlientInnen wohl fühlen könnten. Das Interesse der BeraterIn an der KlientIn müsse deutlich spürbar sein. Die BeraterIn solle sich in die KlientIn einfühlen können, verstehen, was verbal und nonverbal zum Ausdruck gebracht wird. Dies würde helfen, die Angst der KlientInnen zu reduzieren und Aggressionen zu vermeiden.

#### **Ad b) Inhalt**

Zu den zentralen Themen gehörten das krisenauslösende Ereignis, die psychische Verfassung und die Problembewältigung. Es ginge darum, ein Ereignis zu suchen, welches im Zusammenhang mit den augenblicklichen Empfindungen der KlientIn zu verstehen wäre. Fände sich ein solches Ereignis nicht, handele sich nicht um eine akute Krise, sondern eine psychische Störung resp. auch chronifizierte Krise. Würde der Anlass erkannt werden ginge es darum, die persönliche (subjektive) Bedeutung für die KlientIn zu verstehen. Das letzte zentrale Thema, die Problembewältigung, unterteile sich in zwei Problemkreise: Zum einen werden Schwierigkeiten besprochen, die durch das krisenauslösende Ereignis entstanden, zum anderen solche, die mit der seelischen Verfassung verbunden seien. Hierbei sei auch mögliche Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk der KlientIn zu klären.

#### **Ad c) Therapeutische Interventionen**

Therapeutische Interventionen dienten zur unmittelbaren Entlastung und Erleichterung der KlientInnen.

- So würden BeraterInnen sich ausführlich berichten lassen und KlientInnen sollten ihren Emotionen freien Lauf lassen dürfen, wobei auf die Angemessenheit zu achten wäre.
- KlientInnen könnten durch die Erklärung der Krisensymptomatik und Bestätigung gestützt werden.

- Auch Interventionen zur Problemlösung wären möglich, so z. B. treffende Definitionen für das Problem zu erarbeiten, Ängste bei der Realisierung von Lösungsmöglichkeiten anzusprechen u. a.

#### **Ad d) Direkte Unterstützung und Vermittlung von Hilfe**

Hier werden unterschiedliche Möglichkeiten durch den Autor vorgeschlagen, wie:

- gefährdeten KlientInnen genau die Zeit angeben, wann die HelferInnen erreichbar wären,
- medikamentöse Therapien sicherstellen,
- Anleitung zu möglichen Entspannungsübungen anbieten, aber auch ein Glas Wasser reichen u. ä.
- Pausen einlegen u. a. m.

#### **Ad e) Weiteres Vorgehen**

Der Autor empfiehlt eine kurze Zusammenfassung des bisher Erarbeiteten. Anschließend würden Vereinbarungen für das weitere Vorgehen getroffen.

Auch hier werden von Sonneck (ebenda) keine Aussagen zur Differenzierung hinsichtlich von KlientInnengruppen gemacht. Auch wird nicht klar, wie die Bestandteile im Prozess des Erstgesprächs zu verorten wären.

*Giernalczyk* (2003) verweist im Rahmen des Erstgesprächs auf die unbedingte Abschätzung der Suizidalität. Ob dies gelinge hänge maßgeblich von der Beziehungsqualität und Rahmenbedingungen im Erstgespräch ab. Die Einschätzung der Suizidalität laufe dabei mit der Beziehungsaufnahme parallel.

*Slaikau* (1990) unterscheidet zwischen Psychologischer erster Hilfe (Krisenintervention erster Ordnung) und Krisentherapie (Krisenintervention 2. Ordnung). Die Psychologische erste Hilfe weist große Gemeinsamkeiten mit den Bestandteilen des Erstgesprächs nach *Sonneck* (2000) auf. *Slaikau* formuliert **fünf Komponenten der Psychologischen ersten Hilfe** (Tabelle 3):

1. making psychological contact,
2. examining dimensions of problem,
3. exploring possible solutions,
4. assisting in taking concrete actions, and
5. Following up to check progress.

**Tabelle 3: Five Components of Psychological First Aid (PFA) (Slaikeu, 1990, S. 108 ff)**

Component	Helper Behaviour	Objective
<b>1. Make psychological contact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invite client to talk;</li> <li>• Listen for facts and feelings;</li> <li>• Make empathic statements;</li> <li>• Communicate concern;</li> <li>• Physically touch/hold;</li> </ul> Bring "calm control" to an intensive situation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Client to feel heard understood, accepted, supported.</li> <li>• Intensity of emotional distress reduced.</li> <li>• Problem-solving capabilities reactivated</li> </ul>
<b>2. Explore dimensions of the problem</b>	Inquire about: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immediate past;                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Precipitating events;</li> <li>Pre-crisis BASIC functioning (strengths and weaknesses)</li> </ul> </li> <li>• Present                             <ul style="list-style-type: none"> <li>BASIC functioning now (strengths and weaknesses);</li> <li>Personal (inner) resources;</li> <li>Social (outer) resources;</li> <li>Lethality.</li> </ul> </li> <li>• Immediate future                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Impending decisions- tonight, weekend, next several days/weeks.</li> </ul> </li> </ul>	Rank order: (a) Immediate needs; and (b) Later needs.
<b>3. Examine possible solutions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ask what client has attempted thus far;</li> <li>• Explore what client can, could do now</li> <li>• Propose other alternatives:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>New client behaviour:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Redefinition of the problem;</li> <li>Outside (3<sup>rd</sup> party) assistance;</li> <li>Environmental change.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	Identify one or more solutions to immediate needs and later needs.
<b>4. Assist in taking concrete action</b>	See below	Implement immediate solutions intended to meet immediate needs
<b>Concrete Action: Helper Behaviour</b>		
If: (a) Lethality is low, and (b) person is capable of acting on own behalf, then  <i>Facilitative Stance:</i> "We talk"; "You act"; and Contract for action is between Helper and client  Ranges from active listening to giving advice	If: (a) Lethality is high or (b) person is not capable of acting on own behalf, then  <i>Directive Stance:</i> "We talk"; "I may act on your behalf"; and Contract for action might include family and other community resources.  Ranges from actively mobilizing resources to controlling the situation	

<b>5. Follow-up</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Secure identifying information;</li><li>• Explore possible follow-up procedures;</li><li>• Set up contract for recontact.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Secure feedback on 3 subgoals of psychological first aid; Support received; Lethality reduced; Linkage to resources accomplished.</li><li>• Set next phase in motion: Later solutions; If (a) immediate needs were met by immediate solutions and concrete action taken, <i>and</i> if (b) linkage for later needs is made, then STOP.</li></ul> <p>If not, go back to Step 2 (Dimensions of Problem) an CONTINUE</p>
---------------------	---	---

Dross (2001) räumt dem Erstkontakt besondere Bedeutung ein. Dabei versteht sie unter Erstkontakt die erste Sitzung, was bei Sonneck (2000) dem Erstgespräch und Slaikeu (1990) der Krisenintervention 1. Ordnung oder Psychologischer erster Hilfe entspricht. Der Erstkontakt hat für Dross (ebenda, S. 20) **zwei Ziele**:

1. „zu erfahren, wie sich der Klient spontan präsentiert“ und
2. es muss „die Situation des Klienten soweit wie möglich geklärt, seine etwaige Gefährdung eingeschätzt und eine Vorstellung von seinen gegenwärtigen und vergangenen Lebensumständen gewonnen werden“.

Auch Dross (ebenda) misst der Beziehungsgestaltung besondere Bedeutung zu.

Da alle Autoren die Beziehungsgestaltung im Erstgespräch resp. Erstkontakt resp. Krisenintervention erster Ordnung betonen, soll auf diese an dieser Stelle gesondert betrachtet werden. Die Autoren messen einerseits seine besondere Bedeutung zu, bleiben andererseits in ihren Aussagen stets allgemein. Z. B. führt Dross (2001, S. 21) aus:

*“Zentraler Wirkungsfaktor in der Krisenberatung ist die therapeutische Beziehung.“*

Dross (ebenda) versteht darunter, dass sich KlientInnen verstanden fühlten und den BeraterInnen vertrauten. Sie grenzt die Gestaltung der Beziehung in der Krisenintervention, und besonders im Erstkontakt, von der Gestaltung der Beziehung in der Therapie ab:

*„Im Unterschied zur Psychotherapie kommen Krisenklienten eher mit der Erwartung, Hilfe und Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen zu erhalten, als mit der Intention, von einer Störung befreit zu werden.“ (Dross, 2001, S. 21)*

Die Beziehung im Erstgespräch und der gesamten Krisenintervention orientiert sich an den persönlichen Zielen der KlientInnen und der „Art und Weise, wie er (der Klient – U. F.) sie in



*menschliche Beziehungen umsetzt*“ (Dross, ebenda, s. auch Graieb, 2005). Nach Dross würden also KlientInnen vorgeben, welche Art Beziehung für möglich sei und wie sie in der Kommunikation umgesetzt würde. Die BeraterInnen müssten also im Erstgespräch Beziehungswünsche der KlientInnen erkennen und „komplementär“ bzw. passend beantworten.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen *Brown, Kirk & Stanley* (1988) in einer empirischen Studie. Sie untersuchten in ihrer Studie 32 Erstgespräche auf einer stationären Krisenstation. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass eine gute Übereinstimmung der Wahrnehmungen der Intentionen von KlientInnen und TherapeutInnen im Erstgespräch verbunden wäre mit der Reduktion des Stress im Folgegespräch. Schlechte Übereinstimmung dagegen könne nicht allein aus den psychischen Störungen der KlientInnen heraus verstanden werden. Es fanden sich Hinweise darauf, dass die Nicht-Wahrnehmung der Intentionen der KlientInnen durch die TherapeutInnen das Stress-Niveau der KlientInnen im Folgegespräch erhöhte.

*Sonneck* (2000) geht einerseits in seiner Darstellung der Gestaltung der Beziehung als Schaffen einer angenehmen, verständnisvollen Atmosphäre und dem Verständnis für die KlientInnen ein (vgl. auch Graieb, (2005)). Andererseits nimmt er indirekt auf die Gestaltung der Beziehung Bezug, wenn er davon spricht, dass Erstgespräche direkt und aktiv geführt werden müssten, aber auch Platz zur Entlastung vorhanden sein sollte.

*Slaikau* (1990) formuliert Handlungsanweisungen für BeraterInnen in Erstgesprächen. Er konzentriert sich hierbei auf die Umsetzung (das „Wie“) der von ihm formulierten fünf Komponenten des Erstgesprächs (Tabelle 4).

**Tabelle 4: Do's and Don'ts of Psychological First Aid (Slaikau, 1990, S. 127)**

	<b>Do</b>	<b>Don't</b>
<b>1. Contact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listen carefully.</li> <li>• Reflect feelings and facts.</li> <li>• Communicate acceptance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tell your “own story” yet.</li> <li>• Ignore either facts or feelings.</li> <li>• Judge or take sides.</li> </ul>
<b>2. Dimensions of problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ask open ended questions.</li> <li>• Ask person to be concrete.</li> <li>• Assess lethality.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rely on yes/no questions.</li> <li>• Allow continued abstractions.</li> <li>• Ignore “danger” signs.</li> </ul>
<b>3. Possible solutions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourage brainstorming.</li> <li>• Deal directly with blocks.</li> <li>• Set priorities.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allow tunnel vision.</li> <li>• Leave obstacles unexplored.</li> <li>• Tolerate a jumble of needs.</li> </ul>

<b>4. concrete action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Take one step at the time.</li> <li>• Set specific short-term goals.</li> <li>• Confront when necessary.</li> <li>• Be directive, if and only if, you must.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attempt to solve it all now.</li> <li>• Make binding long-term decisions.</li> <li>• Be timed.</li> <li>• Retreat from taking responsibility when necessary.</li> </ul>
<b>5. Follow-up</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Make a contract for recontact</li> <li>• Evaluate action steps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leave details up in the air, or assume that client will follow through on plan on his/her own.</li> <li>• Leave evaluation to someone else.</li> </ul>

Unklar in allen Aussagen zur Beziehungsgestaltung im Erstgespräch bleibt, wann und in welchen Maße verschiedene Aspekte eine Rolle spielen und inwieweit es Unterschiede zwischen den KlientInnengruppen gibt.

#### *II.1.2.3.2 Krisenartspezifische Ansätze*

Krisenartspezifische Ansätze für Erstgespräche werden von Autoren nur unter dem Aspekt der **suizidalen Krisen** und **akuter Notsituationen**, die mit unterschiedlichen Krisenarten in Verbindung stehen könnten, beschrieben..

*Giernalczyk* (2005, 2003) beschäftigt sich mit der **Einschätzung der Suizidalität im Erstkontakt** als diagnostisch-therapeutischer Prozess. Dieser Prozess setze sich aus Elementen der Informationserhebung und Beziehungsaufnahme zusammen. Ziel des Prozesses bestehe darin, vorherzusagen, ob ein Mensch in den nächsten Stunden und Tagen suizidale Handlungen begehen würde. Dabei sei wichtig zu wissen, dass es keine sichere Vorhersage geben könne. Könne die Suizidalität ausreichend eingeschätzt werden, so sei es möglich, den Menschen passende Hilfsangebote zu machen und Notsituationen zu vermeiden.

Rahmenbedingungen, wie „*Zeit, Interesse und Taktgefühl*“ (*Giernalczyk*, 2003, S. 75), beeinflussten die Beziehungsqualität, die ein wichtiger Indikator für das Gelingen des Erstkontaktes wäre. Unter günstigen Rahmenbedingungen könnte die Beziehungsfähigkeit der KlientInnen Aufschluss über ihre Gefährdung geben (ebenda, S. 76):

*„Das Klientenverhalten und die Gesprächszene im Hier und Jetzt des Kontaktes werden als relevanter Indikator für das Da und Dort der Gefährdung ...“*

Das Vorgehen im Erstkontakt orientiere sich am allgemeinen Vorgehen in Erstgesprächen im Rahmen der Krisenintervention (s. o.) nach *Sonneck* (2000). Nur steht hier die Einschätzung der Suizidalität anhand bestimmter suizidgefährdender Konstellationen (vgl. II.1.1.2 und II.1.2.2.2), im Mittelpunkt:

- Risikofaktoren für die Suizidalität,

- Anzeichen für ein präsuizidales Syndrom: Einengung, auf sich selbst gerichtete Aggression und Suizidphantasien und
- psychopathologische Symptome.

Diese Angaben müssten gezielt innerhalb einer Suizidanamnese erfragt werden. Für diese liegen konkrete Empfehlungen vor, wie die von *Giernalczyk* (2005, 2003). Es käme dabei darauf an, sich i. S. der Copingstrategie nicht nur auf personenbezogene Gefährdungen zu beziehen, sondern auch innere und äußere Ressourcen zu erfassen.

Besonders wichtig für Erstgespräche im Zusammenhang mit Suizidalität sei die Verabredung eines weiteren Termins, um die Beziehung zu vertiefen (s. auch II.1.2.2.2).

*Everstine & Everstine* (1985) stellen ausführlich die Krisenintervention in Notsituationen dar. Zu Kriseninterventionen in **Notsituationen** kommt es im BKD vor allem bei zwei Krisenarten bei **schweren psychiatrischen und suizidalen Krisen**.

Die AutorInnen unterscheiden, wie *Sonneck* (2000), zwischen dem telefonischen Erstkontakt und dem Erstgespräch beim möglicher Weise folgenden Hausbesuch.

#### *Telefonischer Erstkontakt*

Beim ersten telefonischen Kontakt gehe es um das Zusammentragen von Informationen, auf die man beim weiteren Handeln angewiesen sei:

1. Am Anfang eines telefonischen Hilferufes sollte immer die Abfrage von Namen und Telefonnummer stehen. Diese ermögliche notfalls den Kontakt wieder herzustellen, auch wenn das Telefonat unterbrochen oder abgebrochen werde.
2. Sobald diese Angaben in Erfahrung gebracht wären, sollten die BeraterInnen versuchen eine möglichst klare Problemschilderung durch die KlientInnen zu bekommen.
3. Seien mehr als eine Person am Ort des Geschehens zu erwarten, sollte mit allen anwesenden Personen kurz gesprochen werden. Nur wenn es um Leben oder Tod ginge, würde darauf verzichtet werden. In diesem Fall würde die Polizei und Feuerwehr zum Einsatz kommen.
4. Es sei notwendig, den Ort für das persönliche Treffen zu vereinbaren, nicht immer könne dies in der Wohnung der KlientInnen sein (Z. B. bei gewalttätigen Ehemännern). Die Polizei sollte so weit nötig informiert und das weitere koordinierte Vorgehen vereinbart werden.

#### *Erstgespräch in Notsituationen*

Erstgespräche an anderen Orten als Krisenberatungsstellen und –stationen weisen einige besondere Aspekte auf:

- Familien und KlientInnen in Notsituationen setzten notwendigen Veränderungsbemühungen oft weniger Widerstand entgegen als erwartet, da die Not so offensichtlich sei.
- Aber KlientInnen könnten BeraterInnen auch unter Umständen als Bedrohung empfinden. Deshalb sollten BeraterInnen vorsichtig agieren. Sie wären in ihren Möglichkeiten weniger frei als in ihren Einrichtungen. Deshalb sei gut eine „*langsamere Gangart*“ (ebenda, S. 62) einzuschlagen.
- Hinsichtlich der Kommunikation, wäre es bedeutsam den „*Hauptakzent ... auf (das) reale Sachverhalten des Hier und Jetzt zu legen*“ (ebenda, S. 65). Auch müsste die subjektive Realität der KlientInnen, die von dem der BeraterInnen abweichen könnte, berücksichtigt werden. Interventionen müssten so ausgerichtet sein, dass sie sich mit der Realität dieser Menschen vertragen.

Das Vorgehen im Erstgespräch in Notsituationen selbst korrespondiert mit dem allgemeinen Vorgehen in Erstgesprächen (s. II.1.2.3.1):

1. *Beziehungsgestaltung*: BeraterInnen treten mit den KlientInnen in Kontakt und versuchen ihr Vertrauen zu gewinnen.
2. *Problemdefinition*: BeraterInnen bemühen sich um eine deutliche Definition des Problems.
3. *Bisherige Bewältigungsversuche*: BeraterInnen eruieren, welche Bewältigungsversuche es bisher gegeben habe, um mit diesen Problemen fertig zu werden.
4. *Ableitung von Behandlungszielen*: Behandlungsziele werden zusammen mit dem KlientInnen definiert und müssen von diesen auch verstanden und akzeptiert werden.

Das gesamte Vorgehen steht unter der Prämisse der „Entschärfung der Situation“ (ebenda, S. 72). Unter der Berücksichtigung des eingengten Realitätsblickes der KlientInnen muss versucht werden, den KlientInnen soweit Entlastung zu ermöglichen, so dass unerwünschte Handlungen (Fremd- oder Autoaggressionen) unterlassen würden und Hilfe (z. B. Klinikaufnahme) akzeptiert werden könnte.

#### **II.1.4 Zusammenfassung Krisen- und Kriseninterventionskonzepte**

Den Ausgangspunkt für dieses Kapitel bildete der Versuch der Auslotung des Begriffes der Krise. WissenschaftlerInnen scheinen darin überein zustimmen, dass der Krisenbegriff eher vage und deskriptiv sei.

In den heutigen allgemeinen Krisenkonzepten flossen unterschiedliche theoretische Konzepte, Therapieschulengeleitet und/oder situationsbedingt aus der Praxis entstanden, ein. Dabei weisen die Konzepte große Übereinstimmungen auf. Es ist ein Trend zu integrativen Konzepten

feststellbar. Versuche der Formulierung eines allgemeinen Krisenmodells orientieren sich explizit oder implizit an vorhandenen Coping-Theorien. Der Rückgriff auf dies erweist sich für die Klassifizierung von Krisenarten als produktiv. Einteilung von Krisenarten erfolgte entlang von Krisenanlässen (auslösenden Ereignissen) oder Bewältigungsmöglichkeiten (Ressourcen).

Kriseninterventionskonzepte orientieren sich am allgemeinen Krisenmodell. Einige Autoren leiten aus allgemeinen Kriseninterventionsmodellen Krisenartenspezifische ab. Sie orientieren sich hierbei entweder an Krisenanlässen oder Bewältigungsmöglichkeiten. Während Krisenartenspezifische Kriseninterventionsmodelle, auf unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte der Kommunikation abheben, konzentrieren Kriseninterventionsmodelle, die sich an differenzierte Bewältigungsmöglichkeiten orientieren, auf die unterschiedliche Beziehungsgestaltung in der Kommunikation. In Krisenartenspezifischen Kriseninterventionsmodellen werden unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen nicht differenziert betrachtet.

Zum eigentlichen Gegenstand der Arbeit, dem Vorgehen im Erstgespräch in der Krisenintervention, liegen nur wenige Arbeiten vor. In allen Arbeiten wird auf die besondere Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung abgehoben. Ebenso wie bei den Kriseninterventionsmodellen werden aber unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen nicht explizit unterschieden. Krisenartenspezifisches Vorgehen in Erstgesprächen wurde nur im Zusammenhang mit Suizidalität und Notsituationen untersucht. Auch hier unterstreichen die AutorInnen die besondere Bedeutung der Beziehungsgestaltung, insbesondere die Entlastung aufgrund der maßgeblichen Einengung der Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen.

## ***II.2 Das Erstgespräch in Therapie und Beratung***

Erstgespräche in Therapie und Beratung weisen neben Gemeinsamkeiten mit Erstgesprächen der Krisenintervention, wesentliche Unterschiede auf. Therapie und Beratungserstgespräche kennzeichnen folgende Aspekte:

- Die KlientInnen befinden sich nur bedingt in Krisensituationen.
- Viele **Beratungen** konzentrieren sich auf inhaltliche Probleme, nicht auf die mit Krisen verbundenen psychischen Schwierigkeiten.
- **Therapien** haben andere, weiter reichende Zielstellungen als Kriseninterventionen. Sie dienen der Behandlung von psychischen Störungen, die wohl oft zu chronifizierten Krisensituationen führen, die Störung als solche wird in der Krisenintervention jedoch nicht behandelt (Dross, 2001).

Trotzdem kann davon ausgegangen werden, dass es gewisse Übereinstimmungen in den NutzerInnen von Beratungen, Therapien und Kriseninterventionen gibt. Deshalb könnten

- allgemeine Hinweise zur Beziehungsgestaltung in Therapieerstgesprächen (II.2.1.1) für die Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen der Kriseninterventionen,
- Besonderheiten der Beziehungsgestaltung mit spezifischen KlientInnengruppen in Therapieerstgesprächen (II.2.1.2) und
- Hinweise auf die Beziehungsgestaltung in Beratungsgesprächen (II.2.2.)

auch Hinweise auf die Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen der Krisenintervention geben.

Keine Aussagen können über die klientInnengruppenspezifischen Beziehungsgestaltung in Beratungserstgesprächen außerhalb der Krisenintervention<sup>2</sup> gemacht werden. KlientInnengruppen werden von den Autoren entlang inhaltlicher Schwerpunkte der Beratung<sup>3</sup> definiert und treffen damit nicht den Fokus der Beziehungsgestaltung.

## **II.2. 1 Das Erstgespräch in der Therapie**

### **II.2.1.1 Allgemeine Ansätze**

Therapieerstgespräche dienen im Allgemeinen (Eckert, 2010a, S.17):

1. dem Erstellen einer Diagnose,
2. der Klärung der Frage, ob eine psychologische Intervention das Mittel der Wahl darstellt,
3. der Klärung der Indikation/Kontraindikation für eine bestimmte psychotherapeutische Behandlung,
4. der Abschätzung der Prognose des Behandlungserfolgs und
5. der Abstimmung des Indikationsvorschlages mit dem Patienten (informed consent).

Zum Erstgespräch der Kriseninterventionen gibt es gewisse Überschneidungen: zwischen Diagnose und Inhalt (krisenauslösendes Ereignis) sowie Abstimmung des Indikationsvorschlages und dem weiteren Vorgehen (s. o., Sonneck, 2000, Slaikeu, 1990).

Hinweise zur Beziehungsgestaltung werden für unterschiedliche Therapierichtungen gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Krisenintervention im Berliner Krisendienst (BKD) einem integrativen Ansatz folgt, in den Konzepte aller Therapierichtungen wohl einfließen, aber keinem unmittelbar gefolgt wird (s. o. und Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998).

---

<sup>2</sup> Einige Autoren verstehen die Krisenintervention selbst als eine Art von Beratung. Insofern wurde diese schon betrachtet.

<sup>3</sup> Als solche inhaltlichen Schwerpunkte werden z. B. die Arbeitslosenberatung, die Sozialberatung und die Erziehungsberatung beschrieben.

In **Psychodynamischen Therapien** steht die Beziehung von Patient und Therapeut bereits im Erstgespräch im Fokus des Interesses (Argelander, 2011, Richter, 2010). Dabei richtet sich das Interesse an der Beziehung sowohl auf die Informationsgewinnung als auch auf den Aufbau einer Arbeitsbeziehung. Bei den allgemeinen Ausführungen von *Richter* (ebenda) liegt der Fokus auf der Informationsgewinnung. In psychodynamischen Therapien ist die Beziehungsgestaltung immer durch den Umgang mit unbewussten Motivationen der PatientInnen gekennzeichnet (Arbeit am Widerstand). Diese Arbeit am Widerstand spielt bereits im Erstgespräch eine Rolle. Zwei Techniken wären möglich (Argelander, 2011, Daser, 2000):

1. *Vermeidung der Auseinandersetzung mit unbewussten Inhalten*: Die TherapeutInnen unterlassen alle Interventionen, die die PatientInnen irritieren könnten, da noch keine stabile Arbeitsbeziehung besteht.
2. *Konfrontation der PatientInnen mit unbewussten Inhalten*: Bereits im Erstgespräch ginge es um mehr als Informationsgewinnung, nämlich die Gestaltung der Beziehung bereits als Intervention zu nutzen. Der Therapeut im Erstgespräch nutze unbewusste Mitteilungen der KlientInnen, die sich in der Gesprächssituation manifestierten. Diese unbewussten Gesprächsinhalte könne er aufgreifen und ins Gespräch einbringen.

Der Einsatz der Technik hänge von den konkreten Störungen der PatientInnen ab (Argelander, 2011, Daser, 2000, s. auch II.2.1.2).

In der Situation des Gespräches selbst (Szene) stellen sich unbewusste Mitteilungen der PatientInnen dar. Sie haben ein „Eigengewicht als Mitteilungsorgan“ (Argelander, S. 19). Die Interpretation der Mitteilungen der PatientInnen ergibt sich aus subjektiven und situativen Informationen, der Gehalt durch objektive Daten untermauert wird. Es sei für die TherapeutInnen wichtig, mit der Technik der gleichschwebenden Aufmerksamkeit<sup>4</sup> alle Informationen der PatientInnen zu betrachten, nicht einzelne auszuwählen.

Ebenso wie *Sonneck* (2000) misst *Argelander* (2011) der Motivation der PatientInnen/KlientInnen entscheidende Bedeutung für die Beziehungsgestaltung im Erstkontakt bei. Er unterscheidet zwischen bewusster Motivation für das Gespräch und unbewusster Motivation, die sich erst in der Szene des Erstgespräches abbilde. Empirisch konnten unterschiedliche Typen von Patienten nachgewiesen werden, deren bewusste und unbewusste Motivation für das Erstgespräch und die Therapie nur bedingt gleichläufig sei. Für die Typen von Patienten können wahrscheinliche typische Gesprächsverläufe vorausgesagt werden:

---

<sup>4</sup> Die gleichschwebende Aufmerksamkeit ist eine von Sigmund Freud eingeführte grundlegende Technik, die beschreibt wie AnalytikerInnen PatientInnen zuhören sollten. Kein Element der Äußerungen sollte bevorzugt werden, Die AnalytikerInnen sollten ihre eigenen unbewussten Aktivitäten so viel freien Raum lassen wie möglich.

1. *Vorgeschickte bzw. vorgeschobene PatientInnen*: Deren bewusste Motivation sei schwach. Ihnen fehle ein persönlicher Leidensdruck. Jedoch sei die unbewusste Motivation vorteilhafter als anfangs erwartet gewesen. Die Mehrheit der KlientInnen hätte von einer psychotherapeutischen Behandlung profitiert.
2. *Anspruchsvolle PatientInnen*: Diese hätten häufig schon mehrere Behandlungsversuche hinter sich. Auch beschäftigten sie die Therapeuten schon im Vorherein durch Telefonate und Briefe. Dabei stehe dem hohen Anspruch ein mangelhafter persönlicher Einsatz entgegen. In Gesprächssituationen seien diese PatientInnen unzuverlässig und unkontrollierbar. Sie könnten keine negativen Erfahrungen für sich nutzen, sondern projizieren und agieren. Eine große Zahl dieser PatientInnen sei wohl anfangs schnell für eine Behandlung zu gewinnen gewesen, habe sie jedoch ebenso schnell abgebrochen.
3. *(Anspruchloser oder) unergiebigiger Patient*: Er wirke im Erstgespräch farblos und spröde, für die TherapeutInnen uninteressant. Diese PatientInnen würden ihre Emotionen isolieren und in Symptomatiken verschieben. In dieser Gruppe gebe es aber Übergangsformen, die im Gespräch Emotionen zugänglicher würden. Deshalb würde mit solchen PatientInnen bereits im Erstgespräch Widerstandsarbeit geleistet. Könnten sie davon profitieren, könnten das Erstgespräch und die Therapie gelingen.
4. *Typus des aufgeklärten PatientInnen*: Seine Motivation würde durch sein Wissen und dem Bedürfnis danach bestimmt. Er kenne bereits Behandlungen, aber kokettiere nicht mit ihnen. Sie erschienen fast als ideale PatientInnen, aber es bestehe die Gefahr von „Pseudotherapien“, weil wirklich ängstigende Emotionen aus dem Erstgespräch und Therapie herausgehalten würden.

Beim Erstgespräch in der **Gesprächspsychotherapie** geben besonders die allgemeinen Regeln zur Gestaltung des Erstkontaktes Hinweise zur Beziehungsgestaltung (Eckert, 2010b; Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003):

1. Möglichkeit der vollen und ganzen Zuwendung der TherapeutInnen zu KlientInnen aufgrund innerer Verfassung der TherapeutInnen;
2. alleinige Aufmerksamkeit der TherapeutInnen auf das Anliegen der KlientInnen, seine Erwartungen und Befürchtungen, die sich damit verbinden;
3. der Therapeut strukturiert die Gesprächssituation so wenig wie möglich (aber Strukturierung der Begrüßung und Verabschiedung), um die Erfahrungen, Erwartungen und Befürchtungen der KlientInnen sichtbar werden zu lassen und
4. Gestaltung des Gesprächsraumes sollte einer möglichst geringen Strukturierung der Situation entsprechen.



In den Ausführungen zum Erstgespräch in der Gesprächspsychotherapie klingen Ähnlichkeiten zu den Handlungsanweisungen von *Slaikeu* (1990, s. auch II.1.2.3.1) an, vor allem in den Punkten 1, 2 und 4. Die möglichst geringe Strukturierung der Gesprächssituation stellt einerseits Verbindungen zu der von *Dross* (2001) formulierten Passung zu Beziehungswünschen der KlientInnen her. Andererseits ist eine Divergenz zu den von *Sonneck* (2000) allgemeinen Prinzipien für das Erstgespräch der Krisenintervention festzustellen, welches er u. a. als strukturiertes Gespräch mit direktiven Sequenzen charakterisiert.

Für die Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen in der **Verhaltenstherapie** werden als wesentliche Kompetenzen der Therapeutinnen:

- wertschätzende Äußerungen, die auch der ressourcenorientierten Beziehungsgestaltung dienen,
- unterstützendes verbales und nonverbales Verhalten,
- das behutsame Ansprechen auch von schwierigen Themen, z. B. Emotionen,
- Unterstützung zum Angstabbau vor dem Einlassen auf die Therapie,
- Anteilnahme am Problem der PatientInnen und
- Reduktion von Demoralisation und Resignation sowie Zeit und Geduld

definiert (Fliegel, 2010, S. 69). VerhaltenstherapeutInnen sehen es als kontraindiziert an, wenn im Erstgespräch negative Seiten der PatientInnen angesprochen würden. Dies solle erst später erfolgen, was im Zusammenhang mit den formulierten Kompetenzen darauf hindeutet, dass sie im Erstgespräch eine stützende Beziehungsgestaltung vorziehen würden. Hier gibt es Übereinstimmungen zu Erstgesprächen der Gesprächspsychotherapie (Eckert, 2010b) und Aussagen von *Sonneck* (2000) zum Nutzen einer angenehmen, verständnisvollen Atmosphäre wie möglicher Entlastung. Aber im Erstgespräch der Verhaltenstherapie stehe auch die *gemeinsame* Problemanalyse an, was über eine entlastende Beziehungsgestaltung hinausweisen würde.

Weitere Übereinstimmungen zu Erstgesprächen der Gesprächspsychotherapie (Eckert, 2010b) gibt es hinsichtlich der Strukturierung des Beginn und Endes des Erstgesprächs. Im Gegensatz zu Ansätzen der Gesprächspsychotherapie, aber in Übereinstimmung mit Ansätzen zu Erstgesprächen der Krisenintervention, würden Erstgespräche strukturiert und aktiv geführt.

*Sydow* (2010) sieht im Rahmen der **Systemischen Therapie** neben der Informationsgewinnung den Aufbau einer tragfähigen Beziehung im Mittelpunkt des Erstgesprächs. So ist ein zentrales Element des Erstgesprächs das „Joining“, worunter die Herstellung eines guten Kontaktes zu allen Beteiligten verstanden wird. Ebenso wie für das Erstgespräch in der Ver-

haltenstherapie gehe es um die Bestärkung der KlientInnen durch das Ansprechen positiver Seiten und damit um die Suche nach Ressourcen (Fliegel, 2010).

Neben Aussagen zu Erstgesprächen zu Therapien unterschiedlicher Therapierichtungen konnte *Streeck* (1989) für **Kurzzeittherapien** (KZT) für Menschen, die einen Suizidversuch überlebten, zeigen, dass die frühzeitige Fokussierung (in der ersten Stunde!) von TherapeutInnen und KlientInnen auf ein gemeinsames Thema, ein guter Prädiktor für Erfolg der KZT war. Dabei untersuchte sie Erstgespräche mit TherapeutInnen unterschiedlicher Therapierichtungen (Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Therapie). Keine andere getestete PatientInnenvariable konnte Therapieabbrüche besser vorhersagen, als das „*kommunikative Gelingen der ersten Stunde*“ (ebenda, S. 327). Unter Fokussierung wurde der Prozess der Einigung auf einen eingrenzenden Konflikt, der i. d. R. auf frühkindliche Konflikte zurückging verstanden. Dieser wurde in Form einer Arbeitshypothese von den TherapeutInnen eingebracht und zum Gegenstand der Interaktion gemacht.

### **II.2.1.2 Störungsspezifische Ansätze**

Psychische Störungen können auftreten, wenn akute Krisensituationen im Leben von Menschen nicht adäquat bewältigt werden konnten. Copingstrategien dieser Menschen führen zu suboptimalen Anpassungen in Form von psychischen Störungen. In diesem Sinne weisen Erstgespräche mit PatientInnen mit psychischen Störungen Parallelen mit Erstgesprächen in chronifizierten Krisensituationen auf.

Aussagen zu störungsspezifischen Erstgesprächen werden Therapieschulenspezifisch gemacht. Aufgrund der Annahme einer gewissen Übereinstimmung der KlientInnen in chronifizierten Krisen und PatientInnen mit psychischen Störungen bei der gleichzeitigen Unterscheidung der Aufgaben von Krisenintervention und Therapie, wird wiederum die Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt der Ausführungen gestellt.

Die Beziehungsgestaltung in **Erstgesprächen bei Angststörungen** im Rahmen der *Verhaltenstherapie* hebt auf Probleme ab, die entstehen könnten, wenn PatientInnen es erst gar nicht schafften (z. B. aufgrund von Agoraphobie), zu kommen (Jacobi Chaker, 2010). Hier ginge es um die Einbeziehung von Dritten, die die PatientInnen bringen könnten. Die PatientInnen sollte jedoch die Möglichkeit gegeben werden, ihr Anliegen allein vorzutragen. Im Erstgespräch selbst sollten die Therapeutinnen den Leidensdruck der KlientInnen anerkennen und entpathologisierend wirken. Auch sollte er ihnen die Angst vor der Therapie nehmen, z. B. falsche Vorstellungen korrigieren. Deutlich wird, dass sich die Beziehungsgestaltung von Seiten der TherapeutInnen darauf konzentriert, die PatientInnen zu entlasten und damit

schambesetzte Themen bearbeitbar zu machen. Probleme könnten entstehen, wenn TherapeutInnen aus der Befürchtung heraus, die PatientInnen zu sehr zu bedrängen, nicht konkret genug nachfragen, und damit eben entscheidende Themen nicht zur Sprache kämen.

Ebenfalls aus *verhaltenstherapeutischer Sicht* werden Aussagen zum **Erstgespräch bei Depressionen** gemacht (Skoeries, 2010). Depressive PatientInnen nähmen im Erstkontakt entsprechend ihrer Empfindungen eine „*leidvolle Position*“ (ebenda, 137) ein. Auch viele Therapeuten empfänden sich in diesen Gesprächen zerschlagen und niedergedrückt<sup>5</sup>. In der Beziehungsgestaltung käme es darauf an, sich nicht zu sehr von diesen Stimmungen einfangen zu lassen, um die Selbstermächtigung der PatientInnen zu fördern. Das Beziehungsverhalten sollte eine „*ausgewogene Balance zwischen Sicherheit und Herausforderung*“ (ebenda, S. 157) sein. Ebenso wie bei AngstpatientInnen gehe es um die Reduzierung der Scham, stigmatisiert zu sein und Hilfe zu brauchen. Die Depression werde oft als Ausdruck des eigenen Versagens empfunden, der sich mit einer geringen intrinsischen Motivation verbinde. Deshalb sei es wichtig, eine wohlwollende und unterstützende Haltung im Erstgespräch einzunehmen.

**Erstgespräche bei Anpassungs- und Belastungsstörungen** aus *verhaltenstherapeutischer Sichtweise* werden unter dem Aspekt posttraumatischer Belastungsstörungen (PTSD – post-traumatic stress disorder) als psychoreaktive Störungen betrachtet (Spitzer & Maercker, 2010). Spitzer & Maercker (ebenda) weisen auf einige Besonderheiten in mit Traumopfern hin: Die Besonderheiten erklärten sich dadurch, dass bei vielen traumatische und negative interpersonellen Erfahrungen eine zentrale Rolle spielten. Diese bildeten sich maßgeblich in der therapeutischen Beziehung ab. Das Vertrauen dieser Menschen in stabile, verlässliche Beziehungen sei brüchig geworden, gar zerstört. Die TherapeutInnen müssten mit Misstrauen und übergenauer Wachsamkeit rechnen. Geringfügige Missverständnisse könnten dazu führen, dass die PatientInnen überempfindlich und verletzt reagierten. Es gelte, dem Sicherheits- und Kontrollbedürfnis der PatientInnen Respekt entgegen zu bringen. Z. B. könnte Wünsche zu Raumanordnungen (Nähe zur Tür) beachtet werden. So könnten die TherapeutInnen szenisch verdeutlichen, dass sie die PatientInnen verstünden und damit entlasten. Auf jeden Fall sollten Erstgespräche in einem „*ruhigen und vorhersehbaren Rahmen*“ (ebenda, S. 188) stattfinden. Am Anfang der Behandlung und auch schon im Erstgespräch könnten PatientInnen die Belastbarkeit der TherapeutInnen (empathisch und angemessen mit dem Trauma umzugehen) testen. Hier wäre ein ruhiges und genaues Nachfragen richtig. Weder Defensivität von Seiten der TherapeutInnen noch übermäßiges bedrängendes Verhalten wären angebracht.

---

<sup>5</sup> Hier gibt es Parallelen zu psychoanalytischen Therapien, die die Empfindung der TherapeutInnen als Gegenübertragung charakterisieren würden.

Aus Sicht der *Verhaltenstherapie* muss die Beziehungsgestaltung in **Erstgesprächen bei Persönlichkeitsstörungen (PS)** differenziert betrachtet werden (Barnow & Stein, 2010). *Barnow & Stein* (ebenda) gehen in ihrer Unterscheidung vom DSM-IV (*Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, American Psychiatric Association, 1994) aus. Persönlichkeitsstörungen ließen sich anhand der allgemeinen diagnostischen Kriterien des DSM-IV in drei Cluster einteilen: „Die Merkwürdigen bzw. Exzentrischen“ – Cluster A; „Die Impulsiven“ – Cluster B und „Die Ängstlich-Abhängigen“ – Cluster C (Barnow & Stein, 2010, S. 198, s. auch (Tabelle 5).

**Tabelle 5: Cluster A, B, C der PS (Barnow & Stein, 2010, S. 198)**

Cluster A „Die Merkwürdigen bzw. Exzentrischen“	Cluster B „Die Impulsiven“	Cluster C „Die Ängstlich-Abhängigen“
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paranoide PS</li> <li>- Schizoide PS</li> <li>- Schizotypische PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antisoziale PS</li> <li>- Borderline-PS</li> <li>- Historionische PS</li> <li>- Narzisstische PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstunsichere PS</li> <li>- Dependente PS</li> <li>- Zwanghafte PS</li> </ul>
Persönlichkeitsstörungen mit sonderbarem oder exzentrischen Verhalten	Persönlichkeitsstörungen mit dramatischen, emotionalen oder unberechenbarem Verhalten	Persönlichkeitsstörungen mit von Angst oder Furcht geprägten Verhalten

Über alle Cluster hinweg prägte der Wunsch der PatientInnen nach Stabilisierung und Reduktion der Symptome das Erstgespräch. Käme es zur Reduktion der Symptome, gäbe es eine weniger explizite Änderungsmotivation. Deshalb gehe es im Erstgespräch darum, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, um in der weiteren Therapie die Entwicklung einer Änderungsmotivation überhaupt zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten TherapeutInnen auf die motivationalen Besonderheiten der PatientInnen eingehen:

*Cluster A:* Diese PatientInnen hätten nur wenige oder keine engen Beziehungen. Das Hauptziel in der Beziehungsgestaltung wäre, das Vertrauen der PatientInnen zu gewinnen. I. S. einer komplementären Beziehungsgestaltung (s. o.) wäre es für die TherapeutInnen notwendig, sich den PatientInnen konstant zuzuwenden. Es sollte immer wieder betont werden, dass in der Therapie nichts passiert, was die PatientInnen nicht wollten.

*Cluster B:* PatientInnen mit Borderline-PS würden von den TherapeutInnen häufig als schwierig und anstrengend empfunden. Sie schwankten zwischen Idealisierung und Abwertung bis hin zu persönlichen Angriffen gegen die TherapeutInnen. Oft würde Selbstverletzung und Suizidalität in der Beziehungsgestaltung eine Rolle spielen. Für die TherapeutInnen wäre es

wichtig, ihre Einstellung gegenüber diesen KlientInnen zu reflektieren und validieren<sup>6</sup>. PatientInnen mit einer historionischen PS dagegen wollten vor allem Aufmerksamkeit, auch über die Sitzungen hinaus. Die TherapeutInnen sollten diesen PatientInnen ein hohes Maß an Aufmerksamkeit entgegenbringen, aber keine Regeln überschreiten. Für PatientInnen mit Narzisstischen PS wäre es besonders wichtig Anerkennung zu bekommen. Zunächst müssten sie in allen Themen bestätigt werden<sup>7</sup>. PatientInnen mit antisozialer PS sähen sich als Opfer der Umstände. Die größte Gefahr wäre hier, dass die TherapeutInnen vorschnell ihre Ablehnung gegen das Verhalten der PatientInnen deutlich werden ließen oder die Täterseite dieser ausblendeten.

*Cluster C:* Hier sei der Beziehungsaufbau i. d. R. nicht schwer, da selbstunsichere PatientInnen Anerkennung und Gemocht-werden-Wollen und bei dependenten PS Verlässlichkeit und Solidarität im Mittelpunkt stände. TherapeutInnen müssten jedoch vermeiden, zuviel Verantwortung für die PatientInnen zu übernehmen. PatientInnen mit zwanghaften PS dagegen hielten TherapeutInnen auf Distanz, was die Beziehungsgestaltung schwieriger mache. Dies sollte zunächst akzeptiert werden.

Auch aus *psychoanalytischer Sicht* wurde auf Besonderheiten zur **Beziehungsaufnahme mit PatientInnen mit Borderline-PS** und/oder **Posttraumatischen Belastungsstörungen** hingewiesen (Reddemann, 2004, Zureck & Fischer, 2003). Entscheidend sei bei diesen PatientInnen die Kontaktaufnahme von der ersten Sekunde an, schon hier erfolge die Weichenstellung für Erfolg resp. Misserfolg der Therapie. Das wesentliche psychoanalytische Element zum Verständnis der Begegnung mit den PatientInnen sei das Konzept der Übertragung<sup>8</sup> und Gegenübertragung<sup>9</sup>. Im Gegensatz zur psychoanalytischen Therapie mit Neurosekranken, sei bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Borderline-PS jedoch die Förderung einer „Übertragungsneurose“<sup>10</sup> von Beginn an kontraindiziert.

---

<sup>6</sup> Hier sind ohne weiteres Parallelen zu psychoanalytisch orientierten Autoren (Kernberg, 2000, Streeck, 2007, Reddemann, 2004) zu erkennen, die im Anschluss vorgestellt werden,

<sup>7</sup> Hier besteht eine Ähnlichkeit zu dem von Kohut (1996) vorgeschlagenen Vorgehen im Rahmen der Selbstpsychologie.

<sup>8</sup> „Übertragung bezeichnet aus psychoanalytischer Sicht die Vorgänge menschlicher Kommunikation, in den bewusste und unbewusste Wünsche, Ängste und Konflikte mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Personen und/oder Ereigniskonstellationen aktualisiert werden.“ (Reddemann, 2004, S. 25f)

<sup>9</sup> „Heute wird Gegenübertragung als ein ubiquitäres Interaktionsgeschehen verstanden. Darüber hinaus ist sie oft genug eine Verstehenshilfe für den Therapeuten, Der Therapeut gleichzeitig Beobachter, Beteiligter und Forscher im therapeutischen Prozess und muss ständig mit der Wahrnehmung, Untersuchung und Verarbeitung eigener affektiver und kognitiver Prozesse auseinandersetzen.“ (ebenda, S. 27)

<sup>10</sup> Freud (1998) geht in seiner Schrift „Jenseits des Lustprinzips“ davon aus, dass in der psychoanalytischen Behandlung die ursprüngliche Neurose durch eine künstliche aktuelle Neurose, d. h. die „Übertragungsneurose“ ersetzt wird.

In den Erstgesprächen habe es sich nicht bewährt, traumatische Erfahrungen gleich zu Beginn in Detail anzusprechen. Die Traumageschichte sollte vorsichtig angesprochen werden und sofort stabilisierend gegengesteuert werden. *Reddemann* (2004) verweist darauf, dass es von Anfang an darum gehe, Distanzierung vom Trauma zu unterstützen und anzuleiten. Von Beginn unterscheidet sich die Beziehungsgestaltung mit Borderline- und PTBS-PatientInnen von der klassischen psychoanalytischen neutralen Haltung. Eine „neutrale Haltung“ der TherapeutInnen könne unbewusst die Selbstbeschuldigungstendenz von TraumapatientInnen verstärken, aber auch die Wiederkehr intrusiver Erinnerungen. Viele PatientInnen seien aufgrund ihrer Missbrauchserfahrungen misstrauisch und testeten die TherapeutInnen. Sie überspielten oft dieses Misstrauen anfangs, aber sobald die PatientInnen subjektiv einen erneuten „Übergriff“ erlebten, unterminiere es die Beziehung gefährlich. Es käme beim Beziehungsaufbau darauf an, den Patienten das Bedürfnis nach Sicherheit zu spiegeln. Deshalb gelte das Prinzip der Versagung nur eingeschränkt. Die therapeutische Haltung sei freundlich zugewandt und beantwortend. Die beantwortende Haltung käme dem starken Kontrollbedürfnis dieser PatientInnen entgegen, die viele Erfahrungen mit extremer Hilflosigkeit und Ohnmacht gemacht hätten. Deshalb sei es von Anfang an wichtig, darauf zu achten, dass die Beziehung zu den PatientInnen auf der Basis von Selbstbestimmung und Selbstkontrolle aufgebaut seien. Vieles, was in Erstgesprächen bei Nichtbeachtung an Aggressionen angelastet werde, sei in Wirklichkeit als Reaktion auf das Gefühl des Überwältigtwerdens zu verstehen. Für das Erstgespräch gelte deshalb, dass konfrontative Interventionen vermieden werden, solange die therapeutische Beziehung noch nicht tragfähig sei. Die Betonung liege auf dem Aufbau einer stabilen Arbeitsbeziehung.

*Kernbergs* (2000) Aussagen zur Beziehungsaufnahme unterscheiden sich in einigen Punkten von *Reddemann* (2004). Er verweist auf spezielle Probleme bei der Beziehungsgestaltung in den Anfangsstadien der Behandlungen und formuliert auch z. T. Strategien zum Umgang mit diesen Problemen in der Phase der Beziehungsaufnahme:

(a) Bewusstes Verschweigen

Wenn PatientInnen wichtige Informationen bewusst zurückhielten oder gar lügen, müsste dies „mit erster Priorität in vollem Umfang“ (Kernberg, 2000, S. 232) gedeutet und interpretiert werden. Es sollte nicht versucht werden, dies mit erzieherischen Mitteln aufzuheben. Diese Aufgabe könnte, so weist Kernberg (ebenda) hin, sich weit über das Erstgespräch hinaus hinziehen, über Wochen oder Monate.

(b) Unablässige Entwertung sämtlicher Angebote menschlicher Hilfe

Dieses Problem trete oft im Zusammenhang mit der Tendenz zu Lügen auf. Aber auch ohne dass gäbe es nicht wenige Patienten, die eine bewusste oder unbewusste Geringschätzung gegenüber allen, die zu helfen versuchen, hätten. Die Entwertung sei die vorherrschende Abwehrform bei narzisstischen Persönlichkeiten. Ähnlich wie *Reddemann* (2004) könne es aber auch mit einem tiefen Misstrauen allen Helfern gegenüber gerechnet werden, die als „*Repräsentanten gehasster und gefürchteter Elternimages, die in der Übertragung wieder auflebten, empfunden*“ würden (Kernberg, 2000, S. 234). Hierher gehörten auch PatientInnen mit einer chronischen Anspruchshaltung (vgl. Argelander, 2011). Ebenso häufig sei bei PatientInnen bei der Beziehungsaufnahme eine unbewusste Idealisierung der TherapeutInnen festzustellen. Beide Formen verhindern die realistische Wahrnehmung dessen, was PatientInnen von TherapeutInnen bekommen könnten. Es sei am Anfang wie in der Therapie schwer handhabbar. Vom Grunde her müssten sie konsequent gedeutet werden. *Kohut* (1993, vgl. auch *Reddemann*, 2004) formuliert im Rahmen der Selbstpsychologie im Gegensatz zu *Kernberg*, dass PatientInnen sowohl ihre Idealisierung der TherapeutInnen als auch ihre eigene Grandiosität zum Ausdruck bringen dürften, ohne dadurch eine Konfrontation oder Deutung zu provozieren.

(c) Chronische Ausbreitung von „Sinnlosigkeit“ in der therapeutischen Interaktion

Hier geht es *Kernberg* (2000) um PatientInnen, die große Schwierigkeiten hätten, sich mittels symbolischer Kommunikation mitzuteilen. Die TherapeutInnen hätten es bereits bei der Beziehungsaufnahme mit einer konfusen Materialfülle zu tun. Bei den BehandlerInnen entstände oft von Anfang an ein Gefühl von chronischer Leere und Sinnlosigkeit. Es käme bei solchen PatientInnen darauf an, systematisch die Abwehrfunktion dieser Affektzerstreuung und latenten negativen, häufig offen paranoiden Übertragungseinstellungen zu deuten.

(d) Paranoides Kontrollieren und Verschweigen

Bei paranoiden Borderline-PatientInnen könne es in Zusammenhang mit paranoiden Phantasien in Bezug auf die TherapeutInnen auftreten. Bei der Beziehungsaufnahme sei zu klären, ob diese PatientInnen nicht unter einer paranoiden Psychose litten. Dann wäre es angebracht, an den Anfang der Therapie eine stationären Klinikaufenthalt zu setzen (ebenda).

- (e) Frühzeitiges Auftreten von schwerem Agieren<sup>11</sup>  
Schweres Agieren trete meist auf, wenn die Therapie bereits begonnen habe. Das vom Inhalt der Stunden abgespaltene Geschehen müsste in die Übertragung zurückgeholt werden.
- (f) Missbrauch von Vorinformationen über Psychotherapie und von „psychotherapeutischen Jargon“  
Borderline-PatientInnen hätten oft bereits mehrere Behandlungen und/oder Behandlungsabbrüche hinter sich. Sie brächten ihre Erfahrungen aus diesen Behandlungen mit. Dabei tauchten *„primitive verzerrte Identifizierungen mit Teilaspekten der früheren Therapeuten in Form von Material auf, das irgendwie unecht oder künstlich anmutet.“* (ebenda, S. 240). Diese PatientInnen verwendeten Bezeichnungen der früheren TherapeutInnen für Gefühle, ohne diese überhaupt genau zu kennen.

In den Aussagen von VerhaltenstherapeutInnen und PsychoanalytikerInnen finden sich große Übereinstimmungen bzgl. der Beziehungsaufnahme im Erstgespräch. TherapeutInnen sehen stützende und entlastende Formen der Beziehungsgestaltung im Vordergrund der Erstgespräche. Psychoanalytische Ansätze unterscheiden sich im weiteren Verständnis der Beziehungsaufnahme (über das Erstgespräch hinaus). Konfrontationen und Deutungen würden einerseits abgelehnt (z. B. Reddemann, 2004). Andererseits sieht Kernberg (2000) die Notwendigkeit, spezielle Probleme der Beziehungsgestaltung explizit zu deuten.

**Substanzmittelabhängige PatientInnen** kommen meist erst nach mehreren Jahren bis Jahrzehnten des Missbrauchs, wenn die negativen Folgen überwiegen, in die Therapie (Preuss, Wong & Watzke, 2010). Ihr Anliegen sei oft die rasche Beseitigung der akuten Substanzwirkungen oder Entzugserscheinungen. Allerdings beständen die konditionierten Auslöser und kognitiven Strukturen für den fortgesetzten Konsum weiter. Deshalb wäre eine große Ambivalenz zwischen Abstinenz und Weiterführung wahrscheinlich. Dies habe für die Beziehungsgestaltung im Erstgespräch konkrete Auswirkungen (ebenda, S. 222):

- eine mangelnde Änderungsmotivation wie
- die Leugnung und Bagatellisierung des Konsums und der Folgen.

Auch müsste berücksichtigt werden, dass:

- Abhängige häufig nicht freiwillig in die Therapie kämen,
- dysfunktionale Vorannahmen bzgl. der Therapie beständen,

---

<sup>11</sup> Der Begriff des Agierens (auch Acting-out) bezeichnet die Art und Weise, in der PatientInnen unbewusste Phantasien und Wünsche innerhalb und außerhalb der analytischen Situation auslebten, um das Erinnern verdrängter Inhalte zu vermeiden oder sich der Übertragung zu entziehen.



- Abhängige zu Beginn der Therapie misstrauisch und wenig offen seien,
- Abhängige häufig, besonders beim Konsum illegaler Drogen, in kriminelle Aktivitäten verwickelt wären und
- TherapeutInnen als Teil eines feindlichen Systems und nicht als Helfer ansehen würden.

Die Beziehungsgestaltung im Erstgespräch könne bei PatientInnen mit riskantem Konsum auf andere Art erfolgen als bei PatientInnen mit schädlichem Konsum. Bei riskantem Alkoholkonsum handle es sich um ein subklinisches Beschwerdebild. Hier gehe es darum in einer Kurzintervention die Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation zu erhöhen. Zu den wichtigsten Elementen der Beziehungsgestaltung gehörten hier (ebenda, S. 224):

- das Feedback durch die TherapeutInnen,
- die Betonung der Eigenverantwortung gegenüber den PatientInnen,
- das Geben von Ratschlägen,
- das Angebot von Behandlungsmöglichkeiten und
- das Geben von Zuversicht durch die BehandlerInnen.

Dabei sei es wichtig, auf ein konfrontatives Vorgehen zu verzichten und Behandlungsziele im gegenseitigen Einvernehmen zu formulieren.

Bei schädlichem Konsum und Abhängigkeit wären Kurzinterventionen nicht mehr ausreichend. Hier wäre medizinische Hilfe erforderlich und es müsse die Vermittlung in Therapienetzwerke erfolgen. Das Erstgespräch beschränke sich hier die Motivationsprüfung und die Definierung von Therapiezielen. TherapeutInnen sollten Erstgespräche mittels motivationaler Gesprächsführung gestalten.

Bei PatientInnen mit **Essstörungen** konzentriere sich das Erstgespräch im Rahmen von *Kognitiv-behavioralen Therapien* zunächst auf eine unterstützende therapeutische Grundhaltung (Bents, 2010). Ängste, Befürchtungen und Reaktanz der PatientInnen würden konsequent validiert, weil eher regelhaft damit zu rechnen sei, dass Informationen durch die PatientInnen nur unvollständig preisgegeben würden. Auf keinen Fall sollten TherapeutInnen darauf mit Verärgerung reagieren. Stattdessen sollten sie das Verschweigen oder Lügen als nachvollziehbares Schutzverhalten thematisieren. Die TherapeutInnen sollten sich um das Geben von Erläuterungen und Begründungen von indizierten Therapiemethoden um Transparenz bemühen. So sollte die therapeutische Expertise gemeinsam mit den PatientInnen erfolgen. PatientInnen müssten i. S. der Psychoedukation bereits im Erstgespräch über die Therapie aufgeklärt werden, um Befürchtungen der PatientInnen zu reduzieren.

### *Zusammenfassung*

In allen Konzepten störungsspezifischer Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen steht der Aufbau der Arbeitsbeziehung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen im Mittelpunkt der Arbeit. PatientInnen kämen aufgrund ihrer psychischen Störungen mit unterschiedlichen, oft komplizierten Beziehungsangeboten. Diese sollten durch die TherapeutInnen durch vorwiegend bis ausschließlich stützende und entlastende Beziehungsangebote beantwortet werden.

### **II.2.2. Konzepte für die Beziehungsgestaltung in der Beratung außerhalb der Krisenintervention**

#### *Generalisierte Aussagen zur Beziehungsgestaltung in der Beratung und Therapieschulenspezifische Konzepte*

In der Literatur finden sich eher spärliche Aussagen zur Beziehungsgestaltung in der Beratung, über eine besondere Beziehungsgestaltung im Erstgespräch gar keine. Deshalb können an dieser Stelle nur die wenigen allgemeinen Aussagen zur Beziehungsgestaltung vorgestellt werden.

Im Laufe des 20. Jh. setzte sich Beratung als ein „*neuer Interaktionstypus*“ durch (Schönig & Brunner, 1990, S. 10). Es entwickelten sich differenzierte Beratungskonzepte und ein institutionalisiertes Beratungswesen. Damit verbunden sei ein unüberschaubares Beratungsangebot. Frommann (1990) unterscheidet grundsätzlich Informationsberatungen, z. B. in Form von Rechtsberatungen und Gesundheitsberatungen, und psychosoziale Beratungen. Einige Autoren sehen in der Krisenintervention eine Sonderform der Psychosozialen Beratung. Steinebach (2006a, S. 13) versucht unterschiedliche Konzepte von Psychologischer Beratung zu einer Art Arbeitsdefinition zusammenzufassen, die wichtige Aspekte aufgreift:

*„Psychologische Beratung ist ein vormundschaftsfreier Prozess, in dem Probleme der Ratsuchenden in ihrem Verhalten, Handeln und Erleben unter Bezugnahme auf psychologische Theorien in einem als Beratung ausgewiesenen Setting durch Information und Reflexion geklärt und Lösungsversuche begleitet werden.“*

Er betont weiter, dass Beratungen durch eine besondere Beziehung gekennzeichnet seien, die Aufmerksamkeit und Respekt gegenüber den KlientInnen betone. Aber er schränkt auch ein, dass:

*„offen bleibt, woran wir Aufmerksamkeit und Respekt festmachen.“ (ebenda, S. 12)*

Die Frage der Beziehungsgestaltung innerhalb der Psychologischen Beratung wird, ebenso wie bei Therapiekonzepten, schulenabhängig differenziert beantwortet. Im Folgenden werden, soweit ausformuliert, Aussagen unterschiedlicher Schulen zur Beziehungsgestaltung in der Anfang vorgestellt. Aussagen zum Erstgespräch in der Beratung liegen nicht vor.

*Schulenspezifische Konzepte der Beziehungsgestaltung in der Anfangsphase der Beratung:*

**Tiefenpsychologische Beratungen** sollten in der Anfangsphase wenig strukturiert sein. Dem Ratsuchenden würde viel Raum für die Darlegung seines Anliegens gegeben. Die Beratenden würden mit Interesse zuhören und darauf achten, wie das Problem dargestellt würde. Dabei gehe es vor allem um die Gefühle der KlientInnen. Sie hörten dem mit gleichschwebender Aufmerksamkeit (s. II.2.1.1) zu (Rauchfleisch, 2006). **Humanistische Konzepte** der Beratungen orientierten sich in Beziehungsgestaltung grundsätzlich an den Prinzipien der Gesprächspsychotherapie (Roth, 2006 und II.2.1.1). Spezielle Aussagen zur Beziehungsgestaltung in **Verhaltens- und kognitionspsychologischen Konzepten** (z. B. Steinebach, 2006b, Stavemann, 2002) und **Systemischen Konzepten** (z. B. Schmidt & Vierzigmann, 2006) der Beratungen konnten nicht gefunden werden.

*Themenspezifische Beratungen*

Es liegen unzählige Konzepte zu verschiedensten Themenspezifischen Beratungen vor. Wie bereits für die Krisenintervention (s. II.1.2) vorgestellt, können schulenübergreifende und schulenspezifische Ansätze unterschieden werden. Die Beziehungsgestaltung orientiert sich dementsprechend an den allgemeinen Grundsätzen oder hebt schulenspezifische Besonderheiten hervor. Besonderheiten der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch werden nicht betrachtet (z. B. in Steinebach, 2006, Brunner & Schönig, 1990).

### **II.2.3 Zusammenfassung: Erstgespräch in Therapie und Beratung**

Das Erstgespräch wird in der Therapie zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Es gibt zahlreiche Publikationen zur Gestaltung von Erstgesprächen. Dagegen erfährt das Erstgespräch in der Beratung außerhalb der Krisenintervention keine gesonderte Beachtung. Hier greifen AutorInnen auf therapieschulenspezifische Konzepte zurück ohne das Erstgespräch gesondert zu betrachten.

In den Ausführungen zu Therapieerstgesprächen wird schulen- und störungsübergreifend die zentrale Stellung der Beziehungsgestaltung für das Gelingen des Erstgesprächs in Therapie und Beratung betont. Wie jedoch diese Beziehung gestaltet werden sollte, wird in sehr unterschiedlichen Umfang beschrieben. Die Spannbreite reicht von der ausschließlichen Feststellung der Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung bis hin zu Empfehlungen zu konkreten Beziehungsangeboten. Werden in Ansätzen konkrete Empfehlungen zur Beziehungsgestaltung gegeben, werden entlastende und stützende Beziehungsangebote für das Erstgespräch besonders betont. Sie ständen im Erstgespräch im Vordergrund. Diese Beziehungsangebote werden stö-

rungsspezifisch und teilweise auch therapieschulenspezifisch modifiziert, um auf die Besonderheiten von PatientInnen einzugehen.

### ***II.3 Kommunikative Grundlagen der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen***

Um den Prozess eines Erstgesprächs in der Krisenintervention beschreiben zu können, wurden neben Krisen- und Kriseninterventionskonzepten auch Aussagen zu Erstgesprächen in Therapie und Beratung, als der Krisenintervention verwandte Gebiete, herangezogen. In allen Konzepten erwies sich die Beziehungsgestaltung als Indikator für die Gesprächsführung. Der folgende Abschnitt stellt die Kommunikationstheorie von *Watzlawick, Beavin & Jackson* (2007), in der die Beziehungsgestaltung durch Kommunikation als konstituierender Bestandteil berücksichtigt wird, in den Mittelpunkt (II.3.1). Die Einbeziehung dieser Theorie ermöglicht, Beziehungsgestaltung in konkreten Kommunikationsprozessen zu verstehen. Mögliche Störungen in der Kommunikation können so im Zusammenhang mit der Beziehungsgestaltung gesehen werden (II.3.2). Das Verständnis von Störungen der Kommunikation resp. Beziehungsgestaltung könnte helfen, Gesprächsverläufe mit KlientInnen in spezifischen Krisensituationen nachzuvollziehen.

#### **II.3.1 Beziehungsgestaltung durch Kommunikation**

Trotz Kritik wegen Unschärfen in der Begriffsfassung<sup>12</sup> (z. B. Kreis, 1985), erscheint Kommunikationstheorie von *Watzlawick et al.* (2007), die den Inhalts- mit dem Beziehungsaspekt jeglicher Kommunikation verbindet, am besten geeignet, Unterschiede in der Kommunikation in Erstgesprächen aus den Berichten der BeraterInnen aufzuzeigen und zu verstehen. Der Aufbau des folgenden Abschnittes orientiert sich an den in der Kommunikationstheorie herausgearbeiteten axiomatischen Eigenschaften der Kommunikation.

##### Die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren

*Watzlawick et al.* (ebenda) gehen bei allen Ausführungen davon aus, dass es unmöglich sei nicht zu kommunizieren. Dabei sei das Material keineswegs auf Worte beschränkt, sondern beziehe paraverbale (Lachen, Langsamkeit der Sprache, Tonfall usw.) und nonverbale Phänomene (Körpersprache, Mimik) mit ein. Selbst Schweigen habe so einen Miteilungscharakter. Man könne eben nicht *nicht* auf Kommunikationen reagieren. Diese könne für Menschen,

---

<sup>12</sup> Die Kritik bezieht sich auf den nicht eindeutigen Gebrauch des Begriffes Beziehung. Er konstatiert eine äquivoke Verwendung in diversen Zusammenhängen. So werde Beziehung als formale Struktur, als Kommunikation und als Stellungnahme zueinander eingeführt. Ohne *Watzlawick et al.* (ebenda) Annahmen vom Grund her abzulehnen mahne er und andere Autoren eine genauere Definition des Beziehungsbegriffes in der Kommunikation an.

die unter bestimmten Bedingungen Kommunikationen vermeiden wollen würden, zum Problem werden (s. II.3.2)

### Inhalts- und Beziehungsaspekt in der Kommunikation

Jede Mitteilung an einen Menschen enthält vor allem Information. Jedoch mit der Information wird ein weiterer Aspekt mitgeteilt, der wohl in der alltäglichen Kommunikation nicht offensichtlich sei, desto trotz jedoch ebenso wichtig. In jedem Sprechakt gäbe es nämlich ebenso einen Hinweis darauf, wie der Sender vom Empfänger verstanden werden möchte.

*„Sie definiert also wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht, und ist in diesem Sinn seine persönliche Stellungnahme zum anderen. Wir finden somit jeder Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.“ (ebenda, S. 55)*

Der Beziehungsaspekt kann unter bestimmten Umständen selbst zum Inhalt der Kommunikation gemacht werden. Dies geschehe i. S. einer Metakommunikation, in welcher mit einem anderem über Kommunikation kommuniziert würde. *Watzlawick et al.* (ebenda, S. 56) betonen, dass *„die Fähigkeit zur Metakommunikation nicht nur eine Conditio sine qua non aller erfolgreichen Kommunikation“* wäre, sondern auch *„überdies für jeden Menschen eng mit dem enormen Problem hinlänglichen Bewusstseins seiner selbst und der anderen verknüpft“* sei. **Dabei bestimme der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt** – gehe ihm also voraus.

Meiner Meinung nach beschreiben die folgenden Eigenschaften der Kommunikation bereits die Umsetzung des Inhalts- und Beziehungsaspektes in der Kommunikation:

### Interpunktion von Ereignisfolgen

Kommunikation wird als *„ununterbrochener Austausch von Mitteilungen“* (ebenda, S. 57) verstanden. Diskrepanzen auf dem Gebiet der Interpunktion seien Ursache für viele Beziehungskonflikte. Ursache und Wirkung fielen in Ereignisfolgen zusammen. Die Kreisförmigkeit von Kommunikation mache es unmöglich einen Anfangspunkt zu finden. *Watzlawick et al.* (ebenda) verweisen hierbei auf Ehekonflikte, in denen das Verhalten des einen das des anderen bedinge, jedoch von beiden angenommen würde, sie reagierten nur auf den anderen. Es bestehe eine Unfähigkeit über die jeweiligen Definitionen von Beziehung in Form einer Metakommunikation zu kommunizieren. In Psychotherapien käme es dann nun darauf an, diese Unfähigkeit zu analysieren und aufzulösen. Auf diese Unfähigkeit wurde auch in Zusammenhang mit spezifischen Krisen verwiesen (s. II.1). Letztlich werde *„die Natur einer Beziehung ... durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe der Partner bedingt.“* (ebenda, S. 61)

### Digitale und analoge Kommunikation

Menschliche Kommunikation sei sowohl digital wie analog. Digitale Kommunikation finde immer dort statt, wo Wissen übermittelt werde. Sie habe vielseitige und komplexe Syntax, aber auf dem Gebiet der Beziehung eine „unzulängliche Semantik“ (ebenda, S. 68). Das weite Gebiet analoger Kommunikation, das wir von unseren tierischen Vorfahren übernahmen, betreffe die Beziehung. Sie verfüge über das semantische Potential (Mienen, Gesten, Laute, also para- und nonverbale Formen der Kommunikation), die Beziehungen transportieren, es ermangele ihr aber an Eindeutigkeit (s. auch Fiehler, 1990). Überall, wo Beziehungen zum zentralen Thema der Kommunikation würden, erwiese sich die digitale Kommunikation als fast bedeutungslos. Da die Beziehungsgestaltung der Schwerpunkt der Krisenintervention und auch Erstgespräche erwies, kommt somit der analogen Kommunikationsform besondere Bedeutung zu (vgl. II.1.2). Mitteilungen analoger Kommunikation bzw. Beziehungsaussagen könnten nur durch Annäherung erschlossen werden, den *„Analogiekommunikationen enthalten keine Hinweise darauf, welche von zwei widersprüchlichen Bedeutungen gemeint ist, noch irgendwelche Hinweise, die eine klare Unterscheidung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erlaubten“* (ebenda, S. 66 f).

### Symmetrische und komplementäre Interaktionen

Watzlawick et al. (2007) orientieren sich in ihren Ausarbeitungen zu symmetrischen und komplementären Interaktionen an Beobachtungen von Bateson (1935). Er beschreibt das Phänomen der Schismogenese und definiert es *„als einen durch Wechselbeziehungen zwischen Individuen verursachten Differenzierungsprozess der Normen individuellen Verhaltens“* (Bateson, zit. nach Watzlawick et al., 2007, S. 68). Die beschriebenen Beziehungsformen werden inzwischen allgemein als symmetrische und komplementäre Interaktionen beschrieben. Symmetrische Beziehungen stehen dabei für Gleichheit, komplementäre für Differenzierung der Beziehungsangebote der KommunikationspartnerInnen. Im ersten Fall kommunizieren die PartnerInnen spiegelbildlich. Im zweiten Fall ergänzen sich die Beziehungsangebote der PartnerInnen. In komplementären Beziehungen gibt es somit zwei verschiedene Positionen. Eine PartnerIn nehme eine superiore Stellung ein, die andere eine inferiore. Diese Beziehungsform entstand aus sozialen und kulturellen Kontexten heraus, z. B. der Kommunikation zwischen Mutter und Kind oder Arzt und Patient.

Im Weiteren werden Hinweise darauf gesucht, wie sich die Beziehungsgestaltung in Kommunikationen verändert, wenn Menschen spezifische Voraussetzungen (resp. Einschränkungen) mitbringen.

## II.3.2 Zusammenhänge zwischen Störungen der Kommunikation und Beziehungsgestaltung

Auch Störungen der Kommunikation können anhand der o. g. Eigenschaften von Kommunikation beschrieben werden:

### Die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren

Die Unmöglichkeit nicht *nicht* kommunizieren zu können, kann für Schizophrene Menschen zum Dilemma werden. „Schizophrensisch“ sei „eine Sprache, die es dem Gesprächspartner überlässt, seine Wahl unter vielen möglichen Bedeutungen zu treffen, die nicht nur untereinander verschieden, sondern sogar unvereinbar sein können“ (ebenda, S. 73). Hier würde der Versuch gemacht, Kommunikation zu vermeiden, um wiederum Beziehung zu vermeiden. Doch dieses Phänomen sei auch überall dort zu beobachten, wo der Wunsch bestehe, eine Stellungnahme zu vermeiden. Da man nun einmal aber nicht *nicht* kommunizieren könne, seien mögliche Reaktionen beschränkt:

#### 1. *Abweisung*

Ein Gesprächspartner mache dem anderen klar, dass er an einem Gespräch nicht interessiert sei. Diese Störung wird im Rahmen der Krisenintervention vor allem im Zusammenhang mit Psychiatrischen Notfällen berichtet, wenn KlientInnen durch Dritte mit dem BKD in Kontakt kommen.

#### 2. *Annahme*

Der Gesprächspartner könne dem Wunsch des anderen nachgeben. Erfolgt diese Reaktion würde es schwieriger, sich weiterer Kommunikation zu entziehen. Jedoch verweist es auch auf mögliche Schwierigkeiten im Gespräch, so z. B. in Erstgesprächen mit KlientInnen ohne Eigenmotivation.

#### 3. *Entwertung*

Indem eigene Aussagen oder die des Partners entwertet würden, könnte sich der Gesprächspartner vor weiterer Kommunikation schützen. Hier ständen eine ganze Reihe semantischer Möglichkeiten zur Verfügung, so Widersprüchlichkeit, Ungereimtheiten, Themenwechsel, unvollständige Sätze, absichtliches Missverstehen etc.

#### 4. *Das Symptom als Kommunikation*

Darunter verstehen Autoren die Möglichkeit der Vermeidung von Kommunikation durch Handlungen wie Schläfrigkeit, Taubheit, Trunkenheit, Unkenntnis der Sprache etc.

Es wird deutlich, dass alle beschriebenen Versuche, Kommunikation zu vermeiden, Wünsche nach dem Beziehungsabbruch kennzeichnen. Der Beziehungsabbruch als solchen findet sich in allen von den BeraterInnen als misslungen eingeschätzten Erstgesprächen.

#### Störungen auf dem Gebiet der Inhalts- und Beziehungsaspekte

Störungen in der Kommunikation könnten durch Konfusion der Inhalts- und Beziehungsaspekte entstehen. Diese bildeten sich auf verschiedene Weise ab:

1. Die KommunikationspartnerInnen stimmten in beiden Aspekten überein. Dies wäre der Idealfall.
2. Im schlechtesten Fall seien sie sich in keinem der Aspekte einig.
3. Am häufigsten jedoch sind Mischformen:
  - (a) Die GesprächspartnerInnen wären sich ausschließlich auf der Inhaltsebene nicht einig. Dies beeinträchtigt jedoch nicht die Beziehung. Dies sei die menschlich reifste Form.
  - (b) Die GesprächspartnerInnen wären sich auf der Inhaltsstufe einig, in der Beziehungsgestaltung jedoch nicht. Sie könnten sich über das einigen, was zu tun ist, aber nicht, wie darüber geredet würde.
  - (c) Oft käme es zur Konfusion beider Aspekte. Es würde versucht ein Beziehungsproblem auf der Inhaltsebene zu lösen bzw. auf ein inhaltliches Problem würde mit Beziehungsvorwürfen reagiert.
  - (d) Von klinischer Bedeutung seien solche Situationen, in denen Menschen an ihrer Wahrnehmung auf Inhaltsebene zweifelten, um wichtige Beziehungsannahmen nicht zu gefährden, z. B. der Überzeugung, niemand könne ihm helfen.

In jedem Sprechakt werden Ich- und Du-Definitionen bzw. Beziehungsannahmen mitgeteilt. Diese können bestätigt, verworfen oder entwertet werden:

- *Bestätigung*: Der Gesprächspartner bestätigt die Selbstdefinition des anderen. Dies sei eine wichtige Voraussetzung für die geistige Stabilität und Entwicklung.
- *Verwerfung*: Die Selbstdefinition des Gesprächspartners wird durch sein Gegenüber verworfen. Dies sei schmerzlich, könne aber unter bestimmten Umständen (Psychotherapie) auch heilsam sein, weil typische Formen der Beziehungsgestaltung durchbrochen würden.



- *Entwertung*: Die dritte Möglichkeit wird als die wichtigste vom psychopathologischen Standpunkt aus eingeschätzt. Dabei ist zu beachten, dass sich das Phänomen der Entwertung wesentlich von dem der Verwerfung unterscheidet. Die Entwertung negierte vielmehr die menschliche Wirklichkeit des Gesprächspartners. Während die Verwerfung wohl schmerzlich sei, aber dies eben nicht täte.

### Interpunktion von Ereignisfolgen

Störungen der Kommunikation durch Phänomene der Interpunktion von Ereignisketten verbänden sich immer mit der Störung der Beziehung. Sie könnten auf unterschiedliche Weise entstehen:

- *Diskrepante Interpunktionen* entstünden, wenn KommunikationspartnerInnen der Meinung wären, über dieselben Informationen zu verfügen und daraus dieselben Schlussfolgerungen zu ziehen. Träfe dies nicht zu, käme es zur Störung der Kommunikation und damit Beziehung zwischen beiden GesprächspartnerInnen, die erst durch einen weiteren metakommunikativen Akt beseitigt werden könnte.
- *Interpunktionen und Wirklichkeitserleben* divergieren aufgrund der Vielzahl von zu verarbeitenden Informationen, die notwendigerweise selektiert würden. So könnten Konflikte entstehen, wenn eine starre Überzeugung der Absolutheit der eigenen Wahrnehmung bestünde.
- *Die Annahme von Ursache und Wirkung* in Interpunktionsfolgen, obwohl Interaktionen immer kreisförmig verliefen, könne ebenfalls zu Störungen in der Kommunikation führen. Menschen könnten sich angegriffen fühlen ohne ihr eigenes Verhalten zu berücksichtigen (einseitige Determination von Verhalten).
- *Selbsterfüllende Prophezeiungen*: Dabei handele es sich um Verhaltensformen, die in anderen Menschen Reaktionen auslösten, auf die das betreffende Verhalten eine adäquate Reaktion wäre, wenn sie es nicht selbst ausgelöst hätten.

### Fehler in den Übersetzungen zwischen digitaler und analoger Kommunikation

Solche Fehler könnten auf unterschiedliche Weisen entstehen:

- Analoge Kommunikationen wären mehrdeutig, daher wäre es für den Empfänger schwierig solche Informationen zu entschlüsseln.
- Analogiekommunikationen sind Beziehungsaufappelle. Gänge man davon aus, dass sie denotative Aussagen wären, wie digitale Informationen, entstünden Fehler. Besser zu verstehen seien sie als „*Vorschläge über die künftigen Regeln der Beziehung*“ (ebenda, S. 98).
- Das Fehlen von „nicht“ in analogen Kommunikationen könne zu Schwierigkeiten führen, Beziehungsmittelungen zu machen, die eine Negation (z. B. ich werde nicht angreifen)

anzeigten. Diese Mitteilung von „nicht“ könne durch das Nichtausführen einer Handlung signalisiert werden.

- Auch Rituale könnten das Fehlen von „nicht“ in analogen Kommunikationen kompensieren. In gewisser Weise wären sie eine Übergangsform zwischen digitaler und analoger Kommunikation.

### Störungen in symmetrischen und komplementären Interaktionen

1. *Symmetrische Eskalationen* entstünden aus symmetrischen Beziehungen. Sie führten mehr oder weniger zum offenen Kampf, d. h. dass sie meist in der Verwerfung der Selbstdefinition des Partners beständen (s. o.). Dagegen könnten PartnerInnen in einer stabilen symmetrischen Beziehung sich gegenseitig akzeptieren, was zu Vertrauen und Respekt führe.
2. *Starre Komplementarität*: Auch komplementäre Interaktionen bauten auf der gegenseitigen Bestätigung der Selbstdefinitionen auf. Störungen in der Bestätigung führten im Gegensatz zu symmetrischen Beziehungen jedoch meist zu massiven Entwertungen. Typisch für so einen Konflikt sei, dass eine Gesprächspartnerin die Bestätigung ihrer Selbstdefinition von der anderen fordere. Diese sich aber im Widerspruch zu deren Selbstdefinition befinde.
3. Die Annahme der *gegenseitige Stabilisierung der beiden Beziehungsformen* führt zu der Aussage, dass der Wechsel von einer zur anderen Beziehungsform ein wichtiger Mechanismus sei. Starr festgelegte Beziehungssysteme erschweren dies. Änderungen würden in solchen Fällen abgelehnt. Hier wäre darauf zu verweisen, dass Menschen in schweren chronifizierten Krisen (Psychiatrische Klientel) ausschließlich über komplementäre Beziehungssysteme zu verfügen scheinen.

Deutlich über alle aufgezeigten Störungen der Kommunikation wird, dass der Inhalt der Kommunikation gegenüber ihren Strukturen weit an Bedeutung zurückbleibt. Strukturen der Kommunikation stehen in engem Wechselspiel mit der Beziehungsgestaltung (s. auch Kreis, 1985). Beziehungen könnten dabei ebenso der Kommunikation vorausgehen wie durch sie „erschaffen werden“. Die Aussagen von Menschen in ihrem Inhalts- und Beziehungsaspekt würden nur aus ihrem Kontext heraus verständlich. Ohne die Kenntnis des Kontextes reduzierte sich das Verständnis dieser auf formale inhaltliche Aspekte und Unterschiede verwischen.

### **II.3 Zusammenfassung**

Um den Prozess des Erstgesprächs im BKD analysieren zu können, wurden zunächst theoretische Konzepte herangezogen, die dem Krisen- und Kriseninterventionsverständnis des BKD nahe kamen. Dem Vorgehen im BKD entsprachen insbesondere integrative Konzepte, die sich an den spezifischen Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen orientierten. Unterschiede in den Bewältigungsmöglichkeiten wurden von allen AutorInnen mit einer differenzierten Beziehungsgestaltung verbunden. Integraler Bestandteil seien dabei entlastende Beziehungsangebote. Besonders in Erstgesprächen ständen sie im Mittelpunkt der Beziehungsgestaltung. Bei KlientInnen, deren Bewältigungsmöglichkeiten bereits weit eingeschränkt wären (Psychiatrische Krisen, Psychiatrische Notfälle und Suizidale Krisen), sollten sogar ausschließlich entlastende Beziehungsangebote gemacht werden. Im Rahmen von Kriseninterventionskonzepten wurden keine besonderen Aussagen zur Beziehungsgestaltung mit KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen und KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung gemacht. Da viele KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen auch unter psychischen Störungen leiden bzw. sich deshalb in chronifizierten Krisensituationen befinden, wurden zusätzlich Konzepte zu Erstgesprächen in Therapien herangezogen. Auch hier scheint der Fokus der TherapeutInnen auf dem Angebot entlastender Beziehungsangebote, um eine Arbeitsbeziehung zu initiieren, zu liegen. Darüber hinaus werden jedoch therapie-schulenspezifisch und störungsspezifisch auch weitergehende Beziehungsangebote vorgeschlagen.

Da Kriseninterventionen von einigen AutorInnen auch als spezifisches Beratungsangebot verstanden wurden, wurden zusätzlich Konzepte der Beziehungsgestaltung im Beratungsrahmen betrachtet. Die allgemeinen Aussagen zur Beziehungsgestaltung in Beratungen bleiben jedoch hinter denen zur Krisenintervention zurück. Keine Aussagen wurden von AutorInnen zu Beratungserstgesprächen gemacht.

Die in allen theoretischen Konzepten im Mittelpunkt stehende Beziehungsgestaltung müsste sich im Kommunikationsprozess des Erstgesprächs abbilden. Um Unterschiede in der Beziehungsgestaltung in kommunikativen Prozessen verstehen zu können, erwies sich die Kommunikationstheorie von *Watzlawick et. al. (2007)* als am nützlichsten. Davon ausgehend, dass jede Kommunikation sowohl einen Inhalts- wie Beziehungsaspekt beinhaltet und diese sich in der Kommunikation abbilden und nachweisen lassen, konnten spezifischen Kommunikationsmustern spezifische Beziehungsgestaltungen zugeordnet werden.

Damit wurde die Grundlage für die Analyse von konkreten Erstgesprächsprozessen gelegt. Berichtete Erstgespräche können auf der Grundlage von Krisen- und Kriseninterventionstheorien vorläufig spezifischen Krisenarten, die sich an den Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen orientieren, zugeordnet werden. Die Kommunikationstheorie *Watzlawicks et al.* (ebenda) gibt Anregungen für die Analyse der Beziehungsgestaltung in den Berichten über Erstgespräche. Umgekehrt lassen spezielle Muster von Beziehungsgestaltungen Rückschlüsse auf durchlebte Krisen zu.

Keine Aussagen jedoch können über konkrete Prozessgestaltungen und deren Wirkungen in Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlichen Krisensituationen gemacht werden. Alle Aussagen über die Beziehungsgestaltung als konstituierender Bestandteil des Erstgesprächs bleiben global.

### III Fragestellung

Die vorliegende Forschungsarbeit setzt sich zum Ziel, *einerseits* ein Prozessmodell für die Analyse von heterogenen Erstgesprächsprozessen und ihren Wirkungen zu entwickeln und *andererseits* auf dessen Basis Erstgesprächsprozesse und ihre Wirkungen im Berliner Krisendienst (BKD) zu (re)konstruieren und vergleichen. Diese Zielstellungen entstanden in Auswertung bisheriger Forschungsergebnisse zum Untersuchungsgegenstand und Methoden zu seiner Untersuchung (s. II). Da sich der Zugang zum Untersuchungsfeld schwierig gestaltete (s. IV.2), musste sich die Forscherin in der Erhebung auf Problemzentrierte Interviews mit erfahrenen BeraterInnen beschränken, die allerdings ausführliche Narrationen über konkrete Erstgespräche einbezogen (s. V). Aus der Zielstellung der Arbeit, dem Forschungsstand und den spezifischen Bedingungen der Erhebung wurden folgende qualitativen, hypothesengenerierenden Forschungsfragen abgeleitet:

1. *Kann aus den allgemeinen, fallunspezifischen Aussagen der BeraterInnen ein allen Erstgesprächsprozessen gemeinsames zentrales Phänomen abgeleitet werden und wie lässt es sich beschreiben? Dazu sollen folgende Teilfragen beantwortet werden:*
  - (a) Welche Auswirkungen und Bedeutung haben die Merkmale der KrisenberaterIn wie die therapeutische Orientierung, Kompetenz, Erfahrung u. ä. auf die Gestaltung des Erstgesprächsprozesses?
  - (b) Wie werden die Bestandteile des Erstgesprächs im Prozess umgesetzt?
  - (c) Über welche grundsätzlichen Gesprächsstrategien verfügen BeraterInnen und wie wirken sie im Erstgesprächsprozess?
  - (d) Welchen Einfluss hat die Kontaktart auf den Erstgesprächsprozess?
  - (e) Welche Unterschiede werden zwischen Erstgesprächsprozessen unterschiedlicher KlientInnengruppen beschrieben?
2. *Wie setzt sich ein zentrales Phänomen im Erstgesprächsprozess um? Welche Prozessstrukturen und Wirkungen können aus der Analyse der konkreten Erstgespräche für Klientinnen und BeraterInnen abgeleitet werden?*
3. *Welche Erstgesprächsprozesse und Wirkungen können beschrieben werden? Daraus ergeben sich mehrere Unterfragen:*
  - (a) Welche Prozessmuster können für berichtete Erstgesprächsprozesse und ihre Wirkungen innerhalb der beschriebenen KlientInnengruppen (re)konstruiert werden?

- (b) Welche Gemeinsamkeiten haben Prozessmuster innerhalb von KlientInnengruppen. Wodurch unterscheiden sie sich innerhalb von KlientInnengruppen?
- (c) Gibt es darüber hinaus Gemeinsamkeiten zwischen Prozessmustern verschiedener KlientInnengruppen? Können diese anhand Prozessmerkmalen und Wirkungen systematisch dargestellt und beschrieben werden?
- (d) Welche Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Krisensituation, Prozessverlauf und Wirkungen für KlientInnen und BeraterInnen können beschrieben werden?

## IV. Untersuchungsfeld

Im folgenden Kapitel wird zunächst das Untersuchungsobjekt Berliner Krisendienst (IV.1) mit seinem Krisenverständnis (IV.1.1), Struktur (IV.1.2), Angeboten und Aufgabenbereichen (IV.1.3) dargestellt. Zusätzlich wird auf den Zugang zum Forschungsfeld Berliner Krisendienst (IV.2) eingegangen, da dieser von Schwierigkeiten gekennzeichnet war, die in Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand, dem Erstgesprächsprozess und seinen Wirkungen, gesehen werden müssen.

### ***IV.1 Untersuchungsobjekt Berliner Krisendienst***

Der Berliner Krisendienst entstand als Ergänzung zu den etablierten Versorgungsbausteinen der Krisenversorgung. Zwischen ihm und den etablierten Einrichtungen besteht eine enge Zusammenarbeit. Der BKD ist an gemeindepsychiatrischen Prinzipien orientiert. Er arbeitet im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung, gewährleistet eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und leistet in Abstimmung mit den vorhandenen ambulanten und stationären Angeboten einen Beitrag, die Versorgung von Menschen in Krisen zu verbessern (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998). Seine Implementierung durch den Senat von Berlin folgt damit den Richtlinien der Landeskrisenkonzeption Berlins (1998) in Anlehnung an das Psychiatrie-Entwicklungsprogramm (PEP) im Zuge der weiteren Ausgestaltung des Reformprozesses der Berliner psychiatrischen Versorgung.

Die Beschreibung des BKD gliedert sich in drei Abschnitte:

- Der erste Abschnitt stellt das Krisenverständnis und Kriseninterventionskonzept des BKD vor und setzt es zu vorhandenen Theorien ins Verhältnis (IV.1.1).
- Der folgende umreißt die Struktur des BKD (IV.1.2).
- Abschließend wird ein Überblick über Angebote und Aufgabenbereiche des BKD gegeben (IV.1.3).

#### **IV.1.1 Krisenverständnis und Krisenkonzept des BKD**

Die MitarbeiterInnen des BKD verstehen Krisenintervention als komplexe Tätigkeit, die von Interventionen in psychischen Ausnahmesituationen bis hin zu solchen in lebensverändernden und traumatischen Krisen reicht (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998).

Das **Krisenkonzept des BKD** folgt der Einteilung der Krisen auf einem Kontinuum von psychiatrischer Krise bis sozialpsychologischer Krise, die hier aber unter die Begrifflichkeit psy-

chosozialer Krise gefasst werden. Die Übergänge zwischen Krisenarten werden als fließend angenommen.

In der **allgemeinen Vorgehensweise bei Kriseninterventionen** orientiere sich der BKD an vorhandenen Konzepten (s. II.1.2.1 – Allgemeine Ansätze). Die Krisenintervention im BKD prägen folgende Grundprinzipien:

- Arbeit an der Beziehung zwischen Berater und Klient,
- Aktivität des Beraters, einschließlich Methodenflexibilität,
- Berücksichtigung der emotionalen Situation unter besonderer Beachtung der Suizidalität,
- im Vordergrund steht der aktuelle Anlass unter Einbeziehung des lebensgeschichtlichen Hintergrundes,
- Einbeziehung der sozialen Situation und der im Umfeld vorhandenen Hilfemöglichkeiten, einschließlich der Einbeziehung fachärztlichen psychiatrischen Handelns und
- Entlastung und Erarbeitung des weiteren Vorgehens.

Wesentlich ist ferner der rasche Beginn des Eingreifens in der Krisensituation, d. h. eine unmittelbare Zugangsmöglichkeit für KlientInnen bzw. die Möglichkeit, schnell zum Ort der Krise zu gelangen.

Das Kriseninterventionskonzept des BKD integriert verschiedene Ansätze. Das Spektrum reicht von kurzer informierender Beratung über entlastende, klärende Gespräche bis zum Einleiten schützender und stabilisierender Maßnahmen. Liegt der Verdacht des psychiatrischen Notfalls nahe und/oder der auf Selbst- oder Fremdgefährdung, wird der ärztliche Hintergrunddienst hinzugezogen. Damit entspricht das Kriseninterventionskonzept des BKD der allgemeinen Vorgehensweise bei Kriseninterventionen (s. II.1.2.1, Sonneck, 1997). Das Konzept des BKD zu Vorgehensweisen in der Krisenintervention wird um die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit mit Einsatzzentralen der Polizei und Feuerwehr sowie mit den regional arbeitenden Sozialpsychiatrischen Diensten ergänzt. Der BKD erfülle eine Art „Weichenfunktion“ im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem. Krisenintervention als integrierter Teil des Gesamtnetzes findet nicht in seiner Gesamtheit im BKD statt, sondern ist Ergebnis der Zusammenarbeit des sozialen Versorgungsnetzwerks.

#### **IV.1.2 Struktur des BKD**

Der BKD ist ein Trägerverbund regionaler ambulanter Krisendienste. Dieser regelt alle relevanten Fragen der Zusammenarbeit. Den neun regionalen Krisendiensten sind Versorgungsstrukturen zugeordnet, die folgenden Kriterien entsprechen:

- Erreichbarkeit,



- Einwohnerzahl und Sozialstruktur der zu versorgenden Bezirke,
- Einzugsbereich der pflichtversorgenden Krankenhäuser,
- Regionen der Geistig-Behinderten-Versorgung und
- politische Bezirksgrenzen.

Die Struktur des BKD korrespondiere mit dem Kriseninterventionskonzept des BKD, das eine unmittelbare Zugangsmöglichkeit für KlientInnen bzw. die Möglichkeit schnell zum Ort der Krise zukommen, beinhaltet.

Der BKD gewährleistet die Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit durch zentral organisierte Ringdienste. In den regionalen Krisendiensten arbeiten Kernteams von fünf festangestellten Mitarbeitern. Diese setzen sich multiprofessionell aus den Berufsgruppen der Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte, Heilpädagogen und/oder Pflegekräfte zusammen. Voraussetzung ist ein entsprechend qualifizierter Erfahrungshintergrund. Des weiteren sind in jedem regionalen Krisendienst 30 – 40 Honorarmitarbeiter tätig, die Mitarbeiter verschiedener regionaler psychiatrisch-psychosozialer Einrichtungen sind (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998).

Die regionalen Krisendienste arbeiten täglich in den Abendschichten (16.00 – 24.00 Uhr) und Tagschichten am Wochenende und an Feiertagen (8.00 – 16.00 Uhr). Überregional im Rotationsverfahren wechseln sich die regionalen Einrichtungen mit den Tagschichten ab (Montag – Freitag von 8.00 – 16.00 Uhr). Das Angebot der Tagschichten besteht aus Beratung und Weitervermittlung (Screeningfunktion). Mobile Einsätze, wie Hausbesuche, Krankenhauseinweisungen und/oder –begleitungen, werden in der Woche tagsüber von den dafür zuständigen Einrichtungen übernommen. Die Nachtschicht wird immer vom selben Standort abgedeckt, der zentral liegt und gut erreichbar ist. Die ankommenden Gespräche von allen regionalen Krisendiensten werden per Weiterschaltung dorthin geleitet. Die Mitarbeiter der unterschiedlichen Standorte rotieren aus der Region zur Nachtschicht dorthin.

In der ambulanten Krisen- und Notfallversorgung ist die Bereitstellung und Hinzuziehung (fach)ärztlicher Handlungskompetenz unabdingbar. Im ärztlichen Hintergrunddienst arbeiten daher Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie aus dem Klinikbereich, Assistenzärzte in Weiterbildung im Fachgebiet Psychiatrie/Neurologie, niedergelassene Psychiater/Neurologen und Ärzte aus den sozialpsychiatrischen Diensten. Der ärztliche Hintergrunddienst wird von Mitarbeitern immer dann hinzugezogen, wenn es fachlich geboten erscheint, so

- bei psychiatrischen Notfällen,
- Fragen zur Medikation und

- Kriseneinsätzen, deren Dynamik multiprofessionelles Handeln erfordern.

Der Aufbau des BKD wurde durch das Kooperationsprojekt zwischen Freier Universität Berlin und der Katholischen Fachhochschule Berlin kontinuierlich wissenschaftlich begleitet (Bergold & Zimmermann, 2003, Zimmermann & Bergold, 2003), um die Qualität der Krisenintervention des BKD zu sichern und weiterzuentwickeln. Die Qualitätssicherung erfolgt über die regionalen Verknüpfungen der Krisendienste und die Weiterbildung im Rahmen des Trägerverbundes.

Um seine Klientel, Menschen in Krisen zu erreichen, bedarf es intensiver Öffentlichkeitsarbeit. Diese wird in den Printmedien, durch Plakate, Flyer und Postkarten im öffentlichen Nahverkehr und in einer Vielzahl öffentlicher, vor allem sozialer Einrichtungen und die Nutzung neuer Medien geleistet.

### **IV.1.3 Angebot und Aufgabenbereiche des BKD**

Das Angebot des BKD für Menschen in Krisen ist breit gefächert (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998). Es richtet sich an:

- psychisch kranke Menschen,
- chronisch kranke oder behinderte Menschen in akuten Krisen,
- Menschen mit Suizidgedanken und Menschen nach Suizidversuchen,
- Menschen mit Suchtproblemen in akuten Krisen,
- Pflegebedürftige (demente) Menschen,
- Menschen mit geistiger Behinderung in Krisensituationen und
- Menschen in anderen gravierenden Notlagen (Ängste, Depressionen, existentielle soziale Probleme, extreme Traumatisierung, etc.).

Das Angebot des BKD richtet sich damit ebenso an Menschen in sozialpsychologischen wie psychosozialen Krisen, wobei der Schwerpunkt der Versorgung bei psychosozialen Krisen liegt. Zusätzlich spricht der BKD noch Menschen mit geistiger Behinderung an, was besondere Konzepte der Krisenintervention verlangt.

Um die Zielgruppe des BKD zu erreichen, bietet der BKD den Menschen:

- ein niederschwelliges telefonisches und persönliches Angebot,
- Erstgespräche mit kurzfristiger Entlastungs- und Orientierungshilfe,
- qualifizierte Weiterverweisung an die zuständigen Stellen (Screeningfunktion),
- Krisenbegleitung durch Folgegespräche und
- mobile Einsatzmöglichkeiten ggf. mit fachärztlicher Inanspruchnahme.

Ziel ist, Krisensituationen möglichst ambulant aufzufangen, nicht erforderliche stationäre Aufnahmen verhindern zu helfen sowie notwendige Einweisungen fachkompetent einzuleiten und zu begleiten. Vorteile des beschriebenen Angebotes sind somit die abgestuften Einsatz- und Interventionsmöglichkeiten je nach Problemlage und Schweregrad der vorliegenden Krise.

Kriseninterventionsarbeit im BKD ist immer Arbeit im Verbund mit den Vernetzungspartnern. In der Kombination von Festangestellten und Honorarkräften wird dadurch möglich:

- ein ständiger Informationsfluss zwischen Honorarkräften und Festangestellten, so z. B. über Veränderungen in den Heimateinrichtungen der Honorarmitarbeiter,
- die Kontinuität in Bezug auf das Gemeindegewissen als auch das überregionale Wissen aller Mitarbeiter,
- das gegenseitige Kennenlernen der Arbeitsfelder, der institutionelle Austausch auf persönlicher Ebene,
- die Einarbeitung von Kollegen,
- die Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitshaltung und einer „Corporate-Identity“ und
- die Möglichkeit, Folgegespräche vorhalten zu können, um unter anderem Dekontextualisierung zu vermeiden.

Der BKD leistet keine längerfristige und kontinuierliche Betreuungsarbeit, sondern strebt die qualifizierte Weitervermittlung an, wenn nach dem Erstkontakt und gegebenenfalls einer begrenzten Zahl von Folgegesprächen weitere Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind, u. a. durch die Sozialpsychiatrischen Dienste (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998).

Das Angebot des BKD in der Krisenintervention ist neben der kurzen vollständigen Intervention, vor allem auf **das Erstgespräch** bzw. die ersten Schritte der Intervention konzentriert. Somit entspricht der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit einem wesentlichen Baustein des BKD. Diese Vermutung liegt nahe, wenn man die Ergebnisse der Begleitforschung (Bergold & Zimmermann, 2003, Zimmermann & Bergold, 2003, Freikamp, 2002) hinzuzieht, die aussagen, dass ca. 80 % aller Kontakte Einmalkontakte seien.

## ***IV.2 Zugang zum Berliner Krisendienst***

Der Zugang zum Forschungsfeld „Berliner Krisendienst (BKD)“ erwies sich als schwierig und langwierig. Der erste Versuch des Zugangs scheiterte, als der Leiter einer Region seine global geäußerte Bereitschaft zur Zusammenarbeit überraschend zurückzog. Er hätte Bedenken hinsichtlich der „Forschungsmüdigkeit“ seiner MitarbeiterInnen durch die Begleitfor-

schung der FU (Bergold & Zimmermann, 2003, Zimmermann & Bergold, 2003). Auch laufe in diesem regionalen Krisendienst bereits ein Forschungsprojekt, und man arbeite an der Fertigstellung eines Qualitätshandbuchs (Gesprächsnotiz vom 16.01.2006).

Ich nahm daraufhin Kontakt zu dem Geschäftsführer einer anderen Region auf, den ich aufgrund mehrjähriger Honorar- und ehrenamtlicher Tätigkeiten kannte. Der Geschäftsführer äußerte in einem gemeinsamen Gespräch zweierlei Bedenken: Erstens wäre ich keine Krisendienstmitarbeiterin, die man kennen würde und so einen Vertrauensbonus hätte. Zweitens wäre das Schwierige an meinem Thema, dass es zum Zentrum der Krisenintervention vordringe, gewissermaßen hinter die Kulissen schaue. Damit erwecke ich Ängste bei den Mitarbeitern, vor allem, weil mich diese eben nicht kennen (Gesprächsnotiz vom 03.03.2006).

Die Schwierigkeiten erkennend schlugen mein Betreuer, Prof. J. Bergold, und ich vor, zunächst eine halbjährige Hospitation im Berliner Krisendienst zu absolvieren. So könnte ich einerseits das Vertrauen der BeraterInnen gewinnen und andererseits meine Kenntnisse über meinen Forschungsgegenstand vertiefen. Der Geschäftsführer erklärte sich bereit, den Kontakt herzustellen.

Ich wurde daraufhin von Team der Region zu einem Gespräch eingeladen. Zwei der festangestellten MitarbeiterInnen empfingen mich und ich stellte mein Anliegen dar. Die beiden meinten, eine Hospitation wäre möglich. Allerdings müssten sie dies noch im Team besprechen. Nach der gemeinsamen Besprechung des Teams, wurde mir mitgeteilt, dass man sich immer noch sehr unsicher sei, was mein Forschungsanliegen betreffe. Ich wurde zu einem weiteren Gespräch mit dem gesamten Team eingeladen (Gesprächsnotiz vom 23.03.2006). Erst nach diesem zweiten Erstgespräch wurde eine halbjährige Hospitation im BKD, Region Mitte möglich. Die Zusage war an die Bedingung gebunden, in dieser Zeit keinerlei Daten zu erheben. Die BeraterInnen und ich vereinbarten, dass ich bei ca. zwei Diensten pro Woche dabei sein, an den gemeinsamen Teambesprechungen teilnehmen und zusätzliche Aufgaben hinsichtlich der Basisdokumentation des BKD übernehmen würde.

Zu Beginn nahm ich als teilnehmende Beobachterin an Gesprächen teil und dokumentierte diese im Rahmen der Basisdokumentation des BKD. Nach einigen Wochen bezogen mich MitarbeiterInnen in die aktive Beratung ein. Mit der Zeit hatte ich eher den Status einer Praktikantin als einer Hospitantin. Die gemeinsame Arbeit erweckte bei mir zunehmend den Eindruck, dass ich das Vertrauen der BeraterInnen gewönne. Gegen Ende meiner halbjährigen Hospitation stellte ich erneut mein Forschungsvorhaben vor. Nun konnten es sich die BeraterInnen vorstellen und gaben mir ihre Zusage.

Die Zusage der BeraterInnen musste durch die GeschäftsführerInnen des BKD bestätigt werden. Sie lehnten dies ab, weil geplante Mitschnitte, auch mit der Genehmigung der KlientInnen, die anonymen Beratungsangebote des BKD gefährden würden. Nach einem nochmaligen Gespräch mit Prof. J. Bergold und mir, wurde das Forschungsvorhaben unter der Vorgabe, keine Mitschnitte von Erstgesprächen zu machen, genehmigt.

Der schwierige Prozess des Zugangs zum BKD könnte als Bestätigung der Aussage des Geschäftsführers gelten, dass ich mit der Erforschung des Erstgesprächsprozesses einem sensiblen Kernstück ambulanter Krisenintervention zuwendete. Als solches beträfe es auch die Berufsidealität der BeraterInnen. Die Sensibilität des Forschungsgegenstands berücksichtigend, wurden das Forschungsdesign und -ergebnisse von Beginn der geplanten Erhebungen an, in regelmäßigen Abständen gemeinsam diskutiert (s. VII.2 - Einhaltung der Gütekriterien für qualitative Forschung).

## V. Methoden der Erhebung und Auswertung

### V.1 Forschungsstrategie

Die Forschungsarbeit zu Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst ist eine empirische qualitative Arbeit. Sie ist an der Methodologie der qualitativen Sozialforschung, die im Besonderen im Symbolischen Interaktionismus und Konstruktivismus Anwendung findet, orientiert.

Der Konstruktivismus ist eine der zentralen epistemologischen Annahmen der qualitativen Methodologie. Allen unterschiedlichen Positionen innerhalb des Konstruktivismus (Steinke, 1999) ist gemein, dass Wahrnehmung, Erkenntnis und Wissen als konstruiert gelten. Diese Grundaussagen basieren erstens auf der Annahme, dass die Welt unserer menschlichen Erfahrung durch Kategorien und Konzepte strukturiert wird. Zweitens liegt dem die Idee zugrunde, dass diese durch menschliche Aktivität geschaffen (konstruiert) wird. Daraus folgt für die Forschung, dass es aus konstruktivistischer Perspektive keine Trennung von Subjekt und Objekt der Erkenntnis, von Forscher und Untersuchungsgegenstand, gibt.

Die Frage, die sich für die konstruktivistische Sozialforschung aus diesen Annahmen ergibt, ist: Wenn Erkenntnis und Theorien konstruiert sind, was können die ForscherInnen von Realität erfahren oder wissen? Dann ist Wissen kein Abbild, sondern „*ein Schlüssel, der uns mögliche Wege erschließt*“ (Glaserfeld, 1985, S. 17). Die Konstruktionsleistung von Theorien und Erkenntnissen wird damit an ihrer Brauchbarkeit und Nützlichkeit gemessen. Der Wahrheitsanspruch ist also ein pragmatischer. Für meine Forschungsarbeit heißt dies, dass, welche Daten auch immer verwendet werden, eine Konstruktion, im besten Fall eine brauchbare und nützliche, des Prozesses und der Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst entstanden ist. Sind nun anhand der problemzentrierten Interviews mit den BeraterInnen inklusive großer narrativer Passagen (s. V.2) brauchbare und nützliche Konstruktionen möglich? Bevor dies zu beantworten ist, soll die zweite Grundlage der qualitativen Sozialforschung betrachtet werden. In der Auseinandersetzung mit beiden Forderungen kann dann geklärt werden, ob die gewählte Forschungsstrategie dieser gerecht wird.

Der symbolische Interaktionismus geht von der zentralen Hypothese aus, dass soziale Interaktionen stark von den Grundbedeutungen der verwendeten Symbole abhängig sind. Unter dieser Prämisse ist es in besonderer Weise erforderlich, die subjektiven Ebenen der Interpretation durch die Akteure einer konkreten Situation einzubeziehen.

In der Forschungsarbeit wurde die subjektive Sichtweise der BeraterInnen auf das Erstgespräch durch problemzentrierte Interviews mit großen narrativen Passagen erfasst. In den nar-

rativen Passagen wurden die Prozesse konkreter Erstgespräche ausführlich wiedergegeben. Natürlich mussten damit Erinnerungsverluste und gewisse Ungenauigkeiten im Ablauf in Kauf genommen werden. Würde sich der Prozess des Erstgesprächs vor allem über die sprachliche Vermittlung des aufeinanderbezogenen Handelns rekonstruieren lassen, wären Mitschnitte von Erstgesprächen ein besserer Weg zur Rekonstruktion des Prozesses. Doch für das Handeln im Erstgespräch reicht die Rekonstruktion der sprachlichen Ebene nicht aus. Die vordergründige Genauigkeit eines Mitschnitts täuscht darüber hinweg, dass Tonbandaufzeichnungen die emotionalen Erfahrungen nicht abbilden können. Damit bliebe ein wesentlicher Aspekt der Kommunikation unbeleuchtet, nämlich die auf den emotionalen Eindrücken beruhende Beziehungsgestaltung (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2007). Aber gerade die Beziehungsgestaltung war von grundlegender Bedeutung für die Rekonstruktion und das Verständnis des Prozesses des Erstgesprächs im BKD. Die problemzentrierten Interviews mit BeraterInnen des BKD konnten genau diese Forderung durch die subjektive Sichtweise auf den Prozess des Erstgesprächs erfüllen.

Das Fehlen der Tonbandmitschnitte der Erstgespräche und der Beschränkung auf die problemzentrierten Interviews mit BeraterInnen erschwerte die sprachliche Rekonstruktion, aber ermöglichte gleichzeitig, die Kommunikation in ihrem wichtigen Aspekt der Beziehungsgestaltung zu erfassen. Die „ideale Erhebung“ mit Tonbandmitschnitten und Interviews von BeraterInnen und KlientInnen war aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich (vgl. IV.2). Aber auch eine „ideale Erhebung“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch sie in einer Konstruktion des Prozesses beschränkt bleibt. Inwieweit die Konstruktion des Prozesses und Wirkungen des Erstgesprächs aus Sicht der MitarbeiterInnen i. S. des konstruktivistischen Wahrheitsbegriffes weniger nützlich und brauchbar sind, muss in der Auseinandersetzung mit qualitativen Bewertungskriterien (vgl. Steinke, 1999, Freikamp, 2008) erst noch festgestellt werden. Hierfür sind solche Kriterien wie Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Praktische Relevanz, Kohärenz und Limitation heranzuziehen (s.VII.3).

## ***V.2 Erhebungs- und Auswertungsmethoden***

### **V.2.1 Erhebungsmethoden**

Die Erhebungsstrategien wurden als Kompromiss zwischen dem Forschungsanliegen (s. II) und der Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bedenken der Geschäftsleitung des Berliner Krisendienstes (s. IV.2) entwickelt. Im Rahmen der Arbeit wurde auf den Mitschnitt von Krisengesprächen verzichtet, stattdessen wurden ausschließlich Mitarbeiter des Berliner Krisendienstes interviewt. Die Interviews werden mit der zugrunde gelegten Forschungsstrategie

der Grounded Theory erhoben und ausgewertet, um letztlich ein gegenstandsorientiertes Konzept des Prozesses des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst und seiner Wirkungen zu erarbeiten. Die Erhebung erfolgte in zwei Schritten:

*Im ersten Schritt* wurden 23 Interviews mit KrisendienstmitarbeiterInnen, die im Rahmen der Begleitforschung des Berliner Krisendienstes entstanden, in einer **Grobanalyse** reanalysiert, wobei sich auf die Abschnitte in den Interviews konzentriert wurde, die Aussagen zum Prozess des Erstgesprächs und seinen Wirkungen machten. Daraus wurde ein vorläufiges Konzept für das Erstgespräch entwickelt, welches auch die Grundlage für einen Interviewleitfaden problemzentrierter Interviews in der zweiten Phase der Erhebung bildet (V.2.1.1, Anlage 1).

*Im zweiten Schritt* der Erhebung wurden schrittweise, zunächst aufbauend auf den Ergebnissen der Reanalyse der Interviews im Rahmen der Begleitforschung, später der Maxime der parallelen Auswertung der Grounded Theory folgend, **problemzentrierte Interviews** mit erfahrenen festangestellten MitarbeiterInnen des Berliner Krisendienstes Mitte geführt. Dabei wurde das problemzentrierte Interview als Erhebungsmethode gewählt, um einerseits Kenntnisse über den BKD einzubeziehen und andererseits die Offenheit für neue Sichten auf den Kriseninterventionsprozess erster Ordnung zu erhalten, die mit den narrativen Elementen im Interview gewährleistet werden. Das Interview mit den KrisenberaterInnen, deren Krisengespräche per Tonband aufgezeichnet werden, lehnte sich an die Methodik des qualitativen problemzentrierten Interviews (Lamnek, 1995; Schäfer, 1995, Witzel, 1985) an. Die Methode orientierte sich an den Kriterien der Problemzentrierung, der Prozess- und Gegenstandsorientierung. Es wurde mit einem Leitfaden (Anlage 1) gearbeitet, der in der Interviewsituation als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen dient. Das Problemzentrierte Interview enthielt einerseits lange narrative Passagen über konkrete Erstgespräche und andererseits Reflexionen über das allgemeine Vorgehen im Erstgespräch. Der Leitfaden wurde, sich an der Methodik der Grounded Theory orientierend, im Rahmen der Erhebung durch Ergebnisse erster Auswertungen weiter ausgestaltet.

Das problemzentrierte Interview wurde durch einen **Kurzfragebogen** für die BeraterInnen ergänzt, in welchem fachliche Qualifikationen und Erfahrungen, wie notwendige Personendaten erfragt wurden (Anlage 2).



## V.2.2 Auswertungsstrategien

Zur Auswertung werden unterschiedliche Verfahren genutzt, um den verschiedenen Quellen gerecht zu werden.

1. Die *Globalauswertung* (Böhm et al., 1992) dient der thematischen Erschließung des Gegenstandes, d. h. des Schaffens eines Überblicks und des Erkennens der Eignung der Dokumente für die spätere, intensivere Auswertung. Die Auswertung erfolgt in mehreren Arbeitsschritten, wobei die ersten einen vorbereitenden Charakter haben und die späteren die Ergebnisse der Auswertungen systematisch aufbereiten.
2. Das *Theoretische Kodieren* (T.K.) (z. B. Strauss, 1991) wurde im Rahmen der Dissertation als wesentlichster methodischer Bestandteil der Auswertung verstanden. Zunächst wird das Vorgehen beim Theoretischen Kodieren allgemein umrissen:

Das Theoretische Kodieren versteht sich einerseits als Verfahren der qualitativen Datenanalyse im Rahmen des von Strauss (z. B. Strauss, 1991) entwickelten Ansatzes der Grounded Theory, der diesem Forschungsprojekt als Forschungsstrategie zugrunde liegt. Andererseits etabliert sich das T.K. zunehmend als selektive Methode der qualitativen Datenanalyse. Zentrales Kennzeichen dieses ebenso offenen wie systematischen und methodisch kontrollierten Verfahrens ist es, Auswertungskategorien durch einen mehrstufigen Kodierprozess aus dem Datenmaterial zu entwickeln. Die Mehrstufigkeit umfasst das offene, axiale und selektive Kodieren. Während beim offenen Kodieren ein möglichst breitgefächertes Spektrum von Kategorien angestrebt wird, konzentriert sich das anschließende axiale Kodieren auf wenige besonders aufschlussreiche Kategorien, die hinsichtlich Dimensionen und Subdimensionen spezifiziert werden. Im Ergebnis des axialen Kodierens entstehen mehrere Schlüsselkategorien, die das Forschungsphänomen in seinen zentralen Aspekten erfassen und alle übrigen Kategorien inhaltlich theoretisch verknüpfen. Das selektive Kodieren dient schließlich der Integration der herausgearbeiteten Schlüsselkategorien, d. h. die im Zuge des axialen Kodierens gewonnenen Erkenntnisse werden über inhaltlich-theoretische Zusammenhänge ausgearbeitet und verfeinert. Im Ergebnis entsteht ein differenziertes Bild des Forschungsgegenstandes mit einem dichten System von Beziehungen zwischen Kategorien, in dessen Mittelpunkt eine im Forschungsprozess zu findende Schlüsselkategorie steht.

Um den Forschungsgegenstand, den Prozess des Erstgesprächs und seine Wirkungen zu erschließen, wurde - auf der Grundlage der Methodik des T. K. - in mehreren Schritten vorgegangen:

- Im *ersten Auswertungsschritt* wurden ausgewählte Prozesse konkreter Erstgespräche aus den Narrationen der BeraterInnen rekonstruiert. Dabei wurden neue Erkenntnisse zu den Bestandteilen des Prozesses des Erstgesprächs gewonnen, und es zeichnete sich die besondere und differenzierte Qualität der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch ab. Jedoch ließen sich die aus der Theorie wie aus der Reanalyse von Interviews mit BeraterInnen (s.V.2.1) angenommenen *Bestandteile* von Erstgesprächen weder in jedem Gespräch vollständig wiederfinden noch sequentiell darstellen.
- Deshalb wurden im *zweiten Auswertungsschritt* die allgemeine Vorgehensweise der BeraterInnen in Erstgesprächen anhand ihrer fallunspezifischen Aussagen rekonstruiert (VI.1). In die Rekonstruktion wurden die Lernerfahrungen der BeraterInnen, grundsätzliche Beratungsstrategien, allgemeine Bestandteile des Erstgesprächs und ihre Umsetzung wie klientInnengruppen- und kontaktartspezifische Besonderheiten einbezogen. Im Ergebnis dieses Auswertungsschrittes konnte die Beziehungsgestaltung als zentrales Phänomen des Prozesses konkreter Erstgespräche angenommen werden.
- Auf Grundlage des zentralen Phänomens wurde im *dritten Auswertungsschritt* ein Prozessmodell entwickelt, auf dessen Grundlage nun alle Erstgespräche rekonstruiert und verglichen werden konnten (V.2).

Tabelle 6 gibt einen Überblick über das Vorgehen, das zugrunde gelegte Datenmaterial, angewandte Methoden und Ergebnisse.

3. Um die im Exposé verankerte *partizipative Forschungsstrategie* zu gewährleisten, wurden die Ergebnisse der Auswertung, die als erhebungs- und auswertungsbegleitender Prozess verstanden werden muss, mit den MitarbeiterInnen des Teams des BKD Mitte diskutiert und flossen in die Auswertung der Arbeit gleichberechtigt ein.

**Tabelle 6: Methoden der Auswertung**

<b>Phase</b>	<b>Zielstellung</b>	<b>Zugrundegelegtes Datenmaterial</b>	<b>Angewandte Methoden</b>	<b>Ergebnisse des Auswertungsschrittes</b>
1.	Datengeleitetes Auffinden von Möglichkeiten, den Erstgesprächsprozess im BKD zu beschreiben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeine Aussagen der BeraterInnen zum Prozess des Erstgesprächs im BKD aufgrund des Interviewleitfadens, der sich an den Bestandteilen von Erstgesprächen in der Krisenintervention orientiert (Sonneck, 1997)</li> <li>- Ausgewählte konkrete Erstgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Theoretisches Kodieren aufbauend auf der groben Vorstrukturierung durch die Bestandteile, Kontaktarten und KlientInnengruppen des Erstgesprächs bei den allgemeinen Aussagen</li> <li>- Offenes Kodieren nach Glaser und Strauss für erste konkrete Erstgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Bestandteile des Erstgesprächs sind als solche nicht geeignet, den Prozess des Erstgesprächs zu beschreiben</li> <li>- über alle Bestandteile hinweg kristallisiert sich die Beziehungsgestaltung als das zentrale (verbindende) Phänomen des Erstgesprächsprozesses heraus</li> <li>- Entwicklung eines ersten Prozessmodells der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch</li> </ul>
2.	Entwicklung einer Auswertungsstrategie, um den Erstgesprächsprozess auf der Grundlage der Beziehungsgestaltung darstellen zu können	Ausgewählte konkrete Berichte der BeraterInnen zu Erstgesprächen und Ergebnisse der ersten Phase der Auswertung	Konstruktion einer Methodik zur Analyse des Prozesses der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schaffung der Arbeitsgrundlage für die sequentielle Analyse konkreter Erstgespräche auf Basis der zugrunde liegenden Beziehungsgestaltung</li> </ul>
3.	Sequentielle Rekonstruktion der Erstgespräche	Alle 27 berichteten konkreten Erstgespräche durch die BeraterInnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf der Grundlage der Methodik zur sequentiellen Rekonstruktion von Erstgesprächsprozessen (deduktive Grundlage) Theoretisches Kodieren (offen, axial und selektiv – induktive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entdeckung von klientInnengruppentypischen Merkmalen von Erstgesprächsprozessen</li> <li>- Entdeckung und Ausformulierung von Binnendifferenzierungen (Prozessmuster) wie Gemeinsamkeiten</li> </ul>

**Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen**

			Erweiterung) aller berichteten Erstgesprächsprozesse nach Glaser und Strauss	innerhalb der KlientInnengruppen
4.	Entwicklung eines erweiterten Prozessmodells der Beziehungsges- taltung im Erstgespräch	Sequentielle Rekonstruktionen aller Erstge- spräche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abduktive datenbasierte Ent- wicklung eines allgemeinen Prozessmodells der Bezie- hungsgestaltung im Erstge- spräch</li> <li>- Anwendung des Prozessmodells auf die KlientInnengruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erweitertes datenbasiertes Prozess- modell der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch</li> <li>- Ausgestaltung des erweiterten Pro- zessmodells in den KlientInnengrup- pen</li> </ul>

### V.3 Stichprobe

Die Darstellung der Stichprobe erfolgt in zwei Teilen. Zum einen wird die Auswahl der InterviewpartnerInnen im BKD Mitte dargestellt (V.3.1). Zum anderen werden die in den Interviews enthaltenen Berichte über Erstgespräche und ihre Wirkungen als eigene Stichprobe aufgefasst und systematisch beschrieben (V.3.2).

#### V.3.1 Interviews mit BeraterInnen des BKD Mitte

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen folgte zunächst der Strategie des Dimensional Samplings (Arnold, 1970). Das Dimensional Sampling (D. S.) wurde zunächst gewählt, weil die vorliegende Grundgesamtheit der BeraterInnen im BKD Mitte BeraterInnen überschaubar und in seinen inhaltlichen Dimensionen bekannt war. Für die Stichprobe wurden ausschließlich festangestellte MitarbeiterInnen ausgewählt, um so davon ausgehen zu können, dass die Erstgespräche von Berufserfahrung und hoher Fachlichkeit gekennzeichnet waren. Die BeraterInnen haben verschiedene berufliche Qualifizierungen und absolvierten unterschiedliche Weiterbildungen. Zunächst wurden von den sieben festangestellten BeraterInnen vier ausgewählt, die die Matrix relevanter Dimensionen abdeckten. Eine fünfte Beraterin wurde in die Stichprobe aufgenommen, da im Rahmen der Erhebung deutlich wurde, dass bestimmte inhaltliche Dimensionen noch nicht genügend repräsentiert waren. Dies betraf zum einen berufliche Weiterbildungen und zum anderen berichtete Erstgespräche (s. V.3.2). Einen Überblick über die Stichprobe gibt Tabelle 7.

**Tabelle 7: Übersicht über interviewte BeraterInnen**

BeraterIn	Berufliche Qualifikation	Im BKD tätig seit	Zusätzliche Qualifikationen	Weiterbildungen auf dem Gebiet der Krisenintervention
FMA1	Dipl.-PsychologIn		Psychologische PsychotherapeutIn (GestalttherapeutIn)	- Traumatherapie Suizidalität - Borderline-Persönlichkeitsstörungen - Psychiatrische Notfälle
FMA2	Dipl.-SozialarbeiterIn	10 Jahren	SoziotherapeutIn	- Qualitätsmanagement - Trauma
FMA3	Dipl.-PädagogIn	14 Jahren		- Trauma - Krisenintervention mit geistig behinderten Menschen - Krisenberatung mit MigrantInnen
FMA4	Dipl.-SoziologIn	11 Jahren	GestalttherapeutIn	- Krisenintervention mit ausländischen MitbürgerInnen - Trauma - Sterbebegleitung - Debriefing
FMA5	Dipl.-PsychologIn	9 Jahren	Psychologische PsychotherapeutIn (Verhaltenstherapie)	- Traumatherapie - Gewalt - Suizidalität - Borderline-Persönlichkeitsstörungen - Psychiatrische Notfälle

## V.3.2 Stichprobe berichteter Erstgespräche durch die BeraterInnen

### V.3.2.1 Voraussetzungen für die Erhebung der Stichprobe

Die anfängliche Auswahl von Berichten über klientInnengruppenspezifische Erstgespräche basierte erstens auf bereits vorliegenden empirischen Ergebnissen zu Erstgesprächen im BKD (Bergold & Zimmermann, 2003, Zimmermann & Bergold, 2003 und Freikamp, 2002), zweitens wurden Erkenntnisse zu Krisenarten und Klientel einbezogen (s. II.) und drittens wurde auf das Vorwissen aus der dreivierteljährigen Hospitation (s. IV.2) zurückgegriffen. Letztere ermöglichte die Präzisierung und kommunikative Validierung angenommener KlientInnengruppen, typischer Interventionsverläufe und Kontaktarten. Im Ergebnis konnten die **vorläufigen Grundlagen der Klassifizierung von Erstgesprächen bzgl. der Klientel des BKD formuliert werden:**

KlientInnengruppen, die in der Literatur dargestellt werden, finden sich auch in der Klientel des Berliner Krisendienstes. Das Auftreten des Gesamtspektrums der von Sonneck (1997) u. a. beschriebenen sozialpsychologischen und psychosozialen Krisen wie psychiatrischen Notfällen im Berliner Krisendienst wurde durch Freikamp (2002) untersucht (vgl. II.1). In der Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass der Berliner Krisendienst vor allem durch Menschen mit psychosozialen Krisen genutzt wird, was der Konzeption des BKD (Trägerverband „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998) entspricht. Jedoch entspricht das Verständnis des Begriffes nur bedingt der Klassifikation von Sonneck. Um Begriffsverwirrungen zu vermeiden, werden zunächst von den BeraterInnen beschriebene KlientInnengruppen ins Verhältnis zur gängigen Klassifikation gesetzt. Ausgangspunkt für Fragen nach unterschiedlichen KlientInnengruppen waren die im Sprachgebrauch der BeraterInnen gebräuchlichen Klassifikationen (vgl. IV.1). Die BeraterInnen unterscheiden in ihren Ausführungen:

- KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung,
- KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und
- KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel mit chronischen psychischen Störungen.

In der Gruppe der **KlientInnen mit akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung** werden solche beschrieben, bei denen ein akuter Krisenanlass klar erkennbar ist (schwere äußere Situation des Menschen). Interne und externe Ressourcen wären nur vorübergehend durch die Krisen eingeschränkt. Sie benötigten keine längerfristigen psychotherapeutischen Interventionen (vgl. VI.1.3.1). Nach Sonneck (1997) durchlebten diese Menschen sozialpsychologische Krisen bis hin zu leichteren psychosozialen Krisen. Um eine datennahe Beschreibung zu gewährleisten, soll jedoch die Bezeichnung der BeraterInnen beibehalten werden. Diese Klassifikation bestätigte sich auch in der Untersuchung von Freikamp (2002).

**KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen** würden bereits über einen längeren Zeitraum in mehr oder minder krisenhaften Situationen leben. Es verbänden sich eher niedrigere internale Ressourcen mit niedrigeren bis mittleren externalen Ressourcen, die beide aus vorangegangenen misslungenen Adaptionen resultieren würden. Die Krise würde hauptsächlich durch die niedrigeren internalen Ressourcen bestimmt. Auch ein geringer äußerer Anlass genüge zur Auslösung der Krise (vgl. VI.1.3.2.).

**KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)** kennzeichne eine mehr oder weniger akut auftretende Zuspitzung im seelischen Erleben. Die Auslösesituationen seien vielgestaltig. Alle Lebensereignisse, insbesondere bei vorbestehender Disposition bzw. psychischer Erkrankung, also auch Lebensereignisse, die von außen besehen wenig eindrucksvoll sind, können psychiatrische Krisen auslösen. Es besteht ein Ungleichgewicht zwischen subjektiver Bedeutung des Lebensproblems und unzureichenden Bewältigungsmöglichkeiten. BeraterInnen beschreiben in dieser Gruppe einerseits Menschen, die im ambulanten gemeindepsychiatrischen System verankert sind und den Krisendienst in Ergänzung dieser Angebote nutzen. Andererseits berichteten sie aber auch von Menschen, die durch ihr Gesprächsverhalten dieser Gruppe zuordenbar seien, aber bei denen unklar wäre, ob es eine Verankerung im ambulanten gemeindepsychiatrischen System gebe (vgl. VI.1.3.3).

Quer zu dieser Einteilung werden DauerklientInnen und KlientInnen in suizidalen Krisen benannt. Beiden Gruppen wären sowohl KlientInnen mit unspezifischen chronifizierten Krisen wie auch KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel zuordenbar.

**DauerklientInnen** nutzten den Krisendienst regelmäßig täglich, im Abstand von wenigen Tagen oder Wochen.

„Wenn jemand äh, einen Dauerklientenstatus hat, also das heißt, er iss bekannt, \* so, es iss ‘n Teil seiner Geschichte, seines Hintergrunds \* bekannt, und er \* hat ne, ne Frequentierung des Krisendienst’ ...“ (FMA2, 827 – 831)

Um im Krisendienst als DauerklientIn klassifiziert zu werden, sei darüber hinaus wichtig, dass man ihn/sie wieder erkennen würde. Dabei sei keine Entwicklung bei den KlientInnen in ihren Anliegen erkennbar. KlientInnen meldeten sich überwiegend telefonisch. Sie seien zu keinem Gesprächsprozess bereit, der über einen Erstkontakt hinausginge, bzw. machten aggressive, nur begrenzt aushaltbare Gesprächsangebote. Dabei nutzen sie verschiedene regionale Standorte des BKD und meldeten sich z. T. aus dem Bundesgebiet. Oft wären sie KlientInnen aus der Gruppe der Psychiatrischen Klientel zuordenbar (vgl. VI.1.3.4).

**KlientInnen in suizidalen Krisen** hätten latente bis manifeste Suizidabsichten. Die internen und externen Ressourcen der KlientInnen sind weitgehend erschöpft. Hier ist die Grenze zum psychiatrischen Notfall fließend (vgl. VI.1.3.5).

In Abbildung 2 wird versucht, die Klassifikationen und Überschneidungen der Gruppen graphisch zu fassen. Dabei sollen keine Aussagen über Zahlenverhältnisse gemacht werden. Aufgrund der Klassifikation der Klientel des Berliner Krisendienstes kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Gruppe der schwereren psychosozialen Krisen im Sinne von Sonneck (1997) den Großteil der Klientel ausmacht, ca ¾ der Klientel (Freikamp, 2002), sozialpsychologische und leichtere psychosoziale Krisen (von den BeraterInnen als akute psychosoziale Krisen verstanden) dagegen den kleineren Teil der Klientel.

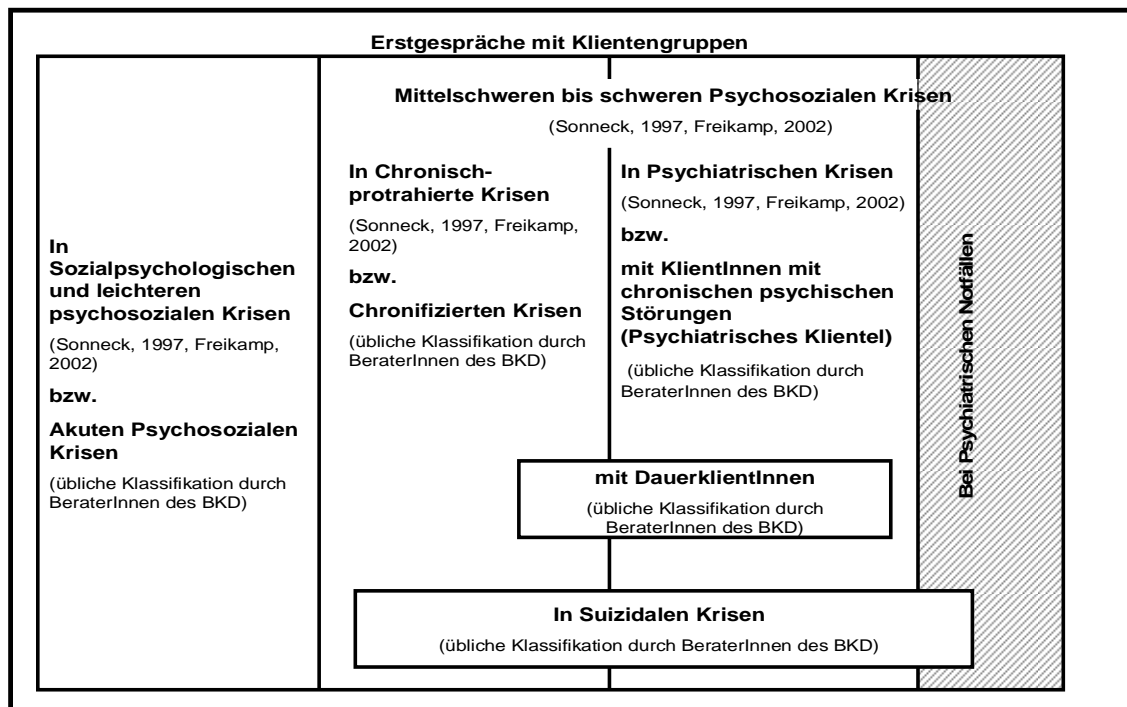


Abbildung 2: Differenzierung der Erstgespräche nach KlientInnengruppen



### V.3.2.2 Stichprobe von Erstgesprächen im BKD

Die BeraterInnen berichten innerhalb der Interviews 27 konkrete Erstgespräche (Anlage 3). Basierend auf dem Vorwissen über den Gegenstandsbereich der Erstgespräche im Berliner Krisendienst wurde zunächst ein Dimensional Sampling gewählt (Arnold, 1970), welches im Zuge der Auswertung geöffnet wurde und darauf basierend weitere Erstgespräche einbezogen wurden. Im Interviewleitfaden wurden **Dimensionen** für zu erkundende Erstgesprächsvarianten formuliert. **Erstens** wurde nach typischen Gesprächen für die Kontaktarten gefragt:

- persönliches Gespräch
- Telefonkontakt

Telefonkontakte wurden immer in Zusammenhang mit der Gruppe der DauerklientInnen berichtet. Für alle anderen KlientInnengruppen wurden zunächst nur persönliche Gespräche beschrieben. Nur gezieltes Nachfragen nach expliziten Telefonkontakten, ohne dass eine KlientInnengruppe angesprochen wurde, führte zu einzelnen Berichten über telefonische Erstgespräche mit KlientInnen in akuten Krisensituationen, in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und suizidalen Krisen (Tabelle 8). Die Bevorzugung bestimmter Kontaktarten durch bestimmte KlientInnen begründeten die BeraterInnen in ihren allgemeinen Aussagen (vgl. VI.1.2).

**Zweitens** wurden die BeraterInnen nach ihrer Meinung nach:

- gut gelaufenen Erstgesprächen und
- schlecht gelaufenen Erstgesprächen, d. h. für sie unbefriedigenden gefragt.

Diese zusätzliche Dimension wurde gewählt, um zu verhindern, dass BeraterInnen nur „erfolgreiche“ resp. angenehme Gespräche erinnern. BeraterInnen beschreiben in diesem Zusammenhang nur Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen. Häufige Aggressionen von DauerklientInnen und damit verbundene Abbrüche der Gespräche werden dagegen nicht mit dieser Fragendimension assoziiert. Mit der Auswahl dieser Gespräche korrespondieren die Aussagen zu Erwartungen in den Erstgesprächen dieser Gruppen (vgl. VI.1.3). Es wurden keine misslungenen Gespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung erinnert.

**Drittens** wurde gebeten, Erstgespräche zu den bereits bekannten KlientInnengruppen zu berichten:

1. KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung,
2. KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen,

3. KlientInnen mit manifesten chronischen psychischen Störungen (psychiatrische Klientel),
4. DauerklientInnen und
5. KlientInnen in suizidalen Krisen

Dabei können Erstgespräche mit KlientInnen, die als DauerklientInnen bzw. KlientInnen in suizidalen Krisen charakterisiert werden, gleichzeitig auch einer der drei ersten Gruppen zugeordnet werden. Von KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel wird immer auch als DauerklientInnen berichtet. Ohne den Status DauerklientIn werden Gespräche mit KlientInnen dieser Gruppe nicht erinnert. Ebenfalls werden keine Gespräche mit KlientInnen berichtet, die gleichzeitig zur Gruppe von Menschen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und DauerklientInnen gehörten. Tabelle 8 gibt einen ersten Überblick über die Verteilung von Erstgesprächen bezüglich Kontaktart und KlientInnengruppe.

**Tabelle 8: Übersicht der Zugehörigkeit der berichteten Erstgespräche zu Kontaktarten und KlientInnengruppen**

<b>Kontaktart</b>	<i>Telefonkontakt</i>	<i>Persönlicher Kontakt</i>	<b>Summe</b>
<b>KlientInnengruppe</b>			
<i>KlientInnen in akuten psychosozialen Krisensituationen ohne Chronifizierung</i>	2	3	<b>5</b>
<i>KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen</i>		8	<b>8</b>
<i>KlientInnen in suizidalen Krisen (gleichzeitig in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung)</i>	1		<b>1</b>
<i>KlientInnen in suizidalen Krisen (gleichzeitig unspezifische chronifizierte Krisensituationen)</i>	1	2	<b>3</b>
<i>Parallele Zugehörigkeit zu DauerklientInnen und solchen mit chronischen psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)</i>	9	1	<b>10</b>
<b>Summe</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>27</b>

Vernachlässigt man die Teilgruppen der Erstgespräche mit KlientInnen in suizidalen Krisen und DauerklientInnen werden 11 Gespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten

Krisensituationen dargestellt, 10 mit KlientInnen der psychiatrischen Klientel, aber nur 6 mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen (Tabelle 9).

**Tabelle 9: Überblick über berichtete Erstgespräche nach den grundlegenden KlientInnengruppen: KlientInnen mit akuten psychosozialen Krisen, in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und aus der Psychiatrischen Klientel**

<b>Kontaktart</b>	<i>Telefonkontakt</i>	<i>Persönlicher Kontakt</i>	<b>Summe</b>
<b>KlientInnengruppe</b>			
<i>KlientInnen in akuten psychosozialen Krisensituationen ohne Chronifizierung</i>	3	3	<b>6</b>
<i>KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen</i>	1	10	<b>11</b>
<i>KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)</i>	9	1	<b>10</b>
<b>Summe</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>27</b>

Die **Unterschiede in den Zellenbelegungen** scheinen drei Tatsachen geschuldet sein. Erstens wurden in den ersten vier Interviews Erstgespräche mit KlientInnen gleicher KlientInnengruppen für unterschiedliche Dimensionen berichtet. So entstanden höhere Zellenbelegungen durch die dargestellte Präferenz bestimmter KlientInnengruppen für mehrere Erstgesprächdimensionen. So z. B. wurden Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen nicht nur hinsichtlich Fragen zu dieser KlientInnengruppe beschrieben, sondern auch explizit bei für die BeraterInnen unbefriedigenden Erstgesprächen, Gesprächen mit suizidalen und DauerklientInnen wie persönlichen. Ähnlich wurden Erstgespräche mit KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel nicht nur in Zusammenhang mit dieser Dimension gebracht, sondern auch besonders mit der Frage der DauerklientInnen.

Zweitens wurden im fünften Interview ausschließlich Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen erfragt, da sich in der begonnenen Auswertung die besondere Ambivalenz hinsichtlich Gelingens/Misslingens der Gespräche aus Sicht der BeraterInnen abzeichnete<sup>13</sup>. Erstgesprächsprozesse mit dieser KlientInnengruppe wurden als wesentlich für das Verstehen unterschiedlicher Prozessverläufe erkannt. Berichtete Gespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen, die grundsätzlich gelingend geschildert wurden, ebenso wie Gespräche mit KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel, die trotz

<sup>13</sup> Das Dimensional Sampling (Arnold, 1970) aufgrund unfassenden theoretischen und empirischen Vorwissens wird in diesem Arbeitsschritt erweitert. I. S. des „Open Sampling“ wurden gezielt weitere Erstgespräche in die Auswertung einbezogen (Strauss, 1991).

Abbrüchen in den Gesprächen nicht grundsätzlich als misslungen eingeschätzt wurden, konnten zunächst Aufklärung über unterschiedliche Prozessverläufe geben.

Drittens entspricht die Häufung von KlientInnen mit Chronifizierungen der Inanspruchnahme des BKD durch diese KlientInnengruppen. Legt man der Analyse der Stichprobe die Ergebnisse der Klassifizierung der Klientel des BKD hinsichtlich durchlebter Krise, erfolgter Krisenintervention und soziodemografischer Herkunft (Freikamp, 2002) in 3 Gruppen zugrunde, so würden nur ca.  $\frac{3}{4}$  der KlientInnen, die zum BKD zu Erstgesprächen kommen, erhebliche Chronifizierungen aufweisen. Es soll aber an dieser Stelle betont werden, dass die vorliegende Untersuchung keine Verteilungsanalyse von Erstgesprächen zum Ziel hat, sondern die den Erstgesprächen zugrunde liegende Prozessstruktur aufdecken möchte. Deshalb wurde mit der Auswahl der Fragen nach Erstgesprächen versucht, den Raum möglicher Erstgesprächsprozesse abzubilden.

Einen Überblick über alle geführten Erstgespräche gibt Anlage 3.

## **VI. Auswertung**

### ***VI.1 Allgemeine Aussagen der BeraterInnen zum Erstgespräch im Berliner Krisendienst***

#### **VI.1.1 Grundlagen der Gestaltung von Erstgesprächen**

##### **VI.1.1.1 Einfließende Lernerfahrungen der BeraterInnen in den Prozess des Erstgesprächs**

Die Analyse der in Erstgespräche einfließenden Lernerfahrungen erfolgte unter zwei Gesichtspunkten. Einerseits wurde nach Quellen für individuelle und kollektive Lernerfahrungen gesucht, um neben der Konzeption des BKD (1998) andere handlungsleitende Konzepte zu identifizieren. Andererseits wurde der Versuch unternommen, den Lernprozess im Team zu rekonstruieren. Die Rekonstruktion entstand aus der Frage, wie individuelle Inputs zu kollektivem Handlungswissen der BeraterInnen werden können und wie individuelles und kollektives Wissen im Erstgespräch zur Anwendung kommen. In der Rekonstruktion der Lernprozesse wurde auf Interviews mit den BeraterInnen (s. Anlage 1), Kurzfragebögen für die BeraterInnen (s. Anlage 2) und auf Feldnotizen der Verfasserin zurückgegriffen.

Die Krisenberatung im BKD ist durch Multiprofessionalität und damit verbundener Methodenvielfalt gekennzeichnet (vgl. IV.1.1). PsychologInnen, SozialpädagogInnen, ÄrztInnen, Krankenschwestern, ErgotherapeutInnen u. a. arbeiten gemeinsam. Diese Vielfalt spiegelt sich auch innerhalb der Stichprobe der interviewten BeraterInnen des BKD, Region Mitte, wider. Unter ihnen sind zwei Psychologinnen, ein Diplompädagoge, ein Diplomsoziologe und ein Sozialpädagoge mit unterschiedlichen therapeutischen Aus- und Weiterbildungen (Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Soziotherapie u.a. – vgl. V.3.1). Die BeraterInnen bringen ihr persönliches Handlungswissen, das differenzierte Zugänge wie Gemeinsamkeiten enthält, in den konkreten Prozess eines Erstgesprächs ein (s. VI.2). Im Folgenden werden die Quellen und der Prozess der Entstehung des Handlungswissens der BeraterInnen empirisch anhand der Interviews rekonstruiert. Die Abschnitte der Interviews, in denen die BeraterInnen zu allgemeinem Vorgehen und Gesprächsstil in Erstgesprächen befragt wurden (s. Anlage 1), bilden dabei die Grundlage der folgenden Analyse. Lernerfahrungen, die den Prozess des Erstgesprächs beeinflussen, werden von den BeraterInnen als individuelle und gemeinsame beschrieben.

### *Individuelle Lernerfahrungen*

Die BeraterInnen berichten über die Gesprächsführung in Erstgesprächen beeinflussenden individuellen Lernerfahrungen. Neben der Auseinandersetzung mit der Nutzung therapeutischen Wissens (FMA1, FMA2, FMA3) gehen die BeraterInnen bezüglich der Nutzung zur Verfügung stehender Mittel auf Weiterbildungen und berufliche Erfahrungen außerhalb des BKD ein.

Die **Nutzung von therapeutischem Wissen** im Erstgespräch wird von den BeraterInnen differenziert bewertet. So betont FMA1 die unmittelbare Bedeutung ihrer Therapieausbildung als Gestalttherapeutin, die sich in vielen Aspekten der Therapiekonzeption für das Erstgespräch besonders eigne:

„So jemand in der Gestalt, als auch in der Gestalttherapie ist aktuelle auch, das klassische Hier und Jetzt und so, is' es auch im Vordergrund. Von daher passt es gut zu Krisenintervention.“ (FMA1, Zeile 1292 – 1296)

Wie die Krisenintervention konzentriert sich die Gestalttherapie auf das *Hier und Jetzt*, nämlich auf die *aktuelle* Krise. Die *Passung zur Krisenintervention* könnte hier als Passung zum integrativen Konzept des Berliner BKD verstanden werden (vgl. IV.2.1).

„Also auch mit dieser Art - damit kann ich nicht kommen. Ich muss hier und jetzt is' das Aktuelle, ich muss auch das Feld miteinbeziehen, äh, ähm Ressourcenorientiert, also alles was es da so an Begriffen gibt, is, passt einfach sehr gut äh zu Gestalt und im Gegensatz zur Verhaltenstherapie eben die Beziehungskomponente ist in der Gestalt auch ne ganz wichtige und ganz tragende und das find ich ja passt gut, mach ich.“ (FMA1, Zeile 1207 - 1214)

In der Darstellung von FMA1 wird deutlich, dass die genannten Elemente der Gestalttherapie inhaltlich äquivalent in integrativen Kriseninterventionskonzepten wie dem von Sonneck (1998) auftauchen. So kann *Feld einbeziehen* als die Orientierung an den externen Ressourcen bzw. der Einbeziehung des sozialen Netzwerkes verstanden werden. *Ressourcenorientierung* verweist auf die Einbeziehung der Krisenanfälligkeit bzw. internen Ressourcen der KlientInnen in der Krisenintervention. Auch die Betonung der *Beziehungskomponente* steht bei der Sonneck'schen Kriseninterventionskonzeption (1997) im Vordergrund. Während die *Theorie der Kontaktunterbrechung* bereits einen speziellen gestalttherapeutischen Zugang zur Krisenintervention darstellt (vgl. auch Dobrawa & Blankertz, 2002, S.71 ff), verbindet sich die Arbeit im *Hier und Jetzt* (FMA1, Zeile 1294 – 1295) in den integrativen Kriseninterventionskonzepten mit der Begrenzung auf den aktuellen Krisenanlass. Die Nutzung von Beziehungsaspekten aus der Gestalttherapeutischen Ausbildung wird besonders betont.

Ebenso verweist FMA1 in ihren Ausführungen auf den Rückgriff auf Elemente aus analytischen Erstgesprächen:

„Und ich finde, der hat in einem schönen dünnen Büchlein auf'n Punkt gebracht. So. Und selbst als Gestalttherapeutin kann ich das unterschreiben, also äh da is is' nen Analytiker<sup>14</sup>. Der sieht das aus analytischen Richtung, aber dieses ähm der dieses Konflikt orientierte und gleichzeitig das dieses szenische, dieses szenische Verstehen, also bei Gestalt, die würden da nicht szenisches Verstehen, sondern feldorientiertes Arbeiten oder irgendwie was äh nennen, ne. Aber so, dieses, das, das gesamte Feld darunter gehört, dazu gehört die Situation desjenigen dazu als auch die aktuelle Situation als wie, wie sich derjenige in der Begrüßung, ob nen schlaffer Handschlag is is' oder ob weiß ich, also ne, welche Mimik, Gestik, bla derjenige dann da hat, dass das alles mit einfließt. So, dass das alles eine Summe ist, was natürlich im Telefonat nur beschränkt geht, geht aber auch. Was ist der erst Satz? Wie ist die Mimik, ist die Haltung, äh? Wie ist der Augenkontakt, äh? Welches Thema spricht er an? Was sind meine Gefühle? Nu, was erzählt er inhaltlich und so dass das ein sehr breites Feld is is' sozusagen, was sich im Gespräch zu, wenn's gut läuft, zu nem Hauptthema, Kernkonflikt, was auch immer, ähm kumuliert, so. Und wenn man den hat sozusagen, dass sich dann etwas klärt, löst und so.“ (FMA1, Zeile 1264 - 1286)

Welche Aspekte sieht FMA1 als gewinnbringend für das Erstgespräch im BKD? Sie hebt das *szenische Verstehen* hervor. Argelander (1992) versteht unter der Szene im Erstgespräch die aktive Beziehungsgestaltung der PatientInnen mit dem Analytiker, in welcher sie problematische Beziehungen reinszenieren. Das Erkennen solcher Beziehungsangebote kann dem Analytiker helfen, die inneren Konflikte des Patienten zu verstehen. Für das Erstgespräch könnte dies für die BeraterInnen bedeuten, neben den manifesten Problemerkzählungen auch das „Wie“ der Darstellung im Auge zu haben und zum Verständnis der Problematik des Klienten heranzuziehen. Wie bereits im Hinweis auf die Gestalttherapie, verweist die Beraterin auf Beziehungsaspekte der analytischen Therapiepraxis, hier aber auf den diagnostischen Fokus.

FMA1 sieht neben der gewinnbringenden Nutzung von Aspekten der Gestalttherapie und analytischen Therapie die Notwendigkeit der Abgrenzung zu Komponenten anderer Therapieansätze, die aus ihrer Sicht als weniger zielführend im Erstgespräch wären. So erlauben ihre Ausführungen zur *Verhaltenstherapie*, in welcher ihrer Meinung nach die für das Erstgespräch entscheidende *Beziehungskomponente* keine tragende Rolle spielt (s. o.), den Schluss, dass diese nicht so gut zum Erstgespräch passt wie die Gestalttherapie. Die Haltung zur Einbeziehung psychoanalytischer Therapierichtungen ist für FMA1 dadurch gekennzeichnet, dass bezogen auf das Erstgespräch einerseits einige ihrer Aspekte als gewinnbringend beschrieben werden, andererseits dass Setting und Technik der *großen Analyse* als solche abgelehnt werden:

„Also, wenn ich jetzt klassisch analytisch ausgebildet bin und eigentlich die große Analyse sonst mache, das hat mit der Krisenintervention, mit der Technik äh fehl am Platz.“ (FMA1, Zeile 1297 – 1310)

Wenn es darum ginge, mit KlientInnen konkret über ihre Konflikte zu reflektieren, könnten nach FMA5, im Gegensatz zu den Aussagen von FMA1, auch verhaltenstherapeutische Momente genutzt werden. Die Verhaltensanalyse als solche helfe den KlientInnen Konflikte hin-

---

<sup>14</sup> FMA1 bezieht sich hier auf Argelanders (1992) Arbeit zum Erstinterview in der Psychotherapie.

sichtlich *auslösender Momente, Konsequenzen* und damit verbundenen eigenen *Gefühlen* zu verstehen.

„Also ich arbeite jetzt (xxx) das issis' natürlich jetzt nicht so 'ne therapeutische \*4\* aber wie, wie nimmt das Einfluss. \*3\* Also sozu// also, zum einen denk ich, was ich oft mache, ist, \* ähm \* Konfliktsituationen, die so konkret sind, und auch genannt werden, ähm, irgendwie so im Sinne einer Ver- einer Verhaltensanalyse so'n bisschen gemeinsam mit dem \* Klienten zu zerlegen. \* Was war der Auslöser, was hab ich \* gefühlt, wie hab ich das bewertet, welche \* äh, \*2\* Folge hatte sozusagen die innere Bewertung des Ereignisses auf, auf mein aktuelles \* Befinden, und dann auch mit welcher Konsequenz, also welche Konsequenz hat das dann für mich. Also so dieses, wie funktioniere ich in einer Konfliktsituation, was issis' sozusagen mein, mein, mein typisches \* Konfliktschema.“ (FMA5, Zeile 1003 -1016)

Aber auch Rollenspiele könnten unter Umständen im Erstgespräch genutzt werden:

„... das gehört so in den Handwerkskasten der Verhaltenstherapeuten, ne, dass man ne Konfliktsituation als Rollenspiel \* äh \* sich ankuckt, um so Verhaltensalternativen \* entwickeln zu können.“ (FMA5, Zeile 1046 – 1049)

Aber hier wird durch FMA5 eingeschränkt, dass dies nur bei KlientInnen möglich sei, die bereits damit Erfahrungen in einer Therapie gemacht hätten.

„... nicht unbedingt, dass ich es im Erstgespräch mit jemand mache, also außer// gut, viele der Klienten, die hierher kommen, die haben Therapieerfahrung, Vorerfahrung, und mit denen kann man das unter Umständen machen, ja, die könnten dann davon profitieren ...“ (FMA5, Zeile 1050 – 1054)

Bräuchten KlientInnen Hilfe bei der Bewältigung der nächsten Tage und Wochen, insbesondere bei Vereinbarung von Folgegesprächen, würden auch Tages- und Wochenpläne (*was issis' nächste Woche*) und *kleine Hausaufgaben* von FMA5 besprochen.

„... also, dass ich jetzt mit den Leuten so Wochenpläne mache oder so, das, was ja eher irgendwie vielleicht richtig verhaltenstherapeutisch wäre, das mach ich (xx) weniger. Also wirklich manchmal bei so Leuten, wo man das Gefühl hat, die brauchen Struktur, und das es ja manchmal auch (xx), wirklich zu kucken, was issis' nächste Woche dran, was machen wir Montag, Dienstag, Mittwoch irgendwie, auf was \* können wir, wenn wir 'n Folgegespräch machen, uns wieder sehen, uns einigen, was wir bis dahin erledigt haben, oder so was, ne, also wirklich so Aufträge, kleine Hausaufgaben. Mach ich nicht so oft, aber mach ich schon auch, und das issis', denke ich, irgendwie so was typisch Verhaltenstherapeutisches. \*“(FMA5, Zeile 1030 – 1042)

Den Einfluss von Therapieausbildungen und die Nützlichkeit dieser für die Gestaltung des Prozesses des Erstgesprächs wird (verständlicherweise) von den MitarbeiterInnen betont, die eine solche Ausbildung absolviert haben. FMA4 *fühle sich* mit der Ausbildung *sicherer*. Sie sei der Boden für sein Handeln, ohne dass er den genauen Effekt exakt fassen könnte.

„Ich kann nicht genau beschreiben, was es ist, aber es ist einfach viel mehr \* ja \*4\* ich würd' sagen, es hat viel mehr Boden, ja? Also ich fühl mich viel mehr äh \* viel sicherer...“ (FMA4, Zeile 2204 – 2207)

Einen Gegenpol hierzu bildet die Aussage von FMA3, die auf eine Therapieausbildung bewusst verzichtete:

„Natürlich habe ich zwischendrin mal gedacht: Ich bin das leid hier ... (UNV.) Ich will – dieses Moment von noch mehr Kreativität, Produktivität, was vielleicht im therapeutischen Prozess – diese Dichte, das könnte auch ganz spannend sein. Gut. Aber ich habe immer wieder dahin tendiert zu sagen: „Nö.““ (FMA3, Zeile 2959 – 2963)



FMA3 sieht zum einem die Einschränkung seiner *Kreativität* und *Produktivität* im Erstgespräch durch eine Therapieausbildung und die damit verbundene Bevorzugung der Methoden einer Therapieschule. Zum anderen fließen in seine Entscheidung aber auch pragmatische Aspekte ein:

„Okay, was mache ich denn sonst noch in meinem Leben? Und da war ich jetzt nicht so besonders ehrgeizig, habe aber zwischendurch auch mal gedacht: Scheiße, warum hast du nicht, als du mit der Arbeit überhaupt angefangen hast, mit der psychosozialen Betreuung in der Wohngemeinschaft, warum hast du da nicht noch Psychologie studiert? Das habe ich auch schon mal so ein bisschen gedacht, um vielleicht dann noch mal mehr (UNV.) ... Natürlich habe ich zwischendrin mal gedacht...“ (FMA3. Zeile 2950 – 2958)

Er habe auf eine zeitaufwendige und anstrengende Therapie verzichtet, weil er andere Schwerpunkte in seinem Leben gesetzt habe (*Was mache ich denn sonst in meinem Leben?*). Aber auch ein Bedauern klingt an (*Das habe ich auch schon mal so ein bisschen gedacht, um vielleicht dann mal mehr...*). Es könnte darauf hindeuten, dass eine Therapieausbildung an sich als bereichernd für die Krisenarbeit empfunden wird. FMA2 bringt die Haltung der BeraterInnen zu Möglichkeiten der Nutzung von Therapiewissen letztlich auf den Punkt:

„Ich hab immer gesagt, ich mach da keine Therapie \* /mhm/ mit den Leuten, das ist nicht \* meine, meine Aufgabe. **Ich, ich \* kann zwar therapeutisch arbeiten, ja, aber ich mach mit denen keine Therapie** (Hervorhebung – U.F.).“ (FMA2. Zeile 1733 – 1737)

Neben Therapiewissen nutzten die BeraterInnen **Weiterbildungen, die innerhalb und außerhalb des BKD zu spezifischen Themen** angeboten werden. Solche Weiterbildungen betrafen die Arbeit mit bestimmten KlientInnengruppen, so Traumaopfer (FMA3, FMA4 und FMA5), Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (FMA5), MigrantInnen, geistig behinderte Menschen (FMA3 und FMA4) u. ä., bestimmte Krisensituationen, wie Sterbebegleitung (FMA4) und Psychiatrischen Notfall (FMA5) u. ä. und zusätzliche Qualifikationen, wie Ausbildungen in Soziotherapie und Qualitätsmanagement (FMA2). Anzumerken ist, dass z. T. (FMA1) Weiterbildungen außerhalb der Therapieausbildung gar nicht genannt werden, obwohl solche im Rahmen der Tätigkeit im BKD regelmäßig absolviert werden. FMA4 beschreibt den Nutzen von Weiterbildungen bezogen auf die Sterbebegleitung analog dem Nutzen von therapeutischen Weiterbildungen (s. o.). In den weiteren Ausführungen ergänzt er:

„In den Gesprächen, ja? Also ich hab so im Grund genommen, bei Einzelgesprächen hab ich den Eindruck, na ja gut, eigentlich \* kann nix passieren. \*2\* Das kriegste hin. \* /mhm/ Da kann einer kommen mit was er will, ja, das issis' irgendwo ne \* ja \*2\* (so'n / so im?) Gespräch, und das äh \* ja \*3\* und das \*2\* ich glaube, äh, früher hätte ich viel mehr Angst vor bestimmten Situationen gehabt oder so (xx) irgendwie was falsch zu machen oder so, und \* äh \*2\* mittlerweile nach der (xxx) Ausbildungsgeschichten oder so (xxx), wobei ich äh, issis' schwer zu sagen, ja, (xx) ich benutze ja auch einzelne Elemente, die ich da \* (xx) gelernt habe und so weiter, ja? Aber auf der anderen Seite ist es mehr als das. Es issis' irgendwie ne \* ja \*3\* issis' wie so'ne sichere Grundausbildung, ja? Du weißt, im Grund genommen, äh \* ja, du kennst dein Handwerk, du hast deine Möglichkeiten gemacht, UND \* das, was auch ganz wichtig ist, äh, und was ich da auch gelernt habe, du weißt um deine Begrenztheit. /mhm/ Und äh, das Wichtige ist in dem (xx) Demut. (FMA4, Zeile 2210 – 2227)

Weiterbildungen würden den BeraterInnen helfen, größere Sicherheit (*so`ne sichere Grundausbildung*) in Gesprächen zu gewinnen (*früher hätte ich viel mehr Angst vor bestimmten Situationen gehabt*). FMA4 betont, dass nur *einzelne Elemente* genutzt werden. Mit dem Hinweis auf das *Handwerk* wird deutlich, dass darunter in gewisser Weise ein „Werkzeugkasten“ an Methoden im Erstgespräch verstanden wird, auf dem man im Bedarfsfall zurückgreifen könnte. Aber auch die Erkenntnis der eigenen *Begrenztheit* fließe mit der Erfahrung von Weiterbildungen in das Erstgespräch ein. *Demut* könnte hier also verstanden werden als das Wissen um mögliche und unmögliche Ziele. So setzt auch FMA4 hinzu:

„Es issis' 'n bestimmtes Ziel, ist in sich begrenzt, und es issis' ohnehin, sagen wir mal, \* deine eigenen Möglichkeiten sind auch begrenzt, und äh \* wie das nun genau läuft, du rettst keinen. Entweder, er rettet sich selber, ja? Oder \* ja? Also deine eigenen \* Geschichten \* ääääääh \* sind so wichtig nich. \* Also jetzt nich äh, ja \*4\* ich mein, Demut in dem Sinne, wat alles passieren kann, was außerhalb deiner Macht steht. Wo du machen kannst, was de willst, aber jetzt letzten Endes \* passieren die Geschichten auch ohne dich, ja? Also, was du machen kannst, issis', nur dein, sagen wir mal, dein Bestes zu geben, aber du kannst es im Grunde genommen nich beeinflussen. Das heißt, wenn sich jemand nich umbringt, dann liegt es nich daran, dass du so großartig interveniert hast, sondern dass es ne andere Konstellation war, und du hast sicherlich irgendwo äh \* ja \* dein \*\* ganzes Können oder sonst wat hervorgekramt, aber jetzt nich irgendwo \* du bist jetzt nich derjenige, der die Menschheit gerettet hat oder rettet, ja? Sondern \* okay \*3\* (FMA4, Zeile 2234 – 2251)

In dieser Passage des Gespräches erscheint ein weiterer Aspekt von Weiterbildung. Indem er den BeraterInnen hilft, die Grenzen ihrer Möglichkeiten in der Krisenintervention deutlicher zu sehen (*Es ist 'n bestimmtes Ziel, ist in sich begrenzt*), hilft er den BeraterInnen, sich vor omnipotenten Ansprüchen im Erstgespräch zu schützen (*Demut in dem Sinne, wat alles passieren kann, was außerhalb deiner Macht steht*), die notwendig mit dem Scheitern im Gespräch und Insuffizienzgefühlen der BeraterInnen einhergehen (*wenn sich jemand nich umbringt, dann liegt es nich daran, dass du so großartig interveniert hast*). Weiterbildungen könnten ermöglichen, das Misslingen von Gesprächen zu akzeptieren und als der Sache immanent zu begreifen. Hier schließt sich der Ring zur anfangs beschriebenen gefühlten größeren Sicherheit durch Weiterbildungen.

Neben Weiterbildungen spielen im multiprofessionellen BKD **Lernerfahrungen aus anderen Tätigkeitsfeldern** und damit verbundene Kompetenzen eine gewichtige Rolle:

„Ähm \* gut, ich glaub, was ich aus// also von der Profession her, von meinem Selbstverständnis her immer noch ein bisschen so mitgebracht hab, iss so ganz praktische Sachen mit Leuten tun zu wollen, nicht unbedingt so in das Theoretische gehen, sondern praktisch auch den Leuten was mitgegeben zu wollen, und gleichzeitig auch \* ähm, natürlich die Erfahrungen aus unterschiedlichen \* ähm, Tätigkeitsfelder mit unterschiedlichen Leuten \* gearbeitet zu ham, also auch ähm, schon mit so genannten Ziel- \* -gruppen. Das denk ich, issis' ne ganz große \* ähm, mm, 'n großer ähm, Fundus, den ich hab. Auch dies, sag ich mal, diese \* Art, dass ich relativ gut mit Leuten kontakten KANN, so, dass es, dass es \* funktioniert, das ist mit Sicherheit auch \* was, was so'sang meinen \* mein Alltag immer \* war. Also ich hab \* halt auch die, sowohl die Fähigkeit, dann mit einzelnen Leuten \* gut klar zu kommen, als auch mit Gruppen. Also dass ich \* da auch einfach im Persönlichen \* Fähigkeiten hab, die ich glaub ich ganz \* gut einsetzen \* kann.“ (FMA3, Zeile 1703 – 1721)

FMA2 sieht den Gewinn aus den Erfahrungen in *unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern* in seiner gewonnenen *persönlichen Fähigkeit*, mit KlientInnen *in Kontakt zu kommen*. Dabei gehe es ihm nicht so sehr um Therapieausbildungen und Weiterbildungen (*nicht unbedingt so in das Theoretische gehen*), sondern mit *unterschiedlichen Leuten* (KlientInnengruppen) zurechtzukommen. Auch in den Ausführungen über Lernerfahrungen in anderen Tätigkeitsfeldern wird damit das Wissen über Beziehungsgestaltung herausgehoben.

### *Gemeinsame Lernsituationen*

Als gemeinsame Lernanlässe für die Gestaltung des Erstgesprächs werden in den Interviews Fallbesprechungen innerhalb der Teamsitzungen, auch kollegiale Supervision und die regelmäßige Fallsupervision durch einen externen Supervisor genannt. Der BKD bietet Weiterbildung zur Unterstützung der BeraterInnen an. Diese Angebote entstehen auf der Grundlage des Kriseninterventionskonzeptes des BKD (s. IV.2.1) und tragen zu seiner Qualifizierung bei.

„...die Supervision macht viel, die Fallbesprechung macht viel, dieses unmittelbare Austauschen mit den Kollegen macht – macht viel.“ (FMA3, Zeile 2941 – 2944)

**Fallbesprechungen innerhalb der wöchentlichen Teamsitzungen** sind regulärer Bestandteil. Hier werden für BeraterInnen schwierige Kriseninterventionen vorgestellt, gemeinsam diskutiert und Handlungsalternativen entwickelt. Ähnliches gilt für die monatliche **externe Supervision**<sup>15</sup>. In beide Formen fließen die Erfahrungen der MitarbeiterInnen aus eigenen Krisengesprächen, täglichem Austausch über Gespräche und Weiterbildungen ein. Ergänzt durch den **kollegialen Austausch über Gespräche**, die unmittelbaren täglichen Lernerfahrungen an sich. Individuelle Erfahrungen können als Multiplikatoren in gemeinsame Lernsituationen einfließen und so zu gemeinsam geteiltem Handlungswissen werden.

Alle BeraterInnen betonen, dass die Erfahrung, gewonnen in unzähligen individuellen und gemeinsamen Lernsituationen, Einfluss auf die Gesprächsführung im Erstgespräch habe (vgl. auch VI.1.1.3 Entwicklung grundsätzlicher Beratungsstrategien durch die BeraterInnen). Beispielhaft steht dafür die Aussage von FMA4:

„Dass ich äh, (ja?) persönlich nachfrage. /mhm/ Ja? Dass ich mich weniger mit den \* ja \*2\* offensichtlichen (xxxx) sondern schon äh, versuche, auch viel mehr hinter die Kulissen zu kucken, ja? \*4\* Dass ich irgendwo sagen wir mal, auch äh, (xxx) am Anfang Gesprächspause (hat?) viel besser aushalte, beziehungsweise auch damit viel mehr arbeite. \* Ja, also dass ich nich das Gefühl habe, ich müsste jetzt irgendwie ‘n \* äh \* ne Gesprächssituation von vorne bis hinten gestalten, und wenn mal ne Pause auftritt, dann irgendwo nachfragen, sondern warte sehr viel ab oder so, ob sich

---

<sup>15</sup> A. Auckenthaler (1999) weist darauf hin, dass für die qualitätssichernde Funktion der Supervision v. a. solche Effekte von Bedeutung sind, von denen erwartet wird, dass sie in engem Zusammenhang mit dem Therapieerfolg stehen. Dies trifft besonders auf die Qualität der therapeutischen Beziehung zu. Der positive Einfluss der Supervision bestehe unter dieser Prämisse in der Verbesserung der interpersonellen Fähigkeiten bzw. Beziehungsqualitäten.

daraus nich irgendwo dann was entwickelt, ja? \* Das issis' wunderbar, das konnte ich früher auch nich, weil ich dachte, (xx) ich verliere den Faden oder den Klienten oder so wat, aber heute (xxxx) schmoren lässt, \*\* äh \* oder was heißt schmoren lässt, aber auf jeden Fall nicht ständig da dann \* (Zuflucht vorgibst?,) dann \* (SEUFZT) entwickeln sich manchmal ganz gute Geschichten. \*7\* Ja. \* Und ich getrau mir auch (xx) mehr zu konfrontieren als früher am Anfang, ja? \* (FMA4, Zeile 2175 – 2192)

Auch der Einfluss von Erfahrung manifestiert sich in der Veränderung der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch. BeraterInnen würden sich mehr trauen, einen *Blick hinter die Kulissen* zu werfen. Sie könnten in Gesprächen besser mit Pausen umgehen (*dass ich nich das Gefühl habe, ich müsste jetzt irgendwie 'n \* äh \* ne Gesprächssituation von vorne bis hinten gestalten*). Sie lassen damit einerseits den KlientInnen mehr Platz, andererseits aber *fragen sie schneller nach und konfrontieren früher*.

### *Zusammenfassung*

Erfahrungen werden in individuellen und gemeinsamen Lernsituationen erworben. Sie sind der Ausgangs- und Endpunkt des Lernprozesses im BKD. Der BKD fördert und begrenzt als Institution mögliche Lernerfahrungen vor dem Hintergrund seiner Struktur und seines Konzeptes (IV.2). Individuelle Lernerfahrungen (Therapieausbildungen, Weiterbildungen und Lernerfahrungen in anderen Tätigkeitsfeldern) fließen in die Erstgespräche und gemeinsamen Lernsituationen (Supervision, Teambesprechung und kollegialer Austausch) ein, wie auch umgekehrt gemeinsame Lernerfahrungen die Auswahl individueller Lernsituationen beeinflussen. Die Lernerfahrungen erweitern und begrenzen das Handlungswissen über das Erstgespräch und führen natürlich zu Veränderungen in der Gestaltung der Erstgespräche im BKD. In den von den BeraterInnen beschriebenen Lernerfahrungen nehmen Beziehungsaspekte im Erstgespräch einen herausragenden Platz ein. Die folgende Abbildung 3 versucht, den Prozess des Erwerbs von Handlungswissen im Spannungsfeld der Lernerfahrungen graphisch zu fassen. Die Lernerfahrungen der BeraterInnen manifestieren sich in der Darstellung der Bestandteile des Erstgesprächs (VI.2.1.2), grundsätzlichen Beratungsstrategien im Erstgespräch (VI.2.1.3) wie in ihrer Ausdifferenzierung für unterschiedliche KlientInnengruppen und Gesprächssituationen (s. VI.2.2 und VI.3).

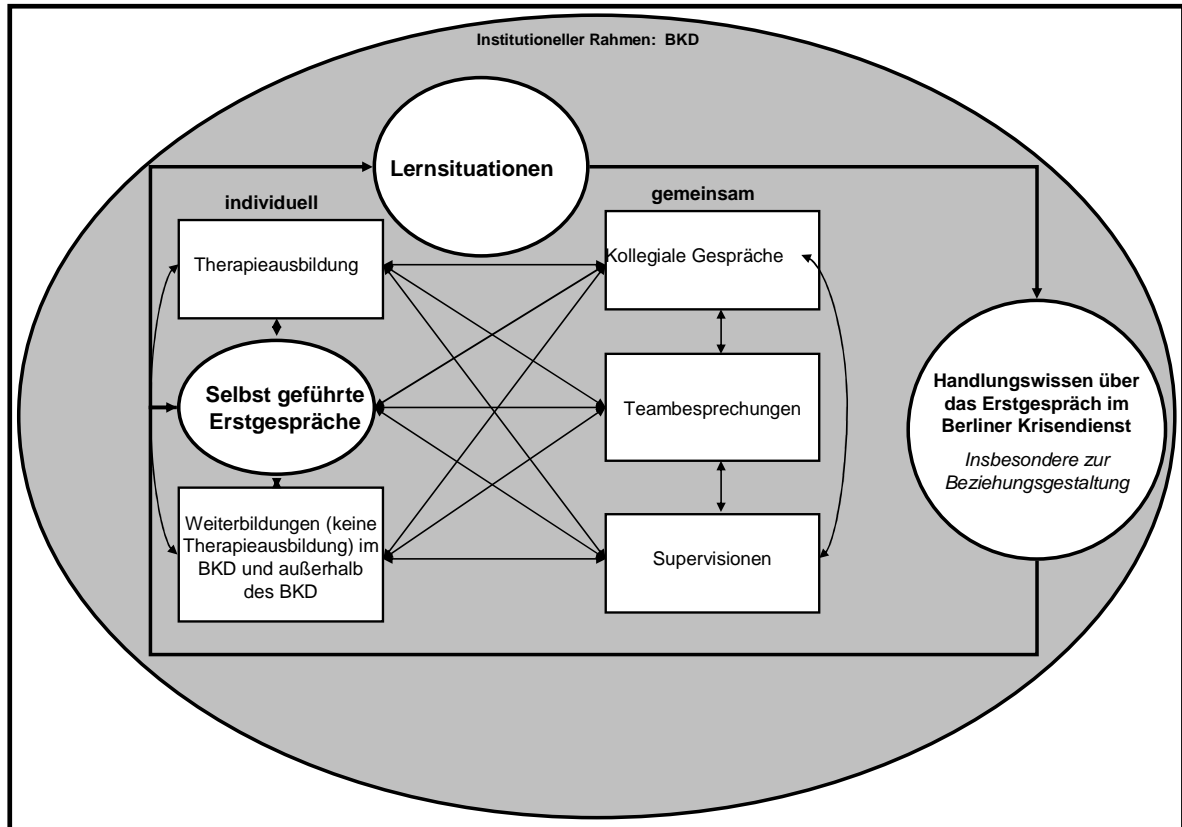


Abbildung 3: Einflüsse auf die allgemeine Gestaltung der Erstgespräche

## VI.1.1.2 Bestandteile des Erstgesprächs und ihre Umsetzung im Gesprächsverlauf aus Sicht der BeraterInnen

### VI.1.1.2.1 Methodische Erwägungen

Die BeraterInnen beschreiben in den Interviews unter anderem ihr grundsätzliches Vorgehen im Erstgespräch, also unabhängig von KlientInnengruppen und Kontaktart. Aufbauend auf die Ergebnisse der Sekundäranalyse (s. V.3.1 – Interviews mit BeraterInnen im BKD im Rahmen der Begleitforschung) nahmen die Fragen Bezug auf die Bestandteile des Erstgesprächs (s. Anlage 1 Interviewleitfaden). Im Unterschied zur Sekundäranalyse standen jedoch nicht die Bestandteile des Erstgesprächs an sich im Mittelpunkt des Interesses, sondern die Frage ihrer Umsetzung im Prozess des Erstgesprächs. Die BeraterInnen beschrieben ihr Vorgehen situationsspezifisch auf einem niedrigen Level der zeitlichen Fragmentierung.<sup>16</sup> Die kleinteiligere Fragmentierung der Analyse des Erstgesprächs im BKD ermöglicht eine neue Sicht auf Wirken und Zusammenwirken der Bestandteile des Erstgesprächs. Dem Vorgehen der BeraterInnen folgend, werden zunächst alle Bestandteile für sich beschrieben, um dann in einer Synthese ihr Wirken und Zusammenwirken im Erstgespräch darzustellen.

Als **Ausgangspunkt für methodische Erwägungen** bezüglich des Wirkens und Zusammenwirkens der Bestandteile des Erstgesprächs erwies sich die von Watzlawick, Beavin & Jackson (1985) angenommene Einheit von Inhalts- und Beziehungsaspekt in jeglicher menschlicher Kommunikation (vgl. II.2) als ertragreich. Die interviewten BeraterInnen berichten durchgehend, dass mit der Bearbeitung inhaltlicher Bestandteile gleichzeitig der Aufbau und Erhalt der Beziehung angestrebt würde. Auch insistieren sie, dass sich textliche Sequenzen nicht eindeutig bestimmten Bestandteilen des Erstgesprächs zuordnen ließen. Um dies zu verdeutlichen, sei hier eine typische Situation vorgestellt und analysiert:

„Was hat Sie hingeführt?“ (FMA1, Zeile 1193)

Diese häufig gestellte Eingangsfrage, scheint auf den ersten Blick auf die *Fokussierung*, speziell auf das Anliegen des/der KlientIn gerichtet zu sein, aber könnte, wie FMA1 ausführt, viel mehr sein.

„Aber so, dieses, das, das gesamte Feld darunter gehört, dazu gehört die Situation desjenigen dazu als auch die aktuelle Situation wie, wie sich derjenige in der Begrüßung, ob nen schlaffer Handschlag is is' oder ob weiß ich, also ne, welche Mimik, Gestik, bla derjenige dann da hat, dass das alles mit einfließt. So, dass das alles eine Summe ist, was natürlich im Telefonat nur beschränkt geht, geht aber auch. Was ist der erste Satz? Wie ist die Mimik, ist die Haltung, äh? Wie ist der

---

<sup>16</sup> Orlinsky, Grawe & Parks, (1994) unterscheiden neun Levels zur Beschreibung eines therapeutischen Prozesses. Level 1 beschreibt *micromomentary processes (gave shifts, facial expressions)*, Level 2 *moment-by-moment processes (tactical moves, interactive turn)*. Hier können die im Rahmen der Forschungsarbeit geführten Interviews verortet werden. Während die Sekundäranalyse eher auf Level 3 bleibt, welchem *Session Prozesses (strategic change events, dynamics of whole therapy)* zugrunde liegen.

Augenkontakt, äh?“ Welches Thema spricht er an? Was sind meine Gefühle? Nu, was erzählt er inhaltlich und so dass das ein sehr breites Feld is is' ...“ (FMA1, Zeile 1272 – 1282)

Das *breite Feld*, was so eine kleine Frage aufriefe, reiche von Situationsklärung über das Wahrnehmen der emotionalen Situation bis zur Kontaktherstellung, in der immer auch ein Beziehungsangebot enthalten sei. FMA1 sähe ihre Frage auf die Klärung der *aktuellen Situation* des/der KlientIn gerichtet. Ebenso würde sie über *Mimik, Gestik, Augenkontakt* und *haltung* etwas zur emotionalen Verfasstheit des/der KlientIn erfahren wollen. Das *Thema*, welches die KlientIn *ansprechen* könnte, gäbe ihr auch Auskunft über mögliche Foki des Gespräches. Über alle Wahrnehmung hinweg würde FMA1 herausfinden wollen, welches Beziehungsangebot sie der KlientIn machen könnte. Sie nutze neben der Wahrnehmung des/der Klientin die Selbstbeobachtung (*Was sind meine Gefühle?*). Hier könnte implizit auf das ursprünglich psychoanalytisch begründete Konzept der Übertragung<sup>17</sup> Bezug genommen worden sein. Bezogen auf das Erstgespräch im BKD könnte geschlussfolgert werden, dass implizites Beziehungswissen der KlientInnen im Erstgespräch eine Wirkung entfalte, auf welche die BeraterInnen zu reagieren haben.

Zwei Dinge können bei der Analyse dieser Textstelle bereits skizzenhaft umrissen werden. Einerseits bleibt, obwohl die Komplexität von Gesprächsabschnitten natürlich unterschiedlich ist, die analytische Trennung von Bestandteilen im Prozess des Erstgespräches eine theoretische. Andererseits scheinen inhaltliche Angebote (*Was hat Sie hingeführt?*) immer auch der Wahrnehmung der Verfasstheit der KlientInnen und ihrem daraus ableitbaren Beziehungswunsch zu dienen. Interessant ist dabei, dass selbst, wenn die Interviewerin nach inhaltlichen Aspekten der Kommunikation im Erstgespräch fragt (*Wie kommt ihr dann ... zu einem gemeinsamen Thema ...?*), die Frage eher mit der Beschreibung von Beziehungsaspekten beantwortet wird:

- I.: „Wie kommt Ihr dann von der Situation, die er beschreibt, dann zum gemeinsamen Thema in der Beratung, worum es gehen soll? Es ist ja erst mal ... Er bietet Dir was an. Und Ihr beide müsst ja irgendwie Euch finden. Hast Du da so bestimmte Strategien, Gesprächsstrategien?  
B.: Ja, schon so: Dass ich also aus meiner Wahrnehmung der Person, wenn ich da was merke wie: Aha, da klackert gerade etwas, was \*\* – sozusagen über die erste Schilderung hinausgeht, dann – je nachdem, entweder geht er das gleich an. Oder (UNV.) – natürlich nicht, dann merke ich mir das immer vor und lasse ihn erst mal ein bisschen warm werden mit seiner Schilderung. Ich will auch immer einen Eindruck bekommen: Okay, also, wie äußert der sich? Also, wie präsentiert der sich? Wie formuliert er? Wie ist die Stimmlage? Wie ist die Gestik, die Mimik? Alles das, das ist ja immer da. Wo ich denke: Okay, also, so – also, das – das ist der Mensch also jetzt gerade, wie er sich mir präsentiert. Also, auch so – so eine kleine Gesamtheit in dem Augenblick so schon zu erfassen. Weil dann einfach – finde ich – es leichter ist, dann auch das Miteinander zu finden. Denn er muss ja erst mal hier ankommen...“ (FMA3, Zeile 2642 – 2663)

---

<sup>17</sup> Das Konzept der Übertragung geht auf S. Freud zurück. Es geht davon aus, dass sich die unbewusst auf äußere Objekte gerichteten Wünsche des Analysanden innerhalb des analytischen Settings am Analytiker wiederholen, der dadurch in die Position früherer Bezugsobjekte versetzt wird.

Im Vordergrund dieser Beratungssequenz bleibt für den Berater die Wahrnehmung der Verfasstheit des/der KlientIn (*Wie präsentiert er sich? Wie formuliert er? usw.*). Dahinter stehe für FMA3 *eine kleine Gesamtheit in dem Augenblick*, aus der er ableiten könne, was die KlientIn brauche und er wie dies mit der KlientIn gestaltbar wäre (*das Miteinander finden*). Die *Wahrnehmung der Person* durch den Berater richtet sich in dieser Sequenz nicht auf den Inhalt des Problems des/der Klientin, sondern es ist hier eine Akzentuierung der Wahrnehmung von Beziehungsaspekten gegenüber inhaltlichen Aspekten im Erstgespräch unübersehbar. Deshalb wird für jeden Bestandteil des Erstgesprächs zu erkunden sein, wie sich in ihm Beziehungs- und Inhaltsaspekt der Kommunikation abbilden.

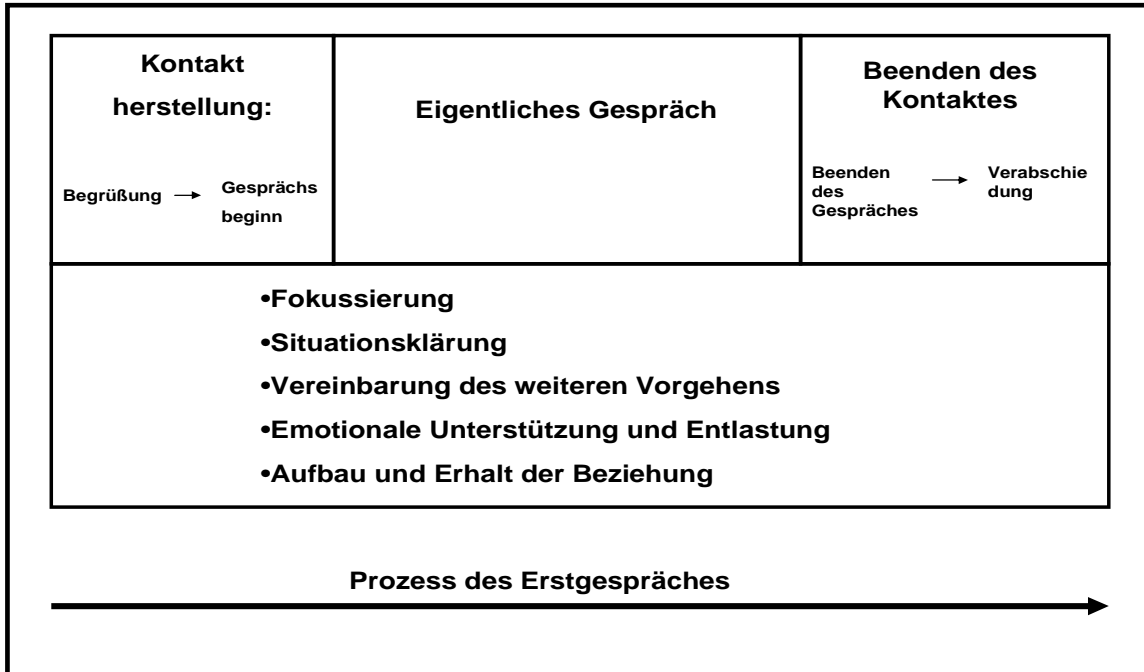
Den **inhaltlichen Ausgangspunkt** der Analyse der Erstgesprächsbestandteile bildete, wie bereits in V.1.2 dargestellt, die Sekundäranalyse von Interviews, die im Rahmen der Begleitforschung des BKD entstanden. In ihrer Analyse konnten die Bestandteile einer integrativen Krisenintervention (Sonneck, 1997, Slaikeu, 1990) bestätigt werden. Die BeraterInnen stellten ihr Vorgehen im Prozess des Erstgesprächs bzgl. der Bestandteile tendenziell als sequentiell dar: *Kontaktherstellung, Fokussierung, Situationsklärung, Vereinbarung des weiteren Vorgehens* und *Beenden des Kontaktes. Beziehungsaufbau und –erhalt* und *Emotionale Unterstützung und Entlastung* wurden dagegen als prozessübergreifend und phasenunspezifisch beschrieben (V.1.2).

In der **Darstellung des Erstgesprächs durch die BeraterInnen** wurde der Gesprächsprozess ebenfalls sequentiell beschrieben, beginnend mit der *Kontaktherstellung* über Begrüßung und Gesprächsbeginn bis zum *Beenden des Kontaktes*. Die sequentielle Verortung von *Fokussierung, Situationsklärung* und *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* konnte nicht repliziert werden. Die Bestandteile *Aufbau und Erhalt der Beziehung* und *Emotionale Unterstützung und Entlastung* wurden zwar phasenübergreifend beschrieben, könnten aber unter bestimmten Umständen auch in den Vordergrund der Beratung treten. So wird von den BeraterInnen das Erstgespräch letztlich als ganzheitlicher Kommunikationsprozess dargestellt (Abbildung 4). Die Bestandteile werden in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung im Erstgespräch ebenso hinterfragt wie die damit verbundene Beziehungsgestaltung. Dabei konzentrierten sich die BeraterInnen auf den mit der Ausgestaltung von Bestandteilen verbundenem Beziehungsaspekt (*da geht es ... im Grund genommen um eine Beziehung*), wie auch FMA4 prägnant darstellt:

„Aber das spielt sich eigentlich (Faktenlage?) ab, dass das jetzt irgendwo \*2\* denen ein guter Rat erteilt worden issis' oder sonst irgendwie was, sondern das geht da im Grund genommen um ne \* ja \*2\* ja, um ne Beziehung, ja? Dass die jemand gefunden haben, der sie so für wichtig findet, dass er ihnen äh, zuhört und ihnen Zeit widmet, und und und. Und es geht nich darum, dass die jetzt durch das Gespräch die \* glorreichen Erkenntnisse, wie sie jetzt mit ihren Geschichten umgehen, finden. Sondern es geht eigentlich nur darum, \* den Menschen das Gefühl zu vermitteln, dass sie mit ihren Geschichten und mit ihrer Not nich alleine sind.“ (FMA4, Zeile 679 – 690)



Der inhaltliche Aspekt erscheint hier eher als Möglichkeit, den Menschen das *Gefühl [zu] vermitteln, mit ihren Geschichten und ihrer Not nicht allein zu sein, und es geht nich' darum, ... glorreiche... Erkenntnisse* auszulösen.



**Abbildung 4:** Erste Vorstellungen über die Bestandteile des Erstgesprächs im Prozessverlauf

Der allgemeinen Darstellung der Bestandteile des Erstgesprächs durch die BeraterInnen folgend, werden zunächst die Bestandteile, denen zeitliche Phasen im Prozess des Erstgesprächs zugeordnet werden, d.h. *Kontaktherstellung* und *Beenden des Kontaktes*, in ihrem Wirken und Zusammenwirken mit anderen Bestandteilen des Erstgesprächs beschrieben. Dem folgen die Bestandteile des Erstgesprächs, denen sie keine zeitlichen Phasen zuweisen: *Fokussierung*, *Situationsklärung*, *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* und *Emotionale Unterstützung und Entlastung*. Für diese Bestandteile erfolgte durch die BeraterInnen keine Einordnung in den Gesprächsverlauf, wie sie auf der Grundlage einer bezüglich KlientInnengruppen und Kontaktart unspezifischen Betrachtung hätte vorgenommen werden können. Sie beschrieben ihr Wirken und Zusammenwirken vielmehr situationsspezifisch. Den Abschluss der Betrachtungen bildet der Bestandteil *Beziehungsaufbau und -erhalt*, der vordergründig nur den Beziehungsaspekt der Kommunikation zu repräsentieren scheint, aber als Bestandteil des Erstgesprächs natürlich einen inhaltlichen und Beziehungsaspekt der Kommunikation im Erstgespräch transportiert.

Um Begriffsverwirrungen zu vermeiden, seien an dieser Stelle die Grundlagen der Analyse der Bestandteile noch einmal kurz zusammengefasst:

- Textlichen Sequenzen können nicht immer eindeutig einzelne Bestandteile des Erstgesprächs zugeordnet werden, wohl aber dort, wo von den BeraterInnen eine bestimmte Intention beschrieben wird.
- Die Bestandteile sind begrifflich von den Aspekten der Kommunikation zu unterscheiden. Jeder Bestandteil des Erstgesprächs beinhaltet als Teil einer ganzheitlichen Kommunikation Inhalts- wie auch Beziehungsaspekte. Das Zusammenwirken innerhalb jedes Bestandteils wird Teil der Analyse sein.

#### VI.1.1.2.2 Bestandteile des Erstgesprächs, denen zeitlichen Phasen zugeordnet werden

##### Kontaktherstellung

Jedes Erstgespräch beginnt notwendigerweise mit der *Kontaktherstellung* über Begrüßung und Gesprächseinstieg. Der Weg von der Begrüßung zum Gesprächseinstieg ist jedoch für persönliche Kontakte und Telefonkontakte teilweise verschieden (s.V.2.3). Im Telefonkontakt fallen Begrüßung und Gesprächseinstieg zusammen, während sie im persönlichen Kontakt klar getrennt werden. Die gängige Begrüßung im BKD, Region Mitte, sei durch FMA4 exemplarisch für die BeraterInnen beschrieben:

Kommen KlientInnen in den Krisendienst, müssen sie an der Haustür klingeln, um eingelassen zu werden. Die BeraterInnen können die KlientInnen bereits hier mittels einer Videoanlage wahrnehmen. FMA4 meint jedoch, er vermeide dies:

„Und \* ja \* dannnn \* mach ich die Tür auf, und \* also, wir ham ja ff- so'ne Videoanlage, aber da kuck ich relativ selten drauf, weil die auch immer so ziemlich verzerrte Bilder \* bringt, also das heißt, du kriegst eigentlich 'n \* kleineren, falschen Eindruck, ja.“ (FMA4, Zeile 33-37)

Die Videokamera gebe ein *verzerrtes* Bild von den Menschen wider, was zu einem *falschen Eindruck* führen könnte. FMA4 betont außerdem, dass er bevorzugt persönlich die *Tür aufmacht*:

„... ich mach die Tür auf, bevor die vor der Türe stehen, also schon (x) um \* sozusagen, um mal \* äh \* ja \* einladend zu wirken, ja? /mhm/ also dass sie nicht, dass sie nach Möglichkeit nicht zweimal klingeln müssen, einmal unten und einmal oben, das find ich ziemlich Banane. (RÄUSPERT SICH) \* In der Regel mach ich's so, dass ich dann die Türe halt aufmach und mich so rein stelle, dass die Leute das Gefühl haben, sie können durchgehen.“(FMA4, Zeile 39 – 47)

Mit der persönlichen Öffnung der Tür sei eine *Einladung* an den Klienten verbunden - ein erstes nonverbales Beziehungsangebot: Den KlientInnen würde vermittelt, dass sie im Krisendienst willkommen seien (... *dass die Leute das Gefühl haben, sie können durchgehen*). Dabei achte FMA4 darauf, noch keine Inhalte zu vermitteln (*nicht im Hausflur anfangen zu reden*):

„Also, weil ich nich das äh \* nich will, dass da \*2\* ähhh so'ne Art// dass wir im Hausflur schon anfangen zu reden, das find ich ganz schrecklich. Damit ich so mehr oder weniger gezwungen

werd', in dieser \* äh \* in dieser Atmosphäre, wo sie nicht genau wissen, wer da noch alles herumhängt, und was issis', dann anfangen zu reden.“ (FMA4, Zeile 47 – 52)

Die KlientInnen würden direkt in ein freies Gesprächszimmer gebracht und FMA4 verdeutlicht, dass er bei der Wahl des Gesprächszimmers nicht nur fürsorglich für die KlientInnen, sondern auch für sich als Berater denke. Das Fürsorgliche sei den BeraterInnen zwar gemein, persönliche Vorlieben in der Zimmerwahl gäbe es aber dennoch:

„Und dann \* setz ich sie rein, nach Möglichkeit in das andere Zimmer, in das Große, das bevorzuge ich, weil das irgendwie luftiger ist, ja? Es issis' zwar vom Lärm her \* äh, nicht \* optimal, aber \* gerade jetzt im Sommer, weil (xx) immer (xx) wenn du's Fenster aufmachst, \* issis' es zu laut, wenn du's Fenster zumachst, erstickste. Oder \* ff, mitt- mittlerweile issis' es auch (xxxx) weil es so heiß ist, dass es äh \* ja, sowohl mit als auch ohne (LACHT BISSCHEN) unerträglich ist.“ (FMA4, Zeile 69 – 77)

Die BeraterInnen verließen daraufhin in der Regel noch einmal das Zimmer:

„Gut, und dann geh ich in der Regel noch mal raus. Also, und bei der bin ich auch noch mal raus gegangen, ich bi- bin also zu, zu (xxx) komm, äh, komm 'n Moment später, oder (x) ich sag dann, ich komm sofort ...“ (FMA4, Zeile 77 – 80)

Sie würden den KlientInnen Zeit lassen, anzukommen (*sich da irgendwie zurechtzufinden*):

„... biete dem Menschen 'n Platz an, lass sie aussuchen, äh \* ob sie aufs Sofa oder auf'n Stuhl, und auch welchen Stuhl haben wollen, das heißt, ich hab ne ziemlich klare Sitzordnung. \* Und geh dann wieder raus und geb dann wie// mehr oder weniger Gelegenheit, sich \* zu orientieren, sich umzुकucken, sich da irgendwo zurechtzufinden. \* Und \* ja \* also die Sitzordnung zum Beispiel issis' schon irgendwo ziemlich interessant, also wer setzt sich aufs Sofa und macht sich breit (LACHT BISSCHEN) in Anführungszeichen, \* wer setzt sich in den Stuhl, wo er die Tür mit im Auge hat, wer setzt sich so mit'm Rücken zur Tür, also oder wer setzt sich dann in die Mitte, das äh \* spielt alles irgendwo dann \* ne Rolle.“ (FMA4, Zeile 81 – 93)

Indem die KlientInnen ihren Platz selbst wählen, so flicht FMA4 hier ein, geben sie den BeraterInnen eine erste Gelegenheit, etwas über ihre momentane Verfasstheit zu erfahren (*wer setzt sich in den Stuhl, wo er die Tür mit im Auge hat, wer setzt sich so mit'm Rücken zur Tür, also oder wer setzt sich dann in die Mitte*). Wieder kommt zum Ausdruck, dass die Wahrnehmung des Szenischen i. S. von Arglander (1992) von der ersten Minute an eine Rolle spielt. FMA1 und FMA3 verweisen dabei auch auf Mimik, Gestik, Körperhaltung und Händedruck. So bekämen sie bereits einen ersten Eindruck von der emotionalen Gestimmtheit und dem Beziehungsangebot der KlientInnen (s. o.: FMA1, Zeile 1272 – 1282 und FMA3, Zeile 2642 – 2663).

Allen Gesprächen sei gemein, dass sich die BeraterInnen ihren KlientInnen zu Beginn des Gespräches vorstellten.

„... ich stell mich immer namentlich vor, \* ja, teilweise auch mit Vornamen, gerade (xx) irgendwie so was, also mit Vor- und Nachnamen, nicht nur Vornamen ...“ (FMA4, Zeile 123 – 125)  
„Ja. Ich habe immer den gleichen Spruch eigentlich drauf: „Ich bin der Krisendienst, Region Mitte, (sagt seinen Namen), guten Tag.“ (FMA3, Zeile 2522 – 2524)

Dieser typische Eingangssatz enthält zum einen die Begrüßung und Vorstellung der BeraterIn, bedient also die inhaltliche Information, zum andern schwingt ein Beziehungsangebot der BeraterInnen mit. Es könnte noch eine Information zum Krisendienst folgen, aber meist stiegen die BeraterInnen direkt ins Gespräch ein:

„... dann kuck ich halt, äh \* was die Leute brauchen, und bei ihr war's halt so, dass die äh \* im Grund genommen, die wollte reden, ja?“ (FMA4, Zeile 126 – 128)  
„Nee, dann sage ich: „Gut, jetzt – jetzt haben wir Zeit. Jetzt – jetzt können wir reden.“ Und dann mache ich meistens noch so eine Geste, so eine einladende Geste – nach dem Motto: Erzählen Sie mal, warum Sie hier sind. Was ist los? Weshalb sind Sie hier?“ (FMA3, Zeile 2584 – 2588)

Bereits hier wird wieder die Verquickung der Bestandteile des Erstgesprächs deutlich. *Gucken, was die Leute brauchen* - verbindet bereits wieder den Beziehungsaspekt mit ersten Hypothesen über mögliche Inhalte, wie z. B. Situationsklärung, Emotionale Entlastung und Unterstützung. Wie mögliche Bestandteile des Erstgesprächs von den BeraterInnen in dieser Phase gehandhabt werden, wird in der Darstellung dieser genauer beschrieben werden (s. u.). Nach wie vor stehe die Einladung an die KlientInnen zum Gespräch im Vordergrund der Kontaktherstellung (*so eine einladende Geste*). Das Ausdrücken des Willkommens an die KlientInnen stehe ganz im Zeichen eines ermunternden Beziehungsangebotes. Die Offenheit der ersten Sätze: *Erzählen sie mal... Was ist los?* verbinde sich mit dem noch weitgehend unbekanntem Fokus der Beratung. Die BeraterInnen müssten das Anliegen der KlientInnen erkennen, wobei es darauf ankäme, nicht nur den inhaltlichen Aspekt der ersten Schilderungen zu erfassen (*über die erste Schilderung hinaus*). Die *gesamte Wahrnehmung*, mit der Begrüßung beginnend, sei einzubeziehen:

„Dass ich also aus meiner Wahrnehmung der Person, wenn ich da was merke wie: Aha, da klackert gerade etwas, was \*\* – sozusagen über die erste Schilderung hinausgeht (FMA3, Zeile 2646 – 2650)

Die BeraterInnen würden nicht immer direkt nach dem Anliegen der KlientInnen fragen:

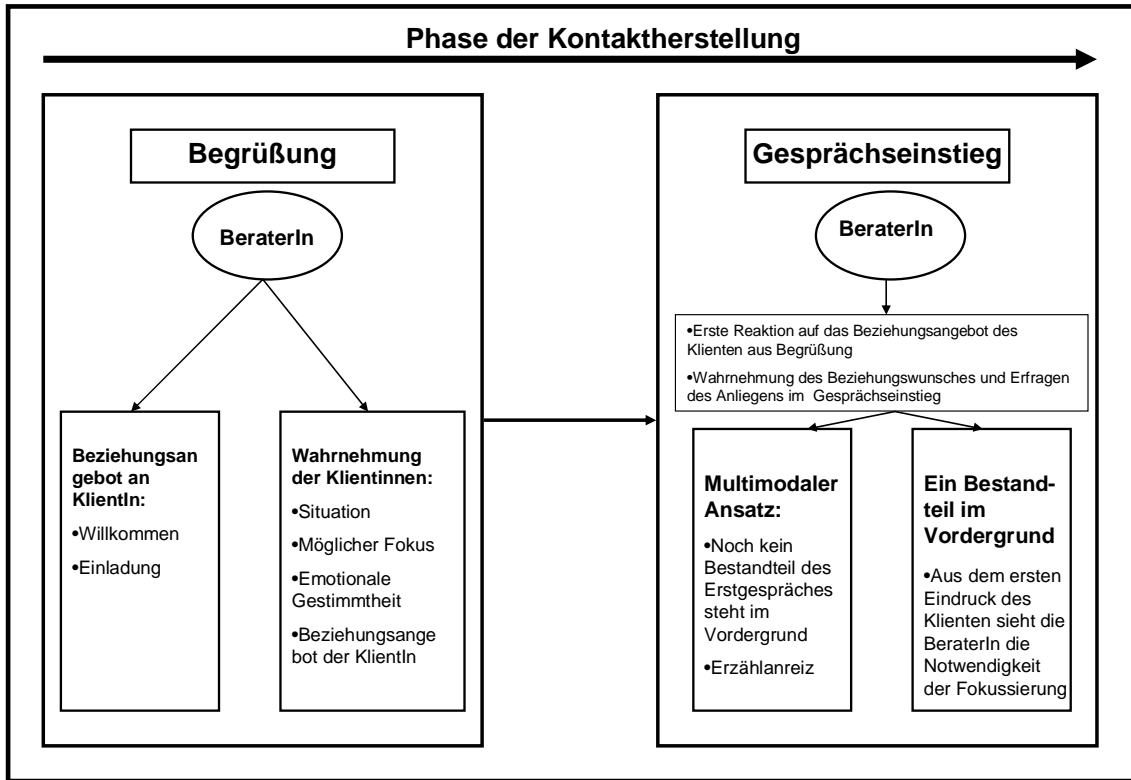
„Ich weiß auch gar nicht am Anfang, ich glaub ich frag immer so was, wie man selbst fragt. Also es kann sein, dass man sich hinsetzt und gleich fragt: 'Worum geht's ihnen?' oder 'Was hat sie hingeführt?' oder wenn jemand gleich schon Tränen in den Augen hat, dann frag ich eher: 'Was ist los, ne?' oder äh es kann auch, 'nen bisschen Smalltalk am Anfang sein - übers Wetter. (FMA1, Zeile 1190 – 1991)“

FMA1 meint, dass ein *Smalltalk* den Beziehungsaufbau erleichtern könnte, wenn die KlientInnen bereits beim Gesprächseinstieg als emotional belastet erlebt würden. Der *Smalltalk* wäre bereits die Umsetzung des Bestandteils emotionale Entlastung und Unterstützung im Gesprächseinstieg. FMA4 verweist darauf, dass auch *Nachfragen* der Gesprächsanbahnung dienen könnten:

„Ich frag immer, also erst mal frag ich in der Regel nach, also das issis' ungefähr so, äh, \* äh, ich versuch den Menschen so äh, zum Reden zu bringen ...“ (FMA4, Zeile 146 – 148)

Begrüßung und Kontaktherstellung werden in jedem Fall von den BeraterInnen als aktive Handlung beschrieben, in der sie als ExpertInnen die Führung übernehmen.

„Er ist ja der Fremde hier.“ (FMA3, Zeile 2663)



**Abbildung 5: Phase der Kontaktherstellung aus Sicht der BeraterInnen**

*Zusammenfassung Kontaktherstellung:*

Die aktive Kontaktherstellung durch die BeraterInnen kennzeichnen zwei Prozesse: das Gesprächsangebot an die KlientInnen und die erste Wahrnehmung dieser - und damit die Möglichkeit eines differenzierten Gesprächseinstiegs. Bereits mit der Kontaktherstellung können Bestandteile des Erstgesprächs gemeinsam in einem multimodalen Ansatz aufgerufen werden oder einzelne in den Vordergrund der Beratung treten. Wahrnehmung und erstes Gesprächsangebot zielen darauf, herauszufinden, was für ein Beziehungsangebot die KlientInnen benötigen und welches Thema im Vordergrund des Erstgesprächs stehen könnte (s. Abbildung 5).

Beenden des Kontaktes

Der zweite Bestandteil, der im Prozess des Erstgesprächs allgemein zeitlich verortet werden kann, ist das *Beenden des Kontaktes*. Das Erstgespräch wird durch die BeraterInnen aus verschiedenen Gründen beendet. Wurde *das Wesentliche* (FMA3, Zeile 2783) besprochen, kann

das Gespräch durch die BeraterInnen „guten Gewissens“ beendet werden. Dieses *Wesentliche* des Erstgesprächs könnte im Erreichen bestimmter Ziele liegen. Slaikou (1990) fasst die Ziele des Erstgesprächs, als Krisenintervention erster Ordnung, wie folgt zusammen: „*provide support, reduce lethality, and link to helping resources.*“ FMA4 geht sogar so weit, dass er meint, es gäbe so etwas wie ein *natürliches Ende* im Gespräch:

„... gerade bei Erstgesprächen, da wart' ich eigentlich immer so, bis es irgendwo, sagen wir mal, das Gespräch auf 'n natürliches \* Ende \* hinausläuft.“ (FMA4, Zeile 308 -310)

Er verweist auf seine innere Uhr (*inneren Zeitraum von \* einer Stunde neunzig Minuten*), die sicher auch im Zusammenhang mit gängigen Regelungen für Beratungs- und Therapiegespräche zu sehen ist. Er *steuere* durch Fragen das Erstgespräch so, dass in dieser Zeit die Hauptfragen (*Hauptkomplex*) der KlientInnen geklärt (*so'n Stück weit rund geworden*) werden könnten:

„Also das heißt, äh \*2\* ich hab so glaub ich 'n inneren Zeitraum von \* einer Stunde neunzig Minuten, bei Erstgesprächen, ja? \* Wobei, das issis' so'ne \* ja \* und äh \*3\* ich steuer das Gespräch dann son Stück weit auch durch meine Fragen, und wenn ich so dann den Eindruck habe, dass innerhalb von dieser Zeit der Hauptkomplex, sag ich mal, so'n Stück weit rund geworden ist, also das heißt, wenn da erst mal \* wo ich das Gefühl habe, dass ein Stück weit Erleichterung eingetreten ist ...“ (FMA4, Zeile 311 – 319)

Dabei klingen auch die Forderungen Slaikous (1990) an Kriseninterventionen erster Ordnung an (*ein Stück weit Erleichterung eingetreten*).

Unabhängig von der jeweiligen Zufriedenheit der BeraterInnen und KlientInnen müssen Gespräche zu einem Ende gebracht werden. Die BeraterInnen (so FMA3, FMA4 und FMA1) thematisieren den *Zeitfaktor* mit dem Ziel, Klienten für die Beendigung des Gesprächs zu sensibilisieren:

„Dann habe ich eine Redewendung, wo ich dann sage: „Gut, wir haben jetzt schon eine ganze – wir haben schon viel Zeit jetzt geredet.“ Dann spreche ich aber den Zeitfaktor an und gucke natürlich auch, wie der – wie der ankommt. Dann sagt der Klient auch: „Ja, stimmt auch.“ So was, ne? „Da sind wir uns ja hier auch scheinbar einig.“ Dann sage ich: „Gut, deswegen gucken wir mal. Ich möchte es jetzt gerne hier auch versuchen, abzuschließen.“ (FMA3, Zeile 2786 – 2793)

FMA4 benutze hier auch Standardformulierungen:

„... wir müssen zum Ende kommen ...“ (FMA4, Zeile 2165)

Er nutze auch Handlungen oder die Ankündigung von Folgekontakten, um das Ende anzukündigen:

„... ich leg die Flyer also nie in den Beratungsraum rein, wenn welche daliegen, dann renn ich natürlich nich raus und hol neue, aber in der Regel liegen auch keine da, sondern wir holen die immer, und \* das issis' dann auch noch so'ne \* ja, ne Zeit für uns, Atem zu holen, Zeit für die (RÄUSPERT SICH) Klienten, Atem zu holen, noch mal zu kucken ...“ (FMA4, Zeile 1056 – 1061)

„Nix besonders \* Festgelegtes. Also ich \* wie gesagt, ich versuch immer auf'n \*2\* natürliches Ende zu kommen, wenn das Gespräch rund ist, und äh \* verbinde häufig \* wenn sich das ergibt, 'n Folgekontakt mit \* also praktisch, die Ankündigung eines Folgekontaktes ist die Ankündigung des Ende des Gesprächs ...“ (FMA4, Zeile 2159 -2164)

FMA2 und FMA3 führen aus, dass auch die KlientInnen die Spielregeln der Beratung kennen und deshalb auch selbst zum Ende kommen würden, bzw. das Anzeigen des Endes der Beratung akzeptierten:

„... die Erfahrung, die Leute kennen dann diese Spielregeln schon ein Stück weit, die muss man nicht erklären, sondern das ist irgendwie \* wie deutlich, und äh \* auch dass ist so'ne Erfahrung, die später kommt, äh, es gibt eine relativ \* innere Uhr, wo die auch \* von sich aus sagen, okay, passen Sie auf, es ist// irgendwie, die Zeit ist irgendwie um. Ohne dass man von vornherein gesagt hat, okay, irgendwie ne Stunde hab ich// nehm ich mir.“ (FMA2, Zeile 1321 – 1328)

Akzeptierten die KlientInnen die Begrenztheit von Erstgesprächen, so müsse die Beendigung nicht selbst Verhandlungsthema werden (*Dann sagt der Klient auch: „Ja, stimmt auch.“*). In den Interviews wird die Phase der Beendigung des Kontaktes nur in den Fokus des Gespräches gerückt, wenn das Beenden des Kontaktes zum Problem wird. Hier benennen die BeraterInnen erstens, ihre Einschätzung, das Gespräch *ufere aus*, ohne dass *das Wesentliche* angesprochen wurde:

„...wenn, dann auch im Gespräch schon wahrzunehmen: Warum ufert das gerade so ein bisschen aus?“ (FMA3, Zeile 2806 – 2807)  
„Weil bei mir auch das Gefühl bleibt: Na ja, das Wesentliche – über das Wesentliche haben wir vielleicht noch gar nicht gesprochen.“ (FMA3, Zeile 2783 – 2784)

Das Beenden würde also für die BeraterInnen auch schwierig werden, wenn die Ziele (*das Wesentliche*) eines Erstgesprächs (vgl. Slaikeu, 1990) nicht in der üblichen Zeit (1 bis 1 ½ Std. – *das Gespräch ufere aus*) zufriedenstellend bearbeitet werden könnten. FMA3 empfindet diese Schwierigkeit vor allem bei KlientInnen, die gerade keine schwerwiegenden Krisen durchleben würden:

„Und manchmal sogar schwerer bei Leuten, wo ich das Gefühl habe, die sind gar nicht in so einer großen Krise.“ (FMA3, Zeile 2797 – 2798)

*Nicht so große Krisen* könnte auf eine Chronifizierung der KlientInnen hindeuten. Bei chronifizierten Krisen lassen sich oft keine bedeutsamen Krisenanlässe identifizieren, aber mit der Chronifizierung prägen die KlientInnen dysfunktionale Beziehungsmuster aus, die auch das Erstgespräch bestimmen (Sonneck, 1997). Ziele für ein Erstgespräch bei akuten Krisensituationen können hier nicht erreicht werden. In den berichteten Erstgesprächen werden für diese KlientInnengruppe dann auch lange, schwierige und auch scheiternde Erstgespräche besonders häufig beschrieben (s. VI.2 Rekonstruktion der Erstgespräche und ihrer Wirkungen aus Fallbeschreibungen).

FMA3 sieht Gründe für die Entstehung von Schwierigkeiten bei der Beendigung eines Erstgesprächs zum einem bei sich selbst, aber auch bei den KlientInnen.

„Weil das ist was anderes, als wenn das einfach irgendwie so läuft und ich dann jetzt merke: Mhm, ich kann das eigentlich gar nicht beenden, aber ich will eigentlich gar nicht mehr.“ (FMA3, Zeile 2814 – 2816)  
„Klient finde da selber sozusagen gar kein Ende.“ (FMA3, Zeile 2811 – 2812)

Der Berater sieht sich erschöpft (*eigentlich will ich gar nicht mehr*), erkennt aber eben auch das Dilemma, im Erstgespräch seine Zielstellungen nur unvollständig erreicht zu haben (*ich kann das eigentlich gar nicht beenden*). Das Gespräch könne in Einvernehmen beendet werden, wenn der Klient das „*Kein-Ende-Finden*“ akzeptiere:

„„Ja, ich weiß.“ Ja?““ (FMA3, Zeile 2810)

„„Entschuldigung.“ Oder: „Es tut mir aber auch gerade ganz gut.““ (FMA3, Zeile 2812 – 2813)

Bei einer Unsicherheit auf Seiten der BeraterInnen, ob wirklich kein Handlungsbedarf ihrerseits besteht, beschreibt FMA3 die Möglichkeit, ein Folgetreffen zu vereinbaren. Er rufe also mit dem *Beenden des Kontaktes* auch den Bestandteil *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* (*vereinbaren, dass wir uns noch mal wieder hier treffen*) auf:

„Aber aus irgendwelchen Gründen geht das nahe, das Gespräch. Ich kann das gar nicht so genau sagen, warum. Es fällt mir schwer. Obwohl ich eigentlich genau weiß: Wahrscheinlich werde ich mit ihm vereinbaren, dass wir uns noch mal wieder hier treffen.“ (FMA3, Zeile 2799 – 2803)

FMA4 nutze das Angebot eines Folgekontaktes eben auch, um zu zeigen,

„... dass es noch nicht abgeschlossen ist ...“ (FMA4, Zeile 338)

Neben der Thematisierung des Beendens des Gespräches, weil es ausufert und nicht auf den Punkt kommt, beschreiben die BeraterInnen das Beenden des Gespräches zweitens als Abbruch angesichts eines nicht lösbaren Konflikts. FMA3 beschreibt einerseits, ähnlich wie bei der Vereinbarung von Folgegesprächen, dass sich *das Gespräch im Kreise drehe* und *an wichtigen Dingen vorbei geredet* würde.

„Also, wenn ich das Gefühl habe: Okay, wir drehen uns an der Stelle im Kreis, da kommen wir nicht weiter, und es ist nicht zufrieden stellend und geht vielleicht an den wichtigen Dingen vorbei, dann – also mache ich das eben zum Thema. Und wenn es sich dann nicht beheben lässt, dann sage ich: „Gut, an der Stelle – sehe ich – kommen wir jetzt nicht weiter. Dann müssen wir es nicht jetzt beliebig weiterführen. Das müssen wir uns nicht beweisen. Dann würde ich sagen: Also, dann steht es eigentlich an der Stelle, das aufzuheben.“ Dann (LACHT) mache ich meistens eine Pause, um dem Gegenüber auch dann die Chance zu geben, das zu hören und mal drüber nachzudenken und da etwas drauf zu erwidern, also, auch darauf zu reagieren.“ (FMA3, Zeile 1145 – 1157)

*An wichtigen Dingen vorbeireden* könnte meinen, dass der Fokus der BeraterIn ein anderer ist als der des/der KlientIn. Hier würde die BeraterIn das Gespräch wegen eines nicht lösbaren Konflikts aufheben wollen (*Dann müssen wir es nicht jetzt beliebig weiterführen*). Aber andererseits trete noch etwas hinzu: Während er insistiert, dass bei einem wenigstens in Teilen gelungenen Beziehungsaufbau (*kann die Beziehung unter Umständen tragen*) eine *Gesprächsfolge* (Folgegespräche) möglich wären, sähe er, wenn das Erstgespräch als Ganzes nicht läuft, auch über Folgegespräche eher keine Chance für eine Weiterführung (*Das klappt überhaupt nicht hier*):

„Ja \*, na ja, je nachdem. Also, es kann ja sein, dass ich denke: Okay, das wird auch beim nächsten Mal nicht klappen. Oder: Das klappt überhaupt nicht hier. Oder: Nun gut, es hat jetzt nicht geklappt, aber das muss ja nicht unbedingt heißen, dass es komplett zu Ende ist. Wobei schon ... Also, wenn das Erstgespräch nicht läuft, ist meistens Ende. Wenn man in der Gesprächsfolge ir-



gendwo ist, kann die Beziehung das unter Umständen tragen, und man kann trotzdem weitergehen. Aber nach dem Erstgespräch ist es eigentlich (UNV.) ... Was nicht heißt, dass Leute nicht trotzdem wiederkommen, was so ein besonderes Ding irgendwo ist. Aber das ist – glaube ich – jetzt gerade nicht gemeint, ne?“ (FMA3, Zeile 1182 – 1193)

Das Beenden des Gespräches im Konflikt würde bei den BeraterInnen aber auch ärgerliche Reaktionen hervorrufen. Die BeraterInnen würden hier ihr Gesprächsangebot deutlich begrenzen:

„Und ich kann da sagen: „Also, gut. Sie wollen – Sie sind, Sie wollen Streit. Wollen Sie Streit mit mir jetzt?“ So. Oder ich sage: „Ich will mit Ihnen nicht das und das!“ (FM3, Zeile 2815 – 2818)

Würden die Grenzen der BeraterInnen durch die KlientInnen nicht akzeptiert, würden BeraterInnen entsprechend Gespräche abbrechen.

„Dann ist es raus, dann ist er sauer auf mich, dann kann man auflegen. Es ist besser, als wenn man irgendwie eine halbe Stunde so rumseiert...“ (FMA3, Zeile 2920 – 2922)

BeraterInnen nennen in den Narrationen (s. VI.2) wie auch in den allgemeinen Aussagen vor allem massive Entwertungen und verbale Aggressivität als Gründe für den Abbruch von Erstgesprächen.

„So – plötzlich dann knallt's, und dann kommt doch die Entwertung.“ (FMA3, Zeile 2923 – 2924)

Die eskalierende Situation im Beziehungskonflikt empfänden BeraterInnen als emotional sehr belastend.

„Aber ... Also, das kann mich trotzdem treffen. Das will ich damit überhaupt nicht sagen. Ich bin ja nicht irgendwie unberührbar. Also, kann einem auch zu Schaffen machen: „Mein Gott, also, was mache ich? Und muss mich jetzt hier so hinstellen und so richtig eine einfangen, und eigentlich geht es ja um was anderes.““ (FMA3, Zeile 2931 – 2936)

Auch bei nicht lösbaren Beziehungskonflikten versuchten die BeraterInnen die KlientInnen so zu verabschieden, dass Ihnen ein Wiederkommen möglich sei. Dabei käme es ihnen bei jeglicher Verabschiedung darauf an, dass sie *die Themen des Gespräches nicht wieder aufgreifen würden*. Vielmehr versuchten sie, mit den KlientInnen in Kontakt zu bleiben.

„Gut. Also, ich versuche dann eben, nicht noch auf dem Weg von hier nach draußen das Thema, das wieder aufzugreifen. Das passiert ja auch öfter mal so. Das versuche ich dann eher: „Will ich nicht ...“ Also, würde ich das nicht hören. Aber dann – und er so im Sinne von: „Gut, da haben wir ja auch drüber geredet.“ „Wir reden da auch beim nächsten Mal noch mal drüber. Aber jetzt ist halt mal auch gut. Lassen Sie mal gut sein. Und ich wünsche Ihnen einen guten Abend oder eine ruhige Nacht oder viel Erfolg.“ Je nachdem, was da ansteht.“ (FMA3, Zeile 2830 -2839)

Die Verabschiedung wird von den BeraterInnen als Ritual beschrieben. FMA4 verweist noch einmal auf die Funktion des BKD und seine Begrenzungen:

„Also, ich weiß da immer schon im Gespräch drauf eben, dass es irgendwo \* ja \* also dass es ne äh, Kriseneinrichtung ist, und nicht irgendwo ne \* ja, ne Therapieeinrichtung oder so wat, ja? \* Und erkläre dann halt auch noch mal das mit den Folgegesprächen, also dass wir da auch keine Therapie machen, aber Folgegespräche anbieten können, und lass da auch immer mehr oder weniger einfließen, dass das hier endlich ist.“ (FMA4, Zeile 284 – 292)

Dabei sei ihm wichtig, den KlientInnen zu sagen, dass solange es ihnen schlecht gehe, der BKD immer für sie da sei (*Rund-um-die-Uhr-Geschichte*) und sie sich auch bei anderen *Kollegen melden* könnten.

„... jetzt so in der nächsten Zeit, so lange es ihr so schlecht geht, \* äh \* sie da jederzeit Unterstützung kriegen kann. Und dann weis' ich sie auch noch mal auf die Rund-um-die-Uhr-Geschichte hin, also dass sie, wenn sie irgendwie Probleme hat, \* äh \* nicht auf den Termin warten muss, sondern da auch zwischendurch sich bei den Kollegen melden kann, \* ja?“ (FMA4, Zeile 694 – 300)

Für die BeraterInnen stehe beim Beenden des Kontaktes wie auch schon zu Beginn des Gespräches, in der Kontaktherstellung, der Beziehungsaspekt gerichtet auf den Erhalt der Beziehung (*zwischen sich bei den Kollegen melden*) im Vordergrund. Alle BeraterInnen weisen darauf, dass sie die KlientInnen zur Tür begleiteten. Für FMA2 spiele dabei der *Augenkontakt* eine wichtige Rolle:

„Jaja, bis zur Tür und äh \* ich glaube auch, ähm \* ich bin mit ihr// ich bin// eigentlich geh ich immer mit den Leuten \* zur Tür, auch bei ihr war ich mit ihr zur Tür gegangen, und dann war es auch wieder so dieses, noch mal in die Augen kucken, und dann äh, diese Vergewisserung, und okay, ähm \* ich komm wieder, und das kriegt man über die Augen hin, also das issis' ganz (x) also, das eine sind die Hände, aber die Augen, wenn die noch mal 'n kurzen Moment diesen Kontakt herstellen, dann weiß man eigentlich, okay, das stimmt, das meint jemand, oder er \* kann diesen Augenkontakt nicht halten, und geht \* irgendwie weg. Und dann kann man eigentlich auch fast davon ausgehen, dass er nicht mehr kommt.“ (FMA2, Zeile 1296 – 1308)

Der Augenkontakt ermögliche dem Berater wahrzunehmen, ob die Beziehung eine tragfähige sei (*dann weiß man eigentlich ... das stimmt*). Gelänge ihm dies nicht, könne er davon ausgehen, dass diese KlientInnen *nicht mehr wiederkommen*. Gleiches Potential sähe er im Körperkontakt (Handgeben), in der Art, wie die KlientInnen zur Tür gingen, und in der verbalen Reaktion/Nichtreaktion auf die Verabschiedung:

„... mir issis' es auch immer wichtig gewesen, äh, so \* Körperkontakt zu ham, also dass ich jemand die Hand gebe, und irgendwie auch so verabschiede. Also, das geht schon. Aber ich mein, man merkt natürlich, und man merkt auch über diesen Händedruck, oder diesen \* diese Wirkung über die Hände, wie jemand äh, das beantwortet, also und wie jemand Augenkontakt dann herstellt, und \* ob jemand dann irgendwie \* raus \* schleicht durch den \* je nachdem, wo, in welchem Beratungszimmer man ist, der Gang ist ja relativ lang, und man muss ja möglicherweise, wer sich da nicht auskennt, ihn dann auch noch mal zur Tür begleiten, äh, da gibt's auch Momente, wo man ganz viel \* noch mal rück- \* kriegt, also, ob jemand noch mal kuckt, bevor er raus kriegt, und tschüss sagt, ob er jemand ankuckt, oder \* Wiedersehen oder schönen Dank ...“ (FMA2, Zeile 639 – 654)

Ähnliches berichten alle BeraterInnen:

„Ich schüttle die Hand, also so beim äh Begrüßen als auch beim Verabschieden ...“ (FMA1, Zeile 1188 – 1189)

„... dann begleite ich die Menschen dann noch zur Tür und verabschiede mich in der Regel mit Handschlag, das issis' so, und wünsche noch ne schöne Woche oder so jetzt, ja.“ (FMA4, Zeile 301 – 304)

Auch der Abschied, die zweite Phase des Beendens des Erstgesprächs, erscheint in doppelter Funktion: zum einem in der Möglichkeit, den Kontakt zu erhalten, und zum anderen wahrzunehmen, ob es noch bzw. weiterhin ein Beziehungsangebot der KlientInnen gibt.

*Zusammenfassung Beenden des Kontaktes:*

Die BeraterInnen beendeten Kontakte in zwei Schritten. Den ersten Schritt, das Beenden des Gespräches, beschrieben die BeraterInnen in Abhängigkeit von im Erstgespräch nicht gelösten Konflikten. Würden die wesentlichen Ziele der Beratung aus Sicht der BeraterInnen erreicht und stimmten KlientInnen damit überein, würde die Phase des Beendens des Gespräches dagegen nicht thematisiert. Das Ende des Beratungsgespräches würde akzeptiert, ohne dass dieser Bestandteil in den Mittelpunkt der Beratung trete. Ufere das Gespräch jedoch aus, so würden die BeraterInnen auch bei einem aus ihrer Sicht gelungenen Erstgespräch das Ende des Gespräches zum Thema machen. Nähmen die KlientInnen die Beendigung des Gespräches an, trete das Erstgespräch in seine letzte Phase, die Verabschiedung. Bleibe das Beenden trotz Thematisierung für BeraterIn und KlientIn problematisch, weil Unsicherheit darüber bestehe, ob die wesentlichen Ziele wirklich erreicht worden seien, könne die Vereinbarung von Folgekontakten ein möglicher Weg zur Akzeptanz des Beendens des Gespräches sein.

Nicht gelöste Konflikte im Gespräch könnten dagegen zur Nichtakzeptanz des Beendens des Erstgespräches durch die KlientInnen führen. Je weniger Konflikte im Gespräch zufriedenstellend bearbeitet worden seien, desto wahrscheinlicher ist die Gefahr eines für sie und die KlientInnen unbefriedigenden Gesprächsabbruchs.

Unabhängig davon, wie das Beenden des Gespräches verlaufe, versuchten die BeraterInnen im folgenden zweiten Schritt, die Verabschiedung der KlientInnen so zu gestalten, dass diesen ein Wiederkommen möglich wäre. Die inhaltliche Kommunikation werde nicht mehr weitergeführt, während der Beziehungserhalt bis zur letzten Minute des Kontaktes für die BeraterInnen von eklatanter Bedeutung bleibe (Abbildung 6).

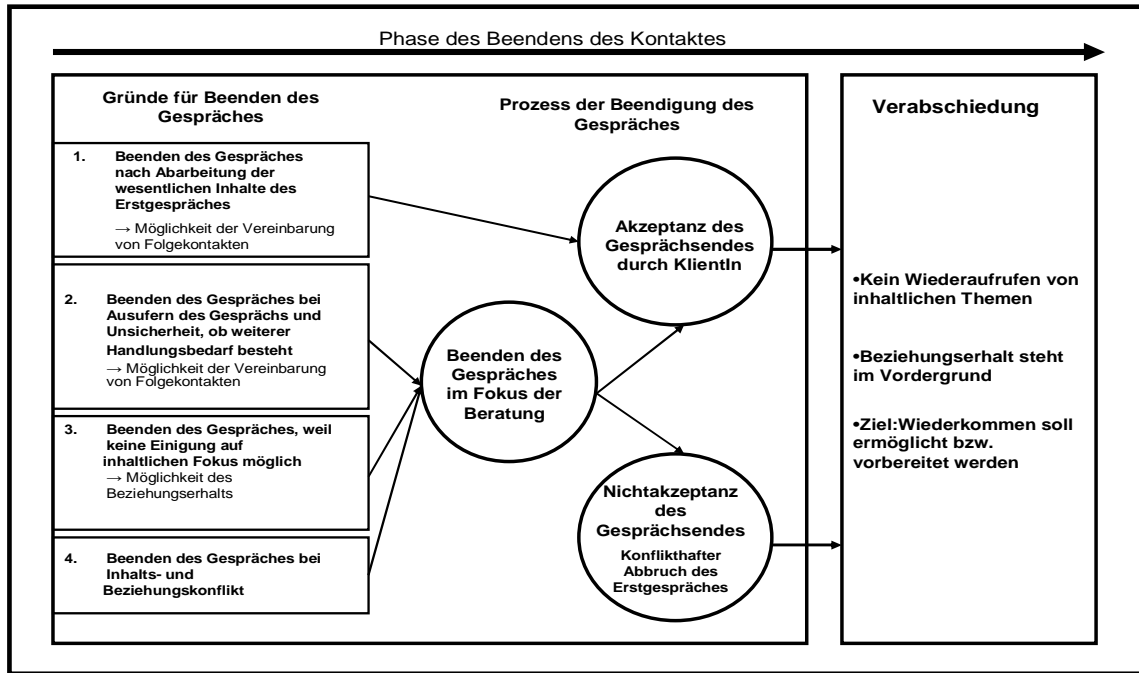


Abbildung 6: Phase des Beendens des Kontaktes

#### VI.1.1.2.3 Bestandteile des Erstgesprächs, denen keine zeitlichen Phasen zugeordnet werden können

Die Bestandteile *Fokussierung*, *Situationsklärung* und *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* konnten im Rahmen der allgemeinen Aussagen zum Prozess des Erstgesprächs nicht sequentiell in den Ablauf des Gesprächs eingeordnet werden. Sie werden von den BeraterInnen aber punktuell in ihrem Wirken und Zusammenwirken beschrieben. Die Bestandteile *Emotionale Unterstützung und Entlastung* und *Beziehungsaufbau und -erhalt* werden von den BeraterInnen phasenübergreifend und sequentiell in den Ablauf des Erstgesprächs dargestellt bzw. an kritischen Punkten des Gesprächs, an denen sie in den Vordergrund der Beratung treten. Sprechen die BeraterInnen über diese als phasenübergreifend, so beschreiben sie diese eher als Merkmale des Beziehungsaspektes der Kommunikation. Treten sie in den Vordergrund des Erstgesprächs, werden sie als Einheit von inhaltlicher und beziehungsstiftender Kommunikation dargestellt.

### Fokussierung

Um kommunizieren zu können, müssen BeraterIn und Klientin einen gemeinsamen Fokus für das Erstgespräch und unter Umständen auch für die Bearbeitung einzelner Bestandteile des Erstgesprächs finden. Die Aushandlung des „**Worüber-sie-reden**“ (Inhaltsaspekt) und „**Wie-sie-darüber-reden**“ (Beziehungsaspekt) beschreibt der Bestandteil des Erstgesprächs *Fokussierung*. So stehe die Fokussierung erstens am Anfang jedes Gespräches, um zu klären, was im Mittelpunkt des Erstgesprächs stehen sollte. Aber der Bestandteil Fokussierung würde zweitens von den BeraterInnen auch wieder aufgerufen, wenn es zu Differenzen im Gespräch komme. Dies könnte Differenzen in der inhaltlichen Bearbeitung betreffen, z. B. wenn Anliegen des/der KlientIn außerhalb der Möglichkeiten des BKD lägen. Auch das „Wie“ des Gespräches könne zum Problem für BeraterIn und KlientIn werden. Der Beziehungsaspekt würde in den Vordergrund einer erneuten Fokussierung treten. Notwendige Fokussierungen im Verlauf des Gespräches, die bei Differenzen in der Bearbeitung einzelner Bestandteile des Erstgesprächs entstehen, werden im Zusammenhang mit diesen Bestandteilen differenziert dargestellt.

Die *Fokussierung* beginne für die BeraterInnen mit der Kontaktherstellung. Wie bereits beschrieben sei auch hier der erste Schritt das Wahrnehmen eines möglichen Fokus für das Gespräch.

„...weshalb ruft er an, worum geht es ihm? Welche Vorstellungen hat er oder Erwartungen hat er? Hat er eigene Ideen schon zu seiner Geschichte jetzt, Vorerfahrungen, Umgang mit seiner Thematik? Ist er irgendwo eingebunden? Hat er Anlaufstellen?“ (FMA3, Zeile 2412 – 2414)

Die BeraterInnen wollten erfahren, *worum* es den KlientInnen gehe. Sie würden *ihre Vorstellungen und Erwartungen* aufnehmen.

FMA3 beschreibt, dass er zunächst bitte, sich *einfach zu äußern*:

„...mit Fragen bitte ich ihn, sich einfach so zu äußern,...“ (FMA3, Zeile 2541)  
„Entweder ihn da noch mehr einzuladen, ihn einzuladen – gut: „Sie können ruhig, trauen Sie sich ruhig.“ So, ja? Und: „Ich halte – ich halte das schon aus.“ (FMA3, Zeile 2495 – 2497)

Die Frage nach dem Fokus der KlientInnen verbänden die BeraterInnen mit einem *einladenden* Beziehungsangebot, um sie zum Gespräch zu ermutigen (*trauen sie sich ruhig*). Mit den ersten spontanen Angaben beginne die Aushandlung des Fokus zwischen BeraterIn und KlientIn.

„Also, ich versuche dann schon, also, mich einzubringen und zu sagen: „Ich habe gerade bemerkt.“ Oder: „Ich habe den Eindruck, dass ...“ Und dass er schon ... (UNV.) mit der Frage: „Ist das – stimmt das, wie ist das? Habe ich da was Richtiges wahrgenommen?“ Oder ... Und dann bitte ich ihn, auch dann so möglichst schnell wieder, dass er dann – sich dann dazu verhält. Weil dann ist es eine Interaktion. Das ist ja sozusagen das – das wichtige Element.“ (FMA3, Zeile 2674 – 2681)

FMA3 *versuche sich einzubringen*, indem er auf die KlientInnen eingehe. Voraussetzung dafür sei die ganzheitliche Erfassung des Anliegens der KlientInnen in ihrem inhaltlichen Anliegen und dem dahinter verborgenen Beziehungswunsch:

„... welche Mimik, Gestik, bla derjenige dann da hat, dass das alles mit einfließt.“ (FMA1, Zeile 1276 – 1277)

Es komme darauf an, dass die KlientIn *sich möglichst schnell dazu verhält*, um gemeinsam den Fokus des Gespräches bestimmen zu können. Die BeraterInnen sähen sich als aktiv Einflussnehmende auf den Fokus des Erstgesprächs, weil sie als BeraterInnen einerseits die Problemlage der KlientInnen aufgrund ihrer Professionalität differenziert erfassen könnten und andererseits die Begrenztheit der Möglichkeiten der Krisenintervention im BKD kennen würden.

„Das kann er so nicht wissen, was wir eigentlich machen, wie das eigentlich so sein kann oder ... Das kann ich ihm dann ja anhand seiner, seines Anliegens hier auch vermitteln. Das konkret bezogen auf das, was er auch will.“ (FMA3, Zeile 2504 – 2507)

Der BeraterIn, so sieht es FMA3, obliege damit die Entscheidung über den Fokus der Beratung (*das ist mein Part*)<sup>18</sup>:

„So - und das ist mein Part, sozusagen den Rahmen, den defi//, definiere ich dann. Aber darin kann sich der natürlich auch bewegen.“ (FMA3, Zeile 2501 – 2503)

Auf den Punkt gebracht, bilde das Anliegen des/der KlientIn den Ausgangspunkt der *Fokussierung*, welcher aber durch die Rahmenbedingungen des BKD eingeschränkt sei.

„Bis hin zu sagen: „Gut, dann müssen wir dann mal gucken, das geht eher nicht. Das ist hier eine Beratungsstelle, eine Krisenberatungsstelle. Und das hat einfach dadurch seine Begrenzung.““ (FMA3, Zeile 2497 – 2500)

Stimmten das Anliegen der KlientIn mit dem Fokus der BeraterIn überein (*geht er gleich an*), so ende der Prozess der *Fokussierung* bereits an dieser Stelle. Hier komme es zu keiner Verhandlung des Fokus, sondern einer impliziten Einigung auf diesen.

Es könne auch sein, dass BeraterInnen in dem vorgetragenen Anliegen der KlientInnen nicht sofort auf alle ihnen wichtigen Aspekte reagieren:

„Dass ich also aus meiner Wahrnehmung der Person, wenn ich da was merke wie: Aha, da klickert gerade etwas, was \*\* – sozusagen über die erste Schilderung hinausgeht, dann – je nachdem, entweder geht er das gleich an. Oder (UNV.) – natürlich nicht, dann merke ich mir das immer vor und lasse ihn erst mal ein bisschen warm werden mit seiner Schilderung.“ (FMA3, Zeile 2647 – 2653)

*Dann merke ich mir das immer vor und lasse ihn... ein bisschen warm werden* könnte darauf hindeuten, dass dem Beziehungsaspekt größere Priorität als dem gemeinsamen inhaltlichen Fokus eingeräumt würde. Deshalb würden einige Wahrnehmungen der BeraterInnen im Kon-

---

<sup>18</sup> Hier wird meiner Meinung nach deutlich, dass die angestrebte symmetrische Kommunikation in Beratungssituationen (vgl. II.2) nicht aufrecht gehalten wird. Die Asymmetrie zugunsten der KrisenberaterIn ist unübersehbar.

takt, auch bei Bedeutsamkeit für die Krise des/der KlientIn, nicht in den Fokus eines Erstgesprächs gestellt werden. FMA1 führt dazu an:

„...jetzt nicht gewagt zu sagen, (kichert) um dass das nicht in den falschen Hals kommt, aber so was, das ist zu intim. Das wäre jetzt, das würde ich nicht in nem Erstgespräch, also wenn überhaupt, aber jedenfalls nicht im Erstgespräch ansprechen und auch nicht so oder das, also, also, weiß ich nicht, was da an Beziehung schon da sein müsste oder wo ich denke, das geht. Aber das denk ich mir und dann guck ich, ob ich damit in irgend 'ner anderen Form was mache, äh oder rein als Diagnostik benutze oder ähm einfach nett reflektiere.“ (FMA1, Zeile 1247 -1256)

Wenn ein Erstgespräch also nicht ausreichte, um eine Beziehung zu schaffen, die erlaube, bestimmte Themen *anzusprechen*, würde von einem Nachfragen abgesehen. Dann würden diese Wahrnehmungen der BeraterInnen „nur“ zur *Diagnostik* bzw. *Reflexion* des Erstgesprächs genutzt. Hier wird letztlich gesagt, dass das Niveau der Beziehung die Wahl der Foki begrenzt. Oder anders: Gelingt es nicht, sich über das „Wie-darüber-reden“ zu einigen, würde auch kein gemeinsamer Fokus für das Gespräch gefunden werden.

Entspreche der Fokus des/der KlientIn nicht dem aufgrund der Problemschilderung erwarteten bzw. im BKD möglichen, versuche die BeraterIn dies zu thematisieren. In diesem Zusammenhang schildert FMA2 ein Anliegen eines Klienten. Ein Klient habe sich an den BKD gewandt, weil er obdachlos geworden sei. Sein Fokus sei gewesen, im BKD übernachten zu können (FMA2, Zeile 504 – 513). Dies habe FMA2 natürlich ablehnen müssen (*ich hab auch keine andere Möglichkeit*):

„Und wo ich dann dachte, na ja äh \* ich hab auch keine andere Möglichkeit, als dir das anzubieten. So. Und dann \* war eher dieser Punkt zu sagen, okay, aber ich hab ja nicht nur ein// also wenn man dann sagt, okay, Sie müssen dann halt äh, in die Franklinstraße zur \* zum, zum Obdachlosenheim.“ (FMA2, Zeile 513 – 518)

Die Ablehnung des Fokus des Klienten habe nicht nur diesen selbst *unzufrieden* gemacht, sondern auch FMA2, die ihm gern ein anderes Angebot gemacht hätte:

„Und das \* geht natürlich// ich weiß natürlich, dass dieser Mensch \* äh unzufrieden \* aus diesem \* Gespräch rausgeht, das ist \* klar, und das war ja auch \* so, und wo ich dann dachte, na ja gut, ich hätt ihm \* hätt ihn ganz gern 'n bisschen besser ähm \* ja \*\* versorgt.“ (FMA2, Zeile 531 – 535)

Die Unmöglichkeit, sich auf einen Fokus zu einigen, scheint zunächst auf der inhaltlichen Ebene zu liegen. Unter der Prämisse der Ganzheitlichkeit dieses Kommunikationsaktes bleibt der Beziehungsaspekt jedoch nicht unberührt. FMA3 sei es wichtig, den vordergründig inhaltlichen Dissens durch eine gute Beziehung abzufedern, um ihn erfolgreich bewältigen zu können.

„Und erst sozusagen ein bisschen soft anzufangen, mich für sich einzunehmen und dann so richtig so: wusch, ja? Irgendwie mal so (UNV.) – meine Deckung oder so was aufzuweichen und dann so: zack! Ja?“ (FMA3, Zeile 2909 – 2912)

Damit wäre nach Aussagen von FMA3 der Aufbau einer guten Beziehung der *Fokussierung* vorgelagert, was so bereits auch in den Aussagen über die Begrüßung im Rahmen der Kontaktherstellung formuliert wurde. Bemerkten die BeraterInnen im Verlauf des Gespräches, dass der Beziehungsaspekt der Kommunikation irgendwie nicht stimme (*bevor hier irgendwas ungut wird*), könnten sie dies *ansprechen*:

„Also, bevor jetzt irgendwie was hier ungut zu werden, versuche ich es anzusprechen. Weil das – das ist einfach heilsam. Also, entweder es bestätigt sich etwas, oder es erweist sich möglichst früh, dass man da vielleicht was miss//, dass man sich gerade wieder missversteht oder so was, ja? Was überhört hat, oder dass ich auch ein paar Schritte leiser oder so was bin. Und das ist dann eben auf jeden Fall wirklich eine wichtige Weichenstellung, um wirklich auf der inhaltlichen Ebene weiterzukommen.“ (FMA3, Zeile 2883 – 2893)

Eine neue Phase der *Fokussierung* hinsichtlich des „Wie-reden-wir-darüber“ würde eingeleitet (*da man sich vielleicht missversteht*). Erst wenn es gelänge (*wichtige Weichenstellung*), diese Missverständnisse (dabei könnte es sich auch um unterschiedliche Erwartungen an das „Wie“ resp. an die Beziehung handeln) auszuräumen, wäre es möglich, den inhaltlichen Fokus weiterzubearbeiten (*auf inhaltlicher Ebene weiterzukommen*).

Misslinge die Einigung auf einen Fokus, den KlientIn wie BeraterIn akzeptieren könnten, könnte dieser Konflikt ebenfalls weitreichende Auswirkungen für das Erstgespräch haben. Der Konflikt könnte zum Abbruch des Gespräches führen, wie es bereits unter dem Bestandteil *Beenden des Kontaktes* beschrieben wurde. Oft würden KlientInnen auf das Misslingen der Einigung auf einen gemeinsamen Fokus mit *Entwertung* reagieren:

„So – plötzlich dann knallt's, und dann kommt doch die Entwertung. Ich sage dann schon mal: „Okay, gut, da ist es ja. Jetzt ...“ Das sage ich dann auch schon mal – ich muss mich auch dann irgendwie so ein bisschen wehren. Ich sage: „Da ist ja die Entwertung.“ Ich habe sie gespürt, jetzt ist sie da. Und dann – in diesem Fall hier: „Wollten Sie das vielleicht auch sogar?“ „Ja – und hier den Beruf verfehlt ...“ Und was – das Übliche, was alles da so kommen könnte. Aber ... Also, das kann mich trotzdem treffen. Das will ich damit überhaupt nicht sagen. Ich bin ja nicht irgendwie unberührbar.“ (FMA3, Zeile 2923 – 2933)

Die Entwertung einer KommunikationspartnerIn führt zu einer Mystifizierung und Entfremdung des eigentlichen Problems. Diese Folgen kennzeichnen nach Watzlawick, Beavin & Jackson (1985) die Entwertung als Form der Beziehungsstörung in der Kommunikation. Die Reaktion des/der KlientIn lässt somit darauf schließen, dass der Konflikt um die Aushandlung eines gemeinsamen Fokus auf der Beziehungsebene ausgelöst wurde. FMA3 erlebe eine solche Kommunikationsstörung emotional belastend (*das kann mich trotzdem treffen... ich bin ja nicht irgendwie unberührbar*). In einer solchen Situation könnten die BeraterInnen die Störung der Beziehung selbst in den Fokus der Beratung stellen. Hierauf wird in der Analyse des Bestandteils *Beziehungsaufbau und -erhalt* eingegangen (s. u.). Nur soviel sei vorweggenommen: Gelingt die Wiederherstellung einer förderlichen Beziehung nicht, könnte es zum



Abbruch des Erstgesprächs kommen<sup>19</sup>. Ohne eine Einigung auf das „Wie“ könne also unter der Prämisse der Ganzheitlichkeit der Kommunikation auch keine Einigung mehr über das „Was“ erzielt werden. Letztlich stellt sich hier die inhaltliche Ablehnung eines Fokus als Folge des Scheiterns der Beziehungsaushandlung dar.

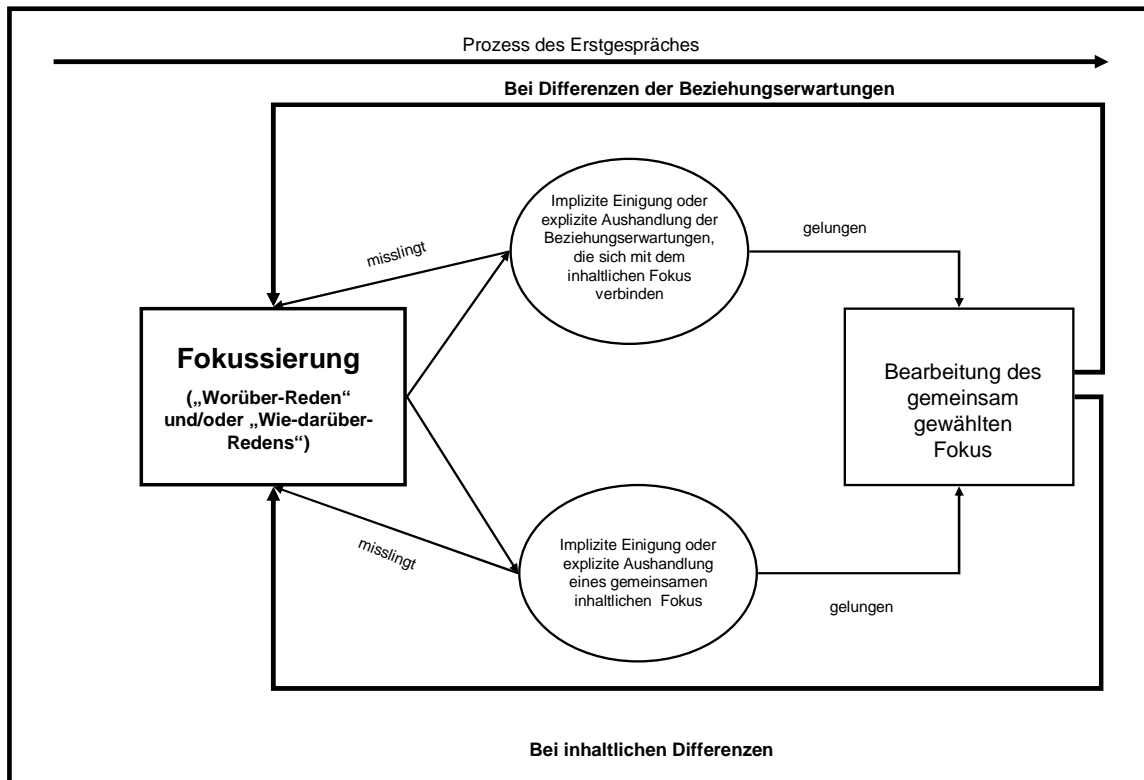


Abbildung 7: Fokussierung im Erstgespräch

#### Zusammenfassung Fokussierung:

Die Frage des „Worüber-Redens“ sei in dem Gespräch von Anfang an untrennbar mit dem „Wie-darüber-reden“ verbunden. Die Einigung auf ein Gesprächsthema könne implizit erfolgen, ohne dass die *Fokussierung* des Beratungsthemas verhandelt werde. Sie könne aber auch explizit am Anfang der Beratung stehen. Gelingen das Finden eines gemeinsamen Fokus, könne die inhaltliche Bearbeitung beginnen, misslinge sie jedoch, gerate die Beziehung in Gefahr. Ein „circulus vitiosus“ werde in Gang gesetzt, der letztlich zum Abbruch des Erstgesprächs führen könnte.

Im Verlauf des Gespräches könne die *Fokussierung* immer wieder zum Beratungsschwerpunkt werden. Immer dort, wo Differenzen in inhaltlichen und/oder Beziehungserwartungen im Gesprächsverlauf entstünden, trete wieder die explizite Aushandlung eines gemeinsamen Fokus in den Vordergrund der Beratung. Tendenziell wird in den Aussagen der BeraterInnen

<sup>19</sup> Dieser Kreislauf wird von den BeraterInnen für als misslungen eingeschätzte Erstgespräche, besonders für Gespräche mit KlientInnen mit chronifizierten Krisen, ausführlich beschrieben (s. VI.2)

deutlich, dass die Aushandlung des „Wie-darüber-Redens“ einerseits die entscheidende Basis einer gelungenen *Fokussierung* darstellte, andererseits inhaltliche Differenzen immer auch die Beziehungserwartungen gefährdeten. (Abbildung 7)

### Situationsklärung

Eng verbunden mit der *Fokussierung* ist der Bestandteil der *Situationsklärung* im Erstgespräch. Er tritt uns im Prozess der Beratung zweifach entgegen. Zum einem sei sie Voraussetzung des Findens eines gemeinsamen Fokus, indem von den BeraterInnen wahrgenommen und erfragt wird, worum es den KlientInnen geht. Zum anderen sei sie ein mögliches Ergebnis von *Fokussierung*.

In der ersten Form beschreiben die BeraterInnen die *Situationsklärung* in Vorbereitung des Findens eines gemeinsamen Fokus. Auch hier spiele die Wahrnehmung der szenischen Inszenierung der KlientInnen wieder eine große Rolle (*wie steht er vor der Tür*). Das szenische Verstehen gehe dem inhaltlichen voraus (*mitkriege ... wie ist er gestimmt*). *Situationsklärung* in der Phase der Kontaktherstellung sei somit vor allem Erfassung der Gestimmtheit der KlientInnen und sich daraus ableitender Beziehungsangebote.

„...wie steht er jetzt vor der Tür, ja? Also, ist er eingeladen worden? Oder hat er das einfach zufällig hier erfahren? Oder ist er einfach so aufs Geratewohl hin – oder ... Weil ich darüber auch mitkriege: Also, wie ist er gestimmt? Und wenn er darauf sozusagen auf Augenhöhe antworten kann, dann weiß ich, also, er fällt dir nicht gleich irgendwie vom Stuhl oder sonst was. Oder bricht dann nicht völlig zusammen.“ (FMA3, Zeile 2542 – 2551)

BeraterInnen ordneten den Bestandteil *Situationsklärung* aber vor allem nach der Einigung über einen gemeinsamen Fokus ein („worüber“ und „wie“ darüber geredet wird). Die zweite und eigentliche Phase der *Situationsklärung* beginne mit inhaltlichem Nachfragen an die KlientInnen. Zum einen gehe es darum, *Wissenslücken* zu schließen und die KlientInnen besser zu *verstehen*:

„Na ja, und die Fragen haben zum einen halt schon den \* Sinn, irgendwelche äh \* Wissenslücken, beziehungsweise irgendwelche Geschichten, die ich nicht verstehe, \* zu hinterfragen, und noch mal zu erörtern, \*.“ (FMA4, Zeile 157 -160)

Man suche gemeinsam *prägnante Sachen* in der aktuellen Krise, die der/die Klientin vielleicht *aus dem Leben bereits kennen könnte*. Die BeraterInnen würden versuchen, den KlientInnen zu helfen, die jetzigen Geschehnisse in ihre *Biografie* einzuordnen. Gleichzeitig erführen sie viel über Copingstrategien, Ressourcen der KlientInnen und mögliche Chronifizierungen.

„Ja. Also, wenn es prägnante Sachen sind, dann frage ich ihn schon mal, ob er das kennt aus seinem Leben. Also, wenn ich den Eindruck bekommen habe: Das ist etwas, was er zum wiederholten Male erlebt, was ihm jetzt ein Problem bereitet, vermutlich früher auch. Damit er einfach so eine Verbindung zu sich, zu seiner Person, in seiner Biografie...“ (FMA3, Zeile 2618 – 2623)

Mit inhaltlichen Nachfragen würden die BeraterInnen den Prozess der *Situationsklärung* aktiv steuern:

„... durch Fragen das Gespräch bisschen zu lenken, und auch zu zentrieren ...“ (FMA4, Zeile 149 – 150)

Im Sinne der Ganzheitlichkeit der Kommunikation ständen hinter dem inhaltlichen Nachfragen der BeraterInnen immer konkrete Beziehungsangebote. Sie würden den KlientInnen signalisieren, dass ihre Äußerungen bei ihnen *ankämen*, angenommen würden (*es ist okay*) und sie sich *interessieren*:

„... aber dann halt auch ‘n ganz deutliches Signal, pass uff, ich bin interessiert, \* mich äh// \* wie issis' das denn, und und \* es issis' okay, was du sagst, und äh, es kommt bei mir an, und äh, ja, \* mach weiter, ja? Also so in, in dem Sinne.“ (FMA4, Zeile 161 – 165)

Mit dem Nachfragen in der *Situationsklärung* würden unterschiedliche Beziehungsangebote transportiert werden können. Ein Ziel des Nachfragens könne für die BeraterInnen sein, die Einsicht der KlientInnen (*...sagen ...sehen wir*) in ihre Krisensituation zu fördern:

„... damit er vielleicht auch dann sagen kann entweder: „Ja.“ Oder vielleicht: „Sehen wir.“ Weil wenn diese Situation da ist, ist sie halt auch gegenwärtig. Und dann hat sie eben auch einen besonderen Wert.“ (FMA3, Zeile 2624 – 2627)

FMA4 nennt weitere Möglichkeiten für Beziehungsangebote:

„... ja, nich was Neues entstanden ist, und das issis' eigentlich das Spannende, dass irgendwo ne neue Geschichte raus kommt, weil \* (RÄUSPERT SICH) die Klienten, die zu uns kommen, die haben ja in der Regel \* also \*5\* die haben ja sich über ihre Geschichten oder über ihre Situation schon sehr viele Gedanken gemacht, ja? Aber \* nich unbedingt drüber geredet, aber \* ich denke nich, dass (xxxx) jetzt so jetzt (x) denen unbedingt was total Neues vermittelt, sondern es geht eigentlich mehr darum, \*\* dass die was loswerden, was erzählen, und dass durch das Zuhören und das (xxx) und das Räsonieren irgendwie was Neues entsteht.“ (FMA4, Zeile 669 – 679)

Es gehe nicht unbedingt darum, etwas *total Neues zu vermitteln*, vielmehr bräuchten die KlientInnen Beziehungsangebote, bei denen sie sich zunächst entlasten könnten (*dass die was loswerden*). Im besten Falle könne durch das *Räsonieren* der KlientInnen doch etwas *Neues* entstehen. Dies könnte Entlastung bedeuten, ebenso ein besseres Verstehen der Krise und die Möglichkeit, ihre Bewältigung in Angriff zu nehmen. Letztlich komme es nicht auf den Inhalt (die bloße *Faktenlage*) an, sondern auf das Beziehungsangebot, das mitschwingt (*es geht im Grunde genommen immer um die Beziehung*).

„Aber das spielt sich eigentlich (Faktenlage?) ab, dass das jetzt irgendwo \*2\* denen ein guter Rat erteilt worden issis' oder sonst irgendwie was, sondern das geht da im Grund genommen um ne \* ja \*2\* ja, um ne Beziehung, ja?“ (FMA4, Zeile 679 – 683)

Alle inhaltlichen Nachfragen würden letztlich dem Ziel dienen, den Erhalt der Beziehung zu fördern (*weiter in Fluss bringen*) und aktiv zu gestalten (*Stück weit in ne Richtung zu lenken*).

„Und wie gesagt, ich bin da auch sehr zurückhaltend mit äh \*2\* Detailfragen oder Nachfragen, das merk ich mir dann (xx) dass äh, Nachfragen drehen sich dann immer halt nur, um das Gespräch

entweder weiter in Fluss zu bringen, um so rückzuversichern, und auch 'n Stück weit in ne Richtung zu lenken, wo ich denke, wo es langgeht.“ (FMA4, Zeile 411 – 417)

FMA3 betont, *nicht zu schnell* über die Aussagen der KlientInnen auf Nachfragen *hinwegzugehen, sondern diese zu nutzen*.

„Und dann versuche ich, auch das – damit irgendwie umzugehen. Das auch dann so einen Moment auch – ja – festzuhalten und das auch so zu nutzen dafür und nicht zu schnell darüber hinwegzugehen, was sehr oft der Fall ist.“ (FMA3, Zeile 2629 – 2631)

*Nutzen* heiße im Rahmen der *Situationsklärung* weitere mögliche Foki der KlientInnen zu entdecken. FMA5 beschreibt z. B. eine Klientin, die hinter einer *autonomen* Fassade Hilfsbedürftigkeit (*sich nicht trauen zu fragen*) verberge, welche erst durch nachfragen sichtbar und bearbeitbar (*eigentlich ein Bedürfnis gibt*) geworden sei:

„Dann, das issis' jetzt wieder so'ne Interpretation, dass \* gerade die \*2\* so sehr autonom wirkenden Klientinnen, die so was haben, "ich schaffe alles alleine", oft sich nich zu fragen trauen, /mhm/ obwohl es eigentlich 'n Bedürfnis gibt danach, irgendwie Unterstützung zu bekommen ...“ (FMA5, Zeile 498 – 514)

FMA3 spricht in diesem Zusammenhang aber auch von *Irritierung*, von der Angst der KlientInnen, wenn typische, oft schmerzliche Erfahrungen angesprochen bzw. erfragt würden:

„Weil es irritierend ist für den Menschen, weil er vielleicht nicht genau weiß, was das ... Was passiert, wenn ich mich damit zeige, wenn es zum Thema wird?“ (FMA3, Zeile 2631 – 2634)

Die BeraterInnen würden einerseits solche Signale nicht ignorieren. Andererseits würden sie aber erwägen, ob diese in den Fokus der Beratung gezogen werden sollten. Die Erwägungen sind die gleichen, wie sie bereits im Abs. *Fokussierung* beschrieben wurden (vgl. besonders die Aussagen von FMA1, Zeile 1247 – 1256). Immer gehe es darum, ob dieser Fokus im Augenblick ins Gespräch *passe*, ob er bei nächster (*möglicher*) *Gelegenheit zum Thema gemacht* würde oder gar nicht ins Gespräch einbezogen werde.

„Also, da versucht man schon zu signalisieren: Ich habe da was mitbekommen. Da hat er was signalisiert, was (UNV.). Ist seine Reaktion. Und die will ich nicht einfach ignorieren (UNV.) Ist es etwas Besonderes? Das will ich auch ... Oder sie zumindest mir vorzumerken, weil es passt für mich nicht immer so haargenau, dass (UNV.) Das ist etwas, wo ich dann bei nächst möglicher Gelegenheit das zum Thema mache.“ (FMA3, Zeile 2635 – 2641).

Die Passung müsste sich am Inhalts- und Beziehungsaspekt des neuen Themas ausrichten. Mit der Einbeziehung eines neuen, der KlientIn vielleicht verborgenen Aspekts ihres Problems in die Beratung würde der Bestandteil *Situationsklärung* vorübergehend verlassen und neu fokussiert werden. Die Aushandlung des Fokus (des „Was-“ und „Wie-wird-darüber-geredet“) könnte das Erstgespräch wie bereits oben beschrieben in neue Richtungen lenken.

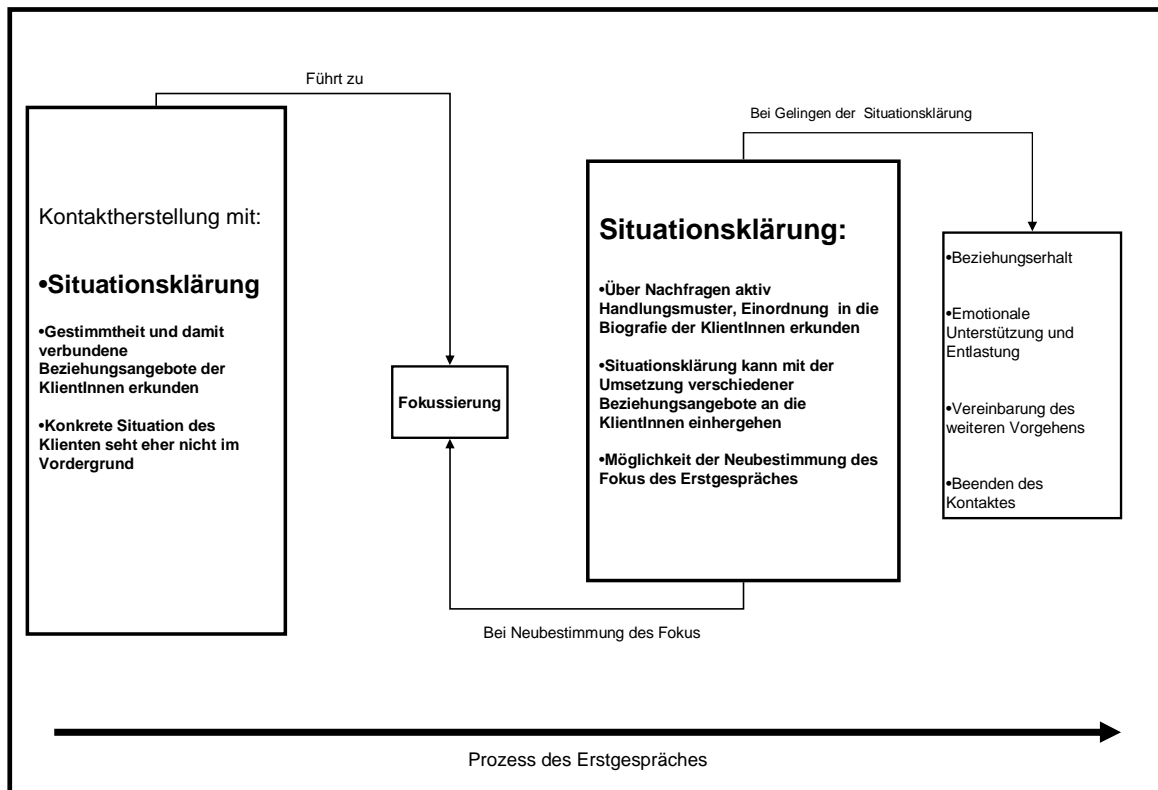


Abbildung 8: Situationsklärung im Prozess des Erstgesprächs

*Zusammenfassung Situationsklärung:*

Die *Situationsklärung* beginne mit der *Kontaktherstellung*, genauer mit den ersten Wahrnehmungen. Die ersten Wahrnehmungen, meist szenischer Natur, dienen vor allem der Erfassung der Gestimmtheit der KlientInnen und den damit verbundenen Beziehungserwartungen. Die BeraterInnen stiegen in eine vertiefte *Situationsklärung* ein, wenn der grundsätzliche Fokus der Beratung klar geworden sei. Mit der *Situationsklärung* würden die BeraterInnen verschiedene Beziehungsangebote transportieren können. KlientInnen könnten zu einer vertieften Einsicht in ihre Probleme (Verdeutlichung von Handlungsmustern, Einordnung in die Biografie) gelangen, die sich in gemeinsam vereinbarten Handlungsstrategien niederschlagen sollte (s. auch Vereinbarung des weiteren Vorgehens). Ebenso wäre es vorstellbar, Beziehungsangebote auf die Entlastung zu beschränken. Letztlich sei auch die *Situationsklärung* dem Ziel, die Beziehung zu erhalten, untergeordnet. Im Laufe der *Situationsklärung* könne aus Sicht der BeraterInnen die Notwendigkeit entstehen, den ausgehandelten Schwerpunkt des Erstgesprächs zu modifizieren. Dann würde eine erneute Aushandlung des Fokus erwogen (siehe Abs. *Fokussierung* und Abbildung 8).

### Vereinbarung des weiteren Vorgehens

Im Allgemeinen beschreiben BeraterInnen den Bestandteil *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* im Prozess des Erstgesprächs im Anschluss an die *Situationsklärung*<sup>20</sup>. Zur *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* komme es jedoch nur, wenn das Erstgespräch nicht im Konflikt abgebrochen werde (s. Abs. *Beenden des Gespräches*). Die BeraterInnen nennen drei Varianten der *Vereinbarung des weiteren Vorgehens*: Erstens die Einigung auf eine Beschränkung auf das Erstgespräch, zweitens das Angebot weiterer Gespräche und drittens den Verweis auf andere Institutionen.

Die *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* sei in vielen Fällen Teil der sequentiellen Phase der *Beendigung des Gespräches*. FMA3 leite die *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* mit einer Frage ein:

„Also, ein klarer Hinweis, dass wir jetzt einfach auch schon eine bestimmte Zeit hier sitzen und dass es darum geht, mal kurz zu schauen ... Ich stelle immer die Frage: „Okay, wie weit sind wir jetzt gekommen im Gespräch?“ Einschätzung auch von ihm, ne?“ (FMA3, Zeile 2726 – 2730)

Der Berater frage, wenn er und die KlientIn *schon eine bestimmte Zeit hier säßen*, um von der KlientIn zu erfahren, wo er im Erstgespräch stehe (*mal kurz zu schauen ...Einschätzung von ihm*). Dies lässt den Rückschluss zu, dass die BeraterInnen, wenn sie eine solche Frage stellen, die Ziele eines Erstgesprächs bereits zu großen Teilen erreicht sehen und ihre Sicht mit der des/der KlientIn abgleichen möchten.

„Wenn er dazu was sagt, kann ich sagen: „Ja, sehe ich auch so.“ Und kann sagen ... Und dann kann er fragen: „Reicht das?““ (FMA3, Zeile 2731 – 2733)

Stimmten die KlientInnen den BeraterInnen hinsichtlich seiner Einschätzung der Beratung zu bzw. erfragten die Einschätzung der BeraterInnen (*reicht das?*), könne mit der *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* begonnen werden. Ansonsten könne einerseits der bisherige inhaltliche Schwerpunkt weiter behandelt werden, bzw. wieder die *Fokussierung* in den Mittelpunkt des Gespräches treten (s. Abs. *Fokussierung*). Andererseits würden BeraterInnen - schon aus Zeitgründen – auch ohne Erreichen der wichtigen Ziele eines Erstgesprächs das Beenden des Gespräches einleiten (s. Abs. *Beenden des Kontaktes*).

Seien die wesentlichen Ziele für die BeraterInnen im Erstgespräch erreicht und bestehe kein über das Erstgespräch hinausreichender Bedarf, könne vereinbart werden, das Gespräch einfach zu beenden. Häufig sei dies in Telefonkontakten der Fall<sup>21</sup> (vgl. IV.2 Klientel des BKD):

---

<sup>20</sup> In der Regel findet sich der Bestandteil *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* am Ende der Beratung. Aber in der (Re)Konstruktion des Prozesses des Erstgesprächs aus den Fallbeschreibungen (VI.3) wurde deutlich, dass diese Reihenfolge nicht zwingend ist.

<sup>21</sup> 80 % aller Kontakte des BKD sind Telefonkontakte und 75% aller Kontakte sind Einmalkontakte.

„Was ich ganz selten mache, ist, mehr oder weniger, oder – zwar schon gemacht habe, aber relativ selten, am Telefon Folgekontakte zu vereinbaren. Also das ist so ziemlich eine Ausnahmege-schichte.“ (FMA4, Zeile 1679 – 1682)

Auch für KlientInnen aus dem psychiatrischen Bereich begrenzten BeraterInnen ihre Gesprä- che auf kurze Einmalkontakte mit vor allem entlastenden Zielen (vgl. VI.1.2.3 KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen).

Sähen die BeraterInnen die Notwendigkeit weiterer Gespräche (*da ist noch ein weiterer Be- darf*), machten sie den KlientInnen diesbezügliche Angebote:

„Und wenn ich die Idee habe: Da ist noch ein bisschen – da ist noch ein bisschen mehr, da ist ein weiterer Bedarf, der auch eigentlich jetzt ansteht, dass ich dann sagen kann: „Wir können auch darüber ein weiteres Mal reden. Wir können uns noch mal hier verabreden und können weiter im Gespräch bleiben dazu.“ Angebot in fragender Form: „Gut, okay. Was halten Sie davon?“ So ungefähr. „Was ist damit gemeint?“ Und dann sehe ich ja, wenn er sagt: „Ja, das wäre gut.““ (FMA3, Zeile 2733 – 2741)

FMA3 formuliert seine Ansicht in Frageform (*Was halten Sie davon?*), d. h. die Entscheidung müsste der/die KlientIn selbst treffen (*Und dann sehe ich ja, wenn er sagt: „Ja, das wäre gut.“*). Einerseits wird an dieser Vorgehensweise auch die Haltung der BeraterInnen zum selbstbestimmten und verantwortungsvollen Handeln der KlientInnen deutlich<sup>22</sup>. Andererseits machen die BeraterInnen als ExpertInnen Angebote, d. h. auch hier steuern sie das Gespräch aktiv:

„Und meistens ist ja auch so ein Gefühl dafür da. Aber ich finde auch dann eigentlich immer gut, wenn der das dann auch selber so sagt – aber nicht im Sinne von: „Ich will aber dann unbedingt kommen.“ Sondern: „Ich habe mitbekommen, warum – was bei Ihnen los ist und sehe da was, ak- zeptiere das auch, nehme das auch ernst. Und daraus das Angebot, es geht auch, darüber weiter zu reden.“ So fange ich meistens an, wenn es darum geht, zu einer Schlussvereinbarung zu kommen.“ (FMA3, Zeile 2742 – 2750)

Das Angebot an die KlientInnen zu weiteren Gesprächen könne auch direkter sein, knüpfte dies aber an bestimmte Bedingungen:

„Es kann aber auch sein, dass ich sage, ein bisschen deutlicher, direkter sage: „Ich biete Ihnen – ich biete Ihnen an: Kommen Sie doch noch mal her. Wir reden dann noch mal.“ So. Oder sage: „Ich fände es gut.“ Wenn ich das Gefühl habe – „Es macht auch Sinn.“ -, man muss ihn da so ein bisschen ziehen, weil er entweder einfach so zögerlich ist oder im Gesprächsverlauf auch irgend- was wahrgenommen hat, was ihn vielleicht doch zögern lässt. Nicht, weil es hier so, weil hier Störmomente waren, sondern aus seinen Gründen irgendwie heraus. Und wenn ich das wahrneh- me, dann versuche ich – aber schon in der ... Es könnte gut sein, dann versuche ich das auch so zu formulieren. Ohne dass er sich gezwungen fühlt, aber dass er merkt: Aha, der Berater ist der An- sicht, es könnte gut sein, vielleicht auch für mich gut sein, wenn ich noch mal komme. So.“ (FMA3, Zeile 2751 – 2761)

Die *Zögerlichkeit* von KlientInnen könne so ein Grund für ein direktes Kontaktangebot sein, nicht aber Störungen im Gespräch. Solche könnten, wie bereits erläutert, den inhaltlichen und/oder den Beziehungsaspekt der Kommunikation betreffen. FMA3 beschreibt sein Vorge-

---

<sup>22</sup> Von der Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortlichkeit der KlientInnen würde nur bei eindeutiger Selbst- und Fremdgefährdung i. S. des PsychKG abgesehen werden.

hen mit *ein bisschen Ziehen*. Er würde aber auf jeden Fall verhindern wollen, dass sich die KlientInnen *gezwungen fühlen*.

Folgegespräche könnten aber auch genau dann vereinbart werden, wenn BeraterInnen unsicher bzw. unzufrieden mit dem Gespräch seien:

- „I: Mhm. \*2\* Wie, wie kann man son Kontakt beenden? Oder wie be- wie beendest du da// wie wird der häufig beendet von dir und dem Klienten?  
E: So'n Unbefriedigender?  
I: Ja.  
E: Na ja, da würdest du jetzt sagen, okay, wir \* machen 'n Folgegespräch, Zeit issis' vorbei, \* und \* ja. \*3\*.“ (FMA4, Zeile 699 – 705)

Sie trafen manchmal nur aus *Verzweiflung* Vereinbarungen zu Folgegesprächen:

- „Ich treff sie manchmal aus Verzweiflung. \* /mhm/ Ich treff sie aus \* ja, ich treff sie dann aus Verzweiflung, wenn ich das Gefühl habe, okay, das äh \* führt jetzt nich mehr weiter, äh \* und vielleicht fällt mir bis zum nächsten Mal was ein, dass ich dann 'n Folgegespräch vereinbare.“ (FMA4, Zeile 694 – 698)

Oft führten die Unsicherheit der BeraterInnen auf eine nur bedingt gelungene *Fokussierung* und damit verbundene schwierige Beziehungsgestaltung zurück (s. auch Abs. *Fokussierung*). Dies betreffe besonders KlientInnen in chronischen Krisensituationen, die eigentlich mehr als eine Krisenintervention (*zur Therapie geraten*) benötigten. Sie könnten aber genau dies schwer annehmen, was sich wiederum bereits in einem von KlientIn und BeraterIn different beurteilten Fokus im ersten Gespräch ausdrücke (vgl. VI.1.2.2.2 KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen):

- „... ich hab ihr natürlich \* äh, zur Therapie geraten, weil in ihrer Situation, denk ich \* äh, braucht man was Längerfristiges, da hilft Krisenintervention überhaupt nicht mehr. Aber \* äh \* es iss is' jetzt gerade auch im Sommer absehbar, dass dauert. Ja? Und das heißt auf jeden Fall, es standen Überbrückungsgespräche an. \*\* Und dann kam halt zum Schluss die die// also da hab ich dann auch so praktisch mich in den \* Folgekontakt gerettet, wenn du so willst, ja?“ (FMA4, Zeile 804 – 812)

Hier gehe es in den Folgegesprächen nicht um eine notwendige Fortführung der Krisenintervention, sondern um *Überbrückungsgespräche*. Die Folgekontakte könnten dann dafür genutzt werden, mit KlientInnen den Übergang zur *Therapie* zu gestalten:

- „... auch um sie ins Arbeiten zu bringen, so 'n Stück weit, ja, damit das Ganze nicht nur so dieses \*Plakative, Festgefahrene hat, sondern dass es so ein Stück weit tiefer geht ...“ (FMA4, Zeile 815 – 818)

Über den Aufbau von Vertrauen könne es gelingen, die Beziehungsgestaltung so zu verändern, dass eine Veränderung des Fokus möglich würde. Letztlich würden damit solche Folgegespräche sowohl dem Beziehungserhalt als Grundlage der weiteren Arbeit dienen als auch einer Veränderung der Beziehungsgestaltung (*nicht ... so ... Plakatives... dass es ein Stück tiefer geht*).



Es komme auch vor, dass KlientInnen Folgegespräche ablehnten. Es könne in diesem Fall der Bestandteil *Fokussierung* aufgerufen werden und geschaut werden, ob eine Einigung bzgl. weiterführender Angebote erzielt werden könne (s. Abs. *Fokussierung*). Das Angebot würde von den BeraterInnen aufrechterhalten, ein Kontakt mit anderen BeraterInnen würde angeboten und immer auf ein mögliches Wiederkommen verwiesen werden.

„Na ja, dann hab ich ihr noch angeboten, dass sie gerne einzeln mit uns sprechen kann, hab ich ihm auch angeboten, er kann gerne ne Kollegin noch mal sprechen, wenn ihm das hilft, aber dass ich denke, dass das hier jetzt nich weitergeht.“ (FMA5, Zeile 630 – 634)

Jedoch werde es den BeraterInnen nicht immer möglich sein, Folgegespräche zu vereinbaren (*da kommen wir nicht weiter*), auch wenn eines der o. g. Ziele erstrebenswert seien (s. auch Abs. *Beenden des Kontaktes im Konflikt*):

„Okay, wir drehen uns an der Stelle im Kreis, da kommen wir nicht weiter, und es ist nicht zufriedenstellend und geht vielleicht an den wichtigen Dingen vorbei, dann – also mache ich das eben zum Thema. Und wenn es sich dann nicht beheben lässt, dann sage ich: „Gut, an der Stelle – sehe ich – kommen wir jetzt nicht weiter. Dann müssen wir es nicht jetzt beliebig weiterführen. Das müssen wir uns nicht beweisen.““ (FMA3, Zeile 1145 – 1152)

Dabei verbinde sich die Unmöglichkeit, einen gemeinsamen Fokus für das Erstgespräch zu finden, mit einer gravierenden Nichtübereinstimmung der Beziehungserwartungen von KlientIn und BeraterIn. Besonders nennen BeraterInnen hier aggressive Beziehungsangebote (z. B. Entwertung – s. Abs. *Beenden des Kontaktes*). Dabei werde die Ablehnung der Weiterführung des jetzigen Gespräches immer mit der unverbindlichen Einladung verbunden, sich bei Bedarf wieder an den BKD zu wenden:

„Gut, hier geht es um was anderes. Und das andere kann auch vielleicht noch mal stattfinden hier.“ (FMA3, Zeile 1060 – 1061)

Würden den KlientInnen Folgegespräche angeboten, gehöre für die BeraterInnen dazu, den KlientInnen zu erklären, was Folgegespräche seien könnten (*dass das hier endlich ist*) und was nicht (*dass wir da auch keine Therapie machen*):

„... nicht irgendwo ne \* ja, ne Therapieeinrichtung oder so wat, ja? \* Und erkläre dann halt auch noch mal das mit den Folgegesprächen, also dass wir da auch keine Therapie machen, aber Folgegespräche anbieten können, und lass da auch immer mehr oder weniger einfließen, dass das hier endlich ist.“ (FMA4, Zeile 286 – 298)

Das formelle Vorgehen beim Vereinbaren eines Folgekontaktes (Notierung des Termins auf dem Flyer; Möglichkeit, sich bei Verschlimmerung der Krise jederzeit an den BKD wenden zu können etc.) wurde bereits im Zusammenhang mit dem Beenden des Kontaktes beschrieben (s. o.).

Neben der Vereinbarung von Folgekontakten könnten die BeraterInnen bei Bedarf auch an andere Institutionen verweisen.<sup>23</sup>

„Dann würde ich da sagen: „Ich sehe da noch mal, und ich habe da so die Idee, eine Beratungsstelle, die speziell für diese Thematik ausgelegt ist, könnte Ihnen da durchaus weiterhelfen, vielleicht sogar mehr als wir oder ich hier.“ Dann sage ich das auch.“ (FMA3, Zeile 2768 – 2772)

FMA3 formuliert, dass er dann weiter verweise, wenn diese andere Anlaufstelle *speziell für die Problematik* der KlientInnen *ausgelegt* sei. Die Kenntnis des psychosozialen Netzes dieser Stadt und der professionellen wie institutionellen Grenzen des BKD sind die Grundlage eines verantwortungsvollen Weiterverweisens. Auch hier gelte wiederum der Grundsatz, dass die letzte Entscheidung bei den KlientInnen liege:

„Aber dann mit einer Pause. Und ich hätte dann gerne nachher (1 SEK. UNV.) und will da auch wissen, wie das bei ihm ankommt. „Was meinen Sie?“ So. Dann frage ich: „Was denken Sie dazu?““ (FMA3, Zeile 2772 - 2775)

#### *Zusammenfassung Vereinbarung des weiteren Vorgehens:*

BeraterInnen könnten aus unterschiedlichen Gründen zur *Vereinbarung des weiteren Vorgehens* übergehen: Seien die wesentlichen Foki des Erstgesprächs durchgearbeitet worden, leiteten sie die Verhandlung des weiteren Vorgehens ein. Sie unterschieden dabei: die Vereinbarung, dass erstens das Erstgespräch als solches ausreichend sei, zweitens Folgegespräche notwendig seien bzw. drittens die Möglichkeit, an andere Institutionen zu verweisen. Nähmen die KlientInnen die Einschätzung der BeraterInnen an, könne das Gespräch beendet werden. Lehnten sie das Angebot ab, würden die BeraterInnen noch einmal direkter auf die von ihnen favorisierte Variante verweisen. Letztlich liege die Entscheidung jedoch bei den KlientInnen. Komme es zu keiner Einigung, würde das Erstgespräch im Konflikt beendet. Auch bei Unsicherheiten während des Gespräches, repräsentiert durch mindestens teilweise differente Foki und damit verbundene unterschiedliche Beziehungserwartungen, könnten zur Vereinbarung von Folgegesprächen führen. Zeichne sich dagegen über das ganze Gespräch hinweg bereits ab, dass die Beziehungserwartungen der KlientInnen außerhalb der Beziehungsmöglichkeiten der BeraterInnen lägen (vor allem aggressive Beziehungsangebote, wie Entwertung), würde trotz des möglichen Bedarfes kein Angebot gemacht werden. (Abbildung 9)

---

<sup>23</sup> Screeningfunktion des BKD s. IV.2.3. Angebot und Aufgabenbereiche des BKD

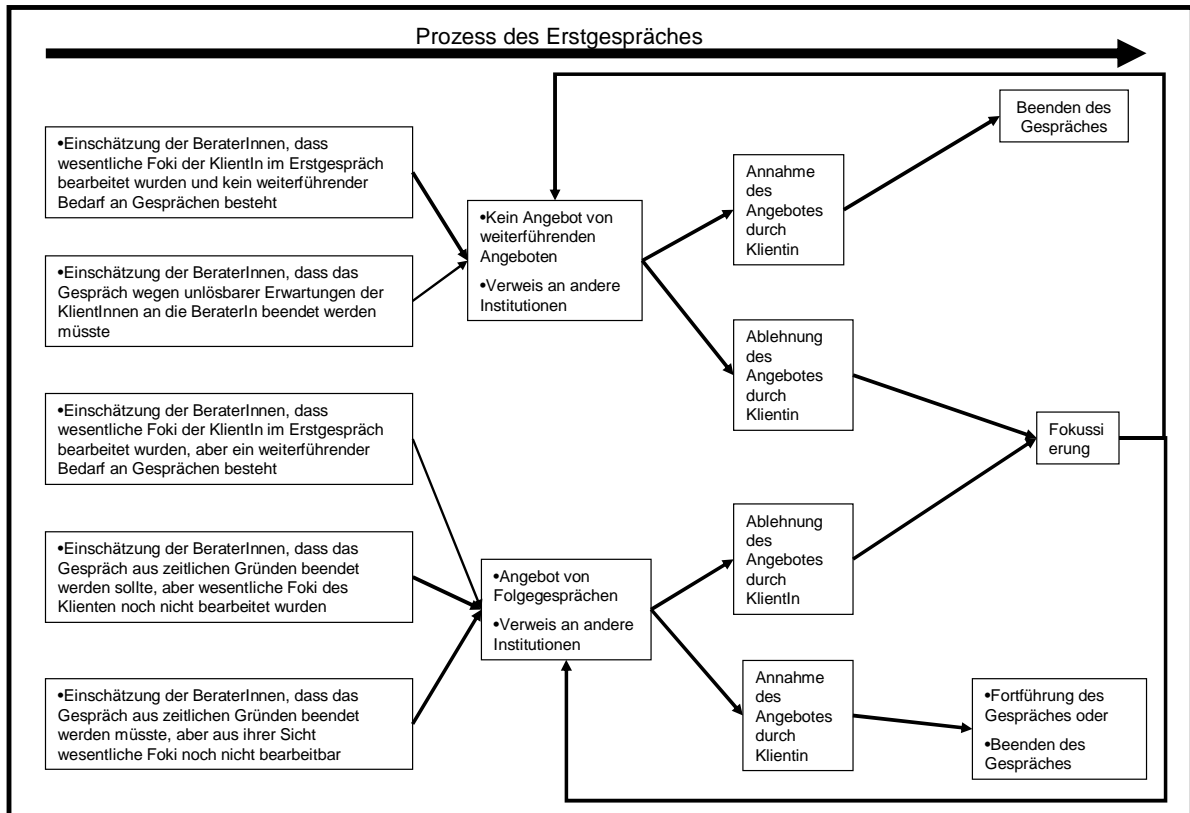


Abbildung 9: Vereinbarung des weiteren Vorgehens im Prozess des Erstgesprächs

Emotionale Unterstützung und Entlastung

Der Bestandteil des Erstgesprächs *Emotionale Unterstützung und Entlastung* spiele, wie andere Bestandteile des Erstgesprächs, bereits in den ersten Wahrnehmungen der BeraterInnen eine Rolle (*wie ist er gestimmt?*).

„Weil ich darüber auch mitkriege: Also, wie ist er gestimmt? Und wenn er darauf sozusagen auf Augenhöhe antworten kann, dann weiß ich, also, er fällt dir nicht gleich irgendwie vom Stuhl oder sonst was. Oder bricht dann nicht völlig zusammen.“ (FMA3, Zeile 2546 – 2550)

Die Wahrnehmung des Bedürfnisses des/der KlientIn nach *emotionaler Unterstützung und Entlastung* könne zu einem Beziehungsangebot der BeraterIn werden. *Emotionale Entlastung und Unterstützung* sei in diesem Fall kein eigenständiger Bestandteil des Erstgesprächs (i. S. der Ganzheitlichkeit der Kommunikation). Bestehe jedoch die Gefahr einer Beziehungsstörung in Form der Kontaktstörung durch starke Emotionen, reiche die jedem Gespräch zugrunde liegende wohlwollende und einführende Bemühung der BeraterInnen nicht aus, um im Kontakt mit den KlientInnen zu bleiben.

„...wenn es durch das Gespräch, den Gesprächsverlauf, im Verlauf des Gesprächs an einen emotional sehr sensiblen Punkt plötzlich bei dem Klienten kommt und der vielleicht da stockt oder weil ich merke, der wird ganz traurig dabei, plötzlich Tränen ...“ (FMA3, Zeile 2595 – 2600)

Dann werde die *Emotionale Unterstützung und Entlastung* zum zeitweiligen Schwerpunkt des Handelns der BeraterInnen (und damit zum Bestandteil des Erstgesprächs), um den KlientInnen die Möglichkeit zu geben, sich soweit zu stabilisieren, dass das Gespräch fortgesetzt werden könnte. Die emotionale Unterstützung würde den BeraterInnen im Gespräch also in zweifacher Form begegnen: als basale empathische Haltung (Beziehungsaspekt) und als zeitweiliger Fokus des Erstgesprächs (Bestandteil des Erstgesprächs).

„Gut. Ich sage dann bestimmt öfter mal so wie: „Das kann ich gut verstehen.“ Wenn jemand eine persönliche Beschreibung gibt oder man das Gefühl hat, da ist er dann vielleicht auch unter Umständen ein bisschen unsicher. Oder das irritiert ihn oder so was, da weiß er nicht so genau mit umzugehen und ich so das Gefühl habe: Ah, ja. Ich verstehe, dass er da ... Oder das finde ich eine adäquate Reaktion bei ihm. Dann sage ich: „Ich kann das gut verstehen.““ (FMA3, Zeile 2687 – 2694)

Das Verständnis (*gut verstehen*) der Emotionen der KlientInnen und ihre Akzeptanz (*adäquate Reaktion*) seien ein Basiselement der Beziehung überhaupt:

„... den Menschen das Gefühl zu vermitteln, dass sie mit ihren Geschichten und mit ihrer Not nicht alleine sind.“ (FMA4, Zeile 689 – 690)

Konkret wird von den BeraterInnen jedoch emotionale Unterstützung nur *an emotional sehr sensiblen Punkten* beschrieben. FMA3 beschreibt, dass, wenn er an solche sensiblen Punkte komme, *er sich Zeit nehme* (FMA3, Zeile 2602).

„Und wenn ich das Gefühl habe, also, er braucht ein bisschen länger, sage ich: „Wir haben Zeit.““ (FMA3, Zeile 2609 – 2611)

Die BeraterInnen fragten im Verlauf des Gesprächs bewusst nach, wie es den KlientInnen gehe (*ich frage zwischendurch immer nach, wie es dem Menschen geht*). Sensible Punkte seien dabei Momente im Gespräch, wo sie das *Gefühl hätten*, da wäre etwas *komisch, passe nicht dazu*:

„... also ich frage zwischendurch immer nach, wie es dem Menschen geht, \* bei dem Gespräch, und ich frage immer nach, wenn ich so das Gefühl habe, da \* dass (xxx) besonders viel Emotionen drin, oder auch äh, wenn ich das Gefühl hab, da issis' irgendwo 'n \* (das issis' mir / da sind wir?) jetzt komisch, weil das sind ganz äh \* berührende Geschichten auch, (xx) es passt nicht dazu, die// der \* die Erzählweise, ja? \* Also irgendwas stimmt nicht, frage ich immer nach ...“ (FMA4, Zeile 320 – 327)

Den KlientInnen würde ein Raum gegeben (*ich gucke auch einen Moment weg*), mit ihren heftigen Gefühlen unbeobachtet zu sein:

„Und dann gucke ich auch einen Moment weg, um ihm einfach die Zeit auch des Privaten, Intimen dann zu lassen.“ (FMA3, Zeile 2603 – 2604)

Die BeraterInnen würden das Gefühl vermitteln wollen, *nicht beobachtet zu werden* und diese Gefühle zeigen zu können:

„So dass er das Gefühl hat: Okay, er kann erst mal einfach so einen Moment so sein. Und ist jetzt nicht sozusagen unter Beobachtung dann, ne?“ (FMA3, Zeile 2604 – 2607)

FMA3 beschreibt typische Redewendungen der Teilnahme und des empathischen Verständnisses der BeraterInnen.

„Aber wenn ich weiß, dass der unsicher ist, kann ich (UNV.) „Aber ich weiß nicht, wie es für Sie ist. Vielleicht haben Sie – ist es für Sie schwierig. Vielleicht sind Sie da nicht so ganz sicher, ob das so in Ordnung ist oder so sein darf.“ Das sind – glaube ich – solche möglichen Formulierungen, die jetzt – mit denen ich dann versuche zu sagen: „Okay, ich sehe da was, verstehe da was. Aber es geht um – es geht ja um Sie. Das kann ja bei Ihnen noch einen anderen Aspekt haben, um den es jetzt vielleicht hier geht.“ Und: „'Schön, dass ich das verstehe.“ Ist vielleicht auch wichtig, dass ich antworte: „Okay, ist erst mal in Ordnung (Hervorhebungen – U. F.).““ (FMA3, Zeile 2695 – 2705)

Für die BeraterInnen verbinde sich mit der Fokussierung des Gespräches auf die *Emotionale Unterstützung und Entlastung* die Erwartung, Kontaktstörungen aufheben (*dann ist der Kontakt auch wieder da*) und damit die Beziehung stabilisieren zu können, um das Erstgespräch fortzuführen (*gut miteinander erst mal weitergehen könnte*)<sup>24</sup>.

„Da kann man ja drüber reden. Kann ja spannend sein, was dann sich daraus ergibt. Aber dann ... Ich denke mir, wenn es so ein-, zweimal, dreimal gut gelaufen ist, dann ist der Kontakt auch da. Ist auch so was – ist so eine gemeinsame Ebene dann da, auf der man dann eigentlich ganz gut miteinander erst mal weitergehen könnte.“(FMA3, Zeile 2713 – 2718)

Um zu erfahren, ob KlientInnen durch gezeigte Teilnahme und gegebenen Raum wieder in der Lage seien, in Kontakt mit den BeraterInnen zu treten, würden diese nachfragen:

„Oder ich spreche den – den Klienten dann wieder an und sage: „Okay, was war es? Was ist jetzt?“ (FMA3, Zeile 2611 – 2613)

Dabei sei es den BeraterInnen wichtig, dass für die KlientInnen kein Zeitdruck entstehe:

„Und wenn ich das Gefühl habe, also, er braucht ein bisschen länger, sage ich: „Wir haben Zeit.““ (FMA3, Zeile 2619 – 2611)

Sei die KlientIn bereit, werde der Gesprächsfaden wieder aufgenommen. Die *Emotionale Unterstützung und Entlastung* könne als Beziehungswunsch weiter bestehen oder aber der Fokus (inhaltlich wie hinsichtlich des Beziehungswunsches) der KlientInnen wechseln.

Die Beziehungserwartung (resp. –wunsch) der KlientInnen, emotional unterstützt oder entlastet zu werden, würde von den BeraterInnen nicht in jedem Fall erfüllt werden können. KlientInnen, die ein unstillbares Bedürfnis nach Entlastung hätten, müssten begrenzt werden:

„... das issis' immer so'ne \* der Mangel kann halt nie gestillt werden, ja, das heißt, in der Regel iss es so, wir versuchen das ja auch so als Haltung mit äh, unseren Kollegen beizubringen, (RÄUSPERT SICH) \*5\* die rufen ja nich nur aus Bösartigkeit an, sondern aus Not. /mhm/ Eindeutig, ja? Aber \* das Angebot hier, das löst halt nich ihre Not, sondern das füttert sie (xxx) weiter, das heißt, du \* fütterst (ein Loch?)“ (FMA4, Zeile 1258 – 1265)

Dies beträfe oft KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen (s. VI.1.2.3), aber auch in chronifizierten Krisensituationen (s. VI.1.2.2). Wenn der Wunsch nach Entlastung über

---

<sup>24</sup> Gelänge es den KlientInnen nicht, sich emotional zu fangen und die Gefahr einer Dekompensation drohe, würde aus dem Erstgespräch ein psychiatrischer Notfall entstehen. Mit dem psychiatrischen Notfall würden die gängigen Regeln für ein Erstgespräch (Krisenintervention erster Ordnung) verlassen werden müssen (vgl. II.1 und Zimmermann, 2001).

eine für die BeraterInnen nur bedingt ertragbare Aggressivität transportiert würde (*wenn ich irgendwo angegrölt werde*), würde das Gespräch begrenzt (*auf zehn Minuten*) oder auch abgebrochen werden:

„Ich beende eigentlich nur, wenn ich irgendwo angegrölt werde, oder \* ja, sonst äh \* (x) (RÄUSPERT SICH) ansonsten äh \* sag ich halt, dass ich irgendwo das \* Gespräch auf zehn Minuten begrenzen werde, und dass wir darüber reden können, \* was sie da eigentlich machen. \*\*“ (FMA4, Zeile 1294 – 1298)

Eine andere Möglichkeit der Reaktion wäre für die BeraterInnen das Beziehungsangebot selbst zum Gegenstand der Kommunikation zu machen (*darüber ... reden...was sie da eigentlich machen*) (s. Abs. *Beziehungsaufbau und –erhalt*).

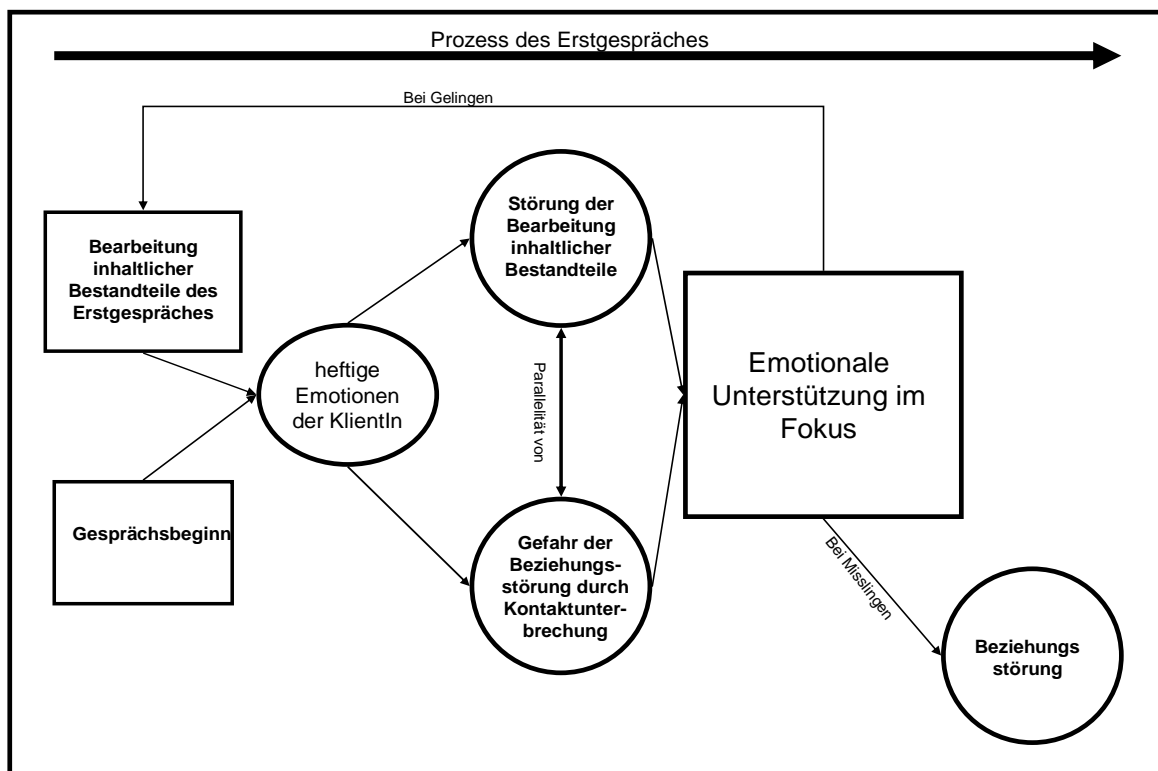


Abbildung 10: Emotionale Unterstützung im Prozess des Erstgesprächs

*Zusammenfassung Emotionale Unterstützung und Entlastung:*

Der Bestandteil *Emotionale Unterstützung und Entlastung* trete in den Vordergrund (Fokus) des Erstgesprächs, wenn die KlientInnen so emotional belastet erlebt würden, dass es zu einer Kontaktstörung und einer damit verbundenen Unmöglichkeit der Fortführung des Gesprächs käme. Die BeraterInnen beschreiben ihr Handeln in einer solchen Situation als aktive empathische Teilnahme in Gesten und Worten und der Schaffung eines Raumes, in welchem die KlientInnen sich wieder fangen könnten. Sie verfolgten das Ziel, den Kontakt und damit die Beziehung zu den KlientInnen wieder herzustellen. Fühlten sich die KlientInnen wieder in der Lage zur inhaltlichen Bearbeitung, wechsele der Fokus der Beratung. Reiche die *Emotiona-*

le Unterstützung und Entlastung den KlientInnen nicht, könnte sie weiter im Fokus der Beratung bleiben, aber auch über die Kontaktstörung in eine Beziehungsstörung übergehen. Eine solche Beziehungsstörung könnte letztlich die Kommunikation im Erstgespräch gefährden. (Abbildung 10)

### Beziehungsaufbau und –erhalt

Der *Beziehungsaufbau und –erhalt* wird von den BeraterInnen einerseits als Beziehungsaspekt (*Beziehungsmäßiges*) der gesamten Kommunikation im Erstgespräch beschrieben, andererseits aber auch als eigenständiger Bestandteil des Erstgesprächs (*Beziehung ... Inhalt ... Schwerpunkt*)<sup>25</sup>:

„Ja, also auch inwiefern es um was Beziehungsmäßiges sozusagen oder ob die Beziehung äh, ähm Teil oder Inhalt oder gar Schwerpunkt des Gesprächs ist äh oder wird oder das gerade bei Inhalten bleibt, da is is' ähm das variiert auch.“ (FMA1, Zeile 1201 -1204)

Jede Beziehung begönne mit der Begrüßung und ende mit der Verabschiedung, wäre also Teil jeder sequentiellen Phase des Erstgesprächs (s. o.). Der Empfang an der Tür des Krisendienstes, das erste Händeschütteln im persönlichen Kontakt oder die Eingangsworte beim Telefonkontakt (s. Abs. *Kontaktherstellung*) seien immer auch aktive Beziehungsangebote (*bestimmte Form von Beziehung*) an die KlientInnen.

„... dass man älter wird und dass man eine bestimmte Form von Beziehung hat, die man mit zwanzig oder sechzehn oder so was noch nicht hat, ähm, so: Ich schüttele die Hand, also so beim äh Begrüßen als auch beim Verabschieden ...“ (FMA1, Zeile 1186 – 1189)

Dabei variierten Beziehungsangebote der BeraterInnen. Sie orientierten sich einerseits an der Person der BeraterIn (*Beziehung hat, die man mit zwanzig oder sechzehn oder so was noch nicht hat*). Andererseits sei die Wahrnehmung der KlientInnen Voraussetzung für ein aktives Beziehungsangebot (*da es sehr verschieden werden kann*):

„... es kann sein, dass man sich hinsetzt und gleich fragt: 'Worum geht's ihnen?' oder 'Was hat sie hingeführt?' oder wenn jemand gleich schon Tränen in den Augen hat, dann frag ich eher: „Was ist los, ne?“ oder äh es kann auch nen bisschen Smalltalk am Anfang sein - übers Wetter. Also das is is' dann wirklich, das is is' relativ früh, da es sehr verschieden werden kann ...“ (FMA1, 1192 – 1198)

Ein Ziel dieser ersten Wahrnehmung der KlientInnen sei es, ein passendes Beziehungsangebot (*Worum geht es? ... Smalltalk*) machen zu können. FMA3 fokussierte dabei *das Finden eines Miteinanders*:

„Weil dann einfach – finde ich – es leichter ist, dann auch das Miteinander zu finden. Denn er muss ja erst mal hier ankommen. Er ist ja der Fremde hier. Und das Miteinander, das – finde ich schon –, das macht sich am ehesten fest an diesen kleinen Besonderheiten, ne? Wo ich dann einfach was probiere, irgendwie nicke: Aha. Dann spreche ich das an. Und dann kriege ich eine Reak-

---

<sup>25</sup> Der Bestandteil *Beziehungsaufbau und –erhalt* ist i. S. einer Metakommunikation (vgl. Watzlawick et al., 1985) über die mit dem Gespräch verbundenen Beziehungserwartungen zu verstehen.

tion. Und dann kann es ja sein, dass man schnell einen ganz dichten Respekt (?) ist von seiner Situation. Und dann geht es auch hauptsächlich darum erst mal.“ (FMA3, Zeile 2661 – 2670)

*Das Miteinander finden* verweist auf die Herstellung einer Passung zwischen den Beziehungserwartungen von BeraterInnen und KlientInnen. Daraus leite sich das „Wie“ des weiteren Vorgehens ab: *Wo ich dann einfach was probiere...* Die KlientIn reagiere und gebe damit den BeraterInnen die Möglichkeit, ihr Vorgehen zu überdenken und gegebenenfalls zu ändern. Davon ausgehend, dass die KlientIn *fremd* im BKD sei, die BeraterIn aber nicht und damit professionell, leite FMA3 seine aktive Rolle beim *Beziehungsaufbau und -erhalt* ab. Beziehungsgestaltung werde somit zu einer *fortwährenden* Anstrengung:

„... das issis' ja praktisch son fortwährender// äh, das kann man ja Beziehungsaufnahme im Grunde genommen ...“ (FMA4, Zeile 10 – 612)

Die BeraterInnen machten *fortwährend* Beziehungsangebote (*testen halt irgendwie was aus*), würden beobachten, wie KlientInnen darauf reagierten (*irgendwo zu kucken*) und dem ihre weitere Beziehungsgestaltung anpassen (*und gehen dann weiter*):

„... fortwährende Geschichte issis', von wegen, ääääh \* die testen halt irgendwie was aus, beziehungsweise versuchen, sich auf sicherem Terrain zu be- zu \* begegnen, \* also was zu machen, was sie irgendwo \* kucken, was, was ankommt, und gehen dann weiter.“ (FMA4, Zeile 614 – 618)

Die Haltung der BeraterInnen im Erstgespräch kennzeichne die Zugewandtheit und Aufgeschlossenheit gegenüber den Beziehungswünschen der KlientInnen:

„Ich versuch das zumindest, ja, dass ich auch so äh (RÄUSPERT SICH) vor allem auch in Telefonaten \* äh, versuch ich, so \* rüberzubringen, dass es okay issis', angerufen zu werden, dass es okay issis', anzurufen, und vor allem auch das hier kein Akt ist, sondern lebende Menschen, die irgendwie ne \* äh, interessiert sind an ihren \* Mitmenschen \* ja? Und dass nicht irgendwelche Fälle hier sind und irgendwelche \* Menschen bearbeitet werden, und irgendwelche Aktenordner gestapelt oder sonst wat, ja? \* Und \* äh, ja, sondern dass es irgendwo um Individuen geht, und um ein Hilfsangebot.“ (FMA4, Zeile 2274 – 2283)

Sie würden versuchen (s. auch Abs. Kontaktherstellung), *Interesse* an ihren KlientInnen auszustrahlen, aber ebenso den KlientInnen zu vermitteln, dass es richtig sei, sich in Not an den BKD zu wenden (*dass es okay ist, angerufen zu werden*). Dabei sei immer ein Bemühen, die Gespräche nett und freundlich zu gestalten.

„... und versuche, (LACHT BISSCHEN) nett, nett und freundlich zu erscheinen, ja? /mhm/ \* (x) so 'n ständiges Bemühen.“ (FMA4, Zeile 155 – 1579)

Interesse und Zugewandtheit kämen dabei verbal (*Fragen*) wie nonverbal zum Ausdruck (*ich kuck ... die Leute immer an*):

„... durch Fragen das Gesprächchen bisschen zu lenken, und auch zu zentrieren, also dass sie nich irgendwo äh \* zum einen, dass sie irgendwo mitkriegt, ich hör zu, \* ich kuck in der Regel die Leute immer an ...“ (FMA4, Zeile 149 – 152)

Wie bereits im Abs. *Situationsklärung* (s. o.) beschrieben, dienten Nachfragen immer auch und oft nur dem Beziehungserhalt (*weniger auf Effizienz ... geachtet*).



„... zu hinterfragen, und noch mal zu erörtern, \* aber dann halt auch ‘n ganz deutliches Signal, pass uff, ich bin interessiert, \* mich äh// \* wie issis' das denn, und und \* es issis' okay, was du sagst, und äh, es kommt bei mir an, und äh, ja, \* mach weiter, ja? Also so in, in dem Sinne ...“ (FMA4, Zeile 160 – 165)

„... da hab' ich eher weniger auf Effizienz am Schluss also geachtet, sondern eher, dass das Gespräch nicht kippt und aggressiv gegen mich wird, sondern irgendwie, dass es halbwegs ordentlich zu Ende geht und ich nicht gefährdet bin.“ (FMA1, Zeile 520 – 524)

Das Vorgehen der BeraterInnen würde sich in der Beziehungsgestaltung wesentlich unterscheiden:

„Also das is is' dann wirklich, das is is' relativ früh, da es sehr verschieden werden kann.“ (FMA1, Zeile 1196 – 1198)

Die BeraterInnen sähen jedoch kritisch, dass in den Unterschieden der Gesprächsgestaltung auch o. g. Grundsätze der Beziehungsgestaltung (Zugewandtheit, Freundlichkeit und Interesse) auf der Strecke bleiben könnten:

„Manchmal hab ich den Eindruck, dass es hier immer sehr viel um Abgrenzung geht, ja? Vor allem im Gespräch mit anderen \*2\* Krisendienstkollegen. \* Dass es oftmals darum geht, äh \* ja \*7\* ääh \*9\* sagen wir mal, so'ne gewisse Freundlichkeit, ne gewisse Kundenorientiertheit ein- äh \* ja \* ne Vorstellung und so weiter, ja? \* Das äh \* ja \*4\* issis' nix, issis' nix Schlechtes, das führt nich dazu, dass man nich irgendwo sich trotzdem abgrenzen kann, sofern das nötig sein muss, aber man muss nich von vornherein davon ausgehen, dass die \* Kundschaft// dass die Klienten \*2\* ääh nich wollen, einem, einen, einen reinlegen wollen, einen abziehen wollen, und und und, sondern das issis' einfach \* äh \* ja. (FMA4, Zeile 2260 – 2271)

Die *Abgrenzung* von den KlientInnen ebenso wie *Vorurteile* (*dass die Klienten ... einen reinlegen wollen*) würden eine adäquate Beziehungsaufnahme in Frage stellen. Sie könnten zu Missverständnissen über das Anliegen der KlientInnen und ihre Legitimität führen.<sup>26</sup>

Nun ist, wenn die Beziehung im Erstgespräch funktioniert, diese kein Thema in der Reflexion der BeraterInnen bezüglich des Prozesses des Erstgesprächs. Beziehung wird von den BeraterInnen im Zusammenhang mit Störungen dieser referiert.

„...dass ich einfach denke: Also, bevor jetzt irgendwie was hier ungut zu werden, versuche ich es anzusprechen. Weil das – das ist einfach heilsam. Also, entweder es bestätigt sich etwas, oder es erweist sich möglichst früh, dass man da vielleicht was miss//, dass man sich gerade wieder missversteht oder so was, ja? Was überhört hat, oder dass ich auch ein paar Schritte leiser oder so was bin. Und das ist dann eben auf jeden Fall wirklich eine wichtige Weichenstellung, um wirklich auf der inhaltlichen Ebene weiterzukommen.“ (FMA3, Zeile 2882 – 2891)

BeraterIn und KlientIn *missverständlich* sich. Es könne eine Beziehungserwartung des/der KlientIn *überhört* worden sein. Die BeraterIn habe in diesem Falle aufgrund der Annahme einer asymmetrischen Gesprächssituation (aktive Rolle der Beraterin), ihr Beziehungsangebot zu überprüfen (*ein paar Schritte leiser*). Dies solle möglichst zeitnah geschehen, bevor es zu einem Konflikt komme (*bevor ... was ungut* wird). Deutlich zeige sich hier die von den BeraterInnen geteilte Auffassung, dass wenn eine Beziehung gestört wäre, man nicht *auf der in-*

<sup>26</sup> Im Kap. VI.2 wird anhand konkreter Erstgespräche analysiert, welche Auswirkungen es für den Gesprächsverlauf hat, wenn Beziehungserwartungen der KlientInnen nicht erkannt bzw. abgelehnt werden. Dabei ist anzumerken, dass gute Gründe für die Ablehnung bzw. Begrenzung bestimmter Beziehungsangebote sprechen.

*haltlichen Ebene weiterkommen* könne. Der Fokus von KlientIn und BeraterIn sei dann ein unterschiedlicher (vgl. Abs. *Fokussierung*). Dies könne geschehen, wenn BeraterInnen die Beziehungswünsche der KlientInnen nicht erkennen würden (*ich habe keine Ahnung, worum es eigentlich jetzt geht*):

„Ich komme da gar nicht an. Ich habe keine Ahnung, worum es eigentlich jetzt geht. Also, er sagt es mir nicht. Ich – vielleicht weiß ich, habe ich nicht die richtigen Fragen, habe ich nicht den richtigen Blick oder so was, ne? Keine Ahnung, völlig irgendwie ... Planlos (LACHT), ideenlos, hilflos.“ (FMA3, Zeile 2983 – 2988)

KlientInnen könnten solche Beziehungsangebote ablehnen, die nicht mit ihren Erwartungen übereinstimmen (*wenn der Klient nicht akzeptieren will*):

„Also, wenn es nicht gelingt, dass ich als Berater eben auch im Gespräch strukturieren kann, also, wenn da sozusagen mein Gegenüber, wenn es der Klient nicht akzeptieren will. Wenn der sozusagen nur seine Version einfach erzählen will von seinem (UNV.) und es nicht zulassen kann, dass jemand dann auch – dass ich strukturiere oder meine Fragen stelle und auch beharrlich sein kann. Das braucht es schon in so einem Gespräch.“ (FMA3, Zeile 1073 – 1080)

Die Erwartung des/der KlientIn sei, *hier einfach zu erzählen*, die der BeraterIn aber, zu *strukturieren*, also zu verstehen. Die BeraterIn sehe also die Notwendigkeit, ein von der KlientIn differentes Beziehungsangebot zu machen (*Das braucht es schon in so einem Gespräch.*). Wenn sich die KlientIn nicht darauf einlassen könne, sei eine gestörte Beziehung die Folge. Da eine gute Beziehung aber die Grundlage für das gesamte Gespräch bilde, würden BeraterInnen versuchen, solche Störungen zu überwinden. Eine Möglichkeit, eine Beziehungsstörung zu beheben, sei: die Beziehung selbst zum Fokus der Beratung zu machen. Die Beziehung würde zu einer inhaltlichen Komponente der Metakommunikation über die gestörte Kommunikation im Erstgespräch:

„Es ist besser, als wenn man irgendwie eine halbe Stunde so rumseiert und irgendwie zwingend – zwingend lange dann irgendwie ... So – plötzlich dann knallt's, und dann kommt doch die Entwertung. Ich sage dann schon mal: „Okay, gut, da ist es ja. Jetzt ...“ Das sage ich dann auch schon mal – ich muss mich auch dann irgendwie so ein bisschen wehren.“ (FMA3, Zeile 2921 – 2926)

Die Beziehung werde in den Mittelpunkt der Beratung geholt (*irgendwie zwingend*), wenn die BeraterInnen nicht nur inhaltlich nicht weiterkämen, sondern ihnen auch die Zeit davon liefе (*eine halbe Stunde so rumseiert*). FMA3 sehe dabei die Thematisierung der Beziehung mit einem Konflikt im Gespräch verbunden (*dann knallt's*), welcher die BeraterInnen emotional angreifen und ihre Aktivität herausfordern würde (*so ein bisschen wehren*). Es komme dann darauf an, das (oft) *unbewusste Ansinnen* der KlientInnen in den Vordergrund des Gespräches zu holen:

„Wir müssen jetzt irgendwie anders ...“ Aber dahin kommen kann es – glaube ich – schon mit der mehr oder weniger bewussten, mit dem mehr oder weniger bewussten Ansinnen des Klienten, das auch so hier auf den Plan zu holen.“ (FMA3, Zeile 3011 – 3015)

Über das „Wie“ des Ansprechens berichtet FMA1, dass sie z. B. über *die Körperhaltung*, die für sie zum *Grundkonflikt* gehöre, die Beziehung zum Thema machen könne.

„Ich sag dann das, was mir dann auffällt. Also ich mein, wenn, wenn jetzt ähm (seufzt) weiß ich, eben das passt oder das gehört zum Inhalt oder Thema oder zum Grundkonflikt oder wie auch immer, dann sprech ich vielleicht an oder die Körperhaltung oder was auch immer ...“ (FMA1, Zeile 1215 – 1220)

FMA3 spreche direkt die Intention (Beziehungserwartung) der KlientInnen an:

„Sie wollen Streit. Wollen Sie Streit mit mir jetzt?“ So. Oder ich sage: „Ich will mit Ihnen nicht das und das!“ Dann (STÖHNT) – so. Dann ist es vom Tisch.“ (FMA3, Zeile 2916 – 2918)

Die Beziehung zum Fokus im Erstgespräch zu machen, korrespondiert mit der allgemeinen Tendenz des aktiven Handelns (*in eine andere Richtung lenken*) und damit verbundenen Beschleunigung des Handelns (vgl. V.2.1.3). Die BeraterInnen erhofften eine Klärung der Beziehung entweder im Sinne der Aufhebung der Beziehungsstörung (*dann ist es vom Tisch*) oder aber der Beendigung eines für sie unmöglich gewordenen Gespräches (*dann ist er sauer auf mich, dann kann man auflegen*).

„Dann ist es vom Tisch.“ (FMA3, Zeile 2918)  
„...Gespräch in eine andere Richtung zu lenken“ (FMA3, Zeile 2998 – 2999)  
„...eine Wahl mehr als früher (FMA3, Zeile 2898 - 2899)“  
„Dann ist es raus, dann ist er sauer auf mich, dann kann man auflegen.“ (FMA3, Zeile 2920 - 2921)

In Alternative könnten die BeraterInnen auch erwägen, dass Gespräch an KollegInnen abzugeben (s. auch Abs. *Vereinbarung des weiteren Vorgehens*):

„Wo ich einfach gedacht hab, okay, mehr kann ich nicht für dich tun, und da muss ich dich auch \* äh \* loslassen, oder lass ich dich auch los, und \* es kann sein, dass möglicherweise ein \* anderer Kollege dir \* ähm \* besser \* ähm \* dich besser beraten könnte.“ (FMA2, Zeile 549 – 555)

### *Zusammenfassung Beziehungsaufbau und -erhalt*

Von der *Kontaktherstellung* bis zum Beenden des Erstgesprächs sei der *Beziehungsaufbau und -erhalt* als Beziehungsaspekt der Kommunikation die Grundlage eines jeden Erstgesprächs. Gelingt es über der Bearbeitung der Foki der KlientInnen eine tragfähige Beziehung im Gespräch aufzubauen, werde der Beziehungsaspekt durch die BeraterInnen nicht aktiv ins Gespräch eingebracht. Die Metakommunikation über den Beziehungsaspekt sei für die BeraterInnen eine Option bei konflikthaften Entwicklungen im Erstgespräch, die als Folge von Beziehungsstörungen entstanden sein könnten. Beziehungsstörungen entstünden in der Folge differenter Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen im Erstgespräch. Inhaltliche Differenzen zwischen BeraterInnen und KlientInnen seien dabei ein Anzeichen für differente Beziehungserwartungen. Ziel der Kommunikation über die Beziehung im Gespräch sei es, die Störung zu beheben bzw. wenn dieses nicht gelinge, auch das Gespräch zu beenden. (Abbildung 11)

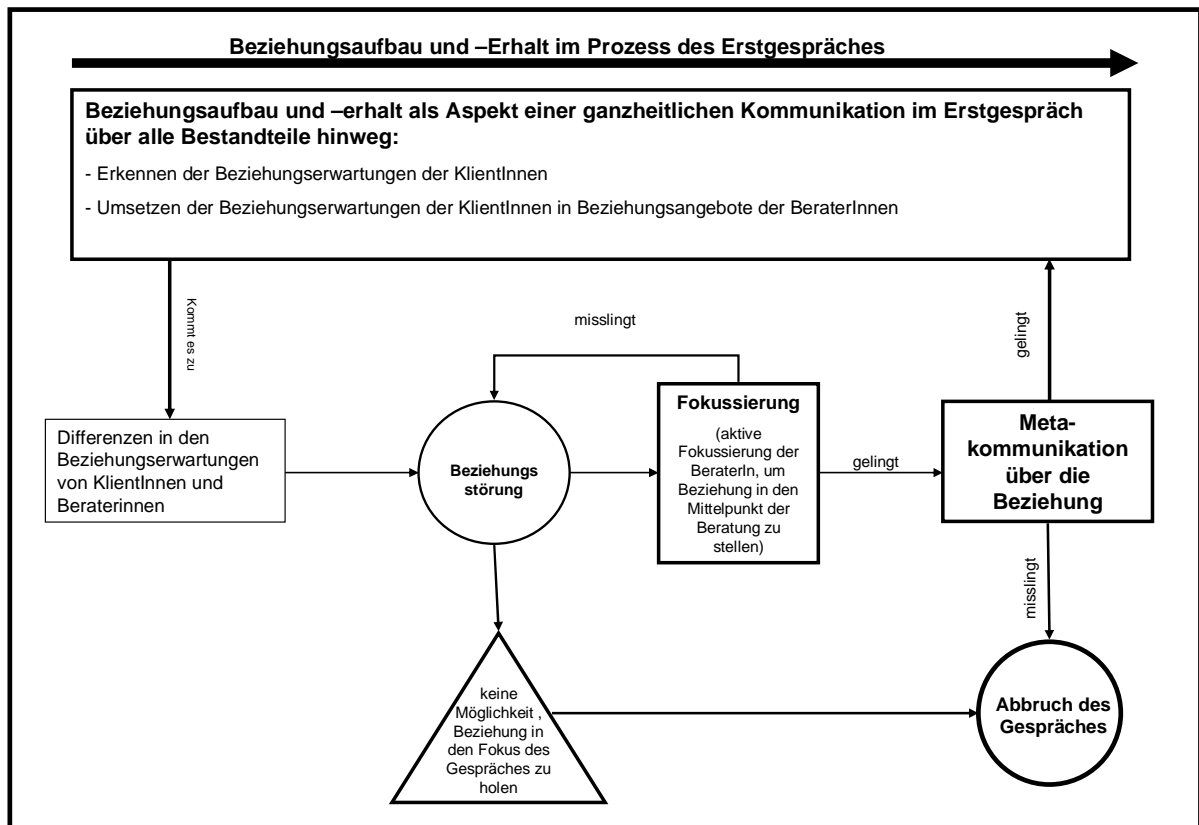


Abbildung 11: Beziehungsaufbau und -erhalt im Prozess des Erstgesprächs

#### VI.1.1.2.4 Synthese des Wirkens und Zusammenwirkens der Bestandteile im Prozess des Erstgesprächs

Ziel der Synthese ist es, *erstens* zu klären, inwieweit die Bestandteile des Erstgesprächs den Gesprächsprozess strukturieren. Darauf aufbauend wird *zweitens* ihre Eignung für die Untersuchung des Prozesses betrachtet. *Drittens* wird eine vorläufige Strategie zur Analyse des Erstgesprächs entwickelt werden.

Die Analyse der Bestandteile des Erstgesprächs ging von der allgemeinen, fallübergreifenden Sicht der BeraterInnen aus. Die Bestandteile *Kontakttherstellung* und das *Beenden des Kontaktes* wurden als sequentielle Phasen im den Prozess des Gespräches identifiziert. In sequentiellen Phasen könnten alle übrigen Bestandteile des Erstgesprächs (*Fokussierung, Situationsklärung, Vereinbarung des weiteren Vorgehens, Emotionale Unterstützung und Entlastung* und *Beziehungsaufbaus und -erhalts*) aufgerufen werden.

In der Analyse des Wirkens aller Bestandteile wurde die Untrennbarkeit von inhaltlichen und Beziehungsaspekten im Prozess des Erstgesprächs deutlich. Die vordergründig inhaltlichen Bestandteile des Erstgesprächs (*Fokussierung, Situationsklärung, Vereinbarung des weiteren Vorgehens* und *Emotionale Unterstützung und Entlastung*) bedienen unvermeidlich zu jedem Zeitpunkt des Gespräches den Beziehungsaspekt der Kommunikation, repräsentiert durch den

basalen Anteil des Bestandteiles *Beziehungsaufbau und -erhalt*. Aber auch der Aufbau und Erhalt der Beziehung werde unter bestimmten Bedingungen zum inhaltlichen Schwerpunkt des Erstgesprächs werden (s. Abs. *Beziehungsaufbau und -erhalt*). Dabei ist die Trennschärfe der Bestandteile untereinander relativ gering. Oft werden von den BeraterInnen Kommunikationssequenzen beschrieben, denen mehrere Bestandteile des Erstgesprächs gleichzeitig zuordenbar seien. Jede Kommunikationssequenz (KS) kann jedoch als Funktion des Inhalts- und Beziehungsaspektes der Kommunikation dargestellt werden:

$$KS := f(I, B) \qquad \begin{array}{l} I \dots \text{Inhaltsaspekt der Kommunikation} \\ B \dots \text{Beziehungsaspekt der Kommunikation} \end{array}$$

Unter Beachtung, dass BeraterIn und KlientIn jeweils ein eigenes Kommunikationsangebot machen, wäre die Kommunikation (K) zu jedem Zeitpunkt des Gesprächs als Funktion dieser beiden zu verstehen:

$$K := f(KS_1, KS_2) \qquad \begin{array}{l} KS_1 \dots \text{Kommunikationsangebot der Klientin mit } KS_1 := f(I, B) \\ KS_2 \dots \text{Kommunikationsangebot der Klientin mit } KS_2 := f(I, B) \end{array}$$

Über die Kommunikationsangebote hinweg können konkrete Inhalts- (I) und Beziehungserwartungen (B) transportiert werden, die in der Analyse konkreter Erstgespräche (VI.2) genauer zu identifizieren wären:

$$\begin{array}{l} I_1, I_2, \dots, I_{K-1}, B_K \\ B_1, B_2, \dots, B_{N-1}, B_N \end{array}$$

In der Summe wurde der Beziehungsaspekt der Kommunikation (B) in seinen unterschiedlichen Ausprägungen als **das** strukturierende Element der Kommunikation im Erstgespräch beschrieben. Dabei trafen die Beziehungserwartungen (-angebote) der KlientInnen auf die der BeraterInnen. Seien diese different, würde die Kommunikation über alle Bestandteile des Erstgesprächs hinweg in Gefahr geraten. Die BeraterInnen berichteten in den allgemeinen Aussagen über entlastende Beziehungserwartungen, resp. -angebote ebenso wie über auf aktive Auseinandersetzung mit der Krise gerichtete. In der Kommunikation trafen nun die Kommunikationserwartungen der BeraterInnen und KlientInnen aufeinander. Einerseits versuchten die BeraterInnen, Kommunikationswünsche zu erfassen und umzusetzen. Andererseits seien dem Grenzen gesetzt. Diese Grenzen bezögen sich immer auf den Beziehungsaspekt der Kommunikation. Sie entstünden durch das spezielle Angebot des BKD (zeitliche Begrenzung, Begrenzung möglicher Gespräche) und möglicher Beziehungsangebote. Die BeraterInnen beziehen sich dabei auf für sie unmögliche Beziehungserwartungen der KlientInnen. Sie nennen in diesem Zusammenhang ausschließlich destruktive Beziehungsangebote

(z. B. Aggressionen und Entwertung), die mindestens zur Begrenzung, aber auch zum Abbruch der Gespräche führen könnten.

### *Konklusion*

Die Bestandteile des Erstgesprächs selbst beschreiben Themen, die weder zeitlich verortet (abgesehen von der Herstellung und des Beenden des Kontaktes) wären, noch geeignet, Gesprächssequenzen zu differenzieren und einen Prozess zu beschreiben. Ihre Analyse ergab jedoch, dass der mit der inhaltlichen Bearbeitung verbundene Beziehungsaspekt eine Steuerungsfunktion einnehmen könnte. **In einer ersten Annäherung würde der Kommunikationsprozess des Erstgesprächs durch eine Abfolge von sich aufeinander beziehenden Beziehungserwartungen der KlientInnen und BeraterInnen strukturiert.** Diese Beziehungserwartungen würden durch konkrete Inhalte transportiert werden. Die Inhalte könnten tendenziell den Bestandteilen des Erstgesprächs zugeordnet werden. Würden Beziehungserwartungen (-angebote) der KlientInnen destruktiv, würden BeraterInnen diese begrenzen bzw. ablehnen. In der Folge entstünden Kommunikationsschwierigkeiten, die zum Abbruch des Gesprächs führen könnten.

### VI.1.1.3 Entwicklung von grundsätzlichen Beratungsstrategien durch die BeraterInnen

Um den Prozess des Erstgesprächs im BKD zu rekonstruieren, wurden erfahrene fest angestellte MitarbeiterInnen befragt. Sie entwickelten und entwickeln ihr Wissen über die Gestaltung des Erstgesprächs in einem fortlaufenden individuellen und gemeinsamen Lernprozess. In den Interviews mit ihnen wurde deutlich, dass die BeraterInnen allgemeine Grundsätze für Erstgespräche formulieren, die ihrerseits eine spezifische Umsetzung im differenzierten Prozess des Erstgesprächs mit unterschiedlichen KlientInnengruppen und Kontaktarten erfahren. Diese allgemeinen Grundsätze sind nicht an bestimmte Phasen oder Bestandteile im Prozess des Erstgesprächs gebunden, sondern bilden in gewisser Weise „den Humus“ des Beratungshandelns.

Die BeraterInnen räumen dem **aktiven Handeln, welches über den gesamten Prozess mit unterschiedlichen Mitteln umgesetzt werde**, im Erstgespräch eine herausragende Position ein. Dabei orientierten sich die BeraterInnen im BKD erwartungsgemäß an einem der Hauptkriterien von Krisenintervention (vgl.II.1), aber auch an einfließenden Lernerfahrungen (s. VI.1.1), wie der Gestalttherapie, womit es FMA1 begründet.

„Ich habe eine Wahl, das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken und das, was da gerade ist, zu thematisieren und anzusprechen aktiv.“ (FMA3, Zeile 2899 – 2900)

„Ich sag dann das, was mir dann auffällt. Also ich mein, wenn, wenn jetzt ähm (seufzt) weiß ich, eben das passt oder das gehört zum Inhalt oder Thema oder zum Grundkonflikt oder wie auch immer, dann sprech ich vielleicht an...“ (FMA1, Zeile 2115 – 2119)

Das aktive Handeln beziehen BeraterInnen auf das *Ansprechen*, das *Sagen* und damit *Lenken* des Erstgesprächs. Die Erwartung der BeraterInnen im Erstgespräch verbinde sich mit der Annahme, dass aktives, lenkendes Handeln adäquat und erfolgreich sei - erfolgreich i. S. des Erkennens von problematischen Beziehungserwartungen der KlientInnen (*passt zum Grundkonflikt*) und Bearbeiten dieser. FMA3 sähe aber auch die Gefahr von Missverständnissen:

„Auch vielleicht zum Preis, dass es Missver//, dass es irgendwie ungute Stimmung gibt.“ (FMA3, Zeile 2905 – 2907)

Die *ungute Stimmung*, die entstehen könne, würde sich auf nicht erfüllte Beziehungserwartungen der KlientInnen beziehen (vgl. auch VI.1.1.2, Abs. *Beziehungsaufbau und -erhalt*). Trotzdem sähen die BeraterInnen ein Überwiegen der Vorteile des aktiven Handelns. Schwelende Konflikte könnten benannt werden. Diese könnten im positiven wie negativen Sinne ausgetragen und aufgehoben werden, also letztlich mit der möglichen Konsequenz des Abbruchs des Gesprächs.

„Dann (STÖHNT) – so. Dann ist es vom Tisch. Und dann ... Ja, gut. Dann geht es auch ja vielleicht. Aber genau darum ... Dann ist es raus, dann ist er sauer auf mich, dann kann man auflegen. Es ist besser, als wenn man irgendwie eine halbe Stunde so rumseiern und irgendwie zwingend – zwingend lange“ (FMA3, Zeile 2918 – 2922)

Das aktive Handeln müsse eindeutig vom Agieren im Erstgespräch abgegrenzt werden:

„Ja, also dass ich nicht das Gefühl habe, ich müsste jetzt irgendwie ‘n \* äh \* ne Gesprächssituation von vorne bis hinten gestalten, und wenn mal ne Pause auftritt, dann irgendwo nachfragen, sondern warte sehr viel ab oder so, ob sich daraus nicht irgendwo dann was entwickelt, ja? \*“ (FMA4, Zeile 2181 – 2185)

*Pausen* dürften sein. Sie seien eine Möglichkeit des aktiven Handelns. Um aktiv handeln zu können, bedürfe es der Variabilität in der Gesprächsführung durch die BeraterInnen:

„... den Klienten oder so wat, aber heute (xxxxx) schmoren lässt, \*\* äh \* oder was heißt schmoren lässt, aber auf jeden Fall nicht ständig da dann \* (Zuflucht vorgibst?) dann \* (SEUFZT) entwickeln sich manchmal ganz gute Geschichten. \*7\* Ja. \* Und ich getraue mir auch (xx) mehr zu konfrontieren als früher am Anfang, ja? \* Wobei, wie gesagt, äh \* ich glaube, ich hab hier ‘n ziemlichen \* Ruf, als \*2\* ob das meine einzige (LACHT BISSCHEN) Möglichkeit wäre, mit Klienten umzugehen, aber das stimmt bestimmt nicht, ja? Also ich \* versuche, das sehr von dem Klienten abhängig zu machen, und das issis' es auch.“ (FMA4, Zeile 2187 – 2197)

Hier wird z. B. die Methode des *Konfrontierens* ergänzt. Es sei wichtig, letztlich Angebote von den Möglichkeiten der KlientInnen abhängig zu machen. Aktives Handeln der BeraterInnen würde somit mit größerer **Beweglichkeit** in der Beratung umgesetzt:

„Ich denke mal, dass ich beweglicher geworden bin, dass ich mich einfach mehr traue...bevor jetzt irgendwie was hier ungut zu werden, versuche ich es anzusprechen...“ (FMA3, Zeile 2881 – 2884)

*Mehr Trauen*, indem man *nachfrage* oder *unterbreche*, könnte ebenfalls darauf hindeuten, dass Konflikte aktiv aufgesucht (*angesprochen*) würden. Diese Beweglichkeit der BeraterInnen führe so zu individuellen Gesprächsverläufen:

„Das ist eher, wie ich einen Gesprächsverlaufs abhängig, wie schnell ich dann nachfrage, unterbreche oder so ...“ (FMA1, Zeile 952 – 955)

Die Anwendung der Gesprächsmethoden (*wie schnell ich nachfrage*) sei vom *Gesprächsverlauf abhängig*. Deutlich wird in den Aussagen der BeraterInnen wiederum, dass die von ihnen beschriebene Beweglichkeit der Gestaltung der Beziehung diene. FMA4 betont, dass es dabei eben nicht nur um das Benennen von schwelenden Konflikten gehe, sondern zu erfassen, welche Beziehungswünsche KlientInnen hätten (*eben viel mit Nachfragen zu machen*) und auf diese einzugehen (keine *Statements*):

„Aber sonst versuche ich eben viel mit Nachfragen zu machen, weil ich finde, das bringt am meisten. Wenn ich ein Statement mache, und das stimmt nicht, dann müssen die Leute ja widersprechen.“ (FMA4, Zeile 2150 – 2153)

Die Umsetzung des aktiveren Handelns über eine bewegliche Gesprächsführung diene dem Ziel, schneller „auf den Punkt zu kommen“. Aktives Handeln und Beweglichkeit im Erstgespräch verbänden sich eng mit der **Beschleunigung des Gespräches**, welche auch als ein erwünschtes Ziel des Erstgesprächsprozesses verstanden werden könnte.

„Und wenn ich das früh genug weiß, kann ich das vielleicht auch beschleunigen. Und ich kann da sagen: „Also, gut. Sie wollen – Sie sind, Sie wollen Streit. Wollen Sie Streit mit mir jetzt?“ So. Oder ich sage: „Ich will mit Ihnen nicht das und das!““ (FMA3, Zeile 2913 – 2918)



Der Wunsch nach Beschleunigung könnte auf die immense Bedeutung der zur Verfügung stehenden Zeit für eine Krisenintervention verweisen. In  $\frac{3}{4}$  aller Kontakte bleibt es beim Erstgespräch. I. d. R. werden nicht mehr als zehn Gespräche mit einem/einer KlientIn im Berliner Krisendienst geführt. Die Begrenzung der Zeit in der Krisenintervention, verbunden mit dem unkomplizierten Zugang zu ihr, erwies sich in der langen Tradition der Bewältigung akuter psychosozialer Krisen als günstig und wurde allgemeiner Grundsatz (vgl. II.1). Die Möglichkeit, schnell und effektiv zu handeln, entstehe nach Meinung der BeraterInnen mit zunehmender Erfahrung und Professionalität: *wenn ich früh genug weiß, kann ich das vielleicht auch beschleunigen*. Was wissen die BeraterInnen? Sie würden typische KlientInnen und für sie wahrscheinliche Gesprächsverläufe kennen. Daraus erwachse auf der einen Seite die Chance zur effektiven Gesprächsführung, auf der anderen Seite sei damit die Gefahr verbunden, KlientInnen zu früh „in Schubladen zu stecken“.<sup>27</sup> Der Zeitfaktor werde zudem auf die unausgesprochene Erwartung der Dauer eines Durchschnitts-Erstgesprächs (s. VI.1.1.2 *Beenden des Kontaktes*) bezogen, sei aber auch durch den Schicht-Rhythmus vorgeben (vgl. IV.2).

„Ich bin auch mittlerweile so weit, dass ich sage: „Okay, es geht vielleicht auf elf Uhr“.“<sup>28</sup> (FMA3, Zeile 2918 – 2922)

Allgemeine Strategien des Handelns im Erstgespräch werden von den BeraterInnen in Zusammenhang mit basalen Beziehungsangeboten beschrieben. Sie bezögen sich auf die Beeinflussung des Beziehungsaspektes der Kommunikation, der bereits im Kap. VI.1.1.2 diskutiert wurde. Es gehe darum, Empathie, Einfühlung, Wärme und Akzeptanz der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch zugrunde zu legen. FMA2 formuliert dies wie folgt:

„Also was, was mir wichtig ist, zu sagen, \* ob ich auch in Gesprächen, das klingt vielleicht manchmal ganz banal, ob's auch ne Möglichkeit gibt, dass ich mit den Leuten zumindest ein Lächeln oder äh \* so, so was kriege, also wo ich auch denke, es issis' ja manchmal ganz schwer, aber es ist auch gut, wenn man zusammen \* lachen kann, so, und das ist// also dieses, dieses Entkrampfende, wie auch immer das manchmal sein kann, äh, dass das da ist, oder dass es mir manchmal auch wichtig war, äh, einfach zu fragen, möchten Sie'n Glas Wasser ham? \* /mhm/ \* So, also solche, solche Geschichten, wo einfach \* ich \* schon auch kucke, dass es \* äh, wie auch immer äh, zwar eine sachliche, persönliche Ecke \* gibt, aber auch eine, eine Atmosphäre schaffen möchte, wo ich sage, okay, da kann sich jemand wohl fühlen.“ (FMA2, Zeile 1659 – 1672)

Die KlientInnen sollten sich *in der Atmosphäre des Krisendienstes wohl fühlen*. Die Schaffung eines angenehmen Gesprächsumfeldes könne im Dienste des basalen Beziehungsangebotes der *Emotionalen Unterstützung und Entlastung* gesehen werden (vgl. Abs. *Emotionale*

---

<sup>27</sup> Davon ausgehend, dass jedes Individuum unter gleichen Bedingungen individuell verschieden innerlich Stellung zu den Anforderungen nimmt, erscheint nur das äußere Verhalten für den oberflächlichen Beobachter gleich. Daraus folgt, dass kein Symptom bei Menschen dasselbe bedeutet, wie bei einem anderen. Die Gefahr für die Beratung entsteht meiner Meinung nach da, wo das eigene Wissen das Verstehen des/der KlientIn behindern könnte.

<sup>28</sup> „Elf Uhr“ bezieht sich hierbei auf die Spätschicht, die dann um Mitternacht endet. Sollte die MitarbeiterIn noch Basisdokumentationen zu schreiben haben, bzw. andere Gespräche erwarten, gerät sie hier langsam unter Zeitdruck, wie ich aus den Erfahrungen in meinem Praktikum bestätigen kann.

*Unterstützung und Entlastung* im Kap. VI.1.1.2), welches von den BeraterInnen im Zusammenhang mit konkreten Erstgesprächen in unterschiedlicher Form ausgestaltet würde (vgl. auch VI.2). Der Umsetzung eines emotional entlastenden Beziehungsangebotes werden im Erstgespräch durch Verhalten der KlientInnen Grenzen gesetzt. So könnten inakzeptable Beziehungsangebote der KlientInnen (z. B. Aggressivität) nur begrenzt umgesetzt werden (s. o. und vgl. Kap. VI.1.1.2, Abs. *Beziehungsaufbau und –erhalt*).

Die Gestaltung des Erstgesprächs erfolgt primär über die Sprache, die natürlich in persönlichen Gesprächen durch Gestik, Mimik und Körperhaltung ergänzt wird. Um allgemeine Merkmale des **Gesprächsstils** herauszufinden, wurden die MitarbeiterInnen nach typischen **Redewendungen** befragt. Ihre Aussagen dazu variieren. Natürlich gäbe es einerseits typische Redewendungen:

„Gut, die eigenen Redewendungen – merkt man jetzt wirklich (UNV.) ... Ich habe sie. Ganz – klar habe ich sie.“ (FMA3, Zeile 2518 – 2519)

Typische Redewendungen gäbe es dort, wo der formelle Verlauf ritualisiert wäre. Besonders eindrucksvoll hierfür sei das Ritual der Begrüßung und Verabschiedung (s. VI.1.1.2), Z. B.:

„Ja. Ich habe immer den gleichen Spruch eigentlich drauf: „Ich bin der Krisendienst, Region Mitte, (sagt seinen Namen), guten Tag.““ (FMA3, Zeile 2521 – 2524)

Im Verlauf des Gespräches beschreiben BeraterInnen typische Redewendungen, um sich dem Kontakt, resp. der Beziehung zu den KlientInnen zu vergewissern (*habe ich da was Richtiges wahrgenommen?*):

„Also, ich versuche dann schon, also, mich einzubringen und zu sagen: „Ich habe gerade bemerkt.“ Oder: „Ich habe den Eindruck, dass ...“ Und dass er schon ... (UNV.) mit der Frage: „Ist das – stimmt das, wie ist das? Habe ich da was Richtiges wahrgenommen?“ Oder ... Und dann bitte ich ihn, auch dann so möglichst schnell wieder, dass er dann – sich dann dazu verhält. Weil dann ist es eine Interaktion. Das ist ja sozusagen das – das wichtige Element.“ (FMA3, Zeile 2674 – 2681)

Die KlientInnen könnten sich dazu *verhalten*, der BeraterIn zurückmelden, ob ihre Wahrnehmung und daraus resultierendes Angebot, angenommen werden könnte. Daraus entstehe erst die Interaktion. Interaktion könnte hier als fortwährender Prozess der Beziehungsgestaltung interpretiert werden, der mit erprobten ritualisierten Redewendungen vorangetrieben würde. Wenn sich die Redewendungen auch *nicht so sehr unterscheiden* würden, so differiere doch ihre Anwendung im Gesprächsverlauf unter der Prämisse der Beweglichkeit der BeraterInnen (s. o.):

„I: Redewendungen oder so, die du gerne wieder annimmst äh verwendest, Klienten aufzulockern oder so was zu erfragen?

E: : <4s> Nö, ich glaub' das unterscheidet sich nicht so sehr. Das ist eher, wie ich einen Gesprächsverlaufs abhängig, wie schnell ich dann nachfrage, unterbreche oder so is' äh. <6> Ne, das ist sehr individuell je nach Gesprächsverlauf.“ (FMA1, Zeile 950 – 956)

Andererseits wäre es zu eng, Ritualisierung auf Redewendungen (*Standardfragen*) einzuzengen:

„Das sind glaub ich mehr Gesten, ich glaub, ich (xx) immer ziemlich (x). Oder \* ja \* aber äh \* ich drück das auch aus, ich sag das auch, also aber nicht jetzt unbedingt äh \* ich hab da keene Standardfragen zu, glaub ich nicht. Also so \*3\* aber ich teile äh, schon mit \*2\* wie es mir geht, ja?“ (FMA4, Zeile 2098 – 2102)

Der mögliche unterschiedliche Text, der der allgemein beschriebenen ständigen Beziehungsregulierung zugrunde läge, wäre auf Unterschiede im Kontext der Gespräche zurückzuführen. Hier wäre neben der Verwendung typischer Rituale zur Gestaltung der Beziehung die Individualität und Einzigartigkeit konkreter Krisen von KlientInnen hinzuzufügen (vgl. VI. 2). Das Typische manifestierte sich nicht in Redewendungen, sondern erstens in *Gesten*, die ebenfalls den Prozess der Beziehungsgestaltung forcieren könnten, zweitens in der Rückmeldung der eigenen Wahrnehmungen (*teile mit, wie es mir geht*). Beide Varianten böten den KlientInnen ebenso wie typische Nachfragen die Möglichkeit, sich dazu zu verhalten.

Allgemeine Strategien (aktives Handeln, Beweglichkeit in der Gesprächsführung, basale emotional entlastende Beziehungsangebote, Beschleunigung und ritualisierte Gesprächsführung) hätten Begrenzungen. Sie würden in Erstgesprächen, bedingt durch kontextuelle Bedingungen und die Individualität der BeraterInnen, bewusst modifiziert. Zeitpunkte (in Abhängigkeit von Schichten), zu denen Erstgespräche stattfänden, hätten Einfluss auf die Gesprächsführung:

„Na ja, es, es geht mir tatsächlich \* auch noch mal so drum, was ich immer wieder festgestellt hab, dass so unnerschiedliche, äh, je nachdem, was es für so genannte Dienste sind, dass es unterschiedlich ist, das find ich ganz \* bezeichnend, ich finde auch äh \* die Uhrzeit manchmal// also da war mir (xx) klar, also meine eigene \* Aufnahmefähigkeit, meine (einzelne??) Konzentration \* äh, ist natürlich unterschiedlich, ob jemand äh \* nachmittags, also wenn ich nachmittags hatte, um vier oder um halb fünf kommt, oder ob hier abends jemand \* weiß ich was, um \* k- um halb zwölf kommt, ja? Das, das IST ‘n Unterschied ...“ (FMA2, Zeile 1758 -1768)

Beratungen unterschieden sich dadurch, dass die *Aufnahmefähigkeit* und *Konzentration* der BeraterInnen kontextuell verschieden seien. Dies könne sich auf die Wahrnehmung des Anliegens der KlientInnen und damit verbundenen Beziehungsangebote ebenso auswirken, wie auf die Möglichkeit, auf diese noch adäquat zu reagieren. Schon im Zusammenhang mit dem Grundsatz des aktiven Handelns wurde von den BeraterInnen darauf hingewiesen, dass die Gefahr des Scheiterns immanent sei. Auch gebe es Unterschiede zwischen Fest- und HonorarmitarbeiterInnen:

„das macht// ist‘n entschiedener Unterschied, was da// wie mer an// wie wie d// wie ich als Berater rein gehe, also so \* ähm \* ich persönlich hab’s auch immer vermieden, \* und das issis' glaub ich AUCH noch mal ‘n Unterschied zwischen fest Angestellten und Honorarmitarbeitern, ich weiß da drum, dass viele Honorarmitarbeiter, sag ich mal, noch vorher gearbeitet ham, und dann in den Krisendienst gekommen sind.“ (FMA2, Zeile 1769 – 1776)

Es spiele eine Rolle für die Gesprächsführung, woher die BeraterInnen kämen (*vorher gearbeitet ham*). Sie würden unterschiedliche Lernerfahrungen einbringen (s. VI.1.1.1), die trotz Vereinheitlichung, individuelle Stile hervorbrächten. Auch im Zusammenhang mit der Darstellung der Bestandteile des Erstgesprächs, insbesondere der Herstellung und dem Beenden des Kontaktes wurde darauf hingewiesen, dass es Unterschiede zwischen den BeraterInnen gebe:

„... dass man älter wird und dass man eine bestimmte Form von Beziehung hat, die man mit zwanzig oder sechzehn oder so was noch nicht hat...“ (FMA1, Zeile 1186 – 1188)

Das Alter und mit ihm sicher auch die Erfahrung, bedinge andere *Formen von Beziehungen* (Begrüßung mit Handgeben etc.). Diese Unterschiede sollten jedoch nicht überbewertet werden, wie bereits in Kap. VI.1.1.1 dargestellt wurde:

„Ich denke schon, also wobei ich denk, wenn jemand, der erfahren ist ähm, dann machen alle doch irgendwie Ähnliches.“ (FMA3, Zeile 1290 – 1291)

### *Konklusion*

Der Erwerb von Handlungswissen resp. Erfahrung über den Prozess des Erstgesprächs führe zur Modifizierung der Gesprächsführung. Erfahrene BeraterInnen handelten auf der einen Seite aktiver und könnten auf der anderen Seite auf ein großes Repertoire von Methoden zurückgreifen, was ihre Gesprächsführung beweglicher mache. Beide Strategien (aktives Handeln und Beweglichkeit in der Gesprächsführung) dienten aber aus Sicht der BeraterInnen dem Ziel, den Prozess des Erstgesprächs effektiv zu gestalten und damit zu beschleunigen. Die Beschleunigung des Prozesses des Erstgesprächs stehe im Einklang mit der zeitlichen Spezifik der Krisenintervention (vgl. II.1). Das im gemeinsamen Lernprozess erworbene Wissen manifestiere sich unter anderem auch in der Ritualisierung und Vereinheitlichung in der formellen Gesprächsgestaltung, wie z. B. Begrüßung, Begleiten in den Beratungsraum etc. **Die Grundsätzlichen Strategien bezögen sich auf die Gestaltung des Beziehungsaspektes der Kommunikation, während Gesprächsverläufe und die konkreten Inhalte notwendigerweise individuell wären.** Dem Prozess des Erstgesprächs lägen basale entlastende Beziehungsangebote der BeraterInnen zugrunde, die sich in der Schaffung einer angenehmen Gesprächsatmosphäre und einer zugewandten, wohlmeinenden und offenen Gesprächshaltung der BeraterInnen darstellten.

Die Anwendung grundsätzlicher Strategien werde einerseits durch die Individualität der BeraterInnen (Erfahrungen, Alter, Professionalität etc.) begrenzt, andererseits seien Modifizierungen durch die organisatorischen Rahmen des BKD (z. B. Zeitpunkt des Gesprächs) möglich. (Abbildung 12)

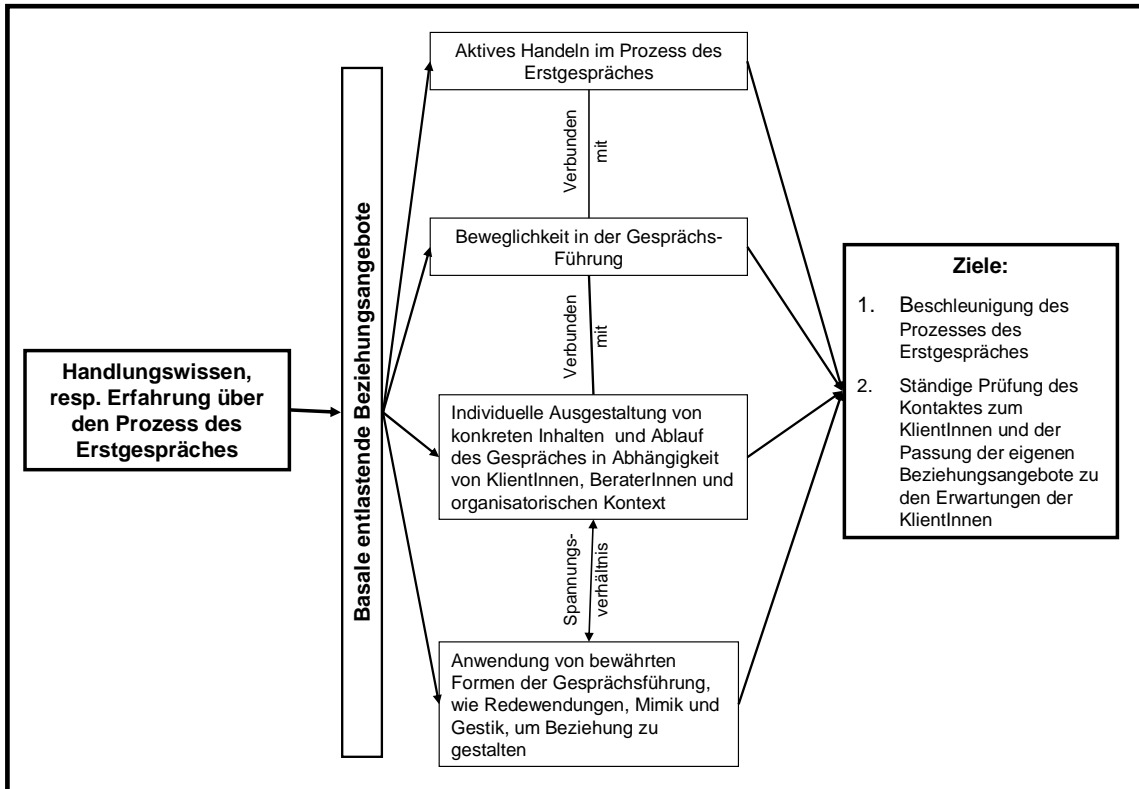


Abbildung 12: Allgemeine Grundsätze der Gesprächsführung

## VI.1.2 Kontaktart spezifische Besonderheiten in Erstgesprächen

Die BeraterInnen des BKD unterscheiden grundsätzlich drei Kontaktarten: persönliche Kontakte, Telefonkontakte und mobile Einsätze, wo bei letztere in der Dissertation nicht betrachtet werden<sup>29</sup>. Telefonkontakte machen mit ca. 80 % den Großteil der Kontakte der BeraterInnen aus (Zimmermann. & Bergold, 2003). Persönliche Kontakte sind jedoch zeitintensiver. Sie beanspruchen durchschnittlich 60 Minuten, während Telefonkontakte durchschnittlich nur 20 Minuten dauern. In den Interviews mit den BeraterInnen wurde deutlich, dass, wenn sie über allgemeine Vorgehensweisen (vgl. VI.1.1) sprechen, sich tendenziell auf persönliche Gespräche beziehen. Telefonkontakte werden als eine besondere Form des Erstgesprächs beschrieben. Persönliche Kontakte wären das Medium ihrer Wahl:

„Weil \* so für mich iss halt, ich telefoniere ganz gern so beratungsmäßig ... Aber jetzt iss das immer noch das Medium \* sagen wir mal, zweiter Wahl. \* Weil ich denke, es ist okay, aber es iss nich// ersetzt nicht den \* persönlichen Kontakt im Krisendienst.“ (FMA4, Zeile 1694 – 1698)

Telefonkontakte *ersetzen keine persönlichen Kontakte*. Sie seien immer nur die *zweite Wahl*. Warum die BeraterInnen dies so sehen, wird in der Beschreibung der Besonderheiten von persönlichen und Telefonkontakten begründet.

### VI.1.2.1 Persönliche Kontakte

Bei persönlichen Erstgesprächen sähen die BeraterInnen mehr Möglichkeiten für die Gestaltung.

„... also ich hab' einfach mehr Kanäle zur Verfügung so ist es im Gespräch ...“ (FMA1, Zeile 903 – 904)

Ihnen ständen *mehr Kanäle zur Verfügung*, um KlientInnen wahrzunehmen und auf sie zu reagieren.

„Also ich kann da nich' - mir fallen immer so viele Fragen ein wie äh, ähm wie ich innerhalb einer Sekunde sehe, wenn ich jemanden vor mir hab'.“ (FMA1, Zeile 914 – 916)

Wesentlich für die BeraterInnen sei, dass sie die KlientInnen *sähen*. Sehen eröffnet vor allem zusätzliche Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung, der Wahrnehmung von Beziehungswünschen und Vermittlung von eigenen Beziehungsangeboten. Hier verfügten die BeraterInnen über die ganze Palette von Möglichkeiten das Gespräch zu gestalten, wie es von ihnen auch im Kap. VI.1.1 beschrieben wurde. Dazu komme, dass sie meist über Vorinformationen zu den KlientInnen verfügten (*iss schon klar, wer kommt*), wenn es zu persönlichen Gesprächen komme:

---

<sup>29</sup> Mobile Einsätze würden im Allgemeinen im Zusammenhang mit psychiatrischen Notfällen ausgelöst. Sie entstünden wohl oft aus vorangehenden Telefonkontakten, aber das Vorgehen bei mobilen Einsätzen unterscheidet sich von dem der Erstgespräche im Krisendienst beträchtlich (vgl. II.1 Krisen und Krisenintervention).

„... beim \* Beratungsgespräch \* ah, persönlichen, im Krisendienst, iss klar, wer da kommt, in der Regel, und \* möglicherweise auch schon dann \* der Inhalt kann auch schon klar sein.“ (FMA2, Zeile 1618 – 1621)

Auch unterschieden sich persönliche Kontakte von Telefonkontakten in den KlientInnen, die diese Kontaktarten präferieren würden. Es würden weniger *Angehörige* und *Profis*, aber auch DauerklientInnen und KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen (*verstärkt an ... den Krisendienst \* wenden*) zu persönlichen Gesprächen in den Krisendienst kommen.

„Also im \* in in der Regel iss es ja so, dass, ich glaube, beim persönlichen Kontakt es seltener der Fall ist, dass dann irgendwelche ah \* Profis oder Angehörige oder indirekt Betroffene \* auftauchen, die können mitkommen, aber beim Telefon kann es auch sein, dass jemand anders anruft, also da geht \* dass die Leute auch sich noch mal \* verstärkt an an den Krisendienst \* wenden ...“ (FMA2, Zeile 1576 – 1582)

Profis und Angehörige würden in persönlichen Kontakten eher *mitkommen*, als selbst KlientInnen sein. DauerklientInnen und KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen nutzen die persönlichen Gespräche weniger, weil sie häufiger Gespräche im Krisendienst bräuchten (vgl. auch Telefonkontakte und VI.1.3 Differenzierung nach KlientInnengruppen).

„also da geht \* dass die Leute auch sich noch mal \* verstärkt an an den Krisendienst \* wenden ...“ (FMA2, Zeile 1582 – 1583)

Persönliche Gespräche würden häufiger zu Folgekontakten führen. Dies ließe sich auch im Hinblick auf die persönliche Kontakte nutzende KlientInnengruppen verstehen. Im Gegensatz zu KlientInnen, die eher telefonische Kontakte vorzögen, würden KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen und auch KlientInnen in chronifizierten Krisen eher persönliche Gespräche nutzen. Bei diesen Klientengruppen käme es dann auch häufiger zu Folgekontakten (vgl. VI.1.1.3).

Folgekontakte ergäben sich aber auch einfacher aus persönlichen Gesprächen, weil die Frage der Regionalität, sich durch die persönliche Präsenz der KlientIn entscheide. Entweder komme sie aus der Region oder habe ihre berechtigten Gründe für die Wahl dieser Region (*Gründe, weshalb er gerade an diesem Standort auftaucht*).

„... wenn es Folgekontakte geben sollte an// vor Ort im Krisendienst, iss es dann äh ähm, auch \* der mögliche richtige Standort, iss der Punkt, wenn jemand \* äh, zum persönlichen Gespräch vorbeikommt, also unangemeldet, dann iss \* zuerst mal iss er da, dann äh, iss es auch noch ne Frage, aber dann geh ich davon aus, ob hier// \* dann stimmt's ja auch, oder hat jemand dann vielleicht auch noch mal \* seine Gründe, weshalb er denn gerade an diesem Standort auftaucht ...“ (FMA2, Zeile 1556 – 1564)

Die Ausführungen der BeraterInnen zu persönlichen Erstgesprächen im Krisendienst lassen erstens mit der Darstellung des persönlichen Kontaktes als Regelkontakt in den allgemeinen fallunspezifischen Aussagen (VI.1.1) und zweitens mit den umfangreicheren Möglichkeiten der Wahrnehmung des KlientIn und der Intervention der BeraterIn den Schluss zu, so dass

**BeraterInnen den persönlichen Kontakt als die effektivere Form von Erstgesprächen empfinden, insbesondere hinsichtlich einer gelungenen Beziehungsgestaltung.**

### VI.1.2.2 Telefonkontakte

#### *Besonderheiten des Settings*

Erstgespräche am Telefon<sup>30</sup> haben Besonderheiten, die aus der **Einschränkung der Kommunikationsmöglichkeiten** entstehen. Im Gegensatz zum persönlichen Gespräch, bei dem man oft wisse wer komme, bzw. einen ersten visuellen Eindruck habe, sei das Erstgespräch am Telefon eine „Blackbox“:

„... am Telefon kann's alles Mögliche sein, also \* das \* die Situation, man nimmt den Hörer ab, und es kann \* vom// \* es kann die Polizei sein, es kann irgendwie ein Kollege sein, der wissen will, wann er arbeiten will, es kann 'n Angehöriger sein, es kann \* ein Dauerklient sein, und und, oder es kann \* diese, dieses viel zu// also, das am Telefon iss viel zu vielfältig und auch zu beliebig, das hat auch manchmal was \* zu tun, wer äh, grade wann \* hier anruft ...“ (FMA2, Zeile 1610 – 1618)

Die BeraterInnen können nicht wissen, wer am Telefon sein würde (*kann die Polizei sein ... ein Kollege ... ein Dauerklient*). Die vielfältigen Möglichkeiten erlaubten keine Einstimmung auf eine bestimmte Klientengruppe (*viel zu vielfältig*). Aber die BeraterInnen könnten aus der Zeit, zu der potentielle KlientInnen anriefen, gewisse Rückschlüsse ziehen (*wann hier [wer] anruft*).<sup>31</sup> Um den Kontakt zu den AnruferInnen herzustellen, steht den BeraterInnen nur die Sprache zur Verfügung.

„Da – da sie jetzt kein direkt wahrnehmbares Gegenüber ist, bin ich ja eben auf die, ist man auch auf die Sprache noch mehr irgendwie angewiesen, die verbale Verständigung.“ (FMA3, Zeile 2384 – 2387)

Die BeraterInnen hätten *kein direkt wahrnehmbares Gegenüber* und seien damit auf die *Sprache angewiesen*. Über das hinaus, was die KlientInnen sagten, sei für die BeraterInnen wichtig, wie sie es sagten (*wie die Leute anfangen zu reden*):

„... ich behaupte auch so, dass (xxxx) Kontaktaufnahme, also wie die Leute anfangen zu reden, dass man da schon in \* vielen Fällen \* rausfinden kann ...“ (FMA4, Zeile 1570 – 1573)

So seien z. B. DauerklientInnen *routinierte* AnruferInnen (FMA4, Zeile 1574), während KlientInnen, die das erste Mal anriefen, *zögerlicher* klängen:

„Also dass da \*2\* ääh \* Leute, die neu anrufen, sind in der Regel sehr viel zögerlicher. Erkundigen sich, beziehungsweise wollen wissen, äh, was das für 'ne Stelle ist, oder so wat, und äh \* ham auch irgendwo ne etwasssss mehr Zurückhaltung in der Stimme, \* ja? \* Und \* während Daueran-

<sup>30</sup> Erstgespräche am Telefon werde ich in den folgenden Ausführungen der Einfachheit halber als Telefonkontakte bezeichnen.

<sup>31</sup> FMA2 bezieht sich hier auf das allgemein geteilte Wissen der BeraterInnen, dass DauerklientInnen eher späte Abendstunden nutzen würden als KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen. Profis würden, um Informationen zu bekommen eher am Vormittag und Nachmittag anrufen. Psychiatrische Notfälle können, da am Tag der Sozialpsychiatrische Dienst (SpD) zuständig ist, erst nach 16.00 Uhr beim BKD eingehen. Der BKD übernimmt genau dann die Aufgabe des SpD. So würde auch die Polizei sich in der Regel erst dann an den BKD wenden.



rufer doch sehr selbstverständlich da ihre \* Geschichten da ab- \* #handeln.#“ (FMA4, Zeile 1581 – 1587)

Letztlich folge für die BeraterInnen daraus eine besondere Konzentration auf die Gesprächsführung:

„Ich glaube, (xxxx) einfach, äh, achtet mehr auf die die \* Gesprächsführung.“ (FMA4, Zeile 1633 – 1634)

Ihr Interesse scheint dabei vor allem Informationen zu gelten, die etwas über die Beziehungserwartungen der KlientInnen verraten könnten:

„Man achtet mehr auf die Art des Sprechens, man achtet mehr auf die Gesprächspausen, man hat mehr den Hintergrund drin im Gespräch, also so, wenn jemand (xxx) (leider auch?) den Fernseher, während er dann irgendwie was vom schweren Problem erzählt und so weiter. \*\* Also du achtest mehr drauf, ob's kongruent bist, ob's passt, oder ob das irgendwo sich wid- sich dann widersprüchlich so ergibt, ja? Und du achtest mehr auf das äh \*12\* ja, wenn jemand zwischendurch unmotiviert lacht, oder oftmals hast du Klienten, die halt irgendwo äh \* schreckliche Dinge erzählen, also vermeintlich schreckliche Dinge, und da immer mal dazu lachen, ja? (FMA4, Zeile 1634 – 1644)

Sie achteten dabei ebenso auf verbale Informationen (*Art des Sprechens*), wie paraverbale (*unmotiviert lacht*) und Hintergrundgeräusche (*Fernseher*). Wie aussagekräftig Hintergrundgeräusche im Gespräch sein könnten und auch in die Intervention einbezogen würden, berichtet FMA4 sehr plastisch:

„Na, ich find's am Telefon immer auch total spannend, weil es iss ja auch so, erstmal äh \* achtest du da drauf, äh \* was läuft eigentlich im Hintergrund, \* ja? Weil viele Leute ham ja, oder einige Leute ham noch den Fernseher oder sonst wie, 'n Radio im Hintergrund laufen. \*\* Und das iss ja dann schon mal äh \* das muss man sich ja merken. \* Ja? Also \* und ich sprech das auch häufig an, also gerade wenn ich äh, so irgendwo 'n \* je nach Lautstärke \* bitte ich sie, den Fernseher auszumachen, oder das Radio, \* damit wir irgendwo ins Gespräch kommen können, oder ich hab mal in der Nacht im Nachtdienst ne Frau mit Angstproblematik gehabt, die hat irgendwo klassische Musik im Hintergrund laufen gehabt, aber halt nur im Hintergrund, und das ham wir auch angesprochen, und das hat ihr halt dazu gedient, \* äh \* ja, sich da \* zu beruhigen, \* ja? Und, und hat auch nich \* gestört (während dem?) Telefon, war halt nur irgendwo ne \* äh \* ja \*\* Geräuschkulisse. \* War sogar ne \* ganz \* ganz schöne Musik, fand ich. Dann äh, hörst du manchmal Viecher, also Katzen, die (xxx) schnurren oder irgendwie, ja? Oder irgendwelche Vögel im Hintergrund zwitschern, sind ja alles wichtige Info- Informationen“ (FMA4, Zeile 1547 – 1556)

Hintergrundgeräusche könnten, wenn sie angesprochen würden, viel über die Verfasstheit der KlientInnen aussagen. Im beschriebenen Fall hätte über das Ansprechen der *klassischen Musik im Hintergrund*, die *Angstproblematik* der Klientin und ihr Umgang mit dieser besprochen werden können.

Neben der Beschränkung auf akustische Möglichkeiten sei aber auch das **räumliche Setting**, in welchem Telefongespräche im BKD geführt würden, ein besonderes. Die Gespräche werden i. d. R. im Arbeitsraum der BeraterInnen geführt, wobei die anderen BeraterInnen zuhörtten oder auch telefonierten. Nur zum Teil würden mobile Telefone genutzt, mit denen man/frau sich zurückziehen könne.

„Also dann kriegt man auch// man hat ja nicht nur die Störungsquelle vom Klienten, sondern auch die eigenen Geschichten, was \* bei den anderen Kollegen, bei den Telefonaten oder so dann läuft. (FMA4, Zeile 1715 – 1719)

Die Besonderheiten würden bei den BeraterInnen einerseits eine höhere Konzentration erfordern. Andererseits würden sie die Gespräche eben deshalb zeitlich stärker beschränken.

„Ich bin auch im Telefonat eigentlich sehr viel, sagen wir mal, restriktiver, also ‘n Telefonat über ne halbe, dreiviertel Stunde hinaus führe ich eigentlich selten. Also \*2\* und ja. Weil \* ich glaube, dass die Aufmerksamkeit beim Telefonat auch relativ \*2\* äh \* sich schneller erschöpft, weil man auch ääh \* ja \* konzentrierter auf das \* Andere sein muss ...“ (FMA4, Zeile 1707 – 1713)

Schon hier klingen in den Ausführungen daraus resultierende Besonderheiten in der Gesprächsführung an (*restriktiver*), auf die in den weiteren Ausführungen noch genauer eingegangen wird (s. u.).

Die BeraterInnen verweisen auf eine weitere Eigenschaft des Telefonkontaktes, die **nicht zu gewährleistende Regionalität der AnruferInnen**. KlientInnen riefen nicht nur aus der Region Mitte an, sondern aus ganz Berlin, selbst aus dem Bundesgebiet.

„Weil, das machst du manchmal mit Leuten, die in einer anderen Stadt oder so was wohnen, und die dann anrufen, und (xxx) erwischt, und sie haben dich also so \* iss dann \* so’n Gespräch ...“ (FMA4, Zeile 1682 – 1685)

Daraus ergeben sich Schwierigkeiten in der Gestaltung von Interventionen, die über den Erstkontakt hinaus notwendig erscheinen (s. Vereinbarung des weiteren Vorgehens bei Telefonkontakten). Auch ziehe die größere Anonymität bestimmte KlientInnengruppen besonders an, z. B. unzufriedene KlientInnen (*beschweren sich über furchtbare Kollegen*):

„... man kriegt es ja auch manchmal \* mit, äh, wenn Leute dann \* äh, anrufen, und \* unzufrieden sind mit einer Beratung von einem, von einem selber, oder von einem Kollegen, je nachdem, wenn man dann auch ein bisschen abgrenzt oder begrenzt, dann \* gibt’s ja auch Leute, die anrufen und sich dann beschweren über den furchtbaren Kollegen, der sie ja gar nicht verstanden hat, und der \* ähm \* so das// \* ALLES ist irgendwie möglich am, am Telefon.“ (FMA2, Zeile 1641 -1649)

Die BeraterInnen würden versuchen, dies zu *begrenzen*, auch sich davon *abzugrenzen*, was oft mit Konflikten verbunden sei. Solche KlientInnen hätten oft nicht erfüllbare Beziehungswünsche. Z. B. sollten BeraterInnen für sie handeln (*mach mal wat*).

„... es gibt viele Gespräche, gerade auch am Telefon, wo die Menschen so’ne \* anrufen und ne Erwartungshaltung haben. Also ich äh, \*2\* da schwing so’ne so’ne \* Haltung mit, „mach mal wat, arbeite mal“. /mhm/ Und dann iss die Frage, ob man da drauf einsteigt oder nich. \* Wenn man nich drauf einsteigt, dann kommen immer die erwartungsvollen \* Sätze oder Halbsätze beziehungsweise, was auch ganz häufig ist, dass irgendwelche, sagen wir mal \* äh \*7\* Plattitüden ...“ (FMA4, Zeile 449 – 457)

Solche Gespräche blieben oft an der Oberfläche (*Plattitüden*) Es gebe in keine wirkliche Verbindung zu der Realität der KlientInnen (*irgendwo im Tatort gesehen*):

„... du hast den Eindruck, gut, die haben schon 16 Therapien hinter sich, und 18-mal irgendwo was gehört, und dann auch noch dreimal im Fernsehen irgendwie ‘n Tatort gesehen, wo es um (Psychotische?) Probleme ging, und so ähnlich verläuft auch das Gespräch.“ (FMA4, Zeile 459 – 463)

Oft könnten diese AnruferInnen der Gruppe der DauerklientInnen zugeordnet werden. DauerklientInnen sind meist Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, deren Bewältigungsmöglichkeiten stark eingeschränkt sind (vgl. IV.2 Klientel des Berliner Krisendienstes).

„... na, Alle Vögel sind schon da, und trallala, äh, wo iss denn der Ferdi, oder je nachdem, was es da für, für äh, sag ich mal, ähm \* für einen Pegel des Alkohol gab, war es da schon gleich aggressiv oder nicht aggressiv, also sprich, nach dem \* äh, Prinzip, dass er auch beschimpft hat, na, also \* also der dann \* das Gespräch so angefangen, „na, warst du schon scheißen, geh mal kacken“. So. /aha, ah ja/ Also \* das war ein \* ein Dauerklient, wo mer dann \* sag ich mal, über die Kontaktaufnahme \* (SCHMATZT) ähm, schnell mitkriegt, sag ich mal, dass es \* ne Telefon// also wie gesagt am Telefon, \* ähm, \* ein, ein, für meine Begriffe sind ja \* Dauernutzer oder Dauerklienten da dran erkennbar, dass sie hauptsächlich telefonischen Kontakt aufnehmen, das sind \* äh, selten Leute, die in den Krisendienst zu Beratungsgesprächen \* kommen. (FMA2, Zeile 713 – 727)

Hier wird zunächst ein typischer Dauerklient aus der Psychiatrischem Klientel beschrieben. Dieser kenne den Krisendienst und würde auch von den Beraterinnen erkannt (*schnell mitkriegt*). Mit den Jahren hat sich im BKD eine allgemein akzeptierte Art des Umgangs mit solchen KlientInnen herausgebildet (vgl. VI.1.3 Differenzierung nach KlientInnengruppen). Diese Besonderheiten dieser KlientInnengruppe prägten aber auch die Gesprächsführung bei Telefonkontakten.

#### *Besonderheiten in den grundsätzlichen Strategien in telefonischen Erstgesprächen*

Die Besonderheiten in den grundsätzlichen Strategien in telefonischen Erstgesprächen beziehen sich (verständlichweise) auf die bereits herausgearbeiteten Strategien (vgl. VI.1.1.3). Die eingeschränkten Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung im Telefonkontakt erforderten ein **besonders aktives Herangehen** der BeraterInnen.

„I.: Also, nimmst Du dann eine aktivere Funktion ein?

B.: Ja. Ja. Es ist dann mehr, dass ich wirklich so gucke: Okay, also dass ich einfach mehr Punkte habe, um die es mir dann so geht, die ich dann einfach wissen will.“ (FMA3, Zeile 2406 – 2409)

Die größere Aktivität beziehe sich auf Nachfragen, zum einen, um mehr Informationen zu erhalten (*weshalb ruft er an*), zum anderen, um Wünsche der KlientInnen zur Beziehungsgestaltung schnell zu erfahren (*welche Vorstellungen ... oder Erwartungen*).

„... die Einbettung in einen vielleicht weitergehenden Kontext und was will der Anrufer jetzt, weshalb ruft er an, worum geht es ihm? Welche Vorstellungen hat er oder Erwartungen hat er? Hat er eigene Ideen schon zu seiner Geschichte jetzt, Vorerfahrungen, Umgang mit seiner Thematik? Ist er irgendwo eingebunden? Hat er Anlaufstellen?“ (FMA3, Zeile 2410 – 2415)

**Nachfragen** seien für die BeraterInnen die Strategie im Telefonkontakt. Sie entsprächen dem besonderen Setting des Telefonkontaktes, ermöglichten aktives Handeln mit dem Ziel der **Beschleunigung der Gespräche**. In ihren Ausführungen zu den Besonderheiten des Settings des Telefonkontaktes betonten die BeraterInnen, dass dieser höhere Konzentration erfordere,

damit anstrengender sei und zeitliche Beschränkung unabdingbar. Beschleunigung entstehe durch *schnelles Nachfragen und Unterbrechen*:

„Das ist eher, wie ich einen Gesprächsverlaufs abhängig, wie schnell ich dann nachfrage, unterbreche ...“ (FMA1, 953 – 954)

Wie die grundsätzlichen Strategien von den BeraterInnen speziell im Telefonkontakt ausgestaltet würden und welche Besonderheiten und Schwierigkeiten entstanden, beschreiben sie im Zusammenhang mit der Bearbeitung der verschiedenen Bestandteile des Erstgesprächs.

#### *Modifikationen in der Bearbeitung der Bestandteile des Erstgesprächs*

Wie bereits angedeutet, führe die Beschränkung auf eine akustische Kommunikation zu Modifikationen in der Bearbeitung der Bestandteile des Erstgesprächs. Analog der allgemeinen Analyse der Bestandteile des Erstgesprächs, werden zunächst die sequentiell verortbaren (Kontaktherstellung und Beenden des Kontaktes) bzgl. Besonderheiten betrachtet. Der Gesprächsbeginn im Rahmen der **Kontaktherstellung** wäre in persönlichen Gesprächen und Telefonkontakten gleich. Allerdings fielen im Gegensatz zum persönlichen Gespräch Begrüßung und Gesprächsbeginn zusammen (s. VI.1.1.2 Kontaktherstellung). Für die BeraterInnen wäre es auch bei Telefonkontakten wichtig, sich mit dem Namen zu melden.

„... von der Gesprächsform her iss es glaub ich oft so, \* ahm \* oder iss es für mich so, dass ich immer mit Namen vorgestellt, also ich hab immer gesagt, Berliner Krisendienst, Region Mitte, äh \* ..., ich bin also \* mit dem haben Sie's zu tun. /mhm/ Und das war auch \* ähm, manchmal haben das die Leute verstanden, manchmal nennen die Leute ja auch ihren Namen, und dann iss da sa'ng das Angebot so'sang \* zuerst mal, was \* kann ich für Sie tun, oder \* wo iss sag ich mal, was veranlasst Sie, im Krisendienst anzurufen ...“ (FMA2, Zeile 1583 – 1592)

Die Annahme des Gesprächs verbinde sich bereits mit einer einladenden Aufforderung, sein Anliegen vorzutragen (*was kann ich für sie tun*). Die Einladung beinhalte gleichzeitig ein Beziehungsangebot, das die KlientInnen ermutigen solle. Die Meldung der KlientInnen am Telefon sei für die BeraterInnen eine erste Möglichkeit, etwas über die KlientInnen und ihre Art der Beziehungsanbahnung zu erfahren. Dabei bestehe hier eine bewusst gewollte Asymmetrie. BeraterInnen stellten sich mit dem Namen vor (*wichtig, sich namentlich vorzustellen*). KlientInnen könnten dies ebenfalls, müssten es aber keinesfalls.

„Ich persönlich finde es absolut wichtig und auch richtig, dass die \* die Anonymität des Krisendienstes sich nicht unbedingt auf die Mitarbeiter bezieht, ich meine, solche Stalkingfälle ham wir nich, und das iss nicht unbedingt das Thema, beziehungsweise, wenn dann äh, können die Leute auch sonst wie rauskriegen, wer man iss, und von daher, ich finde es so'ne \* ja, wichtig, sich da namentlich vorzustellen, schon mal als Gesprächseinleitung, damit \* ja \* gut.“ (FMA4, Zeile 577 – 585)

Das Prinzip der Anonymität gehört zu den Grundsätzen der Krisenintervention im Berliner Krisendienst (vgl. IV.2). Es komme Setting bedingt besonders bei den Telefonaten zur Gel-

tung. Im Rahmen der Kontaktherstellung gebe es für den Telefonkontakt typische Nachfragen durch die KlientInnen.

„... ich meine, die Frage, sind Sie Psychologe, iss ja an sich völlig legitim, ja? Weil dein Gegenüber, das, der will wissen, was du \* machst, was du bist, und was für Qualifikationen du hast, um da nich// um da irgendwo \* sich öffnen zu können \* ja?“ (FMA4, Zeile 556 – 560)

Vielleicht dadurch, dass die KlientInnen die BeraterInnen nicht sehen können, werden solche Nachfragen eher im Zusammenhang mit Telefonkontakten berichtet, ebenso Wünsche zum Geschlecht der BeraterInnen.

„... da fällt mir noch mal so ein, dass es äh, natürlich auch \* äh, Frauen gibt, die dann, wenn ein Mann am Telefon iss, sagen, ich möchte lieber ... mit ner Frau sprechen ...“ (FMA2, 1593 – 1596)

Dabei komme es bei Fragen und Wünschen zur Person der BeraterIn darauf an, *wie* sie vorgebracht würden. Auch über das „Wie“ des Vortragens könnten sie in einer ersten Annäherung erfahren, was für Beziehungserwartungen die KlientInnen mit dem Telefonkontakt verbänden.

„Also das iss so irgendwo so 'ne Art Gratwanderung, weil ja auch viele Leute, die \* das nachfragen, sind ja nich, durchaus um IMMER (xxxx), sondern eigentlich iss das ja ne legitime Frage, es geht ja im Grunde genommen nur ums Wie. Wie wird nachgefragt, und wenn die, sagen wir mal, wenn die nachfragen und wirklich 'n Wissensbedarf haben, beziehungsweise einfach wissen wollen, was iss das eigentlich für 'ne Stelle, was iss das fürn Mensch, was hat der für ne Qualifikation, dann iss das auch völlig richtig, da drauf zu antworten, da drauf irgendwie \* äh, einzugehen, und das dann \*2\* ja, so weit wie möglich dann auch äh, nachvollziehbar zu machen, wie dein Lebensweg iss, Lebensweg iss übertrieben, aber warum du hier arbeitest, und warum das \* äh, warum du dafür qualifiziert bist, ja?“ (FMA4, Zeile 560 – 574)

Es sei für die BeraterInnen notwendig, aber auch schwierig (*so 'ne Art Gratwanderung*) herauszufinden, ob solche Fragen *legitim* seien, also einen *Wissensbedarf* bedienten, um sich sicher zu fühlen, oder ob es ein Ausdruck eines grundsätzlichen Misstrauens sei (*übertrieben*). Grundsätzliches Misstrauen würde bereits auf bestimmte möglicherweise destruktive Beziehungserwartungen der KlientInnen hinweisen. Die Kontaktherstellung bei Telefonkontakten sei also einerseits durch die Beschränkung und damit Konzentration auf die Verbalisierung von Beziehungserwartungen der KlientInnen gekennzeichnet. Andererseits würden die BeraterInnen den KlientInnen gerade deshalb ein offenes (Meldung mit Namen!) und einladendes (erste Aufforderung und Frage nach Wünschen) verbales Beziehungsangebot machen.

Mit der Beschränkung auf die Sprache stehen den BeraterInnen ebenso wie bei der Kontaktherstellung auch beim **Beenden des Kontaktes** nur verbale Ausdruckformen zur Verfügung. Das Beenden eines Telefonkontaktes würde *schwieriger* sein als das Beenden persönlicher Gespräche (vgl. VI.1.1.2 Beenden des Kontakten).

„ Am Telefon ist es noch mal anders, schwieriger. Also, da habe ich schon den Eindruck, dass es da wichtig ist, dass ich ganz klar zu verstehen gebe, dass wenn das Gespräch zu Ende ist – sage ich mal –, auch wirklich vom Inhaltlichen her, dass ich sage: „Okay, jetzt ist genug.“ Und nicht darauf warte, dass – immer darauf warte, dass der Klient am Telefon einverstanden ist damit, ne? Oder so – wenn ich das so ... Bei Leuten, die vielleicht schwer selbst einen Abschluss finden, da

sage ich dann eher: „Jetzt ist gut.“ So, ne? Also verkürzt – und verabschiede mich jetzt. Jetzt telefonierst du nicht mehr weiter, weil ich dann genau weiß, also, der wird dann nicht sagen: „Ja, gut, hören wir auf. Ja, vielen Dank, auf Wiedersehen.“ (FMA3, Zeile 2840 – 2852)

Die BeraterInnen müssten klar (verbal) zu verstehen geben, dass das Gespräch zu Ende ginge (*okay, das ist jetzt genug*). Dabei sei es für sie wichtig, aktiv zu handeln und nicht zu unbedingt (*immer*) darauf zu warten, dass die KlientIn am Telefon einverstanden sei. FMA3 bezieht sich dabei auf KlientInnen, die selbst schwer einen Abschluss fänden, was wiederum als ein weiterer Hinweis für die Nutzung von Telefonkontakten durch bestimmte KlientInnengruppen sei (Dauerklienten, vgl. VI.1.3 KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen). Die Telefongespräche würden beendet, wenn *inhaltlich* alles gesagt sei. FMA4 präzisiert dies, indem er ausführt, dass das Beenden des Telefonkontaktes angestrebt würde, wenn es zu *Wiederholungen* komme. Wiederholungen implizieren, dass Beziehungswünsche vonseiten der KlientInnen weiter beständen, aber es keine Entwicklung hinsichtlich der Bearbeitung der Problematik der KlientInnen innerhalb eines Telefonkontaktes mehr gebe. So könnten z. B. bei KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen unstillbare Entlastungswünsche haben (s. VI.1.3).

- „I: Wie ist denn das dann, dass man zu Ende kommt im Kontakt am Telefon? Woran merkt man das beim Klienten, dass das sich, sozusagen das Gespräch #(xxx)?#  
B: #Wenn sich's wiederholt.# //ja// Also \*3\*  
I: Was machst du da?  
B: Ich weise darauf hin, dass wir jetzt wieder \* na ja \* dass wir da schon mal drüber geredet hätten, so \* ja. \* Dass wir vielleicht auch langsam mal zum Ende kommen müssten. \*“ (FMA4, Zeile 1699 – 1706)

Die BeraterInnen sprächen die Wiederholungen an (*ich weise darauf hin*). Sie strebten aktiv und früher als in persönlichen Gesprächen die Beendigung des Kontaktes an. Das Vorgehen beim Beenden des Kontaktes sei dann, beschränkt auf verbale Mittel, dasselbe wie allgemein beschrieben.

Der Betrachtung der sequentiellen Phasen im telefonischen Erstgespräch schließt sich die Herausarbeitung von Besonderheiten der Bearbeitung jener Bestandteile an, die nicht sequentiell in Gesprächsverlauf eingeordnet werden können.<sup>32</sup>

Die **Fokussierung** in telefonischen Erstgesprächen, als erstes zu betrachtendes Bestandteil, sei für die BeraterInnen häufiger mit einer größeren Unsicherheit als in persönlichen Gespräch behaftet.

---

<sup>32</sup> Diese Bestandteile sind Fokussierung, Situationsklärung, Vereinbarung des weiteren Vorgehens, emotionale Unterstützung und Entlastung wie Beziehungsaufbau und –erhalt, wobei die beiden letztgenannten von den BeraterInnen sowohl sequentiell wie phasenübergreifend beschrieben werden. Es sei an dieser Stelle auch noch darauf hingewiesen, dass in den Ausführungen zu den allgemeinen Bestandteilen herausgearbeitet werden konnte, dass alle Bestandteile von den Beraterinnen mit dem Fokus der Beziehungsgestaltung referiert wurden. Die Beziehungsgestaltung letztlisches Ziel der Umsetzung aller Bestandteile sei.

„... was Inhalt \* des Beratungsgespräch \* sein könnte. Am Telefon \* weiß man das nicht, aber \* zuerst mal geht's ja dann \* äh, auch am Telefon immer da drum, zu sagen, okay, was ist \* ah \* was bringt uns gerade zusammen, was iss das Thema, können wir das \* finden, so, /mhm/ und sind Sie \* sind Sie hier richtig, kann ich das// bin ich auch derjenige, den Sie suchen?“ (FMA2, Zeile 1634 – 1640)

Dabei gehe es außer um die Problematik der KlientInnen (*was bringt uns gerade zusammen*) immer auch um die Frage, ob die BeraterInnen, den Beziehungswünschen der KlientInnen entsprächen (*bin ich derjenige, den sie suchen?*). Die Unsicherheit entstehe wiederum aus den eingeschränkten Möglichkeiten der Kommunikation und würde zu längeren Phasen der Fokussierung (*längere Klärungsphase*) führen.

„I: Heißt das für dich, du musst ne längere Klärungsphase einschieben, damit du weißt, worum es eigentlich geht?

E: Klar, natürlich, klar ... Seh ich, weiß ich schon, ah, hab ich auch schon teilweise Informationen, weil in der Regel ja ahm \* es irgendwie zum persönlichen Gespräch ja ah \* schon vorab Informationen \* gibt, von von Leuten, sei es nur, dass man weiß, wie sie heißen, oder möglicherweise auch schon \* ähm, wer da kommt ...“ (FMA2, Zeile 1623 – 1632)

Wie erwartet begründet FMA2 die längere Klärungsphase in der Abgrenzung zum persönlichen Gespräch. Die visuelle Wahrnehmung (*seh ich, weiß ich schon*) und auch *Vorab-Informationen*, die es bei Telefonkontakten i. d. R. nicht gebe, werden explizit angeführt. Die visuelle Wahrnehmung und auch Vorab-Informationen bezögen sich, wie bereits in VI.1.2 dargestellt, vor allem auf Beziehungswünsche (-erwartungen) der KlientInnen. Die BeraterInnen betonen Nachfragen, die das „Wie“ der Kommunikation beträfen (*wollen sie einfach nur erzählen ...oder ... haben sie ... einen weitergehenden Wunsch?*).

„Okay, was – worum soll es eigentlich jetzt gehen? Was ist hier, dass ich sage oder frage: „Ja, wollen Sie jetzt einfach mal nur so erzählen – im Sinne von Entlastung? Oder haben Sie eine weitergehende – einen weitergehenden Wunsch oder Erwartungen jetzt auch an diesen Krisendienst, ne? Dass wir um das gleich reden und nicht am Ende rauskommt: Ja, ich wollte eigentlich nur mal erzählen und trallala.“ So. Dass man einfach schnell sich darauf verständigt: „Okay, worum geht es eigentlich jetzt?“ (FMA3, Zeile 2426 – 2434)

Um zu erkennen, wie KlientInnen kommunizieren wollten, müsse am Telefon direkt verbal nachgefragt werden, damit eine Nichtpassung der Erwartungen der KlientInnen zum Vorgehen der BeraterInnen vermieden werden könne. Dabei könnten BeraterInnen auch paraverbale Informationen mit aktiv ansprechen (s. o.). Bereits mit der Fokussierung müssten die Grenzen einer telefonischen Beratung abgeklärt werden (*kann man das jetzt in einem Telefongespräch abklären*) und andere Angebote gemacht werden (*andere Situationsvorbereitung hier persönlich*).

„Die Vorklärung und auch, dass man klar damit umgeht. Kann man das jetzt in einem Telefongespräch erst mal so weit abhandeln, behandeln? Oder geht es darum, frühzeitig ins Auge zu fassen: Es braucht mehr, es braucht anderes, es braucht eine andere Situationsvorbereitung hier persönlich. Oder direkt auch zu sagen: „Mensch, da und dahin ...“ (FMA3, Zeile 2435 – 2440)

Manchmal würde an dieser Stelle bereits eine Verabredung zum persönlichen Erstgespräch angestrebt. Solche Gespräche seien dann sehr kurz. Aber noch eine weitere Begrenzung wird genannt, nämlich die, dass bestimmte Beziehungswünsche der KlientInnen nur bedingt erfüllt würden (*direkt ... zu sagen, da und dahin*). Hier würde z. B. bereits in der Aushandlung eines gemeinsamen Fokus mit KlientInnen mit chronischen psychischen Störungen auf die Beschränkung des Angebots durch den Krisendienst hingewiesen (vgl. VI.1.3 Differenzierung nach KlientInnengruppen). Ebenso könnten destruktive Beziehungswünsche von DauerklientInnen zurückgewiesen werden. Solche Gespräche würden gewöhnlich sofort beendet.

In den Ausführungen zur Phase der Fokussierung im Telefonkontakt kristallisierte sich heraus, dass es eine längere Fokussierungsphase aufgrund der Begrenzung auf die verbale Kommunikation gäbe. Die Ausdehnung stünde im Zeichen des Erkennens und Aushandelns wie Begrenzens von Beziehungserwartungen der KlientInnen. Die **Situationsklärung** in telefonischen Erstgesprächen wird von den BeraterInnen nicht gesondert beschrieben, so dass angenommen werden kann, dass sie sich von der allgemein beschriebenen Vorgehensweise nicht wesentlich unterscheidet, abgesehen von den schon ausführlich dargestellten Beschränkungen des Telefonkontaktes. Jedoch gehen die BeraterInnen auf die Phase der **Vereinbarung des weiteren Vorgehens** ausführlich ein. Es entstünden weniger Folgekontakte aus Telefonkontakten als aus persönlichen Erstgesprächen (*das ist so ziemlich eine Ausnahmegeschichte*).

„Ääh na ja, erstmal denk ich, für mich iss das Telefon auch das Medium, \* äh für// \* um Menschen zum persönlichen Kontakt einzuladen. \* WENN \*\* es denen entspricht, ja? Was ich ganz selten mache, ist, mehr oder weniger, oder – zwar schon gemacht habe, aber relativ selten, am Telefon Folgekontakte zu vereinbaren. Also das ist so ziemlich eine Ausnahmegeschichte.“ (FMA4, Zeile 1678 – 1682)

Dies sei so, weil sich die Vereinbarung von Folgekontakten in telefonischen Erstgesprächen sich schwieriger als in persönlichen Erstgesprächen gestalte.

„... unter dem Aspekt, äh, wenn es Folgekontakte geben sollte an// vor Ort im Krisendienst, iss es dann äh ähm, auch \* der mögliche richtige Standort, iss der Punkt, wenn jemand \* äh, zum persönlichen Gespräch vorbeikommt, also unangemeldet, dann iss \* zuerst mal iss er da, dann äh, iss es auch noch ne Frage, aber dann geh ich davon aus, ob hier// \* dann stimmt's ja auch, oder hat jemand dann vielleicht auch noch mal \* seine Gründe, weshalb er denn gerade an diesem Standort auftaucht, das kann man auch noch mal, aber das iss dann nich der Vordergrund.“ (FMA2, 1556 – 1565)

Wie schon in den Besonderheiten des Settings von Telefonkontakten beschrieben, würden KlientInnen auch aus entfernteren Bezirken aus Berlin anrufen, ebenso wie aus anderen Teilen der Bundesrepublik. Die Region Mitte sei in diesen Fällen zu meist nicht der gute (*mögliche richtige*) Standort für einen Folgekontakt. Zu einer aktiven Vereinbarung von Folgekontakten komme es so i. d. R. nur mit KlientInnen aus der Region.



„Aber \* ja, und sonst äh \* Nachfragen halten wir im Bezirk, und ob sie dann nich mal zum persönlichen Gespräch vorbeikommen wollen, wenn sich's ergibt, also wenn ein Folgegespräch da draus entsteht, oder \* entstehen sollte.“ (FMA4, Zeile 1690 – 1694)

Aus der Beschränkung des Angebots von Folgegesprächen für KlientInnen aus der Region könnten bei entsprechender Problemlage längere Gespräche mit KlientInnen anderer Regionen entstehen (*da bleibst du am besten noch eine Weile dran*).

„Weil, das machst du manchmal mit Leuten, die in einer anderen Stadt oder so was wohnen, und die dann anrufen, und (xxx) erwischt, und sie haben dich also so \* iss dann \* so'n Gespräch, wo du so das Gefühl hast, du sagst jetzt nicht, okay, wenden Sie sich an den zuständigen Dienst in Ihrer Region, sondern wo du so das Gefühl hast, da bleibst du am besten noch eine Weile dran, und dann kannst du das machen, dass die da \* noch mal anrufen.“ (FMA4, Zeile 1682 – 1690)

Hier könne ein Ziel des Gespräches sein, einen telefonischen Folgekontakt zu vereinbaren. Dies würde in manchen Fällen, der Überweisung *an den zuständigen Dienst* vorgezogen. Es könnten Gespräche sein, in denen die Beziehungsfähigkeit der KlientInnen bereits so fragil erlebt würde, dass die BeraterInnen befürchten müssten, die KlientInnen könnten einen Wechsel der BeraterIn nicht verkraften (*wo du so das Gefühl hast, du sagst jetzt nicht, okay, wenden sie sich and den zuständigen Dienst*).

Das Telefongespräch könne und solle auch trotz dargestellter Beschränkungen *Entree* zu persönlichen Kontakten sein.

„am Telefon oft \* äh äh die \* Gesch- Geschichte gewesen, okay, kann man das telefonisch abklären, oder muss man, sag ich mal, jemand \* das An// oder macht man jemand das Angebot, dass er noch mal persönlich vorbei kommt, also es kann, sag ich mal, immer \* das Entree, also 'n Telefonkontakt kann das Entree zu einem persönlichen Gespräch im Krisendienst sein ...“ (FMA2, Zeile 1666 – 1672)

So würden z. B. KlientInnen Folgekontakte angeboten (*vielleicht besser, sie kommen mal vorbei*), um zu sehen, ob es möglich sei, eine andere Möglichkeit des Umgangs mit der Problematik der KlientInnen zu finden (*rauszukommen aus der Plauderschleife*).

„Manchmal ist es auch eine Möglichkeit, finde ich, mit (UNV.) Einladung auch, ein bisschen rauszukommen aus so einer Plauderschleife, die manchmal ja auch stattfindet, ja? (UNV.) Ich versuche es so, ich versuche es so. Und ich komme aber da nicht in den deutlichen Kontakt mit dem. Und ich sage es dann auch schon mal: „Vielleicht ist es besser, Sie kommen mal vorbei. Vielleicht ist es dann klarer.“ (FMA3, Zeile 2455 – 2461)

Auch hier gehe es einerseits um den Versuch, die Beziehungsgestaltung zu verändern. Andererseits wäre es die Möglichkeit zu eruieren, ob dies überhaupt für die KlientInnen gewünscht und möglich sei.

„Und dann – entweder er nimmt das dann an, oder er sagt: „Ach, nee. Ist mir zu aufwändig, das habe ich eigentlich jetzt nicht vor. Ich mache das lieber am Telefon.““ (FMA3, Zeile 2463 – 2465)

Sei eine Veränderung des Umgangs mit der Problematik durch die KlientInnen nicht gewünscht (*ist mir zu aufwendig*), würden die BeraterInnen, wie bereits beschrieben, das Gespräch begrenzen, also ihre Zielsetzung nicht erweitern (*am Telefon geht ... nicht mehr*).

„Und dann geht es ja darum, dass ich dann sozusagen auch dann – den Rahmen des Telefonats auch dann stärker begrenze und sage: „Am Telefon geht es aber nicht mehr jetzt.“ Dann ist es auch eher so zu Ende.“ (FMA3, Zeile 2465 – 2469)

Die Vereinbarung von Folgekontakten ist wohl der von den BeraterInnen am ausführlichsten beschriebene Bestandteil des telefonischen Erstgesprächs. Dies könnte so sein, weil es die Schnittstelle zum persönlichen Gespräch darstellt, welches favorisiert wird.

BeraterInnen verweisen aber auch darauf, dass Telefonkontakte ein typischer Auslöser für *mobile Einsätze* seien. Hier würde dann der Rahmen einer Krisenintervention häufig verlassen und Interventionen im Falle eines psychiatrischen Notfalls ständen an, die ein differentes Vorgehen erforderten, das nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit liegt.

„... Telefonkontakt kann das Entree zu einem persönlichen Gespräch im Krisendienst sein, es kann auch \* ähm \* ... die Situation sein, dass mer, ah, dass ‘n Hausbesuch oder mobilen Einsatz \* ah \* gemacht wird, je nachdem, \* was sag ich mal äh, vermittelt wird, und WER anruft.“ (FMA2, Zeile 1571 – 1576)

Die grundsätzliche Einschränkung des telefonischen Erstgesprächs auf die akustische Kommunikation habe auch Auswirkungen auf die Umsetzung des **Bestandteils der emotionalen Entlastung und Unterstützung**. Wie schon beschrieben würden hier akustische Anzeichen auf emotionale Schwankungen (*Schwanken zwischen Lachen und Weinen*) ebenso genutzt wie Inkongruenzen zwischen dem Inhalt des Gesagten und der Form (*schreckliche Dinge und ... dazu lachen*).

„Und du achtest mehr auf das äh \*12\* ja, wenn jemand zwischendurch unmotiviert lacht, oder oftmals hast du Klienten, die halt irgendwo äh \* schreckliche Dinge erzählen, also vermeintlich schreckliche Dinge, und da immer mal dazu lachen, ja? Und das sprichst du dann an, und darüber kriegst du (den Kontakt hin / dann Kontakt denn?). Oder die schwanken zwischen lachen und weinen, und du weißt oftmals nicht, \*\* wie du das einordnen kannst.“ (FMA4, 1641 – 1648)

Für die BeraterInnen sei es wichtig, dies *anzusprechen* und damit die Beziehung zu aufzubauen bzw. zu erhalten (*darüber kriegst du den Kontakt*). Sie zeigten durch das Ansprechen den KlientInnen auf der einen Seite, dass sie ihre Not, vielleicht auch ihre Scham erkennen würden. Auf der anderen Seite könnten genau darüber den KlientInnen die Möglichkeit eröffnen, ihr Leid auszusprechen, Anerkennung zu erfahren und damit letztlich Entlastung. Deutlich wird auch, dass während im persönlichen Gespräch oft emotionale Unterstützung und Entlastung über die Haltung, Gesten und auch Handlungen transportiert würde, im Telefonkontakt eher konkret *angesprochen* würden.

Die Ausführungen der BeraterInnen zum **Beziehungsaufbau und –erhalt** konzentrieren sich auf den Beziehungsaspekt der Kommunikation (wie wird kommuniziert). Sie sprechen in diesem Zusammenhang nicht über Phasen des Erstgesprächs, in denen die Beziehungsgestal-

tung in den Mittelpunkt der Erstgespräche rückt. Wieder thematisieren sie die Einschränkungen, die Telefonkontakte mit sich brächten.

„Ne, ich hab' die Stimme so, aber wenn, ich frag jetzt nich' nach: 'Wie sehen sie denn aus? Sind sie dick oder dünn oder groß oder klein oder hm 'se 'nen verkniffenen Mund oder nich'?' So 'ne. ... Also ich kann da nich' - mir fallen immer so viele Fragen ein wie äh, ähm wie ich innerhalb einer Sekunde sehe, wenn ich jemanden vor mir hab'.“ (FMA1, 909 – 916)

Akustische Wahrnehmungen (*ich hab' die Stimme*) könnten visuelle nicht ersetzen (*mir fallen immer so viele Fragen ein ... wenn ich jemanden vor mir hab'*). Aber natürlich würden alle Möglichkeiten der akustischen Kommunikation genutzt, um die Beziehung zu gestalten. Die Stimme der KlientInnen (*ich hab ja nur die Stimme der KlientInnen zur Verfügung*) wäre außerhalb der auch inhaltlich ausgesprochen Beziehungswünsche ein Indikator für mögliche Beziehungswünsche.

„Also da hab' ich ja nur die Stimme zur Verfügung, wenn es irgendwie nen kleines Stimmchen is' und jemand bleibt, will aber komplett anonym bleiben oder so was. Dann weiß ich nicht, ob das 'ne Sechzigjährige mit nem kleine Mädchenstimmchen ist oder ob's 'ne passend Siebzehnjährige (kichert) ist oder so was. Also jetzt mal übertrieben gesagt! (FMA1, Zeile 919 – 925)

Die Beschränkung auf die Stimme würde bei bestimmten KlientInnengruppen (insbesondere DauerklientInnen) durch den Wunsch begleitet *komplett anonym zu bleiben*. So blieben Annahmen über Beziehungswünsche vager als in persönlichen Kontakten.

„Ich mein', ich hab' natürlich nich' ähm kann nur projizieren und gucken und, und ob das äh, das was ich da so erzähle oder was mir auffällt oder wenn, wenn ich irgendwelche äh Gespür für, für denjenigen da und ob das stimmt oder nicht, das kann ich dann eben im Gespräch [meint persönliches Gespräch – U.F.] natürlich ganz anders ähm verifizieren.“ (FMA1, Zeile 895 – 901)

Das was den BeraterInnen bei der Gestaltung der (verbalen) Kommunikation bei den KlientInnen *auffalle*, würde in das Gespräch hineingetragen (*projizieren und gucken* [im Sinne von Wahrnehmen]) und in der Reaktion der KlientInnen *verifiziert*. Für den Telefonkontakt würde somit eine schwierigere Beziehungsgestaltung angenommen.

Die Beschränkung auf die Stimme, umfasse, ebenso wie bei allen anderen Bestandteilen, auch paraverbale Informationen, erkennbare Inkongruenzen zwischen Sprache und Inhalt und Hintergrundgeräusche. Nachfragen wären auch hier das Mittel der Wahl mehr Sicherheit in der Beziehungsgestaltung zu erlangen.

„Wenn jemand sehr weitschweifig ist, dann ist es mir wichtig, einfach zu versuchen, auch das dann zum Thema zu machen ...“ (FMA3, Zeile 2391 – 2392)

Um die Beziehung im telefonischen Erstgespräch zu gestalten, wird von den BeraterInnen die eigene Aktivität betont, was eben mit der Einschränkung der Möglichkeiten in Zusammenhang zu sehen wäre. Die Aktivität beschränke sich nicht auf das Erkennen von Beziehungswünschen, sondern auch das Einbringen eigener Angebote (*ich bringe dann halt ... die Wendung rein*), wie kommuniziert werden könnte (*was sind ihre Anteile dran*).

„Also insofern sind wir auch ziemlich reaktiv. Das heißt, im Grunde genommen bestimmen die Klienten ähm \* worüber sie reden wollen, worüber das Gespräch geht. \* Und ich bringe dann halt noch ne// \* die Wendung rein, okay, das iss das Problem, darüber woll'n Se reden, und \* was sind Ihre Anteile da dran. \*\*“ (FMA4, Zeile 1661 – 1666)

### *Zusammenfassung*

Das häufigere Gespräch im BKD ist das telefonische. Desto trotz beschreiben die BeraterInnen das persönliche Erstgespräch als „allgemeines Regelgespräch“. In der Darstellung des Telefonkontaktes durch die BeraterInnen wurde deutlich, dass sie die Beschränkung auf die akustische Kommunikation hervorheben. Sie führe zu einer schwierigeren Beziehungsgestaltung. Einerseits sei diese durch die eingeschränkte Wahrnehmung und Vermittlung von Beziehungsangeboten gekennzeichnet. Damit verbänden sich höhere Anforderungen an die Konzentration der BeraterInnen, welche durch das Setting, in welchem die Telefongespräche geführt würden, noch erhöht würden. So würden Telefonkontakte stärker zeitlich begrenzt. Andererseits zöge die Beschränkung auf die akustische Kommunikation bestimmte KlientInnengruppen mit oft einseitig auf Entlastung gerichteten bis destruktiven Beziehungsangeboten an. Auch deshalb wären zeitliche Begrenzungen unabdingbar.

Um trotz der Beschränkungen den KlientInnen eine adäquate Gesprächsqualität zu bieten, würden erstens grundsätzliche Strategien und Bearbeitung von Bestandteilen des Erstgesprächs den spezifischen Bedingungen des Telefonkontaktes angepasst. Alle möglichen akustischen Informationen würden in die Kommunikation einbezogen und vor allem für die Beziehungsgestaltung genutzt werden. Zweitens würden durch die mit Telefonkontakten verbundenen Einschränkungen mögliche Zielstellungen im Erstgespräch begrenzt. Würden über entlastende Angebote hinaus weitergehende Ziele verfolgt, würden tendenziell persönliche Gespräche angeboten. Aber dieses Angebot lasse sich nur gegenüber KlientInnen machen, die auch den Standort erreichen könnten. Eine Weitervermittlung sei ansonsten notwendig, doch nicht immer gelinge diese. (Abbildung 13)

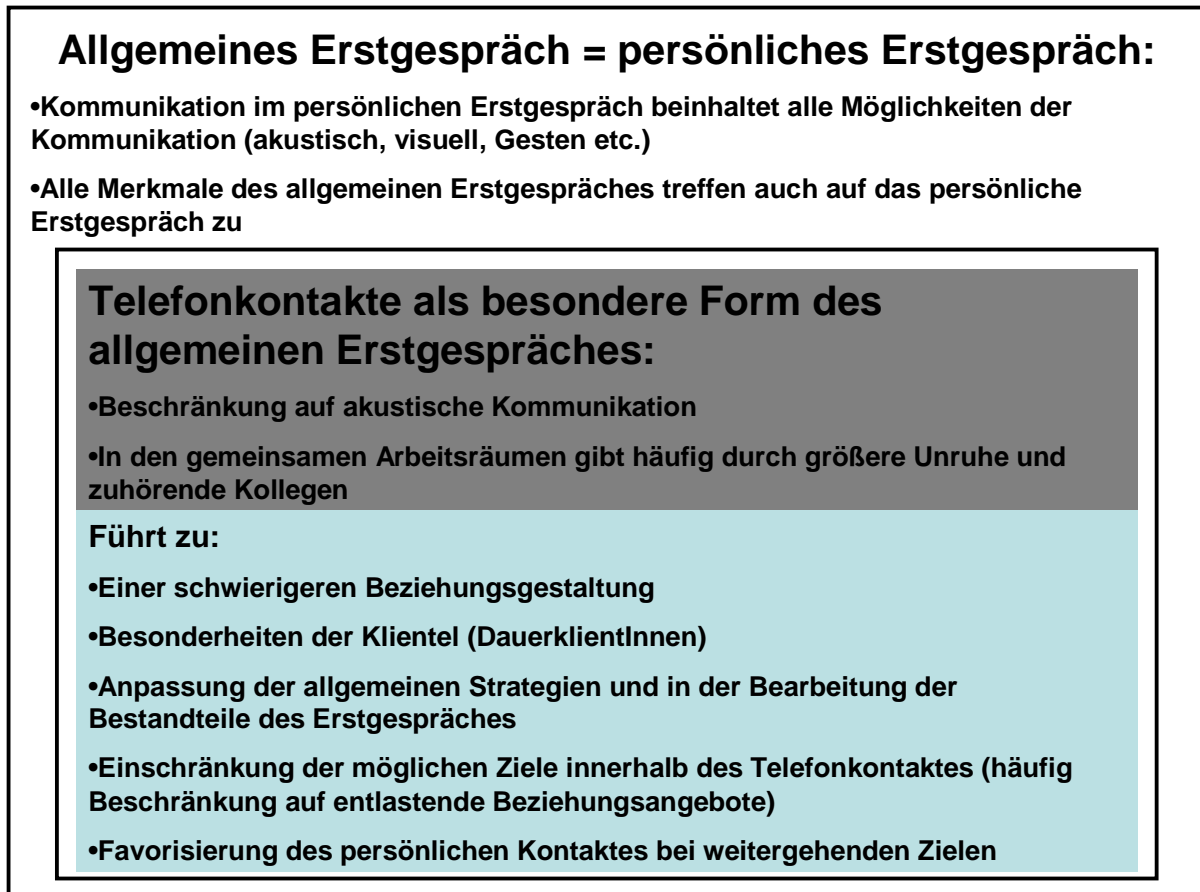


Abbildung 13: Persönliche und Telefonkontakte im Vergleich

### VI.1.3 KlientInnengruppen spezifische Besonderheiten in Erstgesprächen

Die BeraterInnen unterscheiden in ihren Ausführungen:

- KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen,
- KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen und
- KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel mit manifesten psychischen Störungen.

Quer zu dieser Einteilung werden DauerklientInnen und KlientInnen in suizidalen Krisen als eigene Gruppen benannt. Beiden Gruppen werden sowohl KlientInnen mit unspezifischen chronifizierten Krisen wie auch KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel zuordenbar (V.1.2.1. Voraussetzung der Erhebung der Stichprobe). Bei suizidalen Krisen bestehe immer auch eine Nähe zum Psychiatrischen Notfall.

Besonderheiten in grundsätzlichen Strategien und der Umsetzung der Bestandteile des Erstgesprächs werden für alle KlientInnengruppen außer KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen beschrieben. Die BeraterInnen setzen sich vor allem mit der Beziehungsgestaltung auseinander. Im Gegensatz zu KlientInnen in akuten Krisen seien die Beziehungsmöglichkei-

ten von KlientInnen mit chronifizierten Krisen und aus der psychiatrischen Klientel eingeschränkter. Daraus ergäben sich spezifische Vorgehensweisen. Erstgespräche mit DauerklientInnen und KlientInnen in suizidalen Krisen werden herausgehoben betrachtet, weil diese neben Überschneidungen mit eben genannten Gruppen spezifische Unterschiede aufweisen.

### VI.1.3.1 Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen

BeraterInnen redeten in den Interviews über KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen im Vergleich zu den anderen KlientInnengruppen mehr und ausführlicher. Erstgespräche mit KlientInnen dieser Gruppe scheinen besonders *schwierig*, lang und durch häufig unbefriedigende Ergebnisse für die BeraterInnen und KlientInnen gekennzeichnet zu sein (vgl. V.2.2 Übersicht über Erstgespräche).

„...die ham ja eigentlich schon ganz viel \* Wissen, und dann \* mm \* iss dir manchmal ja auch nich klar, was denn jetzt noch, sag ich mal \* äh \* kommen sollte, was sie noch NICHT \* ähm \* erfahren ham, oder sie erfahren \* noch mal das Gleiche, was sie von anderen Leuten erfahren ham, also sie ham die Bestätigung, und diese Bestätigung heißt ja nicht unbedingt ne Erleichterung für diese Menschen, sondern das heißt äh, noch mal ne// dass was verdeutlicht wird. Und das fand ich \* ja \* wie gesagt, äh \* bei manchen Leuten schon etwas \* schwierig.“ (FMA2, Zeile 539 – 548)

Dies könnte zum einen daran liegen, dass KlientInnen mit aktuellen Krisen kommen, hinter denen sich chronifizierte „verstecken“. Damit seien bei den KlientInnen schon gewisse Frustrationen verbunden, da sie doch immer wieder an die gleichen Grenzen bei der Lösung ihrer Probleme stoßen würden (*sie erfahren noch mal das gleiche*). Zum anderen verfügen diese KlientInnen aber über mehr interne und oft auch externe Ressourcen als die psychiatrische Klientel. Weiter reichende Beziehungsangebote, die über die augenblickliche Entlastung hinausgehen, erschienen deshalb nicht gänzlich unmöglich. Die BeraterInnen beschreiben den Prozess der Beratung als eine ständige *Beziehungsaufnahme* und *Austesten*.

„...das iss ja praktisch son fortwährender// äh, das kann man ja Beziehungsaufnahme im Grunde genommen, #was iss ja ... fortwährende Geschichte iss, von wegen, ääääh \* die testen halt irgendwie was aus, beziehungsweise versuchen, sich auf sicherem Terrain zu be- zu \* begegnen“ (FMA4, Zeile 610 – 615)

Der Beziehungsaspekt der Kommunikation im Erstgespräch bestimme die Umsetzung aller Bestandteile des Erstgesprächs in eindringlicher Weise. Die BeraterInnen beschreiben die bereits eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten (*versuchen sich auf sicheren Terrain zu bewegen*) der KlientInnen vielfältig und über alle Phasen (Bestandteile) des Gesprächs hinweg. Bereits beim **Finden eines gemeinsamen Fokus**, betonen die BeraterInnen, dass es weniger um das „Was“, als das „Wie“ gehe. FMA4 berichtet anschaulich, wie der inhaltliche Fokus (hier die Beziehung zur Frau des Klienten) nicht in Frage stände, sehr wohl aber die Art und Weise, wie darüber geredet werden sollte.

„... oder die Gespräche scheitern oft da dran, wenn \*4\* wenn jemand immer nur über seine Frau reden will \* ja? Also dann wegen seiner Frau halt hierher kommt und sich dann ausmähren will. Okay, in der Regel macht man das irgendwo fünf Minuten mit, vielleicht noch zehn Minuten und und und, und dann versuchst halt, pass mal auf, okay, \* deine Frau iss ganz schrecklich, aber wie iss das eigentlich mit dir? Warum \* was hast du denn da dran \* äh, für'n Anteil, dass die \* Beziehung so scheiße läuft, ja? Und dann kann's natürlich sein, dass derjenige sagt, jaja, ich bin da sicherlich auch dran beteiligt, aber – babababamm \* und schon wieder iss er \* ja? Und es kann halt sein, dass wir dann auch nicht mehr \* äh \* ja, wenn er dann drauf beharrt, beziehungsweise man immer wieder drauf zurückkommt, dass es, ja, zu ner \* Beziehung oftmals zwei Leute gehören, oder in der Regel, und dass ja auch beide ihren Anteil haben, dann kann es gut sein, dass sie dann sauer werden ...“ (FMA4, Zeile 644 – 660)

Eine KlientIn könne nur erzählen wollen (*immer nur über seine Frau reden*). FMA4 könne versuchen, den Fokus zu erweitern, in dem er die KlientIn zu einer aktiven Auseinandersetzung auffordere (*aber wie iss das eigentlich mit dir?*). Wie bereits in VI.1.2 unter Fokussierung beschrieben, könne die KlientIn die Erweiterung des Fokus, indem ein anderes „Wie“ des Umganges mit dem Problem der KlientIn vorgeschlagen würde, annehmen (*jaja da bin ich sicher auch dran beteiligt*). Aber wenn er ihn ablehne (*wenn er dann drauf beharrt*), führe die Nicht-Einigung auf ein gemeinsames „Wie“ des Umgangs mit dem Problem des Klienten in einen Beziehungskonflikt (*dass sie dann sauer werden*). BeraterInnen würden ihrerseits natürlich nicht unbedingt auf einem Fokus beharren.

„Oder ein wichtiger Aspekt aber, den man jetzt hier auch vielleicht weiter behandeln kann, aber trotzdem, dass: Einfach, okay, ist ein wichtiger Punkt, den man – den man nicht aus dem Auge verlieren sollte. Wo man mal vielleicht drauf zurückkommen kann ...“ (FMA3, Zeile 1102 – 1106)

Sie könnten auf ihren Fokus zu einem späteren Zeitpunkt des Erstgesprächs oder in Folgegesprächen zurückkommen. Wichtig sei jedoch ein anklingendes Bewusstsein (*ich kann das jetzt gerade nicht*) der KlientInnen für die andere Sichtweise der BeraterInnen.

„Ja, sehe ich. Ist ein wichtiger Punkt. Aber kann ich jetzt gerade nicht. Das ist mir entweder zu früh oder ist zu belastet.' Das kann auch eine Klärung sein.“ (FMA3, Zeile 1107 – 1109)

Im Zusammenhang mit KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen würden auch öfter Foki berichtet, die mit für die BeraterInnen unmöglichen Beziehungswünschen gekoppelt seien, so z. B. der Wunsch die BeraterIn möge für die Klienten handeln:

„... dass jemand herkommt, der äh \* sagt, ich steh auf der Straße und ich hab kein Geld, helfen Sie mir. \* So.“ (FMA2, Zeile 498 – 500)

Dabei gebe es bei aller übereinstimmend berichteten Kompliziertheit über die Einigung des „Wie“ der Kommunikation keine Gemeinsamkeiten in den inhaltlichen Themen dieser KlientInnengruppe.

„Na ja, das gemeinsame Thema äh, im Grunde genommen, es gibt kein gemeinsames Thema, denn das Thema bringt der Klient mit. Danach richte ich mich.“ (FMA4, Zeile 633 – 635)

Ebenso schwierig gestalte sich die **Situationsklärung** (*in der Situationsklärung ziemlich die Handbremse angezogen haben*). Sie sei abhängig davon, ob es gelinge einen gemeinsamen

Fokus des „Wie“ des Redens über das Problem zu finden (*das hängt ja ... mit der Beziehungsaufnahme* [zusammen – U.F.]):

„... weil \* das hängt ja ‘n Stück (xxx) mit der Beziehungsaufnahme, oder mit der Beziehung, weil die Menschen ja natürlich dementsprechend, äh, wenn es äh, nicht klappt, wenn du nicht so das Gefühl denen vermitteln kannst, du bist derjenige, welcher, dann \* werden die in der Situationsklärung äh ziemlich die Handbremse angezogen haben. Das heißt, die// da wird \* ääääh wenig laufen, es sei denn, es iss ‘n Teil der Beziehungsklärung, was ja auch oft so ist.“ (FMA4, Zeile 593 – 601)

Auch in der Situationsklärung stehe die *Beziehungsklärung* im Mittelpunkt. Gelingen diese und die KlientInnen fühlten sich verstanden (*die Beziehungen sind stabil geworden*), würde ein vorsichtiges Eruiieren in die Tiefe des Problems beginnen können.

„Und erzählen dann so sagen wir mal det äh \* schwierige Geschichten von sich ja nur, wenn sie dann irgendwo das Gefühl ham, das Gegenüber hat das irgendwo \* äh, verstanden, beziehungsweise (xxx) da auch äh, die Beziehungen sind so stabil geworden, dass sie das auch erzählen wollen. Und sonst, denke ich, werden sie halt (xxx) an der Oberfläche rum- \* äh \* (RÄUSPERT SICH) \*\* rumkucken.“ (FMA4, Zeile 618 – 624)

Gelingen der Aufbau einer stabilen Beziehung nicht, bleibe die Problembetrachtung an der *Oberfläche*. Oberfläche könne für den Berater bedeuten, dass die KlientInnen im bloßen Erzählen verharren (*nicht zulassen, unterbrochen zu werden*).

„Na ja, ich meine, wenn jemand (UNV.) und meint, weiter erzählen zu dürfen. Und: „Lassen Sie mich doch mal zu Ende erzählen.“ Und er war eine ganze Weile schon am Erzählen. Und es nicht zulassen kann, unterbrochen zu werden, eine Pause zu machen und dann einfach sozusagen mir auch gestattet, auf einen anderen Weg zu weisen und dann auch zu gehen.“ (FMA3, Zeile 1084 – 1090)

Das Beharren der KlientInnen auf dem ausschließlichen Erzählen (*ich ... möge der andächtige Betrachter sein*) führe oft bei den BeraterInnen dazu, dass das eigentliche Problem der KlientInnen „im Dunkeln bliebe“ (*Nebel, Nebel...*)

„... Nebel, Nebel, Nebel – und alles, was man fragt, ist nicht richtig. Was ich meine, verstehen sie auch nicht richtig. Nur der Klient darf es formulieren, darf es ausfüllen, darf das Bild entwerfen, und ich – bitte – möge der andächtige Betrachter sein, auf Knien oder ich weiß nicht.“ (FMA3, Zeile 3020 -3025)

Die Mittel der Situationsklärung mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen entsprechen den in V.1.1.2 dargestellten (*Nachfragen*):

„... ich frag immer nach. Und das Nachfragen hat ja auch den Sinn irgendwo, äh, klarzumachen, okay, ich bin interessiert, aber auch klarzumachen, ich bin an der Beziehung interessiert, ich bin da dran, und äh \* ja.“ (FMA4, Zeile 625 – 629)

Nachfragen hätten dabei eine zweifache Funktion, zum einen *andere Wege zu weisen*, zum anderen zu verdeutlichen, dass die BeraterInnen *an der Beziehung interessiert* seien. Würden Nachfragen unmöglich, scheitere die Situationsklärung und der Beziehungserhalt sei zumindest gefährdet (*planlos, ideenlos, hilflos*).

„Ich komme da gar nicht an. Ich habe keine Ahnung, worum es eigentlich jetzt geht. Also, er sagt es mir nicht. Ich – vielleicht weiß ich, habe ich nicht die richtigen Fragen, habe ich nicht den richtigen Blick oder so was, ne? Keine Ahnung, völlig irgendwie ... planlos (LACHT), ideenlos, hilflos.“ (FMA3, Zeile 2983 – 2987)



Damit würde die Umsetzung der Bestandteile Fokussierung und Situationsklärung im Erstgesprächsprozess mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen eine zentrale Stelle einnehmen. Mit ihrer Gestaltung gebe zum einen die Möglichkeit eine Beziehung aufzubauen und zu erhalten. Zum anderen würde aber die Umsetzung der Bestandteile genau durch die Möglichkeiten in der Beziehungsgestaltung durch die KlientInnen begrenzt. Im Zusammenspiel dieser beiden Seiten werden Besonderheiten in der **Vereinbarung des weiteren Vorgehen** verständlicher. Zum einem würden, wenn die Erwartungen an das Erstgespräch von der BeraterInnen und KlientInnen zu verschieden, bzw. die unerfüllbar wären, Erstgespräche im Konflikt enden, ohne dass es zur Vereinbarung von Folgekontakten o. ä. komme (s.VI.1.2. Beenden des Kontaktes). Zum anderen würden BeraterInnen gerade mit KlientInnen in unspezifischen chronischen Krisen Folgekontakte vereinbaren.

„Ich treff sie manchmal aus Verzweiflung. \* /mhm/ Ich treff sie aus \* ja, ich treff sie dann aus Verzweiflung, wenn ich das Gefühl habe, okay, das äh \* führt jetzt nich mehr weiter, äh \* und vielleicht fällt mir bis zum nächsten Mal was ein, dass ich dann ‘n Folgegespräch vereinbare.“  
(FMA4, Zeile 694 – 698)

Sie kämen im Erstgespräch nicht weiter (*Gefühl ... das ... führt jetzt nich weiter*), sähen aber noch die Möglichkeit, dass die Beziehungsgestaltung sich in Richtung Bewältigung der Krise entwickeln könne (*vielleicht fällt mir bis zum nächsten Mal was ein*). Oft verstanden BeraterInnen darunter die Möglichkeit diese KlientInnen letztlich in weiterführende Angebote (oft Therapien) zu bringen (vgl. VI.1.1.2 unter Vereinbarung des weiteren Vorgehens). Folgegespräche würden hier als Überbrückungsgespräche bis zum Beginn der Therapie verstanden. Mit diesen KlientInnen in Beziehung zu bleiben, gestalte sich oft schwierig, da eben die Möglichkeiten der Gestaltung der Beziehung bereits eingeschränkt seien. BeraterInnen könnten Hilfskonstrukte einbeziehen, wie die Gabe eines *Übergangsobjektes*.

„Und ich hab’s dann einfach anders gemacht, ich hab sie dann \* mm \* zum Folgegespräch bestellt, \* und ihr ‘n Übergangsobjekt (LACHT BISSCHEN) mitgegeben. \*... Ja. \* Und der \* äh, erinnert sie in der Zwischenzeit, oder \* ja \*2\* und den hat sie dann so lange äh, genommen, \*3\* äh (xx) ich weiß nich, wir haben drei oder vier Gespräche gehabt ...“ (FMA4, Zeile 1806 – 1817)

Solche Hilfsmittel könnten den KlientInnen helfen, das Beziehungsangebot der BeraterIn präsent zu halten (*erinnert sich in der Zwischenzeit*). Besonders für KlientInnen in suizidalen Krisen könnten diese Hilfsmittel von Bedeutung sein (s. VI.1.3.4). Manchmal, wenn die BeraterInnen einschätzten, dass die Erwartungen der KlientInnen an das „Wie“ des Gesprächs durch sie selbst nicht erfüllt werden könnten, böten sie auch Gespräche mit Kollegen an.

„... es kann sein, dass möglicherweise ein \* anderer Kollege dir \* ähm \* besser \* ähm \* dich besser beraten könnte. Ich hab nur einmal \* erlebt, dass tatsächlich jemand gesagt hat, „ich möchte nich mit Ihnen sprechen“ \* so.“ (FMA2, Zeile 551 – 555)

Deutlich wird in den Ausführungen der BeraterInnen, dass durch eingeschränkte Bewältigungsmöglichkeiten auch die Möglichkeiten der Vereinbarung des weiteren Vorgehens eingeschränkt seien. Folgekontakte dienten eher der Weitervermittlung in langfristige Angebote, als der Bewältigung der chronifizierten Krise selbst. Auch könnten unerfüllbare Beziehungswünsche der KlientInnen selbst dies verhindern, womit nur eine kurzfristige Entlastung im Erstgespräch selbst erreicht werden könne (s. Fokussierung und Situationsklärung). Unter diesen beiden Alternativen sind nun auch die Besonderheiten, resp. Schwierigkeiten beim **Beenden des Kontaktes** mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen zu sehen. Neben der bereits beschriebenen Vereinbarung von Folgekontakten wird die bereits in VI.1.1.2 beschriebene Beendigung im Konflikt herausgehoben.

„Das klappt überhaupt nicht hier. Oder: Nun gut, es hat jetzt nicht geklappt, aber das muss ja nicht unbedingt heißen, dass es komplett zu Ende ist. Wobei schon ... Also, wenn das Erstgespräch nicht läuft, ist meistens Ende.“ (FMA3, Zeile 1184 – 1188)

Das Vorgehen beim Beenden des Erstgesprächs entspricht dabei dem bereits allgemein Beschriebenen.

Alle Besonderheiten in der Umsetzung der Bestandteile stehen unter dem Zeichen des Umgangs mit dysfunktionalen Beziehungsmustern in chronifizierten Krisen. Dies zieht nach sich, dass der Bestandteil der **Beziehungsgestaltung** bei diesen KlientInnen besonders häufig zum inhaltlichen Mittelpunkt der Beratung würde (vgl. Auch VI.1.1.2 unter Beziehungsaufbau und –erhalt). Auch hier könnten aber die eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen zum Problem werden:

„Ich habe hier alle Rechte der Welt. Ich kann das jetzt hier machen, wie ich will. Und ich erzähle einfach mal jetzt hier irgend – ich erzähle einfach mal. Vielleicht auch schon mit Absicht für Verwirrung zu sorgen.“ (FMA3, Zeile 3004 – 3008)

Hier sei der/die KlientIn nicht in der Lage sein/ihr Beziehungsangebot selbst zu hinterfragen (*ich habe hier alle Rechte der Welt*) und bleibe bei seinem/ihrer Beziehungsangebot (*ich erzähle einfach mal*), ohne dass für den Berater sichtbar sei, dass es noch andere Arten und Weisen der Kommunikation gebe (*vielleicht auch schon mit Absicht*).

#### *Zusammenfassung:*

Die oft langen und schwierigen Aushandlungsprozesse in den Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen stehen im Zeichen der eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen. Beziehungswünsche resp. –erwartungen der KlientInnen lägen zwischen Entlastung, auch in für die BeraterInnen unmöglichen Formen, wie massiver Aggression oder Handeln der BeraterIn statt der Klientin, und noch Möglichkeiten der aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung. Die Umsetzung aller Bestandteile des

Erstgesprächs werde somit durch die Beziehungsproblematik der KlientInnen bestimmt. BeraterInnen versuchten den vordergründig auf Entlastung gerichteten, manchmal durch aktuelle Themen verdeckten, Beziehungsfokus der KlientInnen zu erweitern. Erweiterung der Beziehungsgestaltung bedeute für die BeraterInnen die Möglichkeit, sich mit KlientInnen in Ansätzen aktiv über tieferliegende Krisenursachen zu verständigen oder zumindest dies in Folgegesprächen zu erreichen. Dann würden Folgekontakte vereinbart, um den KlientInnen einen Übergang in längerfristige Angebote zu ermöglichen. Würden Beziehungsangebote, die über eine Entlastung hinausgehen könnten, von den KlientInnen abgelehnt, bliebe es bei einer kurzfristigen Entlastung. Auch könne es zu einem offenen Konflikt über das „Wie“ des Erstgesprächs kommen, der i. d. R. im Abbruch des Gespräches ende. Der Gesprächsprozess sei dabei keineswegs linear, sondern würde sich soweit möglich auf die Erweiterung des „Wie“ der Kommunikation in Richtung der vertieften Auseinandersetzung und Bewältigung der chronifizierten Krisensituation richten. Das Scheitern sei damit diesen Gesprächen immanent. (Abbildung 14)

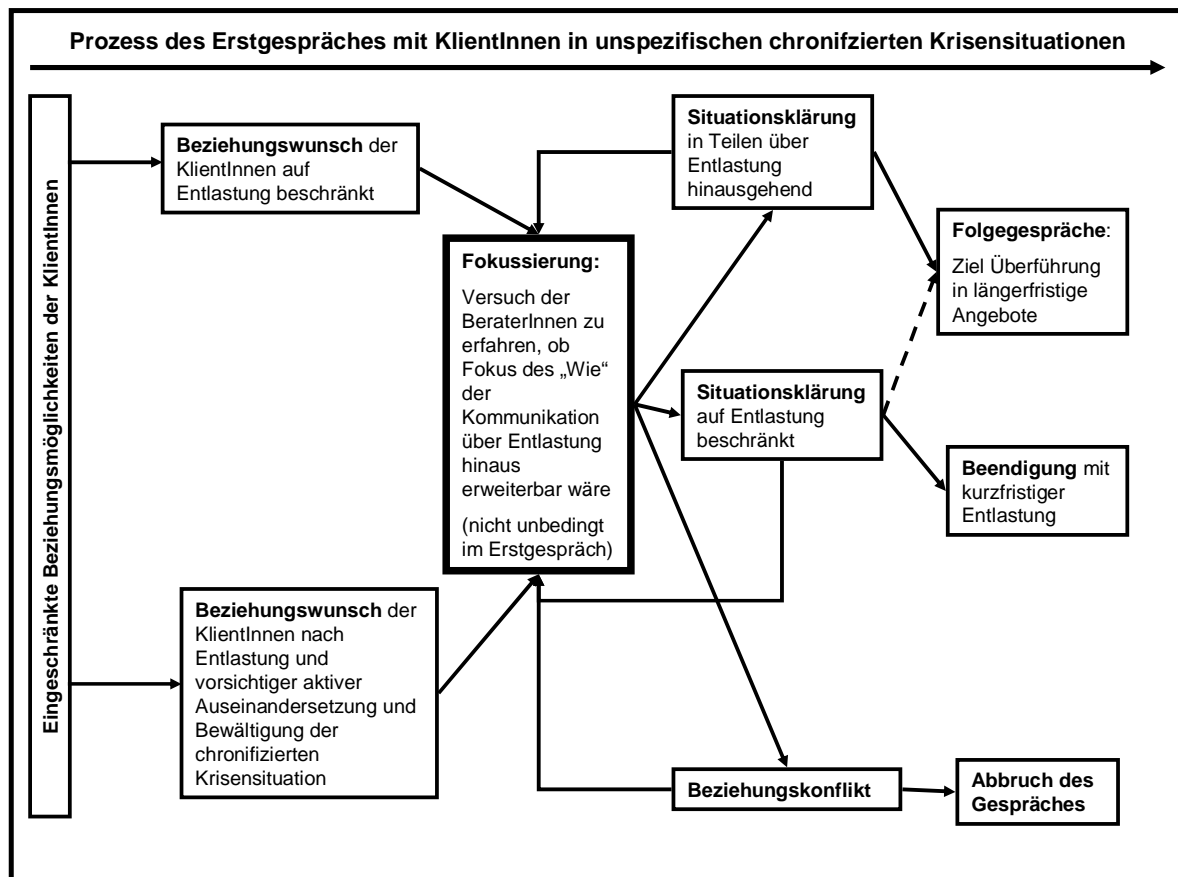


Abbildung 14: Prozess des Erstgesprächs mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen

### VI.1.3.2 Erstgespräche mit KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel mit chronischen psychischen Störungen

Gespräche mit KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel werden von den BeraterInnen zum einen als Ergänzung zum vorhandenen Hilfesystem verstanden. FMA2 berichtet von einem solchen Erstgespräch, das für diese KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel typisch sei:

„... ich sag mal, ähm, \* es gibt eine Klientin aus dem geistig behinderten Bereich, die auch, sag ich mal, das immer genutzt hat, die auch dann einfach vorbei kam, wenn sie aktuelle \* Schwierigkeiten in ihrer, äh, in ihrer Wohngruppe hatte, oder \* auch am Arbeitsplatz. Die kam dann, und wo einfach \* aber auch relativ schnell klar war, okay, andere Kollegen kannten sie ...“ (FMA2, Zeile 636 – 642)

In den Gesprächen (s. VI.2.2.2 Übersicht über alle Erstgespräche) ständen die aktuellen, meist Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Tages, im inhaltlichen Mittelpunkt des Gespräches. Zum anderen gehe es ihnen darum, für solche KlientInnen aus dieser Gruppe da zu sein, die noch nicht im Hilfesystem angekommen seien (*die das genau nicht geschafft haben*). Solche KlientInnen seien auch oft *DauerklientInnen* (s. VI.1.3.3).

„Sie kommen ja, sag ich mal, an äh, indem sie zum Beispiel den Krisendienst nutzen. Es iss ja nur, wenn sag ich mal, im Beratungssetting, oder in in in in in in in \* in der Versorgung dieser Leute es ne Idee gibt, so, \* der sollte mal schön inne Kontaktstelle gehen, oder er sollte zum Beispiel äh, inne Tagesst- -stätte gehen, \* ähm \* oder er sollte zu einem Therapeuten gehen, ich denk, man muss auch noch mal// \* bei den Dauerklienten iss es ganz oft so, dass ich glaube, dass wir dann davon reden, von chronisch psychisch kranken Menschen. Das sind dann, wo die Chronifizierung drin ist. Es gibt aber auch sehr wohl Leute, die sag ich mal nicht in dieser Psychia// /genau/ die das nie geschafft haben, in dieses psychiatrische Versorgungssystem rein zu kommen, also die immer so'n Anlauf unternehmen, und dann möglicherweise zum Arzt gehen wollen, oder ne Therapie machen, oder \* die schon ganz ganz ganz viele Therapien gemacht ham, und eigentlich iss immer noch nix besser.“ (FMA2, Zeile 866 – 883)

Beide Gruppen der psychiatrischen Klientel würden die Regeln (*Spielregeln*) der Gesprächsführung im Krisendienst kennen (*die muss man nicht erklären*) und sich darauf einstellen (*es gibt eine relativ innere Uhr*).

„... die Erfahrung, die Leute kennen dann diese Spielregeln schon ein Stück weit, die muss man nicht erklären sondern das ist irgendwie \* wie deutlich, und äh \* auch dass ist so'ne Erfahrung, die später kommt, äh, es gibt eine relativ \* innere Uhr...“ (FMA2, Zeile 1321 – 1325)

Die Besonderheiten der Psychiatrischen Klientel finden ihre Widerspiegelung in der Umsetzung der Bestandteile des Erstgespräches. Der **Fokus** der KlientInnen sei eingeeengt (*ich muss das jetzt mal loswerden*) und würde auch nicht erweitert (*dass iss dann gesagt und dann kann man auch wieder gehen*). Das „Loswerden“ könne als Beschränkung des „Wie“ der Kommunikation im Erstgespräch auf ausschließliches Erzählen verstanden werden.

„... mit der hab ich 'n Gespräch geführt, und mit der war irgendwie auch klar, was, was passiert denn jetzt, um was geht es denn gerade, und dann war auch deutlich, dass man sagen konnte, okay, Sie sind ja öfters hier, und gab's irgendwie// haben Sie einen Gesprächspartner oder Ansprechpartner, das war auch \* deutlich, aber in dem Moment hieß es dann einfach nur, ich muss das jetzt mal loswerden, und \* ähm, das iss dann gesagt, und dann kann man auch wieder gehen ...“ (FMA2, Zeile 744 – 752)

Die BeraterInnen versuchten auch ihrerseits durch strukturiertes Nachfragen (*bewerte ... gewichte ... strukturiere*) den Fokus auf das tagaktuelle Krisengeschehen einzugrenzen (*Wo ist jetzt das krisenhafte Moment?*).

„Und ich bewerte den auch irgendwie und gewichte den und strukturiere das auch – so gut es eben geht. Das geht nicht immer toll. Manchmal gelingt es einfach nicht. Und dann merke ich, dass ich selber irgendwie auf ein Nebengleis gerate und muss dann wieder zurückrudern. Aber versuche das dann schon zu begrenzen, zu fokussieren: Wo ist jetzt das krisenhafte Moment? Das muss auch bei mir rüberkommen, ankommen. Und dann gehe ich damit um. Aber das war es dann auch.“ (FMA3, 1572 – 1578)

Über diesen Fokus hinaus würden den KlientInnen keine Angebote im Rahmen des Krisendienstes gemacht (*Aber das war es dann auch.*). Natürlich gehe es immer darum, auch abzuklären, ob sich hinter den scheinbaren Belanglosigkeiten größere, bedrohlichere Krisen verbergen würden (*die haben manchmal richtige Krisen*). Dies gelte besonders für KlientInnen, deren Einbindung in Hilfesystem unklar sei (s. auch unter DauerklientInnen).

„Weil du einfach abklären musst, was iss Sache, und worum geht's, und das iss ja auch das Problem \* mit diesen Dauerklienten, weil auch die haben manchmal richtige Krisen, also akute Krisen.“ (FMA4, Zeile 1251 – 1254)

FMA4 sehe auch die Gefahr, dass dies nicht erkannt würde, da die KlientInnen oft anriefen und man sie kennen würde.

„Und das kriegt keiner mehr mit, weil alle nur noch genervt sind, ja?“ (FMA4, Zeile 1254 – 1255)

Die Fokussierung bei Psychiatrischer Klientel sei also durch die Balance von Eingrenzung und gleichzeitiger Abklärung eines möglichen weiterreichenden Fokus gekennzeichnet. Die Tendenz der Eingrenzung setze sich in der **Situationsklärung** fort.

„... auch über die Sprache. Also äh mm \* oft iss es ja dann so, ähm \* dass sich// Wiederholungen entstehen, also dass die Leute \* ähm \* ganz viel im Gespräch noch mal wiederholen. Und wenn die Konfrontation damit da iss, zu sagen, okay, \* ham Sie mir schon mal erzählt ...“ (FMA2, Zeile 672 – 676)

Sobald *Wiederholungen* entständen, würden diese thematisiert (*Konfrontation*). Natürlich gelte auch hier, dies auf die tagaktuelle Krise zu begrenzen, ohne die Sensibilität für Verstecktes zu verlieren. Mit diesen KlientInnen würden i. d. R. keine **Vereinbarungen**, die über das Erstgespräch hinausreichten, getroffen (*kein weiterreichendes Angebot*).

„Also, kein weitergehendes Angebot. Ich bin – ich sage auch dann nicht so was wie: „Also, okay, Sie können ja dann wieder anrufen.“ Ich weiß, dass es ... Wird oft genug gemacht. Mache ich nicht, weil ... Die rufen sowieso an, ja? Und ich will da nicht jetzt noch falsche – ja – Signale geben ...“ (FMA3, Zeile 1583 – 1587)

FMA3 schränkt ein, dass es gemacht würde (*Wird oft genug gemacht*). Er sehe, ebenso wie seine interviewten Kollegen aber keine Wirkung, da diese KlientInnen sowieso wieder anrie-

fen.<sup>33</sup> Grundlage der eingeschränkten Angebote an die KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel sähen die BeraterInnen darin, dass die KlientInnen aufgrund ihrer Erkrankungen über eingeschränkte Möglichkeiten der **Beziehungsgestaltung** (Beziehungsaufbau und –erhalt) verfügten.

„Es gibt ja auch Klienten, die immer wieder in größeren Abständen kommen, chronisch krank sind - so - und das ist, im Gegensatz zu den Telefonaten, sind eher, die nicht so aggressiv sind, äh, sondern die eher 'ne Entlastung brauchen ...“ (FMA1, Zeile 738 – 742)

Sie bräuchten vor allem *Entlastung*. Entlastung würde hier nicht als inhaltlicher Bestandteil des Erstgesprächs (vgl. VI.1.1.2) gesehen, sondern als basaler Beziehungswunsch der KlientInnen. FMA1 verweist in diesem Zusammenhang auf DauerklientInnen aus der Psychiatrischen Klientel, die diese oft in *aggressiver* Form zum Ausdruck brächten.

„... da bin ich wesentlich weniger konfrontierend, also nicht konfrontieren im Aggressiven, sondern Konfrontieren mit Eigenanteilen, ne, also wirklich tiefer zu gucken, wo, was ist der Hintergrund so, sondern wesentlich mehr an der Oberfläche an der Entlastung und ähm unterstützend und so ähm ja und nicht so fordernd in Anführungsstricheln im Sinne es fordert von jemanden auch Kompetenz oder Fähigkeit oder Wille ähm hohe Motivation, da auch gucken zu wollen. (I: Hm.) Und was ist los mit mir.“ (FMA1, Zeile 743 – 752)

Die BeraterInnen würden eine aktive Auseinandersetzung eher ausschließen (*nicht konfrontieren mit dem Aggressiven*). Das Beziehungsangebot der BeraterInnen würde an der *Oberfläche der Entlastung* verweilen, da eben Kompetenz und Fähigkeit fehlten (*Kompetenz oder auch Fähigkeit ... gucken zu wollen ... was ist da los*). Hier verweist FMA1 auf den Zusammenhang von psychischer Erkrankung (*chronisch schizophren erkrankt*) und eingeschränkten Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung.

„Und jemand, was weiß ich, chronisch schizophren erkrankt ist oder so was, dann ist das in dem Kontext, also bei einem Mann, der hier immer wieder kommt, alle paar Monate kommt er zu 'nem Gespräch und gut ist, so. (I: Hm.) Ähm, da ist es nicht sinnvoll, auf irgendwelche dynamischen Hintergründe zu gucken (I: Hm.), sondern geht es nur um Stabilisierung und nicht um - also da wirkt alles andere destabilisierend, was bei anderen Fällen oder auch bei akuten Krisen sehr stabilisierend sein kann, den Punkt zu finden, worum es eigentlich geht.“ (FMA1, Zeile 752 – 762)

Bei solchen Patienten sei eine *stabilisierende* Gesprächsführung in Abgrenzung zu akuten psychosozialen Krisen indiziert. Die aktive Auseinandersetzung mit den *Hintergründen* der Krise sei *nicht sinnvoll*, ja *destabilisierend*. FMA2 bringt es auf den Punkt:

„... es war auch klar, was, sag ich mal, das Angebot war, was für die (xx), ein kurzes Entlastungs\*-gespräch, ähm \* und \* da draus entsteht nicht unbedingt ein weiterer Handlungsbedarf, das \* iss bei ihr, bei ihr gut \*gegangen. So.

Das Angebot eines *kurzen Entlastungsgesprächs* verbinde sich bei den BeraterInnen mit der latenten Möglichkeit, dass Entlastung nur über Aggression möglich sei.

---

<sup>33</sup> Hier könnte es sich aber meiner Ansicht nach auch um eine Folge der Begriffsungenauigkeit im BKD handeln. Es gibt BeraterInnen, die Psychiatrische Klientel mit DauerklientInnen gleichsetzen, aber auch solche, die bei DauerklientInnen solche sähen, die sich in unspezifischen chronischen Krisen befänden, wo der Fokus sehr wohl ein differenter sei, nämlich die Überführung in weitergehende Angebote. (s. o.).

„Das ist oft, glaub schon öfters, oft bei denen die nirgends angebunden sind, dass eher aggressive oder im Verlaufe des Gesprächs dann aggressivere Gespräche sind, also mit viel Abwertung und Ablehnung und äh Aggressionsabfuhr von Seiten der Klienten ...“ (FMA1, Zeile 654 -659)

Dabei handele es sich oft um KlientInnen, die nicht im psychosozialen Netz verankert seien (*nirgends eingebunden sind*). Sie gehörten oft zur Gruppe der DauerklientInnen (s. VI.1.3.3). Die BeraterInnen würden diese Gespräche meist auf wenige Minuten begrenzen (s. auch VI.1.1.2).

#### *Zusammenfassung*

In Ergänzung der vorhandenen Hilfesysteme würden mit KlientInnen aus dem Spektrum der psychiatrischen Klientel kurze Entlastungsgespräche zu aktuellen Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Tages (Fokus) geführt. Im Rahmen der Situationsklärung würde versucht, mit strukturierten Nachfragen das Gespräch auf o. g. Fokus einzugrenzen, die KlientInnen kurz zu entlasten und gleichzeitig abzuklären, ob aktuell akute über die alltägliche Probleme hinausgehende vorlägen (z. B. psychiatrischer Notfall). Die KlientInnen würden, soweit möglich, ins psychosoziale Hilfesystem zurück verwiesen. Weitergehende Gesprächangebote (Folgegespräche) würden nicht angeboten. Gespräche mit KlientInnen, die ihren Beziehungswunsch nach Entlastung nur äußerst aggressiv ausdrücken könnten, würden auf wenige Minuten beschränkt oder bei Erkennen als einschlägig bekannte DauerklientInnen sofort abgebrochen. (Abbildung 15)

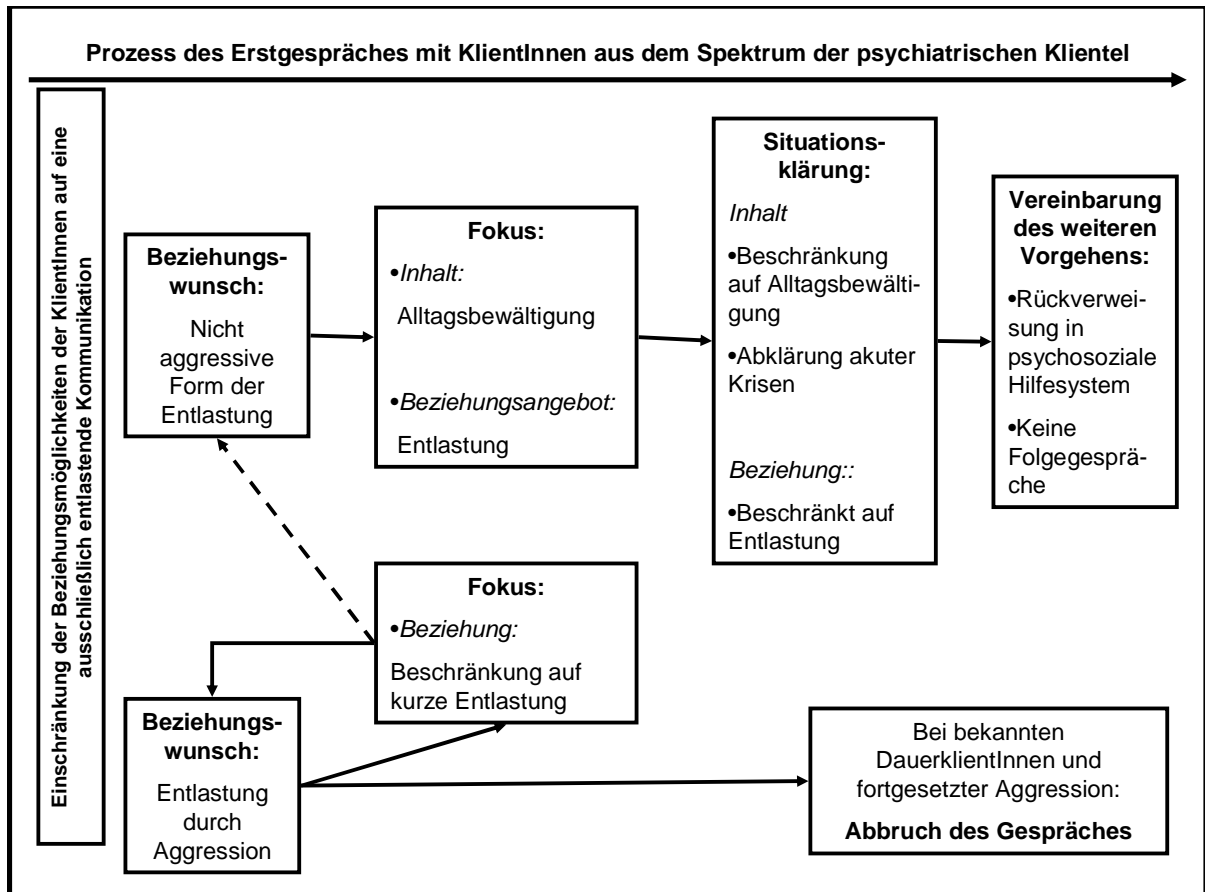


Abbildung 15: Prozess des Erstgesprächs bei KlientInnen aus dem Spektrum der Psychiatrischen Klientel

### VI.1.3.3 Erstgespräche mit DauerklientInnen

DauerklientInnen stellen für den Berliner Krisendienst eine Herausforderung da. Sie nutzen das Gesprächsangebot über Monate und Jahre hinweg täglich oder wöchentlich in meist unterschiedlichen Regionen (*Frequentierung*).

„Wenn jemand äh, einen Dauerklientenstatus hat, also das heißt, er iss bekannt, \* so, es iss ‘n Teil seiner Geschichte, seines Hintergrunds \* bekannt, und er \* hat ne, ne Frequentierung des Krisendienst’, dass äh \* heißt ja nicht zwangsläufig, dass jemand, der vorm halben Jahr schon mal da war, äh, der kann ja immer noch der, den Dauerklientenstatus \* ham, ja? /ja/ und \* ähm dann ha- ha- kann ja aktuell was, sich was ganz anderes ereignet ham, als \* sa’ng, diese Überprüfung gibt’s ...“ (FMA2, Zeile 827 – 836)

KlientInnen würden als DauerklientInnen bezeichnet werden, wenn sie als solche *bekannt* seien. Dabei müsse dieser Status bei längeren Pausen (*vorm halben Jahr*) neu *geprüft* werden, da auch bei diesen KlientInnen akute Krisen möglich seien (*aktuell was*). BeraterInnen müssten mit *Entwicklungen* rechnen, was bei der Situationsklärung abgeklärt werden könne:

„... wo gibt’s ‘n eigentlich ne Entwicklung, oder iss es ne Entwicklung, oder iss es einfach nur \* ich hab ‘n schlechten Tag ...“ (FMA2, Zeile 836 – 838)



Zur Gruppe der DauerklientInnen rechneten die BeraterInnen sowohl KlientInnen aus dem Spektrum unspezifischer chronifizierter Krisen (*nicht ... psychiatrische Versorgungssystem*) wie KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel (*chronisch psychisch kranke Menschen*) zu.

„... bei den Dauerklienten iss es ganz oft so, dass ich glaube, dass wir dann davon reden, von chronisch psychisch kranken Menschen. Das sind dann, wo die Chronifizierung drin ist. Es gibt aber auch sehr wohl Leute, die sag ich mal nicht in dieser Psychia// /genau/ die das nie geschafft haben, in dieses psychiatrische Versorgungssystem rein zu kommen, also die immer so'n Anlauf unternehmen, und dann möglicherweise zum Arzt gehen wollen, oder ne Therapie machen, oder \* die schon ganz ganz ganz viele Therapien gemacht ham, und eigentlich iss immer noch nix besser.“ (FMA2, Zeile 873 – 883)

DauerklientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen würden über Jahre nicht in Therapien oder bei Ärzten ankommen oder hätten schon Therapien (*ganz ganz viele Therapien*) ohne Erfolg durchlaufen (*eigentlich ist nix besser geworden*). FMA3 beschreibt ihr Scheitern (*scheitert jedes Mal*) im Versorgungssystem wie folgt:

„Ich weiß auch, dass es welche gibt, aber ... Ach, Gott ... \*10\* Sozusagen die immer wieder, wo der Verlauf immer der gleiche ist. Also, die machen hier einen Anlauf (?), da einen Anlauf (?), und dann scheitert es jedes Mal. Die kommen – die kommen nicht in der Beratungsstelle an, die kommen (UNV.), die kommen nicht in Therapie an. Die laufen immer gegen die Wand.“ (FMA3, Zeile 1605 – 1611)

Sie kämen bei keinen längerfristigen Angeboten an (*laufen immer gegen die Wand*), sondern nutzten immer nur wieder den BKD zur kurzfristigen Entlastung.

Dagegen seien bei DauerklientInnen aus der Psychiatrischen Klientel durch ihre schwerwiegenden chronischen psychischen Störungen nur kurzfristige Entlastungen möglich. Weitergehende Angebote würden die KlientInnen überfordern (vgl. VI.1.3.2). Diese ausschließlichen Entlastungswünsche würden besonders oft *aggressiv* zum Ausdruck gebracht werden.

„Alle Vögel sind schon da, und trallala, äh, wo iss denn der Ferdi, oder je nachdem, was es da für, für äh, sag ich mal, ähm \* für einen Pegel des Alkohol gab, war es da schon gleich aggressiv oder nicht aggressiv, also sprich, nach dem \* äh, Prinzip, dass er auch beschimpft hat, na, also \* also der dann \* das Gespräch so angefangen, „na, warst du schon scheißen, geh mal kacken“. So. /aha, ah ja/ Also \* das war ein \* ein Dauerklient ...“ (FMA2, Zeile 713 – 720)

Gemeinsam sei beiden Gruppen, dass *ihr Mangel* auch von den BeraterInnen als *nicht stillbar* empfunden werde.

„... die rufen ja nich nur bei uns an, sondern die rufen ja auch bei dem andern an, und das iss immer so'ne \* der Mangel kann halt nie gestillt werden ...“ (FMA4, Zeile 1257 – 1259)

Die Gruppe der DauerklientInnen würde im Berliner Krisendienst deshalb als problematisch angesehen (*du fütterst ein Loch*), aber gleichzeitig auch anerkannt, dass auch sie das Angebot des BKD bräuchten (*die rufen ... aus Not* [an – U.F.]):

„... die rufen ja nich nur aus Bösartigkeit an, sondern aus Not. /mhm/ Eindeutig, ja? Aber \* das Angebot hier, das löst halt nich ihre Not, sondern das füttert sie (xxx) weiter, das heißt, du \* fütterst (ein Loch?) ...“ (FMA4, Zeile 1262 – 1265)

Trotz o. g. Gemeinsamkeiten beschreiben die BeraterInnen ihr Vorgehen bei Gesprächen mit DauerklientInnen unterschiedlich – je nachdem welche Ausgangsgruppe (KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel oder KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen) sie im Blick hätten. In der Formulierung **grundsätzlicher Beratungsstrategien** wird dies deutlich wie der Umsetzung der Bestandteile von Erstgesprächen. DauerklientInnen, die sich eher in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen befänden, würde man versuchen auf eine BeraterIn zu *konzentrieren*, um eine gewisse *Beratungskontinuität* zu erreichen.

„... was wir eigentlich dann versuchen, nämlich ähm \* sagen, okay, wir wollen es, sag ich mal, mm, auf einen Berater 'n bisschen konzentrieren, dass da auch ne Kontinuität da ist, und \* dass da auch eine Prozesshaftigkeit stattfinden kann, und diese, diese Frau \* hat in dem Fall \* glaub ich, relativ viel Leute schon im Krisendienst beschäftigt gehabt, mit ah \* auch einer unterschiedlichen \* äh \* Anonymisierung.“ (FMA2, Zeile 936 – 942)

Das Ziel sei, durch die Konzentration auf eine BeraterIn, eine Entwicklung zu ermöglichen (*Prozesshaftigkeit stattfinden*), die über die ausschließliche Entlastung hinausweise. Oft hätten die KlientInnen mit unterschiedlichen BeraterInnen Kontakt (*relativ viele Leute ... beschäftigt*), was dies erheblich erschweren würde. Die Vorgehensweise sei schwierig und nicht immer Erfolg versprechend, weil eben dies die KlientInnen *dann auch tunlichst vermeiden, genau das \* DAS zu tun*. (FMA2, Zeile 935 – 936)

Anders sehe das grundsätzliche Vorgehen bei DauerklientInnen aus der Psychiatrischen Klientel aus: Hier gehe es, ebenso wie bei allen KlientInnen dieser KlientInnengruppe, darum, das Gespräch auf das Gewähren von Entlastung zu begrenzen. Der Selbstschutz (*das tu ich mir dann nich mehr an*) bei den häufigen Aggressionen (*wenn ich angebrüllt werde*) der KlientInnen rücke noch mehr in den Fokus. Das in den allgemeinen grundsätzlichen Strategien (vgl. VI.1.1.3) formulierte Ziel der Beschleunigung (*ich begrenze*) stehe im Vordergrund.

„... ich begrenze es, aber ich \* äh, leg von mir aus nich selber auf, das mach ich nur, wenn ich angebrüllt werde. /mhm/ Weil das tu ich mir dann nich mehr an.“ (FMA4, Zeile 1311 – 1313)

Die Differenzierung der grundsätzlichen Strategien in Gesprächen für DauerklientInnen aufgrund der Inhomogenität dieser KlientInnengruppe setzt sich in der **Umsetzung der Bestandteile** fort. Deshalb wird auf die Umsetzung der Bestandteile im Folgenden nur eingegangen werden, wenn sie von den Besonderheiten der konstituierenden KlientInnengruppen abweichend beschrieben wird.

Bei DauerklientInnen aus der Psychiatrischen Klientel scheitere oft schon die **Kontaktaufnahme** mit den KlientInnen aufgrund extrem aggressiver Beziehungswünsche (*wenn ich irgendwie angegröht werde*). Kontaktaufnahme und Beenden des Kontaktes fielen zusammen (*wir haben für sie kein Angebot*).

„Ich beende eigentlich nur, wenn ich irgendwo angegrölt werde, oder \* ja, sonst äh \* (x) (RÄUSPERT SICH) ansonsten äh \* sag ich halt, dass ich irgendwo das \* Gespräch auf zehn Minuten begrenzen werde, und dass wir darüber reden können, \* was sie da eigentlich machen. \* Und \* aber jetzt nicht \* äh, was sie mit sich machen und was das soll, was das für'n Sinn hat, \* und aber jetzt nicht, dass ich dann, außer bei jetzt äh, den sattsam bekannten Dauerklienten, die dann ohnehin immer nach zwei Minuten den Hörer auf die Gabel knallen, oder ohnehin also \*2\* dann sag ich halt, oder \* okay, kein Gespräch mehr, oder wir haben für Sie kein Angebot, und und und, ja? (FMA4, Zeile 1294 – 1305)

Hier scheitere das Gespräch als Ganzes. Es sei kein **Beziehungsaufbau** möglich. So könne auch kein für die KlientInnen (*die dann ohnehin immer nach zwei Minuten den Hörer aufschmeißen*) und BeraterInnen akzeptabler gemeinsamer Fokus gefunden werden.

Bei DauerklientInnen, die sich vermutlich in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen befänden, würde besonders innerhalb der **Situationsklärung** abgeklärt werden müssen, ob eine Entwicklung erkennbar wäre und daraus das **weitere Vorgehen** abgeleitet werden.

„... wir bieten Ihnen ah, Folgegespräche an, aber auch da wird's irgendwann mal zu Ende sein, auch wenn ich thematisiere, okay, \* was macht Ihre Suche nach einem Therapeuten, wo haben Sie angerufen, und so weiter und so fort, und das war ja unumweiglich, dass sie irgendwie sagt, so, jetzt iss aber irgendwie auch \* mal \* gut. Und DAS war \* eher bei ihr das Spannende, wo sie dann sagen, wo klar war, es gibt ein Ende, es wird ein Ende geben, in dieser Beziehung, ich möchte dir gern \* ähm \* eine Beendigung \* der mm mm \* einer jetzt professionellen Beziehung \* so gestalten, dass du nicht sagen wir mal in dein altes \* ähm \* Bewertungsmuster reinfallen musst zu sagen, okay, das// die schieben mich ja alle weg, und die wollen// ich wollte eigentlich mit ihr, dass sie ne positive Erfahrung \* hat, es iss wie so ein ein \* Beratungs- oder eine mm \* ja, ein mm Betreuungsprozess, (xxx) auch irgendwie anders abgeschlossen werden \* kann ...“ (FMA2, Zeile 1061 – 1077)

FMA2 beschreibt plastisch anhand eines konkret berichteten Falls (Fall\_FMA2\_Also ich bin Borderlinerin), dass es darum gehe, die Klientin in weiterführende längerfristige und nachhaltigere Angebote einzubinden (*Ihre Suche nach einem Therapeuten*). Dies könnte gelingen, wenn die KlientIn im BKD eine positive Beratungserfahrung machen würde. Gleichzeitig macht FMA2 an dieser Klientin deutlich, dass dies bei DauerklientInnen schwierig und der Erfolg ungewiss bleibe (*es kam immer die Rolle rückwärts bei ihr*).

„Aber es kam immer diese Rolle rückwärts bei ihr. Also es war immer zu sagen, wo stehen Sie, ja, ich hab das, und der Therapeut iss, und da wartet sie auf den Rückruf, und noch mal, es gab immer \* bei ihr ganz viel \* in diese Folgegesprächen, es gab immer wieder was, was Neues.“ (FMA2, Zeile 1077 – 1082)

Schon in den KlientInnenbeschreibungen wurde deutlich, dass die **Beziehungsgestaltung** bei dieser Gruppe der KlientInnen besonders schwierig (unstillbarer Mangel), die differenziert nach Herkunftsgruppen (KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen vs. KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel) sei. KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel würden ausschließlich begrenzte entlastende Beziehungsangebote gemacht (*Gespräch nach zehn Minuten beenden*).

„... es iss sinnvoller, dass dann irgendwie, sagen wir mal, zu problematisieren, \* und ähm \* dann auf der Ebene das Gespräch nach zehn Minuten zu beenden.“ (FMA4, Zeile 1269 ö 1272)

Die Beziehungsgestaltung würde sich nicht nur im „Wie“ des Gespräches widerspiegeln, sondern würde auch aktiv inhaltlich angesprochen werden können (*sinnvoller ... zu problematisieren*). Das Gespräch würde dann oft schnell beendet werden (*nach 10 Minuten*). Weiterreichende Angebote in Richtung einer aktiven Auseinandersetzung mit der Chronifizierung würden KlientInnen gemacht, bei denen Entwicklungen sichtbar würden (vgl. Vereinbarung des weiteren Vorgehens). Dabei bestehe in beiden Teilgruppen die Gefahr, dass die BeraterInnen durch eine scheinbare Aktualität der Krise zum Wechsel der Beziehungsmodi verführt würden:

„... es war immer was Aktuelles, es war immer sozusagen, okay, das muss man auch berücksichtigen, aber eigentlich, sozusagen, wo ist, wo ist der, der Faden, an, an dem es langgeht, und \* äh, es gibt auch zumindestens bei ihr gab es immer so'n bisschen so'ne Verführung, also geht man auf das ein, und bearbeitet man das, oder sagt man, okay, äh, es gibt eigentlich ein anderes Thema, das andere Thema ist dann, wie schaffen Sie es, zu ner Therapie zu kommen ...“ (FMA2, Zeile 1338 – 1346)

Bei diesen KlientInnen komme es darauf an die Chronifizierung als Grundthema im Auge zu behalten (*es gibt eigentlich ein anderes Thema*). Würde dies unmöglich erscheinen, würde diese Gespräche ebenso wie bei KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel schnell beendet (s. o.).

#### *Zusammenfassung:*

Gespräche mit DauerklientInnen bedeuten für die BeraterInnen eine immerwährende Wiederholung des Gleichen über Monate bis Jahre. Trotz Monotonie müssten BeraterInnen jedoch wach bleiben, mögliche Entwicklungen in den Beziehungswünschen der KlientInnen wahrzunehmen. Die Inhomogenität der Gruppe der DauerklientInnen stellt eine weitere Herausforderung dar. Für KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel werden unterschiedliche Vorgehensweisen, basierend auf einer differenzierten Beziehungsgestaltung, dargestellt. Zu erkennen, wohin eine KlientIn gehört und ob Entwicklungen im den Gesprächswünschen der KlientInnen sichtbar werden, charakterisiert demnach die eigentliche Schwierigkeit in der Gestaltung des Gesprächsprozesses mit DauerklientInnen. (Abbildung 16)

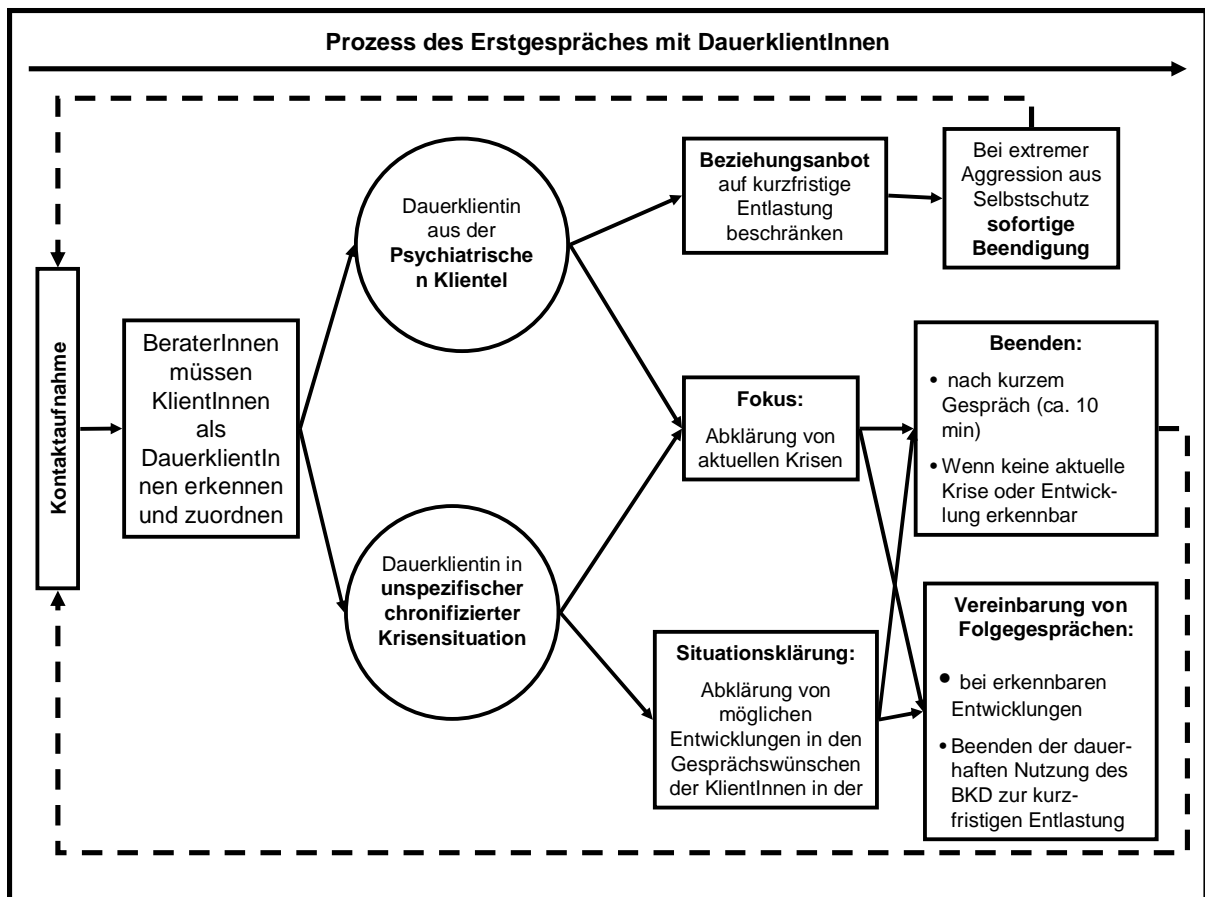


Abbildung 16: Gespräche mit DauerklientInnen

### VI.1.3.4 Erstgespräche mit suizidalen KlientInnen

Erstgespräche mit KlientInnen in suizidalen Krisen stellen die BeraterInnen des BKD vor besondere Herausforderungen. Die Konsequenz eines Suizids bei Misslingen dieser Gespräche bestimme die Gesprächsführung vom Grunde auf:

„... wenn jemand andres aus'm Gespräch rennt, weil er beleidigt iss, wegen dem, was du gesagt hast, dann iss das die eine Geschichte, aber wenn jemand, wenn du jemand als hochgradig suizidal einschätzt, und er// \* und du haust daneben und der steht auf und geht, ja?“ (FMA4, Zeile 1940 – 1944)

Sie beeinflusse **grundsätzliche Beratungsstrategien** und in Folge die Umsetzung einzelner Bestandteile des Erstgesprächs. BeraterInnen betonen zunächst, dass sie besonders *vorsichtig* im Gespräch mit suizidalen KlientInnen seien:

„... gerade bei suizidalen Menschen überlegst dir jede \* Information und jede \* jeden Schritt dreimal, ja?“ (FMA1, 1937 – 1939)

Deshalb würde die grundsätzliche Strategie der Beschleunigung hier nicht angewandt, eher dauerten die Gespräche besonders *lange*.

„... beziehungsweise war auch deswegen so'ne \* Geschichte, so'ne lange Geschichte, bis ich genau \* bei mir wusste, was ich eigentlich wollte.“ (FMA1, Zeile 1931 – 1933)

Wichtig sei, eine eigene Sicherheit bezüglich des Vorgehens zu erlangen (*bis ich genau wusste, was ich eigentlich wollte*). Die KlientInnen würden ansonsten durch die BeraterInnen zusätzlich verunsichert (*das überträgt sich ja auch*), was o. g. verheerende Folgen haben könnte.

„Also \* ja? Das iss ja so, wenn du selber unsicher bist, \* gerade bei suizidalen Menschen, wenn du da nicht irgendwo ne Linie hast, äh, wo du hin willst, das \* überträgt sich ja auch, das heißt, da kommst du auch nich zu Potte ...“ (FMA1, Zeile 1933 – 1937)

Um Sicherheit im Vorgehen zu erlangen, sei es bei suizidalen KlientInnen notwendig, aktiv (*Ich mach mehr.*) vorzugehen.

„I: Gibt’s auch ne Besonderheit so in dem Gesprächsverlauf über die Beziehung grundsätzlich in solchen \* Gesprächen mit stark suizidalen Menschen?

B: Ich mach mehr.“ (FMA4, Zeile 1949 – 1952)

Die größere Aktivität gehe dabei in Richtung eines besonderen Beziehungsangebotes (*Hilfs-Ich*):

„Also, weil// \* ja \* und dann halt auch sehr \* (aktiv?) in dem Gespräch, im Gesprächsverlauf und auch in der Gesprächsaufnahme, wenn ich den Eindruck habe, okay, ich hab’s geschafft, mich so’n bisschen als Hilfs-Ich, äh, zur Verfügung zu stellen, ...“ (FMA4, Zeile 2028 – 2032)

Das Angebot der BeraterInnen, sich als *Hilfs-Ich*<sup>34</sup> zur Verfügung zu stellen, könnte in Zusammenhang mit den durch die suizidalen Krise verminderten internen Ressourcen der KlientInnen verstanden werden. Sie entwickelten diese besondere Form der Beziehungsgestaltung zu einer grundsätzlichen Beratungsstrategie. Zum einen sei es wichtig, die Verzweiflung der KlientInnen ernst zu nehmen.

„... aber ich halt da nicht so viel, dann irgendwie ähm so nen Gegenposition - so nach dem Motto: das Leben ist doch schön oder gucken sie doch dahin oder so was - das find ich äh, ich glaub auch, dass is, is is ja auch für denjenigen äh, also nicht ne Verhöhnung aber so was in die Richtung oder so, glaub ich. So hab ich dass auch eher erlebt, weil wenn er das sehen könnte, wäre er nicht suizidal - so ne.“ (FMA1, Zeile 1104 – 1110)

Die BeraterInnen versuchten, das Erleben der KlientInnen nachzuempfinden, zu verstehen, die *Verzweiflung* der KlientInnen mit *auszuhalten* und zu *ertragen*.

„Dann geht auch viel um dis Aushalten und Tragen, also natürlich nicht aushalten, um da in den Suizid zu entlassen, sondern, aber auch von di diese Verzweiflung oder so was zu ähm, ähm auszuhalten und mit zutragen.“ (FMA1, Zeile 1111 – 1115)

Diese Haltung ermögliche den KlientInnen Entlastung (*nen bisschen tragbarer macht*).

„Und ich glaube, wenn das gelingt und wenn jemand das merkt, ähm kriegt das ne Dimension, dies für denjenigen auch nen bisschen tragbarer macht.“ (FMA1, Zeile 1117 – 1119)

---

<sup>34</sup> Der Begriff des Hilfs-Ich spielt in den psychoanalytischen Therapien mit PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und anderen schweren Frühstörungen eine wesentliche Rolle. Mit dem Hilfs-Ich würden den KlientInnen/PatientInnen Ich-Funktionen der Beraterin zur Verfügung gestellt. So könnte die Therapeutin/BeraterIn zugleich die Erfahrungen und Emotionen der Klientin nachempfinden und seine eigene Wahrnehmung und Emotionalität zur Verfügung stellen (vgl. Rudolf, 2008, S.121 f.)

Sie würden ebenfalls ihr eigenes Erleben einbeziehen (*was man selber so erfahren hat*) und die Destruktivität der KlientInnen *nicht komplett abwehren*. Dies ermögliche Verständnis für die KlientInnen, was sie entlaste.

„Also ich denke natürlich schon, ähm im Sinne von äh, äh was man selber auch so erfahren hat oder kennt oder das auch zulässt, also das nicht komplett abwehrt von sich selber. Ähm <4s> auch emotional anspricht, <---> also nicht nur da technisch, technische Vokabeln hantiert, sondern mit einer mit einer emotionalen Sprache.“ (FMA1, Zeile 1143 – 1148)

Dabei gehe es nicht um bestimmte inhaltliche Formulierungen (*also da nicht nur [mit] technische[n] Vokabeln hantiert*), sondern wieder um das „Wie“ der Kommunikation (*mit einer emotionalen Sprache*). Zum anderen grenzten sie davon jedoch ein Verhalten ab, welches den Selbstmord als einzige Alternative akzeptierte.

„... aus ner Lebenskrise heraus ähm also nicht Reinzugehen nach dem Motto: ja das ist ja auch alles ganz schrecklich und sicher stimmt, ne, bleibt nur noch sich umzubringen, äh aber das Gefühl ernst zu nehmen.“ (FMA1, Zeile 1125 – 1128)

Das Ernstnehmen, die Akzeptanz der Verzweiflung, ohne diese jedoch als einzige Konsequenz zu sehen, führe *zur Erleichterung* bei den KlientInnen:

„Und da führt meistens eher zu ner Erleichterung.“ (FMA1, Zeile 1135)

Den Balanceakt zwischen Akzeptanz der Verzweiflung und gemeinsamen Suchen anderer Wege geschehe mit großer Vorsicht im Gespräch (*weniger konfrontative Elemente*)

„... wenig, äh, weniger konfrontative Elemente, sondern eher mehr äh \* ja \* empathische, wenn du so willst, ja?“ (FMA4, Zeile 1156 – 1158)

Um einen vielleicht folgenschweren Gesprächsabbruch zu verhindern, sei der Beziehungserhalt mit suizidalen KlientInnen nur durch ein durchgängige *dichte Kontaktaufnahme* zu gewährleisten.

„... Und ansonsten halt 'ne möglichst dichte Kontaktaufnahme ...“ (FMA4, Zeile 2019 – 2010)

Gelinge es, die Beziehung im beschriebenen Sinne zu gestalten (*der Kontakt ist gut*), entstehe ein gutes (*besseres*) Gefühl. Das Erstgespräch könnte im Ganzen gelingen.

„... und \* der Kontakt iss gut, dann \* hab ich ein besseres Gefühl ...“ (FMA4, Zeile 2032 – 2033)

Sei dem jedoch nicht so (*da tut sich nichts in der Beziehung*), stehe der Erfolg des gesamten Erstgesprächs zur Disposition.

„... wie wenn's jemand \* sich überhaupt nicht \* bewegt, und ich das Gefühl habe, da läuft immer nur \* äh \* Frage-Antwort-Spiel ab, aber da tut sich nichts in der Beziehung. Ich komme nicht an den ran, und der \* mauert sich da ein. (FMA4, Zeile 2033 – 2037)

Entstehe eine tragfähige Beziehung mit den KlientInnen, so dass neben dem geplanten Suizid andere Alternativen sichtbar würden, würden die BeraterInnen versuchen, die KlientInnen in ein stationäres Setting zu überführen (s. auch Vereinbarung des weiteren Vorgehens).

Die grundsätzlichen Beratungsstrategien der BeraterInnen in der Balance zwischen Vorsicht und Aktivität wie zwischen Akzeptanz der Verzweiflung und Aufzeigen anderer möglicher Alternativen konkretisieren sich in der **Umsetzung der Bestandteile**. BeraterInnen gehen dabei im Besonderen auf die Situationsklärung und die Vereinbarung des weiteren Vorgehens ein. Innerhalb der **Situationsklärung** müsse zunächst von den BeraterInnen versucht werden, suizidale Krisen zu erkennen und von psychiatrischen Notfällen (*starker Depression oder wahnhaft*) abzugrenzen, die ein anderes Vorgehen erforderten.<sup>35</sup>

„... wie gesagt wenn es jetzt nicht ganz akut ist oder wenn es jetzt was mit ganz starker Depression oder wahnhaft oder so, ne so in dieses Richtung zu tun hat, sondern äh aus ner Lebenskrise heraus ...“ (FMA1, Zeile 1122 – 1125)

Die BeraterInnen klärten mit den suizidalen KlientInnen konkrete Suizidpläne ab.

„Naja schon abklären die - das Konkrete, will der jetzt, kann der jetzt sich vorstellen, gleich aus dem Fenster zu springen oder heut' Nacht die Schlaftabletten zunehmen oder weiß ich was. Ähm, oder bleibt es bei äh bei Gedanken oder is es was Dranghaftes ähm, äh Getriebenes, ähm, oder hat es die Qualität nicht. Ähm, das also so, also wirklich das rundum abzuklären, ist es schon vorgekommen, hat er schon mal so ne Phase gehabt oder schon mal versucht oder weiß ich und dass schon ziemlich genau. Ähm da die Erklärung da sehr genau zu machen ...“ (FMA1, Zeile 1089 – 1098)

Es gehe ihnen um die *Qualität* der Suizidpläne (*gleich aus dem Fenster springen ... oder bleibt es bei dem Gedanken*). Auch sei zu klären, ob die KlientIn schon Suizidversuche hinter sich habe (*schon mal versucht*). Das Ganze müsse sehr ausführlich geschehen (*sehr genau machen*), was sicher auch unter dem Zeichen der allgegenwärtigen Vorsicht zu verstehen ist.

Die BeraterInnen setzten dies über *genaue Nachfragen* um:

„Also was ich ziemlich regelhaft mache, und womit ich auch ziemlich gute Erfahrungen gemacht habe, iss einfach, \* (RÄUSPERT SICH) so am Anfang \* äh, wenn ich mitkriege, dass jemand mit Suizidgedanken \* spielt, \*2\* sehr konkret und sehr genau nachzufragen, was das genau bedeutet.“ (FMA4, Zeile 1970 – 1974)

Dabei würde *eine Art Anamnese* (FMA4, Zeile 1980) entstehen. Die BeraterInnen würden einerseits versuchen *sachlich Mittel, Vorgeschichte, soziales Netzwerk (Verwandtschaft)* wie interne Ressourcen (*psychische Krankheiten*) anzusprechen.

„Also alles abzuklären und relativ sachlich \* oder nich relativ, sondern einfach ganz sachlich abzuklären, okay, womit \* Vorgeschichte, \* Wahl der Mittel, und \* ja \* gibt's in der Verwandtschaft jemand und so weiter, \* irgendwelche psychischen Krankheiten ...“ (FMA4, Zeile 1974 – 1978)

BeraterInnen erkundeten, inwieweit die KlientInnen noch mit dem Leben verbunden (*Verbindlichkeiten und Verantwortlichkeiten*) seien:

„...man guckt ne wo gibt es Verbindlichkeiten und Verantwortlichkeiten, also gefühlte Verbindlichkeiten und gefühlte Verantwortlichkeiten, die jemanden am Leben halten ...“ (FMA1, Zeile 1101 – 1103)

---

<sup>35</sup> Das Vorgehen in psychiatrischen Notfällen beschreibt *Zimmermann* (2001) ausführlich.



Sie würden nicht versuchen, die KlientInnen davon zu überzeugen, dass ihre Lage nicht verzweifelt sei, sondern diese akzeptieren und gleichzeitig Alternativen suchen (s. grundsätzliche Strategien). Konkret müsse dies ohne Aufregung (*keene Aufregung*) und Druck (*nich nach'n Notschalter gesucht*) auf die KlientInnen geschehen.

„Also so, und ich hab damit gute Erfahrungen gemacht, dass ich so das Gefühl hatte, dass so \* ne relative Versachlichung vorkommt, das heißt, die Menschen kriegen mit, \* äääh \*2\* da sitzt \* da sitzt 'n Problem, und das Problem wird diskutiert, aber da iss keene Aufregung oder keine \* äh \* da wird nich nach'n Notschalter gesucht, und die \* grauen Männer stehen auch nich schon an der Tür, um jemand abzutransportieren, sondern das iss 'n \* Problem, was verhandelt wird, was gemeinsam verhandelt und ausgetragen wird.“ (FMA4, Zeile 1980 – 1998)

BeraterInnen und KlientInnen *handelten gemeinsam aus*, was in der konkreten Situation geschehen könne. Die Situationsklärung beschränke sich nicht auf die Klärung der Vorgeschichte und der gegenwärtigen Situation, sie müsse auch die *nächsten Tage* im Blick haben.

„... so ne weitere, ja, und was auch ganz wichtig iss, iss halt, das Umfeld abklären, und was haben die am nächsten Tag mit wem vor, und gibt's das Leute, und und und.“ (FMA4, Zeile 2020 – 2023)

Bindungen (*gibt's ... Leute*) seien eine externe Ressource, die den KlientInnen helfen könnte, die suizidale Krise durchzustehen. Mit der Situationsklärung der nächsten Tage verbinde sich für die BeraterInnen die **Vereinbarung des weiteren Vorgehens**. Gebe es wenig oder keine Ressourcen (*wenig Kontakte ... keine Haustiere*), und Vereinbarungen seien auch nicht möglich (*keine Vereinbarungen*), würden die BeraterInnen versuchen, suizidale KlientInnen an für sie sichere Orte, wie stationäre *Krisenstationen*, überweisen.

„Und wenn jemand halt äh \* wenig Kontakte hat, und nichts vorhat, und keine Vereinbarungen, keine Haustiere hat, keine \*2\* nahen Verwandten hat und sonst wat, ja, dann kommt halt immer mehr so in Richtung Krisenstation oder so mit in das Gespräch, und auch so in die// \* auf'n Schirm, ja?“ (FMA4, Zeile 2023 – 2028)

Die Entscheidung der BeraterInnen für Vereinbarung von Folgekontakten erfolge aufgrund der wahrgenommenen Beziehung von BeraterIn und KlientIn. Die Beziehung müsse, um Folgegespräche zu vereinbaren und die KlientInnen gehen zu lassen, für die KlientInnen bis *zum nächsten Gespräch* bewahrbar sein. Mindesten aber bräuchten die BeraterInnen eine relative Sicherheit (*wenn du das Gefühl hast*), dass die KlientInnen bei erneuten akuten Suizidgedanken im BKD anrufen (*in der Einrichtung anrufen*).

„Wenn jemand einen guten (xxx) hat, oder wenn du das Gefühl hast, da \* iss jemand, der wird dann auch \* äh \* jedenfalls iss das die Hoffnung, wenn er's nich zum nächsten Gespräch schafft, dann zumindest hier in der Einrichtung anrufen, und \* sich dran erinnern, da iss ja noch jemand gewesen, welcher, ja? Aber wenn du das Gefühl hast, an jemand prallt alles ab, dann \*2\* iss es sicherlich einfacher, die Verantwortung da an ne stationäre Einrichtung abzugeben. (FMA4, Zeile 2044 – 2052)

Vereinbarungen mit suizidalen KlientInnen sollten dabei *konkret* sein und *Folgegespräche* beinhalten:

- „I: Das iss sozusagen das, wo du hin willst? \* Und triffst du konkrete Vereinbarungen dann letztlich?  
B: \*2\* Auf jeden Fall in Richtung auf Folgegespräch ...“ (FMA4, Zeile 1996 – 1998)

FMA4 verweist ausdrücklich darauf, dass er darunter i. d. R. keine Suizidpakete verstehe (ich bin gegen Suizidpakete). Er beschreibt diese einerseits als den Beziehungserhalt gefährdend (*Kontaktaufnahme erschwert*), in dem durch sie auf die KlientInnen ein zusätzlicher Druck erzeugt würde (*moralische Keule*). Andererseits gebe es auch *zwanghafte* Klientinnen, bei denen sich Suizidpakete *relativ gut machen*. Letztlich müssten die BeraterInnen situationsabhängig entscheiden (*immer im Einzelfall gucken*)

„... ich bin ja gegen Suizidpakete, \* ja? Grundsätzlich, also so jetzt vom äh \* theoretischen Standpunkt her halte ich das einfach für Quatsch, /mhm/ weil das (xxx) nich noch ne weitere \* wenn du so willst, moralische Keule ist. Das heißt, wenn jemand das nich durchhält, \* und \* ääh \* noch'n Suizidversuch macht, \* (SCHMATZT) dann hast du die Kontaktaufnahme \* erschwert, ja? \* /mhm/ Aber wie alles, wo ich theoretisch gegen was bin, in der Praxis \* kommt es schon mal vor, dass ich irgendwo dann \* sage, okay, bis zum nächsten Gespräch passiert nix \* ja? Also \* (LACHT BISSCHEN) \*3\* Man muss es immer von der Situation abhängig machen, es kommt immer drauf an, mit welchen Leuten man das macht. Ich glaub, man kann's nich mit äh \* ja \* mit Leuten machen, die große Schuld- und und \* -gefühle haben, und \* sich ohnehin \* wie Versager vorkommen. \* Also jetzt im, im Vordergrund, weil die äh, die sind dann einfach weg, wenn die 'n Suizidversuch machen, die trauen sich dann überhaupt nich mehr, sich bei dir zu melden, ja? Womit man's relativ gut machen kann, iss mit zwanghaften Leuten, weil die \* halten das ja ohnehin (LACHT BISSCHEN) ein, ja? /mhm/ Aber man muss es immer im Einzelfall gucken.“ (FMA4, Zeile 1999 – 2019)

Der Erhalt der Beziehung über das Erstgespräch hinaus und die damit verbundene Entlastung für die KlientInnen (s. Beziehungsaufbau und –erhalt) sei Hauptziel aller Vereinbarungen. BeraterInnen gingen auch ungewöhnliche Wege, um bei KlientInnen ihr Beziehungsangebot präsent zu halten (*Stein am Ende des Erstgesprächs gegeben*).

- „I: Und das, diesen Stein hast du ihr am Ende des Erstgesprächs gegeben?  
B: Und den Stein hab ich am Ende des Gesprächs gegeben, (xx) so als ne äh \* ja \* (HUSTET) \*3\* als 'n Übergangsobjekt bis zum nächsten Gespräch, wo se dann irgendwo dran äh, sich da Kraft schöpfen kann, dran denken kann, \* ähhh und sich aufrichten kann. \* Und dass// ja, sich dran erinnern kann, der Stein steht praktisch fürs Leben, also \* ja.  
I: Mhm, \* und wie bist du zu diese Übergangsobjekten, die du mit(kommst?), gekommen, woher kommt das? Iss das ne Technik, ne spezielle, jemandem bei Suizidalität, ich weiß, es gibt ne Technik, mit ihnen Vereinbarungen zu schließen oder Verträge, iss das auch was ganz Spezielles in der Krisenintervention?  
B: Nich jetzt per se so mit// ich mach das gern. /mhm/ Ich hab auch ein (xxx) rum liegen. /mhm/ Zum Beispiel, die gebe ich dann Klienten mit, wenn ich den Eindruck habe, sie brauchen was sie irgendwo dann hält, ja? Also \* ich mach das nich bei jedem, \* und nicht äh, in allen Situationen, aber bei manchen Leuten hab ich den Eindruck, dass es ganz gut kommt, dass es ganz gut hilft. Und es iss halt irgendwo ne \* ja, wenn// es iss ne Erinnerung, es iss ne Aufmerksamkeit, es iss irgendwo das Gefühl, \*2\* da hat sich einer was bei gedacht, ja? Macht einer \* ja \* (xxx) stimmt, und \*3\* ja, iss (xx) auch ne schöne Geste. Also die Leute fühlen sich dann \* glaub ich son bisschen aufgewertet.“ (FMA4, Zeile 1827 – 1852)

Übergangsobjekte<sup>36</sup> könnten KlientInnen helfen, das entlastende Beziehungsangebot der BeraterInnen präsent zu halten (*Kraft zu schöpfen ... steht fürs Leben ... Erinnerung*). Es müsse

<sup>36</sup> Ein Übergangsobjekt im ursprünglichen Sinne bezeichnet einen materiellen Gegenstand (Spielzeug, Stofftier oder Stoffstücke), der eine besondere Bedeutung für den Säugling und ein Kleinkind hat und ihm erlaubt, den

aber ebenso wie ein Suizidpakt geprüft werden, ob die KlientInnen etwas mit dieser Vereinbarung anfangen könnten (*manche ... fühlen sich verarscht*).

„Du kannst das nich bei jedem machen, ja? So, manche, wenn du denen ein Muschel zum Abschied in die Tasche drückst oder so, die fühlen sich dann verarscht oder sowat, ja?“ (FMA4, Zeile 1853 – 1855)

### *Zusammenfassung*

Die mögliche verheerende Konsequenz eines Suizids bestimme die Gestaltung von Erstgespräche mit suizidalen KlientInnen. Diese Erstgespräche würden grundsätzlich vorsichtiger geführt und dürften auch länger dauern als andere Erstgespräche im BKD. Sie würden entgegen der allgemeinen grundsätzlichen Gesprächstrategie nicht beschleunigt. Aktiv würde mit den suizidalen KlientInnen eine besondere Form der Beziehungsgestaltung angeboten. Die BeraterInnen stellten sich als Hilfs-Ich zur Verfügung. Sie nähmen die Verzweiflung der KlientInnen ernst, hielten sie aus, was eine entscheidende entlastende Wirkung auf die KlientInnen hätte. Aber gleichzeitig würden die BeraterInnen trotz der Akzeptanz der Verzweiflung mögliche Alternativen aufzeigen.

Die grundsätzlichen Strategien fänden in der Umsetzung der Bestandteile des Erstgesprächs ihre Entsprechung, angereichert durch Betonung besonderer inhaltlicher Foki. In der Situationsklärung müssten suizidale Krisen von psychiatrischen Notfällen abgegrenzt und konkrete Suizidpläne wie Ressourcen abgeklärt werden. In der Vereinbarung des weiteren Vorgehens stellten die BeraterInnen den Beziehungserhalt über das Erstgespräch hinaus in den Mittelpunkt. Beständen berechtigte Zweifel, ob dies gelinge, würden die BeraterInnen versuchen, KlientInnen in ein stationäres Setting zu überführen. (Abbildung 17)

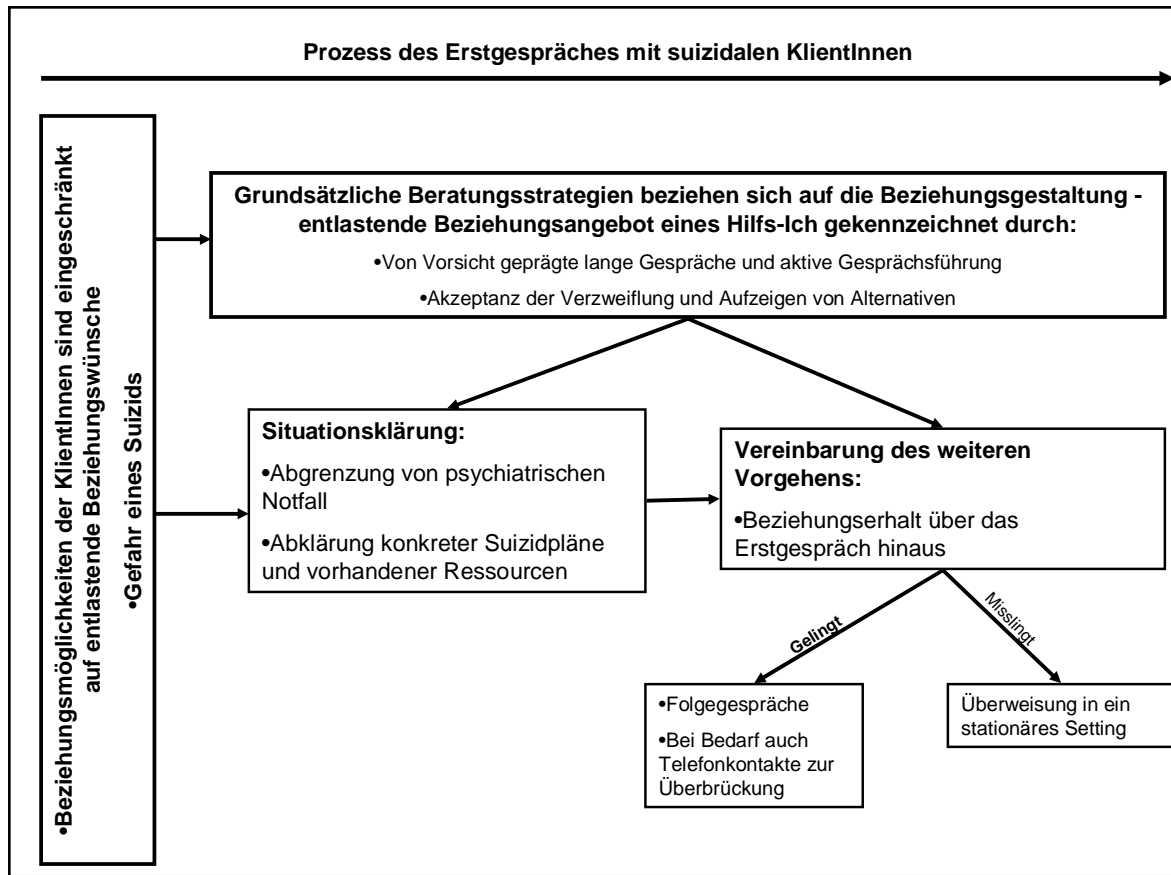


Abbildung 17: Erstgespräche mit suizidalen KlientInnen

## **VI.1.4 Beziehungsgestaltung – das zentrale Phänomen im Erstgesprächsprozess**

### **VI.1.4.1 Vorbemerkungen**

Die Beziehungsgestaltung kristallisierte sich über alle Kapitel der Analyse allgemeiner fallunspezifischer Aussagen zum Erstgesprächsprozess als das zentrale Phänomen heraus. Das Kapitel fasst die Aussagen der BeraterInnen zur Beziehungsgestaltung auf einem hohen Abstraktionsniveau zusammen und schafft damit die notwendige Voraussetzung für die Prozessanalyse konkreter Erstgespräche. BeraterInnen beschrieben die Beziehungsgestaltung auf der Basis zweier interdependenter Elemente:

1. den Beziehungserwartungen der KlientInnen und BeraterInnen und
2. ihrer Passung/Nichtpassung im Prozess des Erstgesprächs.

Deshalb wird erstens ein Spektrum möglicher Beziehungserwartungen (-angebote) aus den allgemeinen Aussagen herausgearbeitet. Diese werden hinsichtlich ihrer Umsetzung der Bestandteile des Erstgesprächs, spezifischer Kontaktarten wie KlientInnengruppen dargestellt (VI.1.4.2). Zweitens wird die Entstehung von Passung/Nichtpassung von Beziehungserwartungen im Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch beschrieben (VI.1.4.3). Drittens wird das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung aus der Interdependenz ihrer Elemente entwickelt (1.4.4).

Um den Zugang zu den verallgemeinerten Aussagen zur Beziehungsgestaltung zu erleichtern, werden hier die bisherigen Ergebnisse (VI.1 – VI.3) kurz zusammengefasst:

- Im Kapitel VI.1.1 (Allgemeine, fallunspezifische Aussagen zum Erstgespräch) wurden zunächst die Aussagen der BeraterInnen zu einfließenden Lernerfahrungen in den Prozess des Erstgesprächs untersucht (VI.1.1.1). In den beschriebenen gemeinsamen wie individuellen Lernerfahrungen heben die BeraterInnen besonders das Wissen über Beziehungsgestaltung hervor. Dieses Wissen fließt in die Umsetzung der Bestandteile des Erstgesprächs (VI.1.1.2), ebenso wie in grundsätzliche Beratungsstrategien (VI.1.1.3), ein. Die Umsetzung der Bestandteile des Erstgesprächs würde, so stellen es die BeraterInnen überzeugend dar, durch eine Abfolge von sich aufeinander beziehenden Beziehungserwartungen (-angebote, -wünsche) der KlientInnen und BeraterInnen konsolidiert. Grundsätzliche Beratungsstrategien liefen letztlich alle auf eine aktive Gestaltung des Beziehungsangebote durch BeraterInnen im Erstgespräch hinaus, um das Gespräch zu beschleunigen, aber auch, soweit möglich, an den Bedürfnissen der KlientInnen auszurichten.

- BeraterInnen konzentrierten sich in ihrer Darstellung kontaktartspezifischer Besonderheiten (VI.1.2) auf die Einschränkungen der Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung in Telefonkontakten und den Umgang mit diesen. Beziehungswünsche könnten schwerer erkannt werden und erforderten aktive verbale Nachfragen. Die Besonderheiten von Telefonkontakten zögen bestimmte KlientInnengruppen (KlientInnen der Psychiatrischen Klientel und DauerklientInnen) an, deren Beziehungsmöglichkeiten bereits stark eingeschränkt wären und so die Beziehungsgestaltung in Telefongesprächen zusätzlich erschwerten.
- Erstgespräche mit KlientInnen unterschiedlicher KlientInnengruppen (VI.1.3) differierten in deren Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung. BeraterInnen versuchten, sich dem anzupassen und modifizierten deshalb grundsätzliche Strategien und die Umsetzung der Bestandteile KlientInnengruppen spezifisch. Je länger und schwerer Krisen seien, desto mehr schränkten sich die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen und damit auch die Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung ein.

#### **VI.1.4.2 Beziehungserwartungen im Erstgespräch**

In den Aussagen der BeraterInnen konnten typische wiederkehrende Beziehungswünsche (resp. -erwartungen, -angebote, -inputs) identifiziert werden (Tabelle 10). Dabei reiche die Spannbreite der Beziehungserwartungen von KlientInnen von **für das Erstgespräch befördernden Beziehungswünschen**, wie nach nichtaggressiver Entlastung und Bewältigung, bis zu tendenziell **schwierigen Beziehungswünschen** der KlientInnen, wie nach aggressiver Entlastung und dem Wunsch, der BKD möchte statt der KlientInnen handeln. BeraterInnen würden den Beziehungswünschen der KlientInnen folgen, soweit sie diese erkennen würden und für sinnvoll hielten. Ebenso würden sie eigene Beziehungsangebote aktiv einbringen. Nicht oder nur begrenzt könnten aggressive Entlastungswünsche und Wünsche nach Handeln des BKD anstatt der KlientInnen erfüllt werden. In letzter Konsequenz könne eine der KommunikationspartnerInnen kein neues Beziehungsangebot mehr machen, und das Gespräch würde abgebrochen. Neben den dargestellten Beispielen für Beziehungsmöglichkeiten sind viele weitere Spielarten vorstellbar. Die im folgenden Kapitel VI.2 beschriebenen konkreten Erstgespräche generieren neue Aspekte von Beziehungswünschen. Beziehungsmöglichkeiten werden deshalb einerseits tendenziell auf dem Kontinuum von für das Erstgespräch befördernden bis tendenziell schwierigen Beziehungswünschen einzuordnen (Tabelle 10), sind aber andererseits individuell und einzigartig.

**Tabelle 10: Beziehungserwartungen resp. –angebote im Erstgespräch**

	<b>Beziehungswünsche Im Erstgespräch</b>	<b>Illustration durch typische Textstellen</b>
<b>Für das Erstgespräch förderliche Beziehungswünsche</b>	Auf Bewältigung der Krise orientierter Beziehungswunsch	„... sie will und wenn sie Unterstützung ähm sucht, dann ist das auch ihre Stärke und die unterstütz' ich...“ (FMA1, Zeile 258 – 260) „Also, wo – wo ist am ehesten Stabilität zu erkennen oder auszubauen? Und wo ist es sinnvoll zu sagen: „Das erst mal so nicht.““ (FMA3, Zeile 1783 – 1785)
	Auf aktive Auseinandersetzung mit der Krise orientierte Beziehung	„... na ja, auch um sie ins Arbeiten zu bringen, so 'n Stück weit, ja, damit das Ganze nicht nur so dieses * Plakative, Festgefahrene hat, sondern dass es so ein Stück weit tiefer geht. /mhm/ Und sie hat auch gesagt, dass es irgendwo ziemlich * gewirkt hat, dass sie da sehr * damit * zugange ist. Und sehr äh, sich da * äh * ja * damit beschäftigt.“ (FMA4, Zeile 815 – 821) „Das ist etwas, was er zum wiederholten Male erlebt, was ihm jetzt ein Problem bereitet, vermutlich früher auch. Damit er einfach so eine Verbindung zu sich, zu seiner Person, in seiner Biografie, damit – damit er vielleicht auch dann sagen kann entweder: „Ja.“ Oder vielleicht: „Sehen wir.“ Weil wenn diese Situation da ist, ist sie halt auch gegenwärtig.“ (FMA3, Zeile 620 – 626)
	Auf nicht aggressive Entlastung orientierter Beziehungswunsch	„... es geht eigentlich mehr darum, ** dass die was loswerden, was erzählen ...“ (FMA4, Zeile 676 – 678)
	Auf Austesten bzw. auf Zurückhaltung und Vorsicht orientierter Beziehungswunsch	„...fortwährende Geschichte iss, von wegen, ääääh * die testen halt irgendwie was aus, beziehungsweise versuchen, sich auf sicherem Terrain zu be- zu * begegnen ...“ (FMA4, Zeile 614 – 616)
<b>Für das Erstgespräch schwierige Beziehungswünsche</b>	Auf Entlastung durch Handeln der BeraterInnen anstatt eigenem Handeln orientierter Beziehungswunsch	„...es gibt tatsächlich diesen Menschen, der// wo ich weiß, der iss gekommen, (sagt der?) nach dem Prinzip, ich hab hier meinen Koffer, und ich steh hier, und ich weiß nicht, wo ich heute Nacht * schlafen soll. * So. * Und jetzt geben Sie mal ...“ (FMA2, Zeile 504 – 508)
	Auf Entlastung durch Aggression orientierter Beziehungswunsch	„So – plötzlich dann knallt's, und dann kommt doch die Entwertung.“ (FMA3, Zeile 2923 – 2924) „also mit viel Abwertung und Ablehnung und äh Aggressionsabfuhr von Seiten der Klienten ...“ (FMA1, Zeile 657 – 659)
	Durch Abbruch des Gespräches kein Beziehungsangebot mehr	„Dann ist es raus, dann ist er sauer auf mich, dann kann man auflegen.“ (FMA3, 2920 – 2921)

Die Bevorzugung bestimmter Beziehungserwartungen (-angebote) konnte bzgl. der Umsetzung der Bestandteile, Kontaktarten und KlientInnengruppen systematisch unterschieden werden:

1. Für die **Umsetzung der Bestandteile des Erstgesprächs** wurden vor allem häufige Beziehungserwartungen für bestimmte Bestandteile beschrieben (VI.1.2.2). Bei der Umsetzung der **sequentiellen Bestandteile** (Kontakttherstellung und Beenden des Kontaktes) scheinen entlastende Angebote Kontaktart und KlientInnengruppen unspezifisch im Vordergrund zu stehen. Bei der Kontakttherstellung ginge es um das Willkommenheißen und die Ermutigung der KlientInnen zu reden, d. h. die KlientInnen wünschten Entlastung, um reden zu können und die BeraterInnen gewährten sie. In der Beendigung des Gespräches

stehe der Beziehungserhalt im Vordergrund, um den KlientInnen das Wiederkommen zu ermöglichen, egal wie das Gespräch selbst verlaufen wäre. Bei der **Umsetzung der Bestandteile, denen keine zeitlichen Phasen zugeordnet werden könnten** (Fokussierung, Situationsklärung, Vereinbarung des weiteren Vorgehens, Emotionale Unterstützung und Entlastung und Beziehungsaufbau und -erhalt), berichten die BeraterInnen die ganze Breite vorstellbarer Beziehungserwartungen (Abbildung 18).

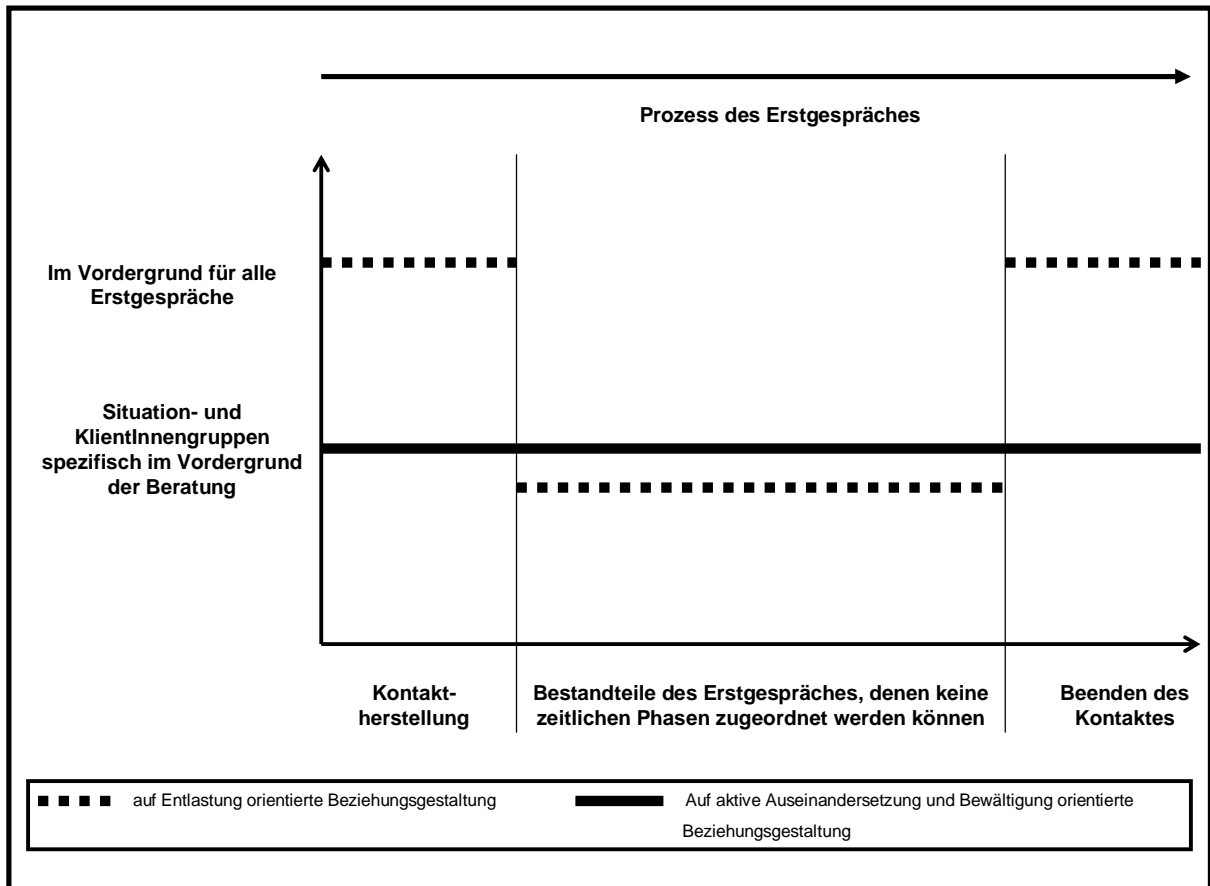


Abbildung 18: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung im Erstgesprächsprozess bezogen auf die Umsetzung seiner Bestandteile

- Bei der **Differenzierung nach Kontaktarten im Erstgespräch** (persönliches Gespräch, Telefongespräch) (VI.1.2) wurde erstens festgestellt, dass sich allgemeine Aussagen zu Erstgesprächen i. d. R. auf persönliche Gespräche (Abbildung 18) beziehen. Zweitens wird der Telefonkontakt als besondere Form des Erstgesprächs verstanden. Dies wirke sich auf Beziehungsgestaltung im telefonischen Erstgespräch aus. Im Telefongespräch sei es schwieriger, Beziehungswünsche zu erkennen und zu vermitteln. Die Gefahr des Nichterkennens von Beziehungswünschen sei größer. In der Beziehungsgestaltung würden deshalb häufiger entlastende Beziehungsangebote im Vordergrund stehen, weil diese i. d. R. einen Teil der Beziehungswünsche der KlientInnen ausmachten. Damit verbundene Be-



schränkungen zögen aber auch bestimmte KlientInnengruppen (z. B. DauerklientInnen) an. Insofern erweckt die Wahl der Kontaktart durch KlientInnen bei den BeraterInnen auch Erwartungen hinsichtlich der Beziehungsgestaltung (Abbildung 19).

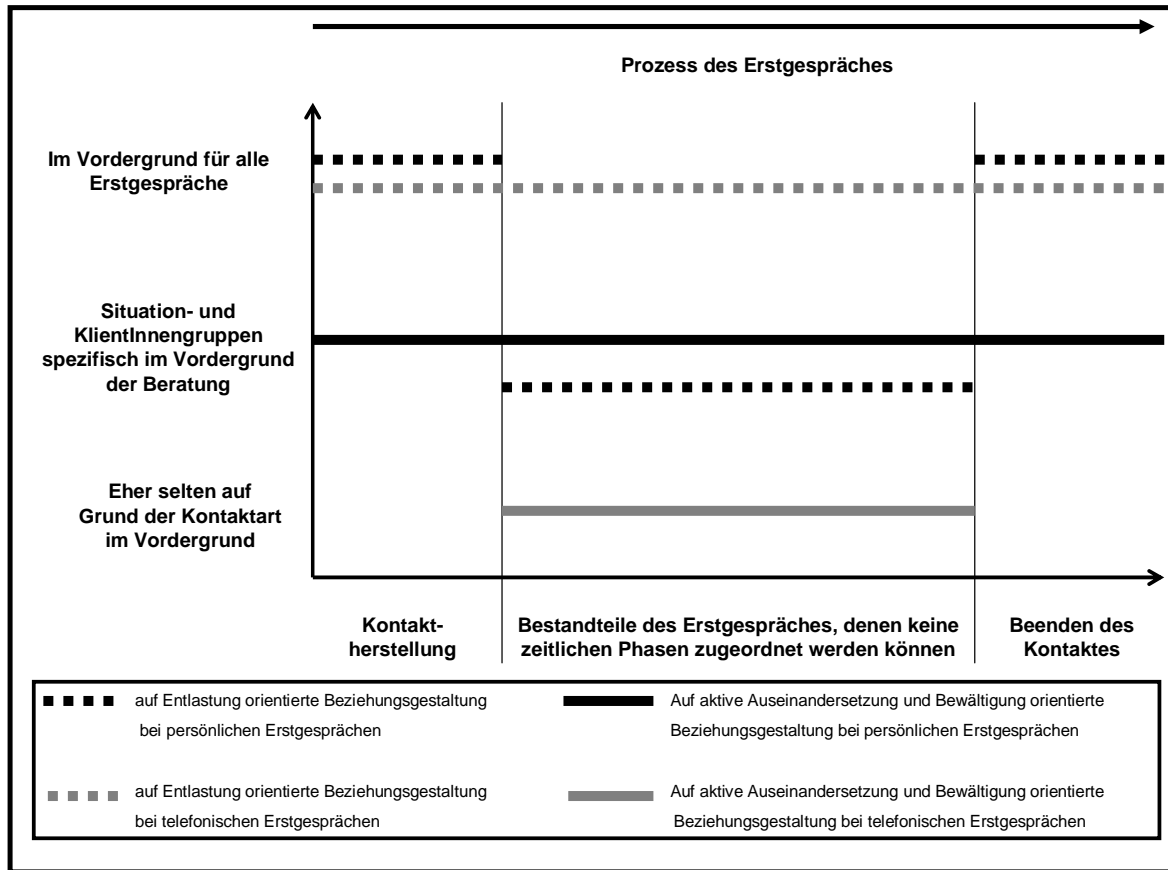


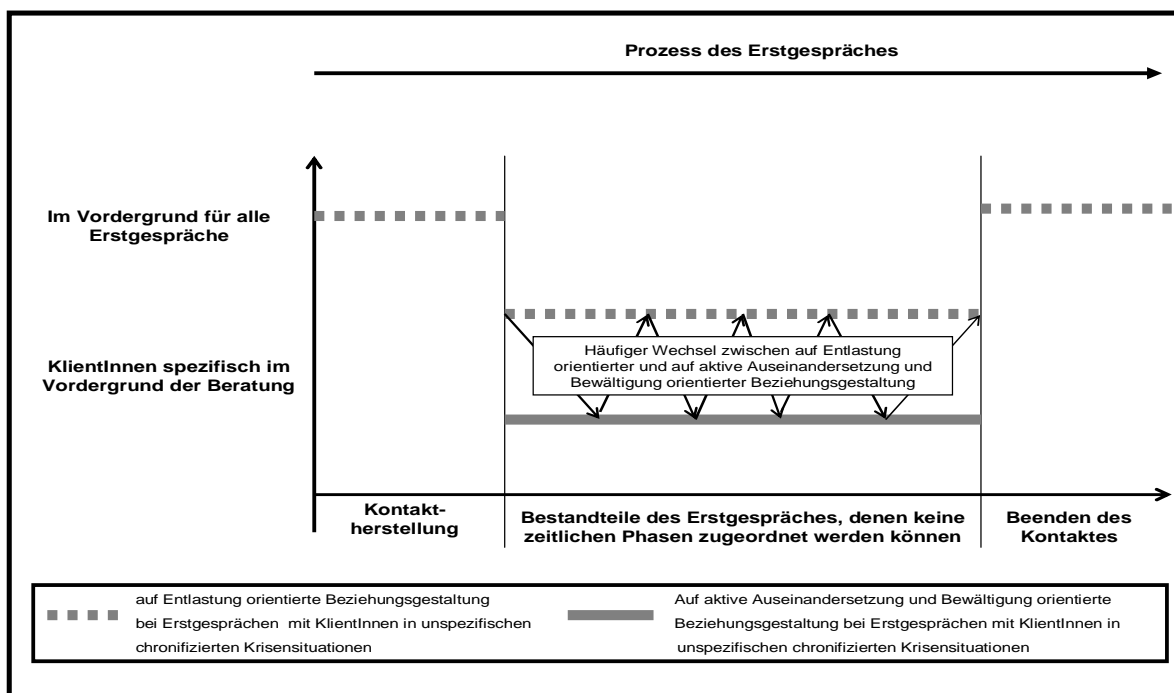
Abbildung 19: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung in persönlichen und telefonischen Erstgesprächen

3. Für **KlientInnengruppen** wurden typische Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung dargestellt (VI.1.3). KlientInnen ständen aufgrund der durchlebten Krise in Schwere und Dauer unterschiedliche Beziehungsmöglichkeiten zur Verfügung. Je mehr KlientInnen chronifiziert seien, desto eingeschränkter wären auch ihre Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung.

(a) *Menschen in akuten Krisen ohne Chronifizierung* scheinen bereits im Erstgespräch nach anfänglicher Entlastung in der Lage, die grundsätzlich zur Verfügung stehenden, Verarbeitung und Bewältigung möglich machenden Beziehungsangebote anzunehmen (Abbildung 18). Im Gespräch spiele die Beziehung von BeraterIn und KlientIn keine „bewusste“ Rolle. BeraterInnen und KlientInnen könnten sich auf die „inhaltlichen“ Probleme der Krise konzentrieren.

(b) *Menschen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen*, die aber nicht zur „psychiatrischen“ Klientel gehörten, scheinen vom Grunde her, über entlastende wie auf

aktive Auseinandersetzung und Bewältigung orientierte Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung zu verfügen, wobei zweitens nicht für jeden Inhalt und oft nicht im Erstgespräch zur Verfügung ständen. In diesen Gesprächen, ähnlich wie mit chronisch psychisch kranken Menschen, würden schwierige Beziehungserwartungen häufiger auftreten (z. B. Entlastung durch Entwertung und Aggression). Könnten in Erstgesprächen diese Beziehungsangebote nicht vermieden werden, würde ein Abbruch oft unvermeidlich. Als mögliche Strategien zur Verhinderung eines Abbruchs zeichnete sich in der Konzentration der BeraterInnen auf Entlastung und Beziehungserhalt, aber nicht die weitergehende Verarbeitung im Erstgespräch (z. B. Deutungen von Verhaltensmustern), ab. Hauptziel für die BeraterInnen sei es stets, die Beziehung zu den KlientInnen aufrecht zu erhalten, um zu einer weiterführenden Krisenintervention zu gelangen. Die Ambivalenz hinsichtlich der Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen führe zu häufigen Wechsel von Beziehungsangeboten und damit verbundenen Themen. (Abbildung 20)



**Abbildung 20: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bei KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen**

(c) Für die *KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (psychiatrische Klientel)* gehe es im Erstgespräch darum, eine temporäre Entlastung zu ermöglichen. Meist liege keine akute Krise vor. Ein Vordringen zur Bewältigung/Verarbeitung der mit der Erkrankung verbundenen chronischen Krisensituation im Rahmen eines Erstgesprächs bzw. einer Krisenintervention würde diese KlientInnen überfordern. Ein Teil dieser KlientInnen verfüge vorwiegend über schwierige entlastende Beziehungsmuster, häufig in Form von heftigen Aggressionen, die die Gewährung von Entlastung erschweren würden und zu einem schnellen Abbruch des Gespräches führen könnten. Abbildung 21 verdeutlicht eindringlich die fast ausschließliche Konzentration auf entlastende Beziehungsangebote im Erstgespräch.

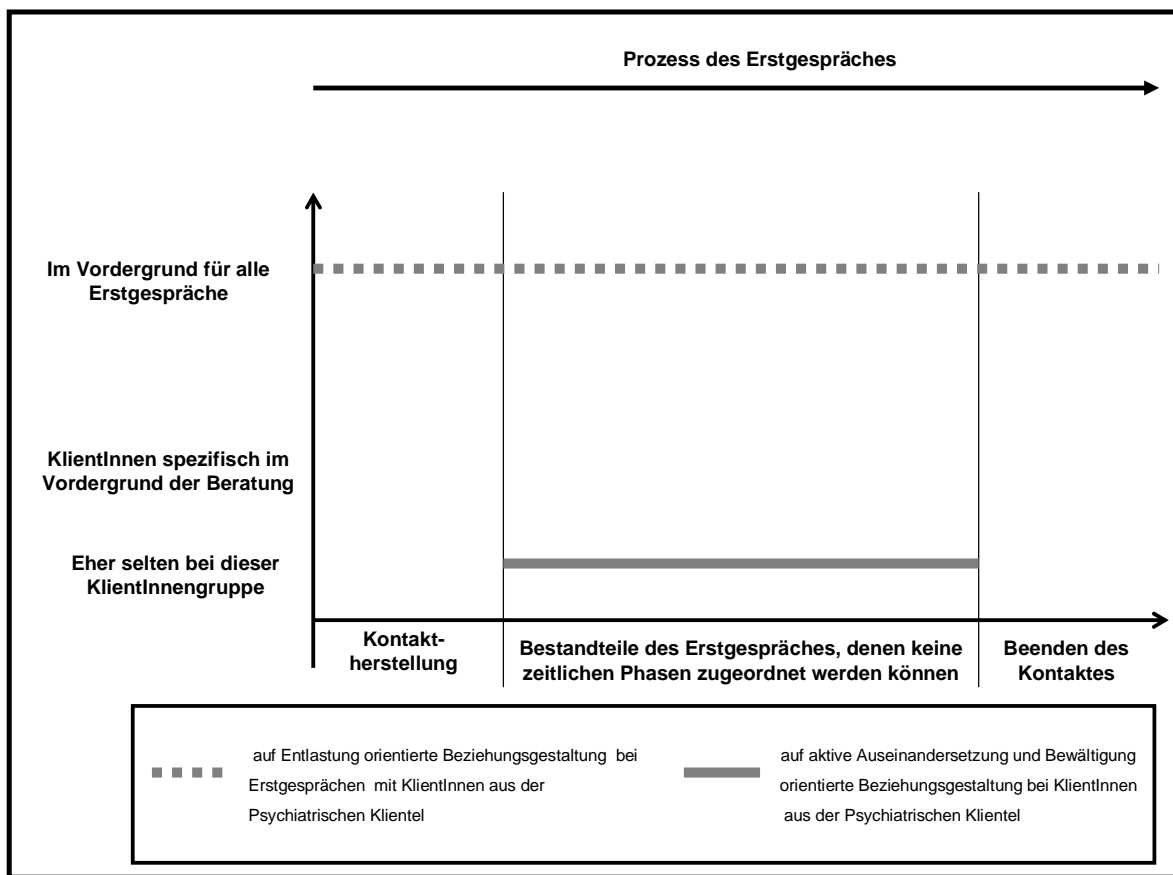


Abbildung 21: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bei KlientInnen in aus der Psychiatrischen Klientel mit manifesten psychischen Störungen

(d) *DauerklientInnen* könnten sowohl KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel wie Menschen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen sein. Ihnen würden einerseits immer kurzfristige entlastende Beziehungsangebote gemacht (analog der Beziehungsgestaltung mit KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel, s. Abbildung 21). Andererseits müsste bei KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen im-

mer wieder auch geprüft werden, ob weitergehende Beziehungswünsche in Richtung der aktiven Auseinandersetzung auftauchen (Abbildung 22).

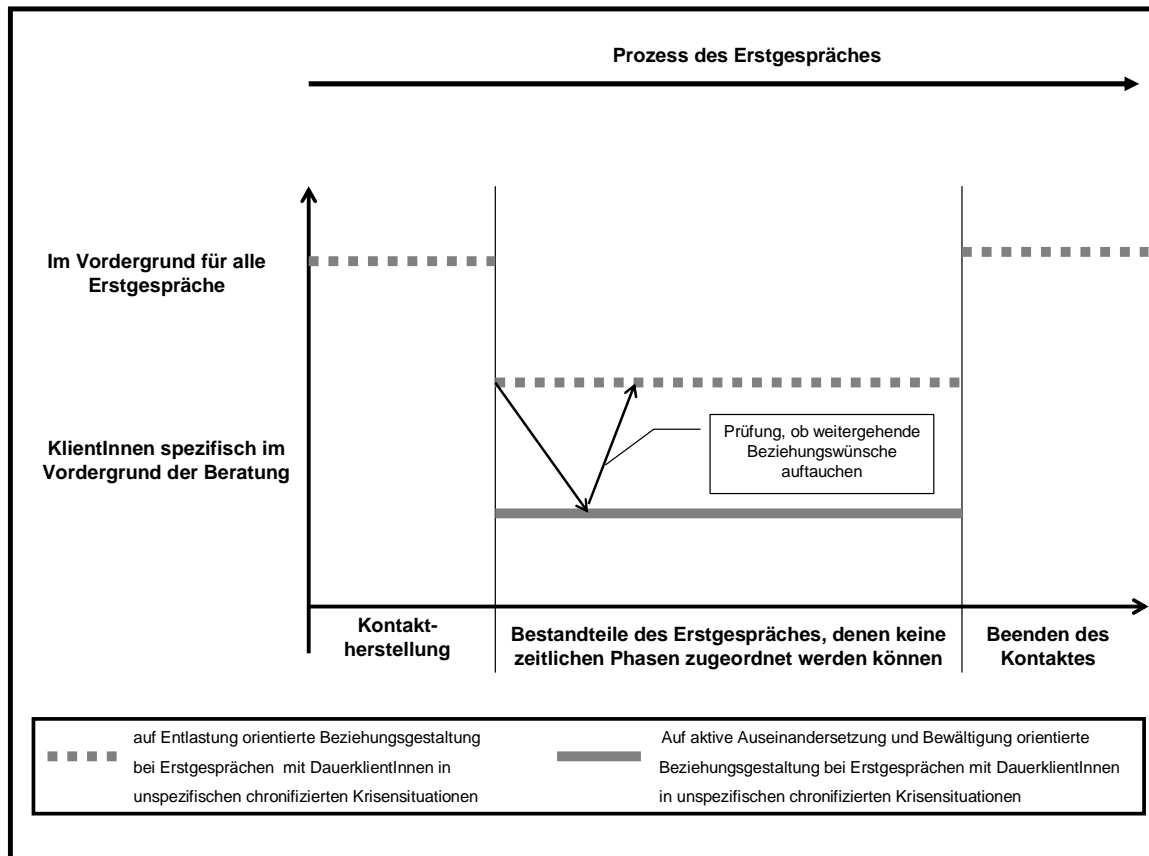


Abbildung 22: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung mit DauerklientInnen in unspezifischen chronischen Krisensituationen

(e) Bei *Menschen in suizidalen Krisen* stehe die Entlastung der KlientInnen im Vordergrund. Während auf inhaltlicher Ebene konkrete Suizidpläne wie Ressourcen abgeklärt werden müssten, müssten auf Beziehungsebene entlastende Beziehungsangebote im Vordergrund stehen. Entlastende Beziehungsangebote würden über den Erstkontakt und konkrete Gesprächssituation hinaus gemacht. Würde die entlastende Beziehungsgestaltung über das Erstgespräch hinaus nicht gelingen und die Suizidpläne seien bereits fortgeschritten, würden KlientInnen in ein stationäres Setting überwiesen. (Abbildung 23)

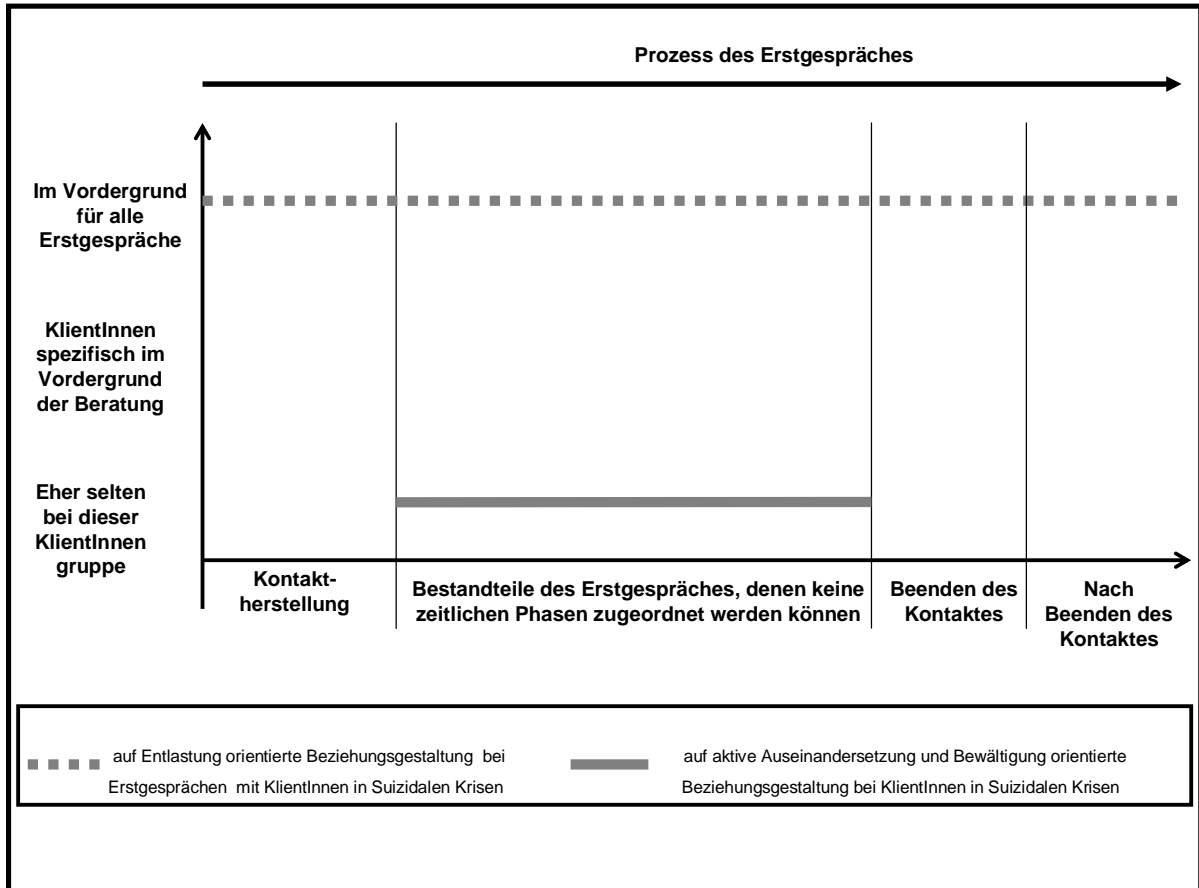


Abbildung 23: Beziehungsmöglichkeiten mit KlientInnen in Suizidalen Krisen

Zusammenfassung

Es konnte gezeigt werden, dass sich Kontaktart und KlientInnengruppen spezifische Erstgespräche in der Bevorzugung bestimmter Beziehungsangebote unterscheiden, ebenso wie sie über Gemeinsamkeiten verfügen. Neben der grundsätzlichen Präferenz für bestimmte Formen der Beziehungserwartungen wurde auch eine phasenspezifische Präferenz berichtet. Die Aussagen über typische Verlaufsformen des Einbringens von Beziehungserwartungen ermöglichen jedoch noch nicht, die Entwicklung konkreter Beziehungen in Erstgesprächen und ihrer Auswirkungen zu verstehen. Erst die das Einbeziehen der Kenntnis, dass bestimmte Beziehungsangebote adäquat bzw. nicht adäquat „beantwortet“ werden könnten, wie Folgen dieses „Beziehungshandelns“, ermöglicht ein vertieftes Verständnis der Beziehungsgestaltung und ihrer Wirkungen in konkreten Erstgesprächsprozessen.

### VI.1.4.3 Passung/Nichtpassung von Beziehungserwartungen (-angeboten)

Soll eine Beziehung „funktionieren“, und es nicht zu einem Konflikt unterschiedlicher Beziehungserwartungen kommen, müssen Beziehungsangebote adäquat „beantwortet“ werden. Dieses „Funktionieren“ der Beziehung wird von den BeraterInnen über alle Kapitel (VI.1.1 – VI.1.3) hinweg als Übereinstimmung resp. **Passung der Beziehungswünsche** beschrieben. BeraterInnen unterscheiden zwei grundsätzliche Formen adäquater Reaktionen auf Beziehungswünsche: Erstens wurden passende „Antworten“ auf Beziehungswünsche nach Entlastung dargestellt. Dem Beziehungswunsch nach Entlastung würde durch das Aufnehmen des belastenden Materials gefolgt<sup>37</sup>. Z. B. würden Wünsche der KlientInnen nach Entlastung durch Zuhören und Nachfragen der BeraterInnen erfüllt. Diese könnten i. S. Watzlawick, Beavin, & Jackson (2007) als **komplementäre Passungen** charakterisiert werden. Davon werden zweitens **kongruente spiegelbildliche Passungen** (ebenda) unterschieden. Diese könnten nur da entstehen, wo Beziehungsangebote in Richtung einer aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung gemacht würden (Abbildung 24). Z. B. könne das Angebot einer BeraterIn zur aktiven Auseinandersetzung mit den Ursachen der Krisen mit eigenem Nachdenken darüber beantwortet werden. Nichtpassung kongruenter und komplementärer Beziehungswünsche gebe es immer dann, wenn sie nicht adäquat beantwortet würden. **Nichtpassung von Beziehungsinputs** könne auf verschiedene Weise entstehen: wenn diese erstens nicht erkannt würden, oder zweitens nicht erfüllbar seien (aufgrund der eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten), oder drittens nicht gewollt seien (z. B. zu aggressiv). Nichtpassung stellte sich dabei in zweifacher Form dar. Zum einen kann eine „vertikale“ Nichtpassung beschrieben werden, bei der Beziehungserwartungen mit einem von diesem differenten Beziehungsinput „beantwortet“ würden. Zum anderen könnte eine „horizontale“ Nichtpassung entstehen, wenn auf komplementäre Beziehungswünsche kongruent reagiert würde, z. B. auf die aggressive Entlastung eines KlientIn mit verbaler Aggressivität der BeraterIn reagiert würde<sup>38</sup>. Die Nichtpassung von Beziehungsangeboten ziehe eine Gefährdung der Kommunikation nach sich, die sich in Aggressionen, z. B. in Form von Entwertungen, oder auch in Gesprächsabbrüchen ausdrücken könne. Wann jedoch Nichtpassungen in einer Folge von Sequenzen der Beziehungsgestaltung zu einer Gefahr für den Fortgang des Gespräches werden, kann aufgrund allgemeiner Aussagen nicht geschlussfolgert werden. Deshalb werden in einem nächs-

---

<sup>37</sup> Es besteht hier eine Parallele zum Konzept des Container/Containend-Modell von Bion. Der Therapeut funktioniert als Container für unerträgliche Emotionen resp. Gefühlszustände. Er „hält“ (contained) die unerträglichen Gefühlszustände und gibt sie in verdaulicher Form zurück. (Bion, 1990, auch Rudolf, 2008)

<sup>38</sup> Dies erscheint auf den ersten Blick recht unwahrscheinlich, konnte aber in den Narrationen über konkrete Erstgespräche der interviewten BeraterInnen gefunden werden. BeraterInnen reagieren anscheinend unter bestimmten Umständen auf die Aggressivität von KlientInnen zu ihrem Selbstschutz ebenfalls mit Aggressivität. Diese wird reflektiert, und solche Gespräche i. d. R. abgebrochen (z. B. Fall\_FMA3\_Künstler).

ten Kapitel konkrete Erstgespräche (VI.2) untersucht. Zusammenfassend werden in Abbildung 24 Beziehungswünsche (resp. –erwartungen, -angebote) auf dem Kontinuum zwischen dem Erstgespräch befördernden und schwierigen Beziehungsmöglichkeiten in Bezug zu den Möglichkeiten der Passung/Nichtpassung (komplementär vs. kongruent) dargestellt und beschrieben.

#### **VI.1.4.4 Beziehungsgestaltung unter der Prämisse von Beziehungserwartungen und ihrer Passung/Nichtpassung**

Das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung wird kontinuierlich, Augenblick für Augenblick, in jeder Kommunikation hergestellt. Unter den speziellen Bedingungen eines Erstgesprächs im Berliner Krisendienst entsteht Beziehung aber unter spezifischen Voraussetzungen, über eine spezifische Umsetzung und mit spezifischen Folgen (Abbildung 25). Sie ist Ergebnis der asymmetrischen Gesprächssituation zwischen BeraterIn und Klientin im Erstgespräch. Diese asymmetrische Gesprächssituation entsteht, weil erstens *BeraterInnen* bewusst eine von der alltäglichen z. T. differente Gesprächssituation herstellen. Der bewusste Akt der Beziehungsgestaltung durch die BeraterInnen beruht u. a. zunächst auf:

- den organisationalen Bedingungen und Möglichkeiten des Setting im BKD und Zielen (Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR), 1998)
- den erworbenen Kompetenzen der Gesprächsführung in Krisenberatungen, Therapieausbildungen, Weiterbildungen und Berufserfahrungen und
- dem Wissen über die Klientel des BKD und den daraus abgeleiteten unterschiedlichen Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung und Zielen im Erstgespräch.

Da Beziehung im Prozess des Erstgesprächs kontinuierlich neu hergestellt wird, fließen darüber hinaus:

- die (zumindest implizite) Kenntnisse über vorangegangene Beziehungserwartungen und Passungen/Nichtpassungen in den Akt der Beziehungsgestaltung ein.

Die Beziehungsgestaltung im Erstgespräch wird somit bewusst und aktiv durch die BeraterInnen gesteuert. Dafür steht i. d. R. BeraterInnen das gesamte Spektrum von Beziehungsmöglichkeiten zur Verfügung. Dies ist wesentlich, ermöglicht es doch den BeraterInnen, potentiell Beziehungserwartungen der KlientInnen adäquat zu beantworten.

## Binnenstruktur der Beziehungsmöglichkeiten

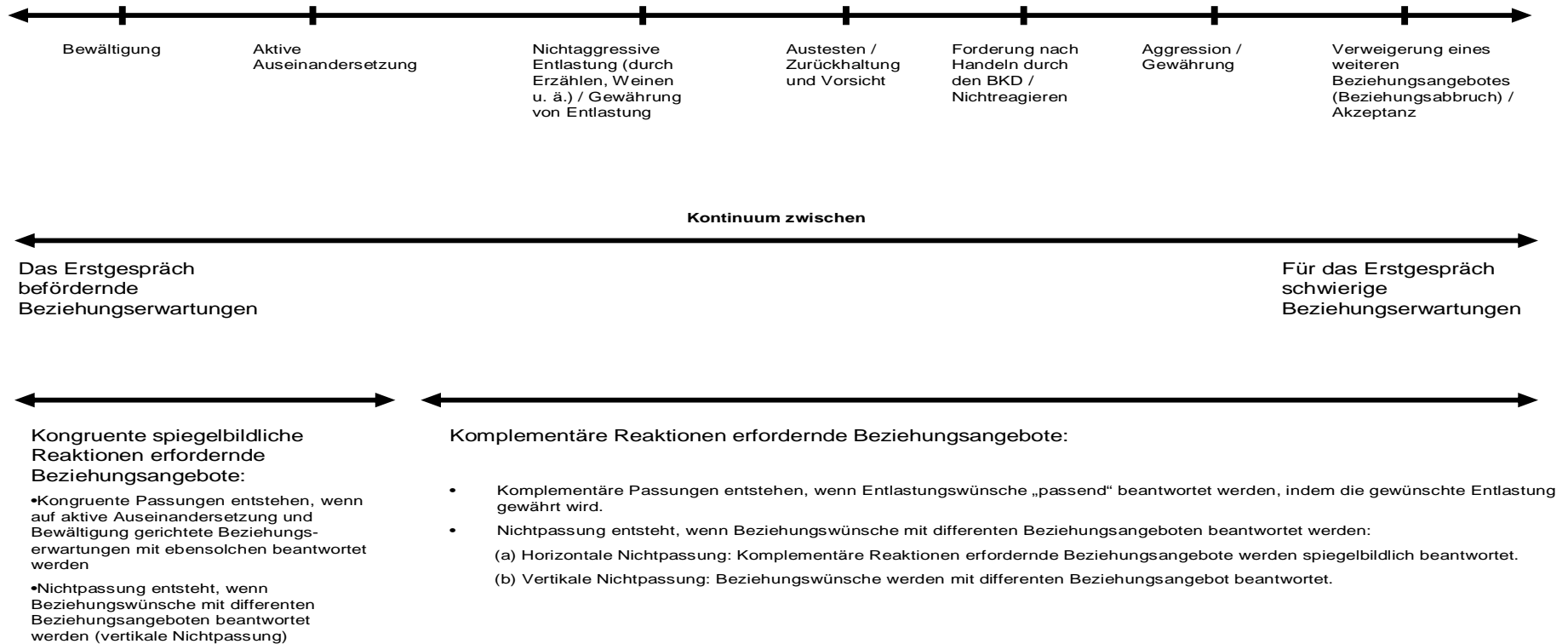


Abbildung 24: Binnenstruktur der Beziehungsmöglichkeiten und mögliche Passungen/Nichtpassungen



Zweitens treffen die *KlientInnen* in spezifischen Krisensituationen auf BeraterInnen. Die Beziehungserwartungen der KlientInnen resultieren zum einem aus ihnen zur Verfügung stehenden Beziehungsmöglichkeiten, die je nach Art der durchlebten Krise unterschiedlich eingeschränkt sein können (vgl. VI.1.4.2). Zum anderen können KlientInnen bereits über Wissen zur Krisenberatung im BKD verfügen (z. B. aus früheren Kontakten). Auf jeden Fall haben sie jedoch Annahmen, wie der BKD ihnen helfen/nicht helfen könnte. Diese Annahmen können im Laufe des Gespräches modifiziert werden und Beziehungserwartungen verändern. Beziehungserwartungen könnten sich erweitern oder themenspezifisch differieren. Z. B wäre vorstellbar, dass KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen, nach anfänglicher entlastender Beziehungsgestaltung, ihre Erwartungen in Richtung aktive Auseinandersetzung und Bewältigung verändern. Ebenso könnten KlientInnen, die an die BeraterInnen des BKD unerfüllbare Beziehungswünsche richten (z. B. Handeln des BKD statt der KlientInnen), durch die Ablehnung dieser und Vorschlag differenter durch die BeraterInnen, mit aggressiver Entlastung reagieren oder gar das Gespräch abbrechen.

*Zusammenfassung:*

Der Prozess der Beziehungsgestaltung wird durch die kontinuierliche Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen konstituiert. Beziehungserwartungen werden aufgrund differenzierter Bedingungen in das Erstgespräch eingebracht. Daraus resultierende Beziehungsangebote passen bzw. passen nicht zueinander. Beziehung wird so mit jedem Kommunikationsakt aktiv hergestellt. Vorangegangene konkrete Ausformungen der Beziehungsgestaltung determinieren folgende. KommunikationspartnerInnen können Beziehungserwartungen modifizieren, die wiederum zueinander passen bzw. nicht passen werden.

In der Folge konkreter Ausformungen der Beziehungsgestaltung entstehen so individuelle Gesprächsprozesse. Aus den Narrationen konkreter Erstgespräche werden im folgenden Kapitel VI.2 Gesprächsprozesse rekonstruiert und analysiert und in ihren Wirkungen beschrieben.

Ulrike Freikamp  
 Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen

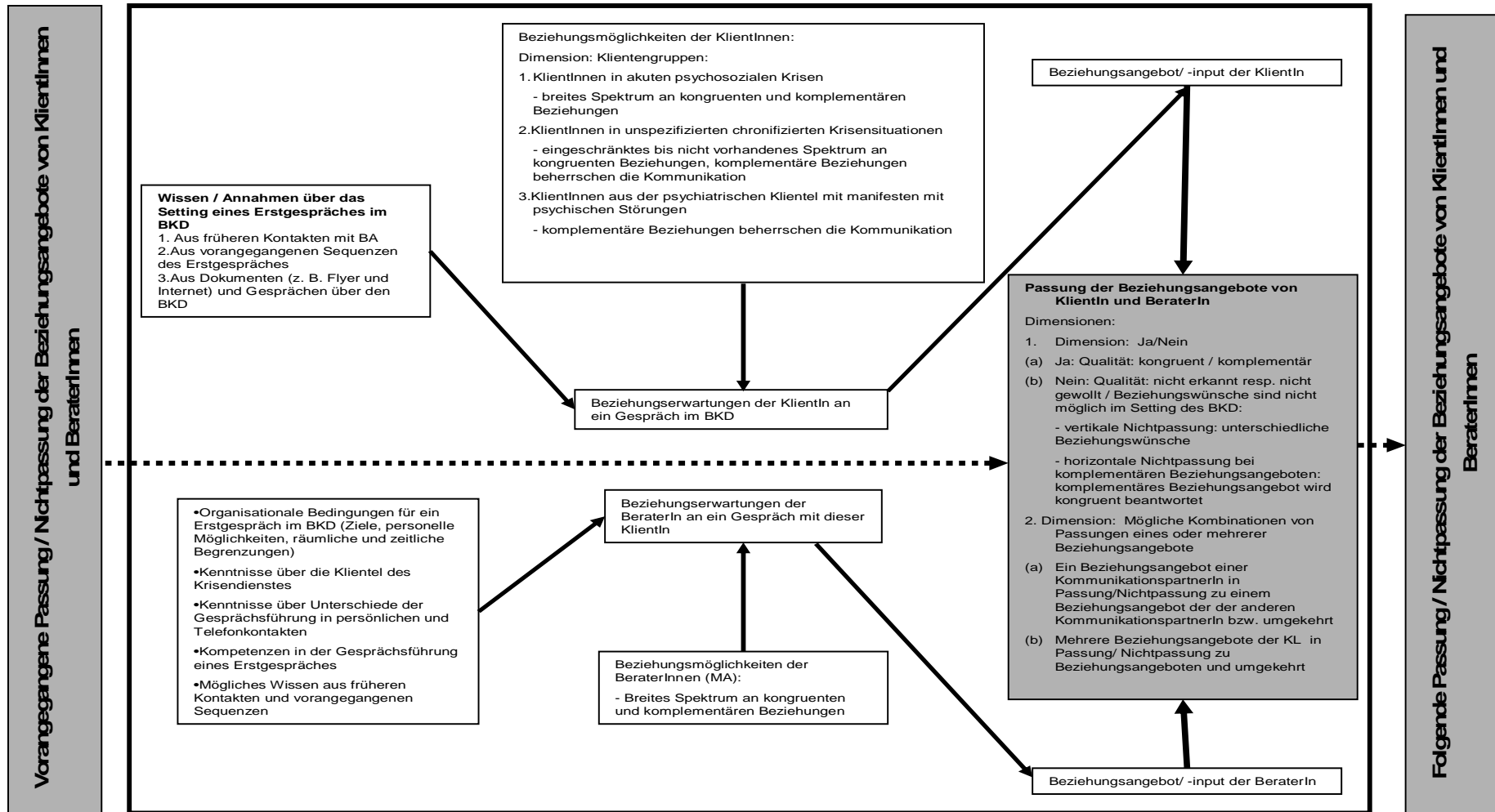


Abbildung 25: Zentrales Phänomen der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen im Berliner Krisendienst

## **VI.2 (Re)Konstruktion von konkreten Erstgesprächsprozessen und Wirkungen aus Berichten der BeraterInnen**

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Voraussetzungen für die (Re)Konstruktion konkreter Erstgesprächsprozesse beschrieben (VI.2.1). Sie bilden die Grundlage für die datengeleitete Ausgestaltung des Prozessmodells (VI.2.2). Auf der Grundlage dieses erweiterten Prozessmodells werden dann, wiederum datengeleitet, KlientInnengruppen spezifische Erstgesprächsprozesse beschrieben und miteinander verglichen (VI.2.3).

### **VI.2.1 Voraussetzungen der (Re)Konstruktion von konkreten Erstgesprächsprozessen**

Um konkrete Erstgesprächsprozesse auf Basis des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung (VI.1.4.3) zu rekonstruieren, waren zwei Arbeitsschritte notwendig:

1. Die allgemeinen Aussagen zum zentralen Phänomen der Beziehungsgestaltung wurden zu einem Prozessmodell für die Analyse konkreter Erstgespräche erweitert (VI.2.1.1).
2. Da BeraterInnen über Erstgespräche in keiner strikten zeitlichen Ordnung berichteten, mussten Methoden entwickelt werden, die einerseits Erstgespräche in eine Form transformierten, die eine Rekonstruktion auf Basis des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung ermöglichte und andererseits individuelle Ausgestaltungen erfasste (VI.2.1.2).

#### **VI.2.1.1 Die Erweiterung des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung zu einem Prozessmodell**

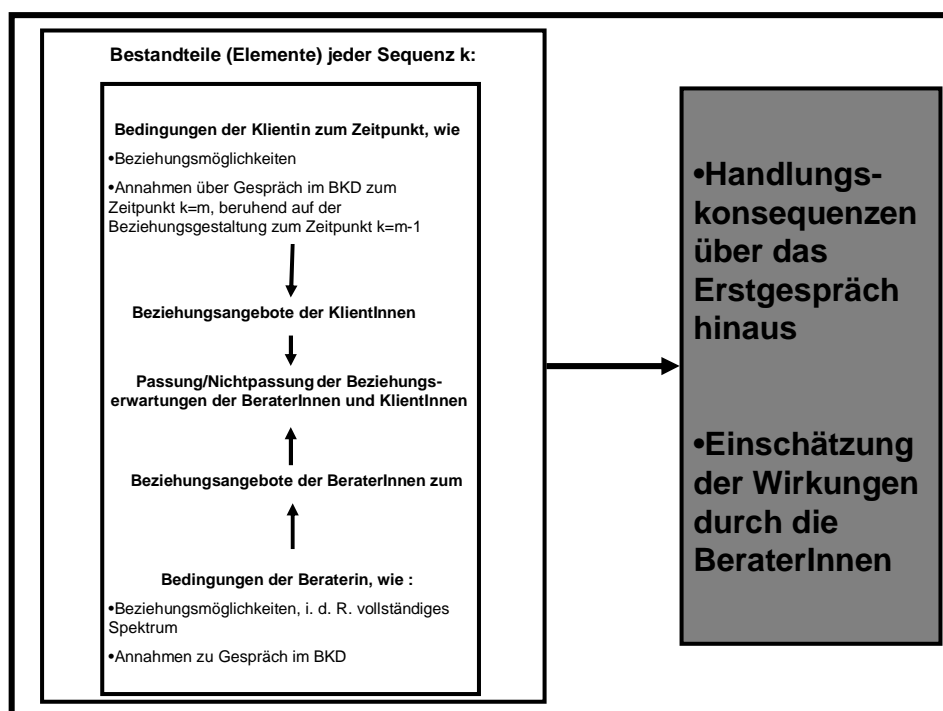
Die Erweiterung des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung (VI.1.4) zu einem Prozessmodell war die erste Voraussetzung für die Analyse konkreter Erstgesprächsprozesse. Dafür war es notwendig, die kontinuierliche Entwicklung der Beziehungsgestaltung in beobachtbaren Sequenzen zu zerlegen.

Auf der *obersten ersten Ebene (Makroebene)* erkennt man zunächst den Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch als Ganzes und ein davon abhängiges Output (Ergebnis, Wirkungen). Bedingungen konnten nicht als vorgelagertes Input identifiziert werden, sondern wurden von den BeraterInnen als Bestandteil (Element) des Prozesses der Beziehungsgestaltung verstanden. (Abbildung 26)



(*dritte Ebene (Mikroebene)* - Abbildung 28). Alle Ausführungen über den Prozesscharakter der Sequenzen der Beziehungsgestaltung wurden von den BeraterInnen mit dem Prozesscharakter seiner sequentiellen Bestandteile (Elemente) verbunden.

Mit der sequentiellen Rekonstruktion konkreter Erstgespräche (VI.2.3) konnten nicht nur die Beziehungen zwischen den Bestandteilen des Prozesses der Beziehungsgestaltung und ihre Entwicklung genauer gefasst werden (Mikroebene), sondern auch ihre Binnenstruktur. Auf dieser *vierten Ebene (Nanoebene)* werden gefundene Eigenschaften der Bestandteile (Elemente), ihre Dimensionierung und Binnenbeziehungen erfasst.



**Abbildung 28: Mikroebene des Prozessmodell der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch**

Damit wurde die Grundlage für die Vergleichbarkeit einzigartiger individueller Erstgesprächsprozesse über KlientInnengruppen und Kontaktarten hinweg geschaffen, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Prozess und Wirkung zu verdeutlichen. Um jedoch das Prozessmodell praktisch anzuwenden, wurden in einem weiteren Schritt methodische Voraussetzungen geschaffen, die ermöglichten, das Prozessmodell auf konkrete Erstgesprächsprozesse anzuwenden (VI.2.1.2).

### **VI.2.1.2 Methodische Voraussetzungen für die Anwendung des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung auf konkrete Erstgesprächsprozesse**

Um Erstgesprächsprozesse auf der Basis der Beziehungsgestaltung zu rekonstruieren, wurde in mehreren Schritten vorgegangen:

#### *1. Deskriptionen von Erstgesprächen und ihren Wirkungen*

Erzählungen über Prozesse konkreter Erstgespräche geben nur bedingt zeitliche Abfolgen wider. In den Erzählungen finden sich ebenso Rückblenden zu früheren Gesprächszeitpunkten wie Sprünge in spätere Phasen des Gespräches. Deshalb wurden Erzählungen generiert, die einem zeitlichen Ablauf folgen. Die Rekonstruktion orientierte sich:

- (a) an der systematischen zeitlichen Einordnung aller Phasen des Gespräches, die die BeraterInnen am Ende jedes Berichtes noch einmal explizit vornahmen.

Auf der systematischen zeitlichen Einordnung durch die BeraterInnen aufbauend wurden weiterhin:

- (b) makroskopische zeitliche Aussagen, wie Abfolgen von Erzählsequenzen und
- (c) mikroskopische zeitliche Aussagen, wie Verben (z. B. beginnen, enden u. a.) und Temporalbestimmungen (z. B. im Anschluss, dann, bevor u.a)

einbezogen.

Einen Überblick über die Ergebnisse der einem zeitlichen Ablauf folgenden Rekonstruktionen geben kurze Fallberichte zu jedem berichteten Erstgespräch (Anlage 4). Des Weiteren wurde für jede Klientinnengruppe ein Erstgespräch textnah in Anlage 5 expliziert, um die Vorgehensweise zu verdeutlichen. Bereits in den textnahen Deskriptionen gab es reichlich Hinweise auf Beziehungswünsche (resp. –erwartungen und –angebote) und damit verbundene Inhalte. Beziehungsangebote von KlientInnen und BeraterInnen im Erstgespräch zeigten sich zueinander passend bzw. nicht passend mit sichtbaren Folgen für den Gesprächsfortgang. Mit der Deskription der Erstgespräche in ihrem zeitlichen Ablauf wurde die **erste Grundlage für die Prozessanalyse auf Basis des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung** geschaffen.

#### *2. Sequentiellen Rekonstruktion der Erstgesprächsprozesse*

Um Erstgesprächsprozesse auf der Grundlage der Beziehungsgestaltung beschreiben zu können, mussten Analysemethoden entwickelt werden, die erstens die Zerlegung der Erstgesprächsprozess in analysierbare Sequenzen ermöglichten, zweitens die unterschiedlichen Beziehungserwartungen über den Erstgesprächsprozess hinweg abbildeten und drittens ihre Bezogenheit aufeinander zeigen konnten. Im Ergebnis entstand eine Methode, die in der Lage ist, den komplexen Prozess der Beziehungsgestaltung abzubilden:

- (a) Um Gesprächsmuster und insbesondere Muster der Beziehungsgestaltung zu entdecken wurde der Erstgesprächsprozess in analysierbare Sequenzen zerlegt. Der Übergang zu einer neuen Sequenz erfolgte, wenn ein neues Beziehungsangebot identifiziert wurde bzw. ein Beziehungsangebot mit einem neuen inhaltlichen Aspekt in den Vordergrund des Gespräches trat. Für KlientIn und BeraterIn können für jede Sequenz ein oder mehrere Beziehungsangebote und inhaltliche Foki erfasst werden, um parallele Beziehungserwartungen und inhaltliche Schwerpunkte abzubilden. Innerhalb jeder Sequenz und zwischen den Sequenzen wurden Beziehungsangebote von KlientInnen und BeraterInnen wie deren inhaltliche Foki in ihrer Bezogenheit aufeinander festgehalten. Die praktische Umsetzung wird in Anlage 9a und 9b dargestellt. Die zeitliche Ordnung bildete die Voraussetzung für das axiale Codieren, in welchem Erstgesprächsprozesse als Abfolge von Sequenzen mit spezifischen Beziehungsinputs und dazugehörigen Inhalten entworfen werden konnten.
- (b) Auf Grundlage der allgemeinen Aussagen der BeraterInnen wurde von einem offenen System von Grundkategorien für mögliche Beziehungsangebote ausgegangen (VI.1.4.2). So wurden alle erkennbaren Beziehungserwartungen in den Berichten diesen Kategorien zugeordnet und in ihren konkreten Ausgestaltungen festgehalten. Es wurden Auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung orientierte Beziehungsangebote, das Erstgespräch befördernde Entlastungswünsche, Beziehungsangebote, die auf das Austesten der GesprächspartnerIn gerichtet sind und für den Fortgang des Erstgespräch schwierige Entlastungsformen (Wünsche nach Handeln des BKD, aggressive Entlastungswünsche und Abbruchdrohungen) farblich unterschieden (Anlage 9c).
- (c) Eine weitere Voraussetzung für die Analyse des Prozesses war die Entwicklung einer Symbolik, die die Bezogenheit von Beziehungsinputs (-angeboten) und Inhalten erfasst (Anlage 9d). Diese Symbolik wurde in der Auseinandersetzung mit den konkreten Erstgesprächsprozessen entwickelt. In der Analyse der Erstgespräche zeigte sich, dass Beziehungsangebote und damit verbundene Inhalte in differenzierter Art und Weise miteinander verbunden sein können.

Um dem Leser zu ermöglichen, sich die Rekonstruktionen konkreter Erstgespräche vorzustellen, werden in Anlage 6 beispielhaft graphisch rekonstruierte Erstgespräche vorgestellt. Auf Grundlage der angewandten Methoden wurden:

1. der Erstgesprächsprozess in analysierbare Sequenzen zerlegt;
2. mögliche Beziehungserwartungen und inhaltliche Ausgestaltungen farblich differenziert dargestellt und

3. die Bezogenheit der Beziehungsangebote und ihrer inhaltlichen Ausgestaltungen erfasst (s. auch Anlage 9).

Allen (re)konstruierten Erstgesprächen wurde diese Methodik zugrunde gelegt. Damit wurden die Voraussetzungen für die Vergleichbarkeit der Erstgesprächsprozesse geschaffen (VI.2.2 und VI.2.3).

### **VI.2.2 Ausgestaltung des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung auf der Grundlage der Ergebnisse der sequentiellen (Re)Konstruktion konkreter Erstgesprächsprozesse**

Das Ziel der Ausführungen ist es, den Möglichkeitenraum des zentralen Phänomens auf allen Ebenen zu skizzieren. Um die Nachvollziehbarkeit der Ausführungen zu erleichtern, wurde für die Darstellung eine „bottom up“-Strategie gewählt. Ausgehend von der untersten vierten Ebene (Nanoebene) werden aufsteigend die Möglichkeiten der Ausgestaltung des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung ausgelotet.

Zunächst werden Prozess (VI.2.2.1) und Output (VI.2.2.2) getrennt beschrieben. Der Prozess wird auf der Ebene:

1. der Bestandteile (Elemente – Nanoebene; VI.2.2.1.1),
2. der Sequenz (Mikroebene; VI.2.2.1.2) und
3. des sequentiellen Prozesses (Mesoebene, VI.2.2.1.3)

betrachtet. Dabei werden auf der Mesoebene, soweit empirisch evident, auch Beziehungen zwischen einzelnen Bestandteilen (Elementen) analysiert.

Der Output des Prozesses der Beziehungsgestaltung wird auf der Ebene:

1. der Bestandteile (Elemente – Nanoebene; VI.2.2.2.1) und
2. der Bezogenheit der Bestandteile aufeinander (Mikro- und Mesoebene fallen hier zusammen, weil der Output selbst keinen Prozesscharakter hat; VI.2.2.2.2)

beschrieben.

In einem letzten Schritt werden Prozess und Output in ihrer Bezogenheit aufeinander gezeigt (VI.2.2.3). Auch hier werden die Bestandteile (Elemente) von Prozess und Output, soweit empirisch nachweisbar, einbezogen (gegenseitige Durchdringung von Meso-, Mikro- und Nanoebene).



## VI.2.2.1 Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch

### VI.2.2.1.1 Eigenschaften und Struktur der sequentiellen Elemente (Nanoebene)

Eine Sequenz des Prozesses der Beziehungsgestaltung entsteht, wenn KlientInnen und BeraterInnen unter bestimmten *Bedingungen* (a) *Beziehungserwartungen* (b) entwickeln und diese in das Erstgespräch einbringen. Beziehungserwartungen können explizit formuliert werden, in Inhalten mitschwingen, sich in Gesten, Mimik und Körperhaltung nonverbal oder auch paraverbal über Kichern, weinen etc. mitteilen. Diese Beziehungserwartungen treffen aufeinander. Sie können zu einander *passen oder nicht passen* (c).

Bedingungen und Beziehungserwartungen wurden spezifisch für KlientInnen und BeraterInnen erfasst. Passung/Nichtpassung wird gemeinsam hergestellt. Obwohl auf den ersten Blick zu erwarten wäre, dass Bedingungen z. T. für BeraterInnen und KlientInnen identisch wären, ist dem nicht so. Kontexte, wie der organisationale Rahmen des BKD, werden erst durch die subjektive Aneignung der KlientInnen und BeraterInnen zur Bedingung. Bedingungen für die Entstehung konkreter Beziehungserwartungen wurden einerseits auf Grundlage der allgemeinen Aussagen der BeraterInnen (VI.1) formuliert. BeraterInnen berichteten andererseits in den Narrationen über konkrete Erstgespräche (VI.2.3) über Bedingungen für die Entstehung konkreter Beziehungserwartungen. Sie begründeten damit ebenso ihr eigenes Beziehungshandeln, wie sie aus dem Wissen über KlientInnen und dem Beziehungshandeln der KlientInnen auf zugrunde liegende Bedingungen für dieses schlossen.

Die Verbindung allgemeiner Aussagen mit den Ergebnissen der sequentiellen Rekonstruktion konkreter Erstgespräche ermöglichte so eine Erweiterung und Ausdifferenzierung der Bedingungen.

#### (a) Bedingungen

##### *KlientInnen:*

1. KlientInnen verfügten Krisenart spezifisch über ein differenziertes Spektrum an Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung (vgl. VI.1.2.4). Die Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung kennzeichneten zwei Eigenschaften: erstens die Breite möglicher Beziehungserwartungen und zweitens die Entwicklungspotenzen innerhalb des Erstgesprächs. Die Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung erwiesen sich als entscheidend für die Ausgestaltung der weiteren Bedingungen (s. u.).

##### Beispiele für Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung:

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Frau aus der Pampa* (VI.2.3.3.4, Prozessmuster III.3) habe der Berater die Klientin bereits am Anfang des Gespräches als Dauerklientin erkannt. Aufgrund der dokumentierten Erfahrungen der BeraterInnen mit dieser Klientin sei für FMA4 klar gewesen, dass die

Möglichkeiten der Klientin zur Beziehungsgestaltung als dauerhaft stark eingeschränkt seien. Im Vordergrund ständen Beziehungserwartungen der aggressiven Entlastung.

Dagegen schätzte der Berater FMA2 hinsichtlich des Erstgesprächs *Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin* (VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4) ein, dass deren Beziehungsmöglichkeiten ebenfalls eingeschränkt seien, aber aufgrund des Durchlebens einer Krise sich verändert hätten. So habe die Patientin in der Krise die Fähigkeit entwickelt, längerfristige Entlastungsangebote anzunehmen und für sich zu nutzen.

Im Erstgespräch *Fall FMA3\_Messerstecherei* (VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.2) habe der Berater bereits durch die Informationen der Kollegen von der stationären Krisenstation gewusst, dass der Klient eine akute psychosoziale Krise durchlebte, aber nicht chronifiziert sei. Aufgrund seines Wissens verbinden sich solche Informationen mit dem Rückschluss, dass der Klient vom Grundsatz her über das volle Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten verfüge.

2. KlientInnen können über Vorwissen/Wissen zum BKD verfügen. Das Vorwissen könnte sich im Gesprächsprozess erweitern, was auch zu Veränderungen in den Zielsetzungen der KlientInnen für das Gespräch führen könne.

Beispiele für Vorwissen/Wissen von KlientInnen über den BKD:

Die KlientIn im Erstgespräch *Fall FMA2\_Ärger mit dem Nachbarn* (VI.2.3.1.4 – akute psychosoziale Krise, Prozessmuster I.3) sei sehr unsicher über die Zuständigkeit des BKD für ihr Problem gewesen, da sie über wenig Wissen über diesen verfüge habe. Dieses Wissen habe sich im Gespräch mit dem Berater erweitert und sei für sie nutzbar gewesen.

Dem Klienten im Erstgespräch *Fall FMA2\_Schon drei Monate in Berlin* (s. Anlage 4b – unspezifische chronifizierte Krisensituation, Prozessmuster II.3) sei es dagegen nicht möglich, angebotenes Wissen zu nutzen, um seine Erwartungen den Möglichkeiten des BKD anzupassen.

Das Vorwissen/Wissen der KlientInnen kann so anhand von zwei Eigenschaften beschrieben werden, zum einen der Umfang des Wissens über den BKD und zum anderen durch die Möglichkeit, Wissen produktiv zu nutzen.

3. KlientInnen nutzen eine bestimmte Kontaktart (Telefonkontakt/persönlicher Kontakt). Die Bevorzugung einer Kontaktart könne verschiedene Gründe haben. Zunächst könnten sie vom Vorwissen über Hilfe zusammenhängen. Z.B. könnte keine Hilfemöglichkeiten vor Ort bekannt sein, sehr wohl aber der BKD:

Beispiel für die Wahl des Telefonkontaktes in Zusammenhang mit dem Vorwissen:

So habe die KlientIn im berichteten Erstgespräch *Fall FMA3\_Mann gestorben* (VI.2.3.1 und Anlage 4a) aus einer anderen Region angerufen, was ein Kommen unmöglich machte.

Zum anderen könnte die Bevorzugung einer Kontaktart auch in Abhängigkeit von den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen entstehen.

Beispiel für die Wahl einer Kontaktart in Abhängigkeit zu den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen:

Es zeigte sich, dass DauerklientInnen Telefonkontakte bevorzugten. So seien von 11 Gesprächen mit DauerklientInnen 9 telefonische Erstgespräche und nur zwei persönliche, während KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen eher persönlich in den Krisendienst zu kommen scheinen. Alle acht berichteten Erstgespräche wären persönliche Gespräche gewesen.

4. In der sequentiellen Rekonstruktion konkreter Erstgespräche kristallisierte sich eine weitere Bedingung für das Entstehen konkreter Beziehungserwartungen heraus: KommunikationspartnerInnen bezögen angenommene verbale, paraverbale und non-

verbale Beziehungserwartungen im aktuellen Kommunikationsakt ein. Beziehungserwartungen entstanden nicht nur aus eigenen Beziehungsmöglichkeiten verbunden mit Vorwissen/Wissen und Nutzung einer bestimmten Kontaktart, sondern ebenfalls unter Einbeziehung von Annahmen über Beziehungserwartungen aus der laufenden Kommunikation der BeraterInnen. Annahmen über Beziehungserwartungen wurden von den BeraterInnen einerseits in Abhängigkeit von den Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung beschrieben. Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung korrespondierten mit den Fähigkeiten, Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen zu machen.

Beispiel für Annahmen über Beziehungserwartungen aus der laufenden Kommunikation in Korrespondenz zu den Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung:

Vom Dauerklienten im Erstgespräch *FMAI\_Telefon\_Sind sie noch da* (VI.2.3.3.3, Prozessmuster III.2) sei bekannt gewesen, dass seine Beziehungsmöglichkeiten dauerhaft auf ausschließlich entlastende begrenzt seien. FMA1 habe im ersten Teil, 2. Sequenz) des Gespräches desto trotz ihr Beziehungsangebot erweitert (Aktive Auseinandersetzung). Auf dieses sei der Klient weder eingegangen, noch wäre an seinem Beziehungsverhalten zu erkennen gewesen, dass es dieses Angebot gegeben hätte. BeraterInnen berichteten (s. unter anderen VI.1.3 und VI.2.3.3), KlientInnen auf nicht passende Beziehungsangebote ansonsten mit Ablehnung und aggressiver Entlastung ihrerseits reagierten.

Anders im Erstgespräch *Fall FMAI\_Studentin* (VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1). Die Klientin hätte das Angebot der Beraterin sich aktiv mit der Krise auseinanderzusetzen wahrgenommen, jedoch nicht angenommen (Sequenz 3). Als die Beraterin in der 5. Sequenz ihr Angebot wiederholt, nimmt die Klientin dieses wahr und an.

Andererseits ständen Annahmen über Beziehungserwartungen in der laufenden Kommunikation in Zusammenhang mit der Wahl der Kontaktart. So schränkten z. B. Telefonkontakte die Wahrnehmung von Beziehungsangeboten der Kommunikationspartnerinnen auf verbale und paraverbale Äußerungen ein (vgl. VI.1.2). In den sequentiellen Rekonstruktionen wurden diese Einschränkungen nicht berichtet.

Einen Überblick über die KlientInnenseitigen Bedingungen und ihre Eigenschaften gibt Tabelle 11:

**Tabelle 11: KlientInnenseitige Bedingungen im Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch und ihre Eigenschaften**

Bedingung	Eigenschaften	Dimensionen
<b>Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung</b>	- Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten - Entwicklungspotenz der Beziehungsmöglichkeiten	stark eingeschränkt ... vollständig keine ... hohe
<b>Vorwissen/Wissen</b>	- Größe des Vorwissens über den BKD - Entwicklungspotenz des Wissenszuwachses	kein ... groß kein ... groß
<b>Kontaktart</b>	- Persönlicher Kontakt - Telefonkontakt	Ja/nein Ja/nein
<b>Annahmen Beziehungserwartungen aus der laufenden Kommunikation</b>	- Adäquatheit der Annahmen	Vollständige ... keine



1. Allen BeraterInnen steht im Normalfall das gesamte Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten konstant über den gesamten Prozess zur Verfügung. Es wird als basale Bedingung für die professionelle Führung eines Erstgesprächs verstanden.
2. Dem Vorwissen und der Erwerb von Wissen über die KlientInnen schreiben die BeraterInnen innerhalb der Bedingungen eine besondere Bedeutung zu. Vorwissen/Wissen ist Wissen über konkrete KlientInnen und mögliche Zielstellungen für KlientInnen in bestimmten Krisensituationen. Vorwissen/Wissen stehe in Form allgemeinen Wissens über KlientInnengruppen und mögliche Zielstellungen für Erstgespräche zur Verfügung (s. VI.1). Jedoch sei es nicht immer von Beginn des Gespräches an nutzbar. Einerseits würden BeraterInnen z. B. DauerklientInnen erkennen und mögliche Zielstellungen schon eingrenzen können. Andererseits würde Wissen über KlientInnen und mögliche Zielstellungen erst im Erstgespräch gewonnen.

Beispiele für Wissen/Vorwissen der BeraterInnen im Erstgespräch

Im Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin (Anlage 4c, VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4) würden Zielstellungen aufgrund der konkreten Problematik der Klientin modifiziert.

Im Erstgespräch Fall FMA4\_Florettfechten (VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3) habe der Berater im Laufe des Gespräches erkennen können, dass die KlientIn latent suizidal sei, aber auch zur Gruppe der KlientInnen in unspezifischen chronischen Krisen gehöre. Daran habe sich seine Vorgehensweise orientiert.

3. Die Kontaktart (persönlicher Kontakt/Telefonkontakt) wirke auf zweierlei Art in Abhängigkeit vom Wissen/Vorwissen: Zum einen werde die Kontaktart durch die KlientInnen vorgeben und strukturiere so das Vorwissen unbewusst vor (vgl. VI.1.2). Zum anderen bevorzugten BeraterInnen bestimmte Kontaktarten, um Zielstellungen optimal umsetzen zu können.

Beispiel für Wahl des Telefonkontaktes durch KlientIn

Z. B. wüssten BeraterInnen, dass DauerklientInnen Telefonkontakte bevorzugten. So habe der Berater FMA4 im Erstgespräch Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn (VI.2.3.1.4, Prozessmuster I.3) zunächst mit Vorsicht und Zurückhaltung reagiert, obwohl dieses Vorgehen für die Klientin, die sich in einer akuten psychosozialen Krise befand eher untypisch gewesen wäre. Jedoch sei ergänzt, dass das gleiche Beziehungsangebot von der Klientin gemacht wurde, so dass es natürlich auch in Reaktion auf die deren Beziehungserwartungen entstand (s. o.).

Beispiel für die Wahl des persönlichen Erstgesprächs durch BeraterInnen

BeraterInnen würden in den Erstgesprächen vorgelagerten Vorkontakten versuchen, KlientInnen persönlich einzuladen, so z. B. beim Erstgespräch Fall FMA1\_Studentin (s. Anlage 4a und VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1) oder in Gesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen.

4. Ebenso wie die KlientInnen entwickelten BeraterInnen bereits innerhalb jeder Gesprächssequenz Annahmen über die Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation. Unter der bereits formulierten Voraussetzung, dass BeraterInnen i. d. R. über das volle Spektrum an Beziehungsmöglichkeiten verfügten, könnten vom Grundsatz her auch Beziehungserwartungen der KlientInnen in Erstgesprä-

chen adäquat erfasst werden. Dies gelinge aber nicht immer, schätzten die BeraterInnen ein. Die adäquate Wahrnehmung hänge einerseits von der Wahl der Kontaktart ab (s. Allgemeine Aussagen ein (VI.1)). Telefonkontakte schränkten die Möglichkeiten zur Wahrnehmung von Beziehungserwartungen der KlientInnen ein. Jedoch werden von den BeraterInnen in den Narrationen über konkrete Erstgespräche solche Einschränkungen nicht beschrieben.

Andererseits berichteten die BeraterInnen jedoch, dass die adäquate Wahrnehmung mehrerer paralleler, oft komplizierter und schwer deutbarer Beziehungserwartungen der KlientInnen für die BeraterInnen mit Schwierigkeiten verbunden sei. Die Wahrnehmung der Beziehungsangebote hänge für die Beraterin also ebenso von der Deutbarkeit gemachter Beziehungserwartungen der KlientInnen ab.

Beispiel für Annahmen über die Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation in Zusammenhang mit der Deutbarkeit dieser.

Im Erstgespräch *Fall FMA5\_HartzIV und Suizid* (VI.2.3.2.3 und Prozessmuster II.2) habe die Beraterin zu Beginn des Gespräches drei miteinander in Konflikt stehende Beziehungserwartungen wahrgenommen: den Wunsch nach emotionaler Entlastung, Misstrauen verbunden mit dem Austesten der Beraterin und den Wunsch nach aktiver Auseinandersetzung. Als FMA5 eine Weile später (Ende der zweiten Sequenz) auf diese Beziehungserwartung zurückgekommen sei, habe die Klientin nicht darauf reagiert. So das unklar bleiben muss, ob eine Beziehungserwartung der Klientin zur aktiven Auseinandersetzung existierte.

Die Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen beeinflussten ihrerseits das Vorwissen/Wissen über KlientInnen und mögliche Zielstellungen für das Gespräch.

Beispiel für Annahmen über die Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation im Zusammenhang mit dem Vorwissen/Wissen:

In den Beispielen für die Entstehung von Vorwissen/Wissen wurde bereits auf das Erstgespräch *Fall FMA4\_Florettfechten* verwiesen (s. o.). Der Berater FMA4 habe schon in der ersten Sequenz das Misstrauen der Klientin gespürt. Deshalb habe er mit Vorsicht und Zurückhaltung in der Beziehung reagiert. Aus dem Bericht des Beraters und der Einordnung der Klientin wird aber auch deutlich, dass diese Wahrnehmung ein wichtiger Hinweis auf die Zuordnung der Klientin zu einer KlientInnengruppe und damit verbundenen Zielstellungen für das Erstgespräch gewesen sei.

Die BeraterInnenseitigen Bedingungen werden in Tabelle 12 zusammengefasst.

**Tabelle 12: BeraterInnenseitige Bedingungen im Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch und ihre Eigenschaften**

Bedingung	Eigenschaften	Dimensionen
<b>Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung</b>	I. d. R. konstante Bedingung	I. d. R. vollständiges Spektrum
<b>Vorwissen/Wissen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Größe des Vorwissens/Wissens konkrete KlientInnen</li> <li>- Größe des Vorwissens Vorwissen/Wissen über konkrete Zielstellungen</li> <li>- Vorwissen über Möglichkeiten im BKD –konstante Bedingung</li> <li>- Entwicklungspotenz des Wissens/Vorwissens</li> </ul>	Kein ... groß Kein ... groß konstant groß konstant groß
<b>Kontaktart</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher Kontakt</li> <li>- Telefonkontakt</li> </ul>	Ja/nein Ja/nein
<b>Annahmen Beziehungserwartungen aus der laufenden Kommunikation</b>	- Adäquatheit der Annahmen	Vollständige ... keine

Auch die BeraterInnenseitigen Bedingungen innerhalb einer Sequenz erwiesen sich als voneinander abhängig. Das i. d. R. vollständig zur Verfügung stehende Spektrum an Beziehungsmöglichkeiten wurde, ebenso wie bei den KlientInnen, als grundsätzliche Voraussetzung für die Nutzung von Vorwissen/Wissen im Gesprächsprozess gesehen. Eine direkte Beziehung zur Wahl der Kontaktart wurde dagegen nicht festgestellt. Eine Beziehung wurde in Zusammenhang mit dem Vorwissen/Wissen berichtet. Die Wahl der Kontaktart durch die KlientInnen gebe einerseits Hinweise auf mögliche Intentionen und fließe in das Vorwissen/Wissen der Beraterinnen ein. Andererseits führe das Vorwissen/Wissen über KlientInnengruppen und Zielstellungen für diese zu einer Bevorzugung bestimmter Kontaktarten durch die BeraterInnen. Die letzte Bedingung, Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation, sei grundsätzlich abhängig von den Beziehungsmöglichkeiten der BeraterInnen, aber nicht durch diese begrenzt. Sie könnten durch die Wahl der Kontaktart beeinflusst werden, da Telefonkontakte Wahrnehmungsmöglichkeiten verringerten. Die Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation beeinflussten ihrerseits das Vorwissen über KlientInnen. Der Zusammenhang von Annahmen über die Beziehungserwartungen der KlientInnen zur Deutbarkeit weist bereits über den Rahmen der Bedingungen (Nanoebene) hinaus und wird deshalb auf der Mikroebene, Beziehungen der Bestandteile (Elemente) innerhalb einer Sequenz betrachtet (Abbildung 30).

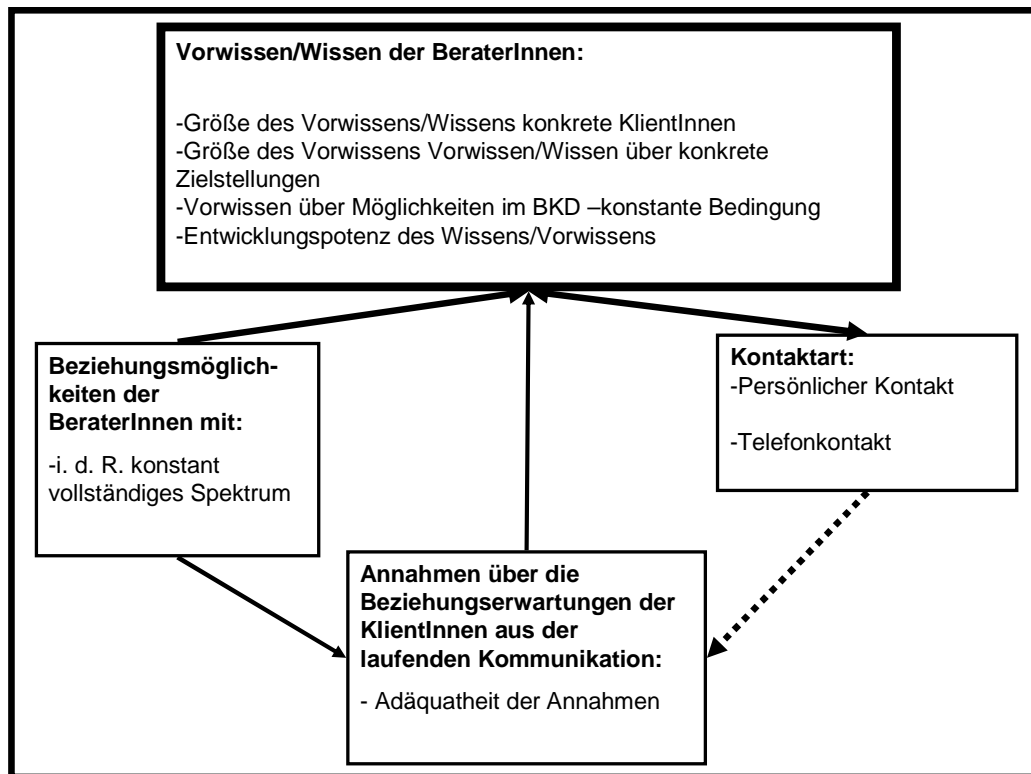


Abbildung 30: Binnenstruktur der BeraterInnenseitigen Bedingungen im Prozess der Beziehungsgestaltung innerhalb einer Sequenz

(b) Beziehungserwartungen

Das Spektrum möglicher Beziehungserwartungen wurde bereits im Ergebnis der Auswertung der allgemeinen Aussagen der BeraterInnen zum Erstgesprächsprozess entwickelt (VI.1.4.2) und bestätigte sich in den sequentiellen Rekonstruktionen konkreter Erstgespräche (VI.2.3.). Beziehungserwartungen konnten als *auf Aktive Auseinandersetzung und Bewältigung (kongruente) und auf Entlastung gerichtete (komplementäre) Beziehungswünsche* beschrieben werden.

Beispiele für kongruente Beziehungserwartungen: Im Erstgespräch *Fall FMA3\_Messerstecherei* sei der Klient in das Erstgespräch gekommen, nach einem Aufenthalt in der Krisenstation aktiv an der Bewältigung seiner traumatischen Krise zu arbeiten. Er habe dies im Gespräch umsetzen können, so dass ein produktives Gespräch i. S. der Bewältigung der Krise entstanden sei (VI.2.3.2.3, Prozessmuster I.2).

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Ärger mit den Nachbarn* habe der Berater der Klientin in der dritten Sequenz des Gespräches das Beziehungsangebot gemacht, sich aktiv mit der Problematik auseinanderzusetzen. Die Klientin sei auf das Angebot eingegangen und ein erster Schritt in Richtung der Bewältigung der krisenhaften Situation gegangen. Das Erstgespräch wird vom Berater als gelungen eingeschätzt (VI.2.3.2.4, Prozessmuster I.3).

Beispiele für komplementäre Beziehungserwartungen: Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Depressiv* habe sich die Klientin durch Erzählen tagaktueller Probleme entlasten wollen. Die Beraterin FMA2 habe zugehört und nachgefragt, um sie darin zu unterstützen (VI.2.3.3.2, Prozessmuster III.1).

Im Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon* habe der Berater FMA2 der Klientin, nach dem sie Tabletten genommen habe, gesagt, er würde dem nicht zusehen, sondern handeln. Er habe also angeboten, statt der Klientin zu handeln (VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV.2).



Durch die Analyse konkreter Erstgespräche konnten die Aussagen der BeraterInnen zu *für das Erstgespräch förderlichen oder schwierigen Beziehungserwartungen* revidiert und damit präziser erfasst werden. Die Vorstellung, dass bestimmte entlastende Beziehungserwartungen grundsätzlich schwierig seien könnten (s. VI.1.4.2), konnte im Ergebnis der sequentiellen Rekonstruktion nicht aufrechterhalten werden. Für ein Erstgespräch förderlich bzw. schwierig erwiesene Beziehungserwartungen nur sie hinsichtlich ihrer KlientInnenengruppen spezifischer Zielstellungen im Erstgespräch (s. VI.1.3):

Beispiele für entlastende Beziehungserwartungen, die sowohl für das Erstgespräch förderlich wie schwierig sein können:

Im Erstgespräch *Fall FMA3\_Frau im Hotel* bietet der Berater FMA3 der suizidalen Klientin an, zu einem persönlichen Gespräch ins Hotel zu kommen. Er bietet an, statt der Klientin zu handeln, um die Situation nicht eskalieren zu lassen. Die Beziehungserwartung des Beraters wäre hier, dass er statt der Klientin handelt (VI.2.3.4.2, Prozessmuster IV.1).

Dagegen habe der Klient im Erstgespräch *Fall FMA2\_Schon drei Monate in Berlin* (s. Anlage 4b – unspezifische chronifizierte Krisensituation, Prozessmuster II.3) vom Berater FMA2 gefordert, ihm mit Geld auszuhelfen und ihn (möglichst im BKD) übernachten zu lassen. Dies sei für den Berater einerseits aufgrund der Rahmenbedingungen nicht möglich gewesen. Andererseits wäre es i. S. Zielstellungen für ein Erstgespräch mit KlientInnen in unspezifisch chronifizierten Krisensituationen, nämlich KlientInnen zu ermutigen, längerfristige therapeutische und Beratungshilfe anzunehmen, kontraproduktiv gewesen.

Ebenso berichteten die BeraterInnen von Auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung orientierte Beziehungserwartungen, dass sie für das Erstgespräch sowohl förderlich wie schwierig sein könnten.

Beispiele für Auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung orientierte Beziehungserwartungen, die sowohl für das Erstgespräch förderlich wie schwierig sein können:

Die Klientin im Erstgespräch *Fall FMA1\_Studentin* habe bereits zu Anfang des Gespräches neben Entlastungswünschen den Wunsch, zu verstehen, wie sie in die Krise geraten sei, geäußert. Dieser Wunsch nach aktiver Auseinandersetzung sei von der Beraterin FMA1 aufgegriffen worden. Diese Beziehungsform habe sich als effektiv für dieses Gespräch i. S. der Zielstellung mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung, erste Schritte in Richtung der Bewältigung anzustreben, erwiesen (VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1).

Im Erstgespräch *Fall FMA5\_HartzIV und Suizid* scheint die Klientin zu Anfang des Gespräches (Sequenz 1) an einer aktiven Auseinandersetzung interessiert. Als jedoch die Beraterin FMA5 im Gesprächsverlauf (Sequenz 5) versucht habe, die Suizidabsichten der Klientin in diesem Sinne zu bearbeiten, habe die Klientin aggressiv reagiert und ein Gesprächsabbruch habe gedroht. Das Angebot zur aktiven Auseinandersetzung scheint die Klientin überfordert zu haben und wäre i. S. der Zielstellung des Erstgesprächs mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen, nämlich die KlientInnen im Kontakt zu halten, als schwierig einzuschätzen (VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2).

Darüber hinaus muss bei komplementären Beziehungsangeboten (-erwartungen bzw. –wünschen) **erstens** zwischen Entlastung *wünschenden* und Entlastung *gewährenden* Beziehungsangeboten unterschieden werden. Entlastung wünschende Beziehungserwartungen werden von allen KlientInnen geäußert:

Beispiele für Entlastung wünschende Beziehungserwartungen der KlientInnen: Bereits in der ersten Sequenz des Erstgesprächs *Fall FMA4 Florettfechten* (VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3) sei der Wunsch der KlientIn nach Entlastung, hier durch Erzählen ihrer Sichtweise deutlich geworden. Dabei sei diese Beziehungserwartung nicht separat geäußert worden,

sondern im Zusammenhang mit einem großen Misstrauen gegen die Helferszene (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters). In Erstgesprächen mit KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel beschränkten sich die Beziehungswünsche auf entlastende, so auch im Erstgespräch *Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?* (VI.2.3.3.3, Prozessmuster III.2).

Belastung gewährende Beziehungsangebote würden dagegen ausschließlich von BeraterInnen gemacht:

Beispiele für Entlastung gewährende Beziehungserwartungen der BeraterInnen: Der Berater FMA2 habe der suizidalen Klientin im Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon* zugehört und nachgefragt, um der Klientin eine emotionale Entlastung zu ermöglichen (2. Sequenz). Trotz der Entlastung habe die Klientin Tabletten angenommen, worauf der Berater natürlich nicht tatenlos zugesehen habe, sondern sofort nach Adresse und Telefonnummer fragte. Er habe damit der Klientin angeboten, statt ihrer zu handeln (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung durch Handeln des Beraters anstatt Klientin) (VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV:2).

Im Erstgespräch *Fall FMA3\_Messerstecherei* habe der Berater FMA3 befürchtet, dass der Klient zu schnell zu viel erreichen wolle. Er habe deshalb darauf geachtet, dass der Klient genügend Möglichkeiten der Entlastung im Gespräch fände, z. B. habe er in der ersten Sequenz den Klienten einfach erzählen lassen.

**Zweitens** zeigte sich im Zuge der sequentiellen Rekonstruktion von Erstgesprächen, dass Entlastungswünsche sowohl kurzfristig (auf die Bewältigung des Tages) als auch längerfristig (im Zusammenhang mit der Bewältigung akuter und unspezifischer psychosozialer Krisen) angelegt sein könnten.

Beispiel für kurzfristige Entlastungswünsche: Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Depressiv* (VI.2.3.3.2, Prozessmuster III.1) sei der Klientin wie der Beraterin ausschließlich um eine kurzfristige Entlastung für den Tagesrest gegangen.

Beispiel für längerfristige Entlastungswünsche: Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Florettfechten* (VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3) sei für die Klientin in einer latenten suizidalen Krise und dem Berater FMA4 um eine längerfristige, über das Erstgespräch und Tag hinausgehende Entlastung gegangen, um die Suizidgefahr zu verringern und den Grundstein für eine Bewältigung der zugrunde liegenden chronifizierten Krisensituation zu ermöglichen.

Diese beiden Eigenschaften treffen natürlich auf kongruente (spiegelbildliche) Beziehungserwartungen, die auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung gerichtet sind, nicht zu. Sie sind entsprechend der Spiegelbildlichkeit immer gebend und nehmend, wie längerfristig. In Tabelle 13 wird ein Überblick über die Eigenschaften möglicher Beziehungserwartungen gegeben.

**Tabelle 13: Übersicht über Beziehungserwartungen und ihre Eigenschaften**

Spektrum der Beziehungserwartungen	Eigenschaften der 1. Ebene	Eigenschaften Der 2. Ebene	Dimensionen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf Bewältigung der Krise orientierter Beziehungswunsch</li> <li>- Auf aktive Auseinandersetzung mit der Krise orientierte Beziehung</li> <li>- Auf nicht aggressive Entlastung orientierter Beziehungswunsch</li> <li>- Auf Austesten bzw. auf Zurückhaltung und Vorsicht orientierter Beziehungswunsch</li> <li>- Auf Entlastung durch Handeln der BeraterInnen anstatt eigenem Handeln orientierter Beziehungswunsch</li> <li>- Auf Entlastung durch Aggression orientierte Beziehungswunsch</li> <li>- Durch Abbruch des Gespräches kein Beziehungsangebot mehr</li> </ul>	Für das Erstgespräch hinsichtlich der Zielstellungen der BeraterInnen befördernde Beziehungswünsche		Ja/Nein
	Für das Erstgespräch hinsichtlich der Zielstellungen der BeraterInnen schwierige Beziehungswünsche		Ja/Nein
	Kongruente (auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung gerichtete) Beziehungswünsche		Ja/Nein
	Komplementäre (auf Entlastung gerichtete) Beziehungswünsche	Entlastung wünschende Beziehungsangebote	Ja/Nein
		Entlastung gewährende Beziehungsangebote	Ja/Nein
		Wunsch nach längerfristiger Entlastung	Ja/Nein
		Wunsch nach kurzfristiger Entlastung	Ja/Nein

(c) Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Erst im Aufeinandertreffen der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen konstituiert sich die Beziehung im Erstgespräch in Gestalt der Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen. Passung/Nichtpassung von Beziehungserwartungen wurde bereits in VI.1.4.3 auf der Grundlage der allgemeinen Aussagen der BeraterInnen beschrieben. Diese Aussagen bestätigten sich in der Rekonstruktion konkreter Erstgesprächsprozesse (VI.2.3). An dieser Stelle sollen diese Aussagen in ihrem Kern zusammengefasst und an kurzen Beispielen illustriert werden. Das Aufeinandertreffen der Beziehungserwartungen von BeraterInnen und KlientInnen kann als Passung resp. Nichtpassung der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen beschrieben werden (Tabelle 14). Passung wird entsprechend der Eigenschaften der Beziehungserwartungen kongruent oder komplementär hergestellt werden bzw. entstehen.

Kongruente Passungen entstehen *nur*, wenn Kongruente, auf Aktive Auseinandersetzung und Bewältigung orientierte Beziehungserwartungen aufeinander treffen. So z. B. wünsche die Klientin *im Erstgespräch Fall FMA1\_Studentin* in der ersten Sequenz, zu verstehen, wie sie in de Krise geraten sei. Die BeraterIn sei darauf eingegangen, habe nachgefragt und eigene Gedanken eingebracht (s. VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1)

Komplementäre Passungen sind das Ergebnis des Aufeinandertreffens Entlastung wünschender und Entlastung gewährender Beziehungserwartungen. Im Erstgespräch *Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin* z. B. habe die Klientin geweint und sei verzweifelt gewesen. Dabei habe sie von

Beziehungsproblemen mit ihrem Freund erzählt. In allem habe der Wunsch nach emotionaler Entlastung durch Erzählen mitgeschwungen. Diesem sei der Berater gefolgt, indem er zuhörte (1. Sequenz) und später auch nachfragte (2. Sequenz) (s. VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4).

Nichtpassung kann als horizontale resp. vertikale Nichtpassung beschrieben werden (s. VI.1.4.3).

Horizontale Nichtpassung beschreibt die Möglichkeit, dass eine komplementäre Beziehungserwartung kongruent (spiegelbildlich) mit derselben Beziehungserwartung beantwortet wird. Dabei wurden horizontale Nichtpassungen selten und nur im Zusammenhang mit hochaggressiven Entlastungswünschen von KlientInnen berichtet. So z. B. habe der Berater im Erstgespräch *Fall FMA4\_Klinikgeschädigt* den bekannten und hoch aggressiven Dauerklienten bereits zu Beginn des Gespräches mitgeteilt, dass es keine Gesprächsbasis gebe. Es würde dem Klienten keine Möglichkeit der aggressiven Entlastung gewährt. In der Reaktion des Beraters klingt in der Narration eigene Aggression an. In den berichteten Erstgesprächen finden sich horizontale Nichtpassungen selten und nur im Zusammenhang mit Aggressionen der KlientInnen (Anlage 4c und Prozessmuster III.3).

Vertikale Nichtpassung dagegen verweist darauf, dass zwei unterschiedliche Beziehungserwartungen aufeinander treffen. Für sie finden sich in den Sequentiellen Rekonstruktionen konkreter Erstgespräche zahlreiche Beispiele, so z. B. im bereits oben beschriebenen Erstgespräch *Fall FMA5\_HartzIV und Suizid* (VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2). In der fünften Sequenz des Gespräches bietet die Beraterin der Klientin an, sich aktiv mit der Suizidalität auseinanderzusetzen (Beziehungserwartung: Aktive Auseinandersetzung). Die Klientin lehnt dies aggressiv ab (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Aggression).

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Frau aus der Pampa* mit einer aggressiven Dauerklientin konfrontiert der Berater FMA4 die Klientin bewusst mit ihren Aggressionen (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung mit der Beziehung – Metakommunikation). Damit reagiert er nicht passend auf den ausschließlichen Entlastungswunsch der Klientin (VI.2.3.3.4 und Prozessmuster III.3).

**Tabelle 14: Übersicht über den Bestandteil Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen**

Aufeinandertreffen der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen	Eigenschaften	Dimension
- Passung	- kongruent	Ja/Nein
	- komplementär	Ja/Nein
- Nichtpassung	- vertikal	Ja/Nein
	- horizontal	Ja/Nein

In der Darstellung der Beispiele für Passung/Nichtpassung von Beziehungserwartungen auf Nanoebene klingt bereits die Abhängigkeit von den übrigen Bestandteilen der sequentiellen Beziehungsgestaltung (Bedingungen, Beziehungserwartungen) an. Die Stellung und die Beziehungen der Bestandteile innerhalb einer Sequenz im folgenden Abschnitt genauer betrachtet.

### *VI.2.2.1.2 Stellung und Beziehungen der Elemente innerhalb einer Sequenz des Erstgesprächs (Mikroebene)*

Der allgemeine Zusammenhang zwischen den Elementen (Bestandteilen) innerhalb einer Sequenz konnte als zweistufiger Prozess beschrieben werden: In einer ersten Stufe führen bestimmte Bedingungen für KlientInnen und BeraterInnen zur Wahl konkreter Beziehungserwartungen, die in einer zweiten Stufe aufeinander treffen. Dieses Aufeinandertreffen kennzeichnet die Passung/Nichtpassung.

#### 1. Einfluss der Bedingungen auf die Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen

Bedingungen weisen für KlientInnen und BeraterInnen unterschiedliche Binnenstrukturen auf. Die vom Grundsatz her gleichen Bedingungen

- Beziehungsmöglichkeiten der KommunikationspartnerInnen,
- Vorwissen/Wissen,
- Annahmen über Beziehungserwartungen aus der laufenden Kommunikation und
- Wahl der Kontaktart

kennzeichnen im Kontext eines Erstgesprächs im Berliner Krisendienst differenzierte Eigenschaften. Diese differenzierten Eigenschaften führen nicht nur zu spezifischen Binnenbeziehungen zwischen den einzelnen Bedingungen sondern auch zu einer unterschiedlichen Bedeutung der Einzelbedingungen für die Entstehung konkreter Beziehungserwartungen. So konnten im Ergebnis der sequentiellen Rekonstruktion konkreter Erstgespräche typische Beziehungsgefüge von Bedingungen und Beziehungserwartungen für KlientInnen und BeraterInnen identifiziert werden:

#### *KlientInnen*

Die spezifischen Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen begrenzen *grundsätzlich* mögliche Beziehungserwartungen. Vorwissen/Wissen, Wahl der Kontaktart und Annahmen über die Beziehungserwartungen der BeraterInnen können zur Modifizierung der KlientInnenseitigen Beziehungserwartungen führen, ohne dass dabei KlientInnengruppen spezifische Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten im Erstgespräch überschritten würde. In den konkreten Gesprächen wurden unterschiedliche Kombinationen der Bedingungen berichtet, in deren Folge differenzierte Beziehungserwartungen entstanden seien. Berichtete Mechanismen der Entstehung konkreter Beziehungserwartungen und exemplarische Belege aus berichteten Erstgesprächen werden in Tabelle 15 zusammengefasst:

**Tabelle 15: Systematische Darstellung des Einflusses der Bedingungen auf die Entstehung von Beziehungserwartungen der KlientInnen innerhalb einer Sequenz (Mikroebene)**

<p><b>1. Beziehungsmöglichkeiten → Beziehungserwartung</b></p> <p><u>Beispiel:</u> Die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen beschränken sich auf entlastende Beziehungswünsche (s. VI.1.4.2 und VI.2.3.3). So ständen z. B. der Klientin im Erstgespräch <i>Fall FMA4_Frau aus der Pampa</i> (VI.2.3.3.4, Prozessmuster III.3) nur unterschiedliche entlastende Beziehungsmöglichkeiten zur Verfügung. Sie habe sich durch Erzählen entlastet, versucht den Berater FMA4 auszutesten und sei letztlich verbal aggressiv geworden (Entlastung durch Aggression).</p>
<p><b>2. Beziehungsmöglichkeiten → Vorwissen/Wissen → Beziehungserwartung</b></p> <p><u>Beispiele:</u> Die Klientin im Erstgespräch <i>Fall FMA1_Depressiv</i> (VI.2.3.3.2, Prozessmuster III.1) sei bewusst gewesen, dass sie beim BKD nur kurze Entlastungsgespräche führen könnte. Sie habe sich daran halten können.</p> <p>Der Klient im Erstgespräch <i>Fall FMA3_Messerstecherei</i> (VI.2.3.1.3, Prozessmuster I.2) wäre vor dem Erstgespräch im BKD auf der Krisenstation, die mit dem BKD kooperiert, in Behandlung gewesen. Schon dort habe man mit ihm Vorstellungen entwickelt, wie der BKD ihn unterstützen könne. Deshalb habe für den Klienten von Anfang an festgestanden, dass für ihn um Hilfe bei der Rückkehr in den Alltag nach einem traumatischen Ereignis gehe (Beziehungserwartungen: Aktive Auseinandersetzung und Bewältigung).</p>
<p><b>3. Beziehungsmöglichkeiten → Wahl der Kontaktart → Beziehungserwartung</b></p> <p><u>Beispiele:</u> Die Klientin im Erstgespräch <i>Fall FMA2_Tabletten neben dem Telefon</i> (VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV.2) habe sich in einer akuten suizidalen Krise befunden. Ihre Beziehungsmöglichkeiten seien bereits stark eingeschränkt gewesen. Es könnte sein, dass sie das Telefon zur Kontaktaufnahme nutzte, weil sie es nicht mehr geschafft hätte, persönlich zum BKD zu kommen.</p> <p>Die Dauerklientin (Psychiatrische Klientel) im Erstgespräch <i>Fall FMA4_Also ich bin Borderlinerin</i> (VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4) habe sich in einer akuten Krise befunden. Sie wählte nicht wie gewöhnlich das Telefon, um den BKD für eine kurzfristige Entlastung zu nutzen, sondern ihr Entlastungswunsch wäre in diesem konkreten Fall längerfristig angelegt gewesen.</p>
<p><b>4. Beziehungsmöglichkeiten → Vorwissen/Wissen → Kontaktart → Beziehungserwartung</b></p> <p><u>Beispiel:</u> KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung verfügten grundsätzlich über das gesamte Spektrum von Beziehungsmöglichkeiten, dass jedoch zeitweilig durch die Krise eingeschränkt seien könnte. Die Klientin im Erstgespräch <i>Fall FMA4_Ärger mit dem Nachbarn</i> (VI.2.3.1.4, Prozessmuster I.3) wäre sich unsicher gewesen, ob der Krisendienst für ihr Problem zuständig gewesen sei (fehlendes Vorwissen über den BKD), habe deshalb angerufen, zunächst, um dies herauszufinden (Wahl des Telefonkontaktes). Auch ihr anfängliches Beziehungsangebot hätte dieser Intention entsprochen (Austesten, ob sie an der richtigen Stelle sei).</p>
<p><b>5. Beziehungsmöglichkeiten → Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen aus der laufenden Kommunikation → Vorwissen/Wissen → Beziehungserwartung</b></p> <p><u>Beispiel:</u> Im Erstgespräch <i>Fall FMA3_Frau im Hotel</i> (VI.2.3.4.2, Prozessmuster IV.1) habe der Berater FMA3 die suizidale Klientin nach einer Absprache mit einem Mitarbeiter der Telefonseelsorge angerufen. Er habe ihr die Hilfe des Krisendienstes angeboten, wie seine Möglichkeiten beschrieben. Die Klientin sei auf dieses Beziehungsangebot eingegangen (habe es also wahrgenommen). Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass die Klientin aus einer anderen Stadt den Krisendienst nicht gekannt habe. Somit sei durch die Informationen im Zusammenhang mit dem Beziehungsangebot auch Wissen über den BKD entstanden.</p>

**6. Beziehungsmöglichkeiten → Vorwissen/Wissen → Kontaktart → Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen aus der laufenden Kommunikation → Beziehungserwartung**

*Beispiel:* Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?* (VI.2.3.3.3, Prozessmuster III.2) habe mit einem Dauerklienten stattgefunden, der den Krisendienst und seine Angebote wie Begrenzungen gekannt habe (Vorwissen). Für seine unstillbaren Entlastungswünsche nutze er ausschließlich und extensiv das Telefon (Kontaktart). Die Beraterin habe den Klienten erkannt, aber im Gegensatz zu den sonstigen Geflogenheiten dem Klienten ein längeres Gesprächsangebot gemacht (Erster Teil der Narration). Der Klient habe dies sofort (1. Sequenz) erkannt und genutzt (Wahrnehmung eines veränderten Beziehungsangebotes der Beraterin hinsichtlich der Möglichkeit eines längeren entlastenden Gesprächs aus der laufenden Kommunikation).

*BeraterInnen*

Die BeraterInnen verfügen vom Grundsatz her über das gesamte Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten. Die Verfügbarkeit des gesamten Spektrums ist Voraussetzung für die Führung eines Erstgesprächs, aber im Gegensatz zu den KlientInnen keine Begrenzung. Deshalb können sie für das unmittelbare Entstehen von konkreten Beziehungserwartungen weitgehend vernachlässigt werden.

Konkrete Beziehungserwartungen der BeraterInnen basieren maßgeblich auf dem Vorwissen/Wissen über KlientInnengruppen und daraus abgeleiteten möglichen Zielstellungen für das Erstgespräch und deren Anpassung im Laufe des Gesprächs. In dieses Vorwissen fließen, soweit möglich, Annahmen der BeraterInnen über Beziehungserwartungen der Klientinnen in der laufenden Kommunikation ein.

Konkrete Beziehungsangebote leiteten BeraterInnen auch aus Wahl bestimmter Kontaktarten ab. Erstens würde die Wahl der Kontaktart durch KlientInnen mit dem Vorwissen über bestimmte KlientInnengruppen verbunden werden, die im Endergebnis zur Entwicklung konkreter Beziehungserwartungen der BeraterInnen führten. Zweitens würden Beraterinnen selbst eine bestimmte Kontaktart wählen, weil sie aufgrund des Vorwissens konkrete Zielsetzungen effektiv umgesetzt werden können.

Wie für die KlientInnen gilt auch für die BeraterInnen, dass vielfältige Kombinationen von Bedingungen für das Entstehen konkreter Beziehungserwartungen berichtet wurden. Tabelle 16 gibt einen systematischen Überblick über die Entstehung konkreter Beziehungserwartungen aufgrund differenzierter Bedingungsgefüge.

**Tabelle 16: Systematische Darstellung des Einflusses der Bedingungen auf die Entstehung von Beziehungserwartungen der BeraterInnen innerhalb einer Sequenz (Mikroebene)**

<p><b>1. (Beziehungsmöglichkeiten) → Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation → Vorwissen/Wissen → Beziehungserwartung</b></p> <p><u>Beispiele:</u> Im Erstgespräch <i>Fall FMA2_Von Leipzig nach Berlin</i> (VI.2.3.2.2, Prozessmuster II.1) sei der Berater FMA2 durch die konkreten Aussagen und Beziehungswünsche des Klienten sehr vorsichtig geworden (Sequenz 1 - Annahmen über Beziehungserwartungen des Klienten). Das Misstrauen des Klienten habe ihn davon abgehalten zu früh Vorschläge zur aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung zu machen (Modifizierung des Vorwissens). Dieses Beziehungshandeln im Erstgespräch begründete der Berater mit der Lebensgeschichte des Klienten, die auf eine chronifizierte Krisensituation hingedeutet habe (Wissen).</p> <p>Über andere Erstgespräche berichteten die BeraterInnen, dass sie DauerklientInnen oft bei den ersten Worten erkennen würden. Für bekannte DauerklientInnen hätten die BeraterInnen ein einheitliches Vorgehen abgestimmt (Vorwissen). So berichtet FMA1 über die Klientin im Erstgespräch <i>Fall FMA1_Depressiv</i> (VI.2.3.3.2, Prozessmuster III.1), dass sie aufgrund der Kenntnis der Klientin sich im Gespräch auf eine kurzfristige Entlastung konzentriert habe (Vorwissen), aber eben auch auf den Beziehungswunsch der Klientin reagiert habe (Annahmen über Beziehungserwartungen aus der laufenden Kommunikation).</p>
<p><b>2. (Beziehungsmöglichkeiten) → Wahl der Kontaktart durch KlientInnen + Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation → Vorwissen/Wissen → Beziehungserwartung</b></p> <p><u>Beispiele:</u> Im Erstgespräch <i>Fall FMA2_Ärger mit den Nachbarn</i> (VI.2.3.1.4, Prozessmuster I.3) sei die Klientin telefonisch mit dem Krisendienst in Kontakt getreten. Die Klientin sei unsicher über die Zuständigkeit des BKD für ihr Anliegen gewesen, was sich in ihrem Beziehungsangebot widerspiegelt hätte. (s. auch Bsp. Beziehungserwartungen der KlientInnen). Die Wahl der Kontaktart und die Unsicherheit in der Einordnung der Klientin in eine spezifische KlientInnengruppe hätten den Berater bewogen, ebenfalls vorsichtig zu reagieren.</p> <p>Im Erstgespräch <i>Fall FMA4_Also ich bin Borderlinerin</i> (VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4) wäre die Klientin zum persönlichen Gespräch gekommen. Sie sei eine bekannte Dauerklientin gewesen und habe sich auch als solche zu erkennen gegeben. Die Wahl der Kontaktart und formulierte länger Wünsche nach Hilfe in der akuten Krisensituation seien für den Berater FMA2 erste Zeichen gewesen, dass die Klientin ein anderes Beziehungsangebot als kurzfristige Entlastung brauchen würde.</p>
<p><b>3. (Beziehungsmöglichkeiten) → Vorwissen/Wissen → Wahl der Kontaktart durch BeraterInnen → Beziehungserwartung</b></p> <p><u>Beispiele:</u> Deutlich würde Wissen um Zielstellungen bereits in Vorkontakten, in denen BeraterInnen KlientInnen zum persönlichen Gespräch einladen, so z. B. im Erstgespräch <i>Fall FMA1_Studentin</i> (VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1), <i>Fall FMA1_Psychologin (Nichts mehr hören können)</i> (VI.2.3.2.4, Prozessmuster II.3), <i>Fall FMA2_Von Leipzig nach Berlin</i> (VI.2.3.2.2, Prozessmuster II.1) u. a.</p>

Sowohl für KlientInnen wie BeraterInnen wurde deutlich, dass die Entstehung konkreter Beziehungserwartungen im Erstgespräch:

1. aus einem *komplexen Zusammenspiel von Bedingungen* und
2. *permanenter Bezogenheit* der KommunikationspartnerInnen aufeinander entstehen, wobei



3. grundsätzlich *Gewichtungen* der Bedingungen für KlientInnen und BeraterInnen für die Entstehung konkreter Beziehungserwartungen festzustellen sind (KlientInnen – Beziehungsmöglichkeiten, BeraterInnen – Vorwissen/Wissen).
2. Einfluss eingebrachter Beziehungserwartungen auf die Herstellung von Passung / Nichtpassung

Die Herstellung von Passung/Nichtpassung kann als Funktion der aufeinander treffenden Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen beschrieben werden. KlientInnen und BeraterInnen entwickeln aufgrund der asymmetrischen Erstgesprächssituation Beziehungserwartungen in verschiedener Weise (s. o) und können damit auch Passung/Nichtpassung in unterschiedlichen Maße aktiv herstellen:

#### *KlientInnen*

Ausgehend davon, dass Beziehungserwartungen klientInnenseitig grundsätzlich durch die Beziehungsmöglichkeiten begrenzt (s. o.) werden, sind es somit auch die Möglichkeiten der KlientInnen zur aktiven Herstellung von Passung/Nichtpassung.

Nur KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen steht potentiell bereits im Erstgespräch das vollständige Spektrum an Beziehungsmöglichkeiten zur Verfügung und somit die Möglichkeit weitgehend passend auf differenzierte Beziehungserwartungen der BeraterInnen zu reagieren.

#### Beispiel für aktive Herstellung der Passung durch KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung:

Im Erstgespräch Fall *FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn* (VI.2.3.1.4, Prozessmuster I.3) habe der Berater der Klientin in letzten Teil des Gespräches (Sequenz 3) Vorschläge für einen möglichen Umgang mit deren Problem gemacht und somit ein Beziehungsangebot zur aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung eingebracht. Dieses habe die Klientin annehmen können.

Je mehr jedoch Beziehungsmöglichkeiten aufgrund der Krise eingeschränkt wären, desto weniger würden KlientInnen aktiv passend auf Beziehungsangebote der BeraterInnen reagieren können.

#### Beispiel für die Entstehung von Nichtpassung durch Nichterkennen und/oder inadäquate Reaktion auf Beziehungsangebote der BeraterInnen:

Im Erstgespräch Fall *FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können)* (VI.2.3.2.4, Prozessmuster II.3) habe die Beraterin Muster im Handeln der Klientin mit dem Ziel thematisiert (Sequenz 2 - Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung). Diese Klientin, so schätzte FMA1 im Nachhinein ein, habe sich in einer unspezifischen chronifizierten Krisensituation befunden, was mit der Einengung der Beziehungsmöglichkeiten dieser KlientInnen im Erstgespräch auf entlastende Beziehungserwartungen einhergehen würde. So wundert es nicht, dass die Klientin den Vorschlag, die Beteiligung eigener Anteile am Entstehen der Krise anzusehen, abgelehnt und letztlich die Beraterin verbal entwertet habe (Beziehungsreaktion. Entlastung durch Entwertung).

Darüber hinaus könnten natürlich die anderen klientInnenseitigen Bedingungen, die Nutzung von Vorwissen, Wahl der Kontaktart und Annahmen über Beziehungsannahmen aus der laufenden Kommunikation, das Entstehen konkreter Beziehungserwartungen modifizieren und damit auch die Möglichkeiten der KlientInnen zur aktiven Herstellung von Passung/Nichtpassung. Beziehungserwartungen der BeraterInnen könnten z. B. durch Einschränkung der Wahrnehmung bei Telefonkontakten fehl interpretiert werden.

Beispiel für eine mögliche Fehlinterpretation einer Beziehungserwartung der Beraterin und deren Einfluss auf die aktive Herstellung von Passung/Nichtpassung:

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Telefon\_Nichts mehr hören können* (VI.2.3.3.3, Prozessmuster III.2) habe die Beraterin dem bekannten Dauerklienten (zugehörig zur Psychiatrischen Klientel und damit langfristige Einschränkung auf entlastende Beziehungsmöglichkeiten) ausnahmsweise ein Angebot zur aktiven Auseinandersetzung (Sequenz 2) gemacht. Dieses habe der Klient nicht erkannt und oder nicht adäquat reagieren können und mit ausschließlich entlastendem Erzählen reagiert. Hier wäre zu vermuten, dass neben der Einschränkung der Beziehungsmöglichkeiten des Klienten auch die Einschränkungen durch die Wahl der Kontaktart zum Tragen kommen könnten.

Letztlich bleibt festzuhalten, dass die Möglichkeiten der KlientInnen zur aktiven Herstellung von Passung/Nichtpassung aufgrund der spezifischen Krisensituationen eingeschränkt sind. Hier genau wird die Asymmetrie der Gesprächssituation im Erstgespräch besonders deutlich.

*BeraterInnen*

BeraterInnen übernehmen den aktiveren Part in der Herstellung der Passung/Nichtpassung von Beziehungserwartungen. Sie bringen passende/nicht passende Beziehungsangebote ein, die sich primär aus dem Vorwissen/Wissen in Form von Annahmen über Zielstellungen im Erstgespräch für konkrete KlientInnengruppen ableiten, durch die Wahl der Kontaktart und Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation modifiziert werden könnten. Passung/Nichtpassung auf BeraterInnenseite kann so geplant und **jederzeit aktiv gesteuert** werden.

Beispiel für die aktive Herstellung von Passung durch eine Beziehungsreaktion:

Bereits am Anfang des Erstgesprächs *Fall FMA5\_HartzIv und Suizid* (VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2) habe die Beraterin bei der Klientin ein dringendes Bedürfnis nach Entlastung wahrgenommen und passend reagiert. Sie habe Interesse signalisiert und gebeten, einfach anzufangen zu erzählen.

Beispiel für die aktive Herstellung von Nichtpassung durch eine Beziehungsreaktion:

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Frau aus der Pampa* (VI.2.3.3.4, Prozessmuster III.3) wären die Beziehungsmöglichkeiten der Dauerklientin dauerhaft auf entlastende Beziehungsangebote beschränkt gewesen. Da dies bekannt sei, habe FMA4 nach einer begrenzten Gewährung dieses Beziehungswunsches die Klientin bewusst mit ihrem Beziehungsverhalten konfrontiert. Diese Konfrontation habe die Aufforderung zur aktiven Auseinandersetzung beinhaltet, wohl wissend, dass die Klientin darauf nicht adäquat reagieren können würde, um das Gespräch zu beenden.

Planen zu können, heiße für die BeraterInnen jedoch nicht, dass dies immer gelinge. Adäquate Annahmen seien ebenso abhängig von der Deutbarkeit der Beziehungserwartungen der KlientInnen, aus denen Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen aus

der laufenden Kommunikation abgeleitet würden. Durch die Uneindeutigkeit angenommener, möglicherweise paralleler Beziehungserwartungen der KlientInnen könnten, müssten jedoch nicht, ungewollte Nichtpassungen entstehen.

Beispiel für ungewollte Nichtpassung aufgrund von Schwierigkeiten bei der Deutung von Beziehungserwartungen von KlientInnen:

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Suizidaler Mann* (VI.2.3.4.5, Prozessmuster IV.4) habe die Beraterin dem Klienten angeboten, stationäre Hilfe aufzusuchen (Beziehungsangebot: Handeln der Beraterin). Dieses sei durch die wahrgenommene Suizidalität des Klienten entstanden. Aufgrund ihres Vorwissens würden solche KlientInnen oft Entlastungsangebot durch das Handeln der BeraterInnen akzeptieren. In diesem konkreten Erstgespräch aber habe die Beraterin nicht der Beziehungserwartung des Klienten entsprochen, der dieses Angebot zurückgewiesen habe.

Beispiel für Schwierigkeiten bei der Deutung von Beziehungsangeboten durch Parallelität von angenommenen Beziehungserwartungen:

Zu Beginn des Erstgesprächs *Fall FMA5\_Hartz IV und Suizid* (VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2) habe die Beraterin neben dem Wunsch nach Entlastung und Misstrauen gegenüber der Helferszene auch einen Wunsch nach aktiver Entlastung angenommen. Auf letzteren habe sie nicht reagiert, sondern sei mit Vorsicht auf die Entlastung wünschenden Beziehungserwartungen der KlientInnen eingegangen. Dadurch sei Passung zwischen den Beziehungserwartungen der Klientin und BeraterIn entstanden. Als sie jedoch zu einem späteren Zeitpunkt den Wunsch nach aktiver Auseinandersetzung wiederum wahrzunehmen glaubte (z. B. Sequenz 3) und ein entsprechendes Beziehungsangebot machte, habe die Klientin nicht passend reagieren können.

Für BeraterInnen wie KlientInnen konnte gezeigt werden, dass die **aktive Herstellung von Passung/Nichtpassung**

- von den zur Verfügung stehenden Beziehungsmöglichkeiten der KommunikationspartnerInnen abhängig ist und
- durch die übrigen Bedingungen für die Entstehung der Beziehungserwartungen modifiziert werden kann.

Die im Erstgespräch zur Verfügung stehenden Beziehungsmöglichkeiten konnten als Ursache für Unterschiede in der Herstellung von Passung/Nichtpassung durch BeraterInnen und KlientInnen identifiziert werden. BeraterInnen können aufgrund der seelischen Gesundheit i. d. R. über das gesamte Spektrum von Beziehungsmöglichkeiten verfügen. Damit sind sie potentiell in der Lage auf jedes Beziehungsangebot passend wie unpassend zu reagieren. Passende wie unpassende Beziehungserwartungen können gezielt hergestellt werden, ohne dass jedoch gewährleistet ist, dass dies immer gelingt (s. o.). KlientInnen können nur im Rahmen der ihnen aufgrund der Krisensituation zur Verfügung stehenden Beziehungsmöglichkeiten passend reagieren. Damit ist der Prozess der Herstellung der Passung/Nichtpassung von Beziehungserwartungen letztlich der konkrete Ausdruck der Asymmetrie der Gesprächssituation.

Abbildung 31 zeigt den Prozess der Herstellung der Passung/Nichtpassung innerhalb einer Sequenz (Mikroebene) im Überblick.



Innerhalb der Mesoebene können dabei zwei Teilprozesse unterschieden werden:

1. der Einfluss der vorangehenden Sequenz zur nachfolgenden (Zusammenhänge zwischen zwei Sequenzen) und
2. kumulative Auswirkungen von aufeinander folgenden Sequenzen in Form von Passungen/Nichtpassungen.

Der Prozess der Beziehungsgestaltung weist auch über die Sequenzen hinweg für BeraterInnen und KlientInnen Differenzen auf, die durch bereits dargestellte Unterschiede der Beziehungsgestaltung auf Nano- und Mikroebene bedingt sind (s. o.).

### *KlientInnen*

Ebenso wie die aktive Herstellung der Passung/Nichtpassung unterscheidet sich der Umgang mit dem Ergebnis dieses Prozesses für KlientInnen unterschiedlicher KlientInnengruppen:

1. Zusammenhänge von Sequenz zu Sequenz:

KlientInnen, die potentiell über das gesamte Spektrum an Beziehungsmöglichkeiten verfügen (KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung), können Passungen wie Nichtpassungen produktiv verarbeiten und ihre Beziehungserwartungen anpassen. Wahrgenommene Passungen von Beziehungsangeboten werden von allen KlientInnen als Annahme ihrer Befindlichkeit und *vor allem als Entlastung empfunden*. Darüber hinaus könnten KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen erste Schritte in Richtung der aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung gehen.

#### Beispiele für Reaktionen auf Passungen der Beziehungserwartungen durch KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung:

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Tod des Vaters* (Anlage 4a, 7a und 8a, Prozessmuster I.1) habe die Klientin zu Beginn des Gesprächs geweint. Der Wunsch nach emotionaler Entlastung wäre sofort fühlbar gewesen. Der Berater habe ihr ein Taschentuch gegeben und vorsichtig versucht nachzufragen (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung). Bei der Klientin wäre Vertrauen zum Berater entstanden. In der zweiten Sequenz des Gespräches wäre bereits eine aktive Auseinandersetzung mit der Problematik möglich gewesen.

Ähnlich habe sich die Entwicklung der Beziehungserwartungen der Klientin im Erstgespräch *Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn* (VI.2.3.1.4, Prozessmuster I.3) gestaltet. Nach anfänglicher Unsicherheit der Klientin, ob sie beim Krisendienst richtig sei und vorsichtiger Zurückhaltung des Beraters, habe die Klientin von ihrer Problemen mit einem Nachbarn erzählt (Beziehungswunsch: Entlastung durch Erzählen). FMA4 habe zugehört und nachgefragt (passende Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung). Auf dieser Basis hätte die Klientin die Vorschläge des Beraters zu einem möglichen Umgang mit dem Nachbarn annehmen können (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung und Bewältigung).

Aufgrund des potentiell vollständigen Spektrums an Beziehungsmöglichkeiten bei KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung kann vermutet werden, dass Nichtpassungen seltener auftreten. Der Umgang mit einer Nichtpassung wird von den BeraterInnen nur einmal berichtet:

Beispiel für die Reaktion auf Nichtpassung der Beziehungserwartungen durch eine Klientin in einer akuten Krise ohne Chronifizierung:

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Studentin*, VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1) habe FMA1 frühzeitig neben der Gewährung von Entlastung vorgeschlagen, sich mit der Problematik der Klientin aktiv auseinanderzusetzen (Sequenz 1). Die Klientin habe innerhalb der Sequenz wie folgt reagiert: Sie habe ihre eigenen Beziehungswünsche wiederholt und andere bewusst zurückgestellt. Bereits in der folgenden 2. Sequenz sei sie jedoch auf diese Beziehungserwartung der Beraterin eingegangen und habe sich aktiv mit ihren Ressourcen (Studium) auseinandergesetzt.

Die entstandene Nichtpassung habe keinerlei weiterreichende Konsequenzen für das beschriebene Erstgespräch gehabt. So kann vermutet werden, dass KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung, sowohl nicht passende Beziehungsangebote zurückweisen und bei eigenen bleiben, als auch nicht passende Beziehungsangebote vorangegangener Sequenzen in folgenden Sequenzen passend beantworten könnten.

Anders jedoch reagierten KlientInnen mit längerfristigeren Einschränkungen der Beziehungsmöglichkeiten auf wahrgenommene Passungen/Nichtpassungen. Diese KlientInnen empfänden Nichtpassungen als bedrohlich und Angriffe (nicht adäquate Annahmen der Beziehungserwartungen der BeraterInnen) und reagierten meist mit aggressiven Entlastungswünschen.

Beispiele für Reaktionen auf nicht passende Beziehungserwartungen der BeraterInnen durch KlientInnen mit eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten:

Der Klient im Erstgespräch *Fall FMA2\_Schon drei Monate in Berlin* (Anlage 4b, 7b und 8c, Prozessmuster II.3) sei von Anfang des Gespräches an darauf orientiert gewesen, dass der BKD ihn durch Übernahme des Handelns entlaste. Dabei habe sich sein Entlastungswunsch auf die Besorgung einer Übernachtungsgelegenheit wie Geld bezogen. FMA2 habe dies ablehnen müssen. Der Klient wäre an nicht anderem interessiert gewesen und habe das Gespräch abgebrochen.

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Ansprüchlicher Mann* (Anlage 4c, 7c und 8c, Prozessmuster III.3) sei der Klient ein bekannter Dauerklient. Er habe auf alleiniger Rede bestanden, Nachfragen nicht zugelassen (Beziehungsangebot: aggressive Entlastung). Als die Beraterin ihn schließlich damit konfrontiert habe (3. Sequenz – Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung), sei der Klient aggressiv geworden (4. Sequenz).

## 2. Kumulative Auswirkungen von aufeinander folgenden Sequenzen in Form von Passungen/Nichtpassungen:

Wiederholten sich die Nichtpassungen, könne sich ein *Circulus vitiosus* entwickeln, der unweigerlich im Abbruch des Gespräches ende.

Beispiele für Reaktion der KlientInnen auf wiederholte Nichtpassungen:

Schon in der 1. Sequenz des Gespräches *Fall FMA3\_Künstler* (Anlage 4a, 7c und 8c, Prozessmuster II.3) habe der Klient durch den BKD nicht erfüllbare Beziehungswünsche (Handeln des BKD anstatt des Klienten) geäußert. Auf diese sei der Berater nicht eingegangen, sondern habe dem Klienten eine aktive Auseinandersetzung mit seiner chronifizierten Krisensituation vorgeschlagen. Die partielle Nichtpassung der Beziehungswünsche in der 1. Sequenz und die darauf folgende aggressive Entlastung habe das gesamte Gespräch bestimmt. Schließlich habe FMA3 das Gespräch abgebrochen.

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Psychologin\_Nichts mehr hören können* (VI.2.3.2.4, Prozessmuster II.3) habe die Beraterin der Klientin in der 2. Sequenz des Gespräches das Angebot gemacht, sich mit Verhaltensmustern der Klientin aktiv auseinanderzusetzen. Die Klientin habe dies vehement abgelehnt. Darauf habe die ausschließliche aggressive Entlastung der Klientin das Gespräch bestimmt.

Aber nicht immer führten mehrmalige Nichtpassungen in einen *Circulus vitiosus*. Gelänge es den BeraterInnen bei KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen in den folgenden Sequenzen wieder passende Beziehungsangebote zu machen, könnten aggressive Reaktionen zurückgehen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Beziehungsmöglichkeiten dieser KlientInnen wohl verkleinert, aber doch noch in größeren Umfang als bei KlientInnen der Psychiatrischen Klientel vorhanden seien.

Beispiel für Reaktion auf passende Beziehungsangebote nach unpassenden in der vorangegangenen Sequenz:

In der 4. Sequenz des Erstgesprächs *Fall FMA5\_Hartz IV und Suizid* (VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2) habe die Klientin ihre Depressionen und Suizidalität in den letzten Jahren thematisiert. Für die Beraterin sei unklar geblieben, ob es „nur“ um das Erzählen (Wunsch nach Entlastung) gegangen sei. Sie habe ebenfalls einen Wunsch nach aktiver Auseinandersetzung mit dieser Problematik vermutet und habe dementsprechend reagiert. In der folgenden 5. Sequenz habe die Klientin die Auseinandersetzung mit dieser Thematik vehement und aggressiv abgelehnt. Die Beraterin hätte durch Vorsicht und Zurückhaltung und der Konzentration auf die Gewährung von Entlastung (passendes Beziehungsangebot), die Klientin im Gespräch halten können und ihr die Rückbesinnung auf diese Beziehungswünsche ermöglicht.

Durch Passungen fühlten sich KlientInnen mit mehr oder minder längerfristigen Einschränkungen im Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten entlastet und ermutigt, Entlastungsmöglichkeiten im Rahmen des BKD anzunehmen und den Kontakt aufrechtzuerhalten.

Beispiele für Reaktionen auf Passungen der Beziehungserwartungen durch KlientInnen mit mehr oder minder längerfristigen Einschränkungen im Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten:

Im Erstgespräch *Fall FMA2\_Von Leipzig in den BKD* (VI.2.3.2.2, Prozessmuster II.1) mit einem Klienten in einer unspezifischen chronifizierten Krisensituation habe der Berater sich auf den für ihn im Vordergrund stehenden Entlastungswunsch des Klienten konzentriert. Dies habe sich als richtig erwiesen, so dass der Klient, der auch großes Misstrauen gegen die Helferszene gehabt hätte, sich angenommen gefühlt habe. Es wäre es sogar möglich gewesen, erste Schritte in Richtung der Bewältigung der Krisensituation zu besprechen und über das Erstgespräch hinaus im Kontakt zu bleiben.

Eine bekannte Dauerklientin sei zu einem persönlichen Erstgespräch in den BKD gekommen (*Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin* – VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4). Sie habe sich in einer akuten Krisensituation befunden, was sich in der Veränderung ihrer Beziehungswünsche ausgedrückt habe. Im Gegensatz zu den üblichen Telefongesprächen, in den es um eine kurzfristige Entlastung gegangen sei, benötigte sie umfangreichere Hilfe durch einer längerfristigen Entlastung. FMA2 habe dies erkannt und angeboten. Die aus ihren Telefongesprächen bekannten aggressiven Entlastungswünsche blieben aus.

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Florettfechten* (VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3) mit einer jungen latent suizidalen Klientin habe der Berater zu Anfang der Beratung mehrere parallele, z. T. nicht klar erkennbare Beziehungsangebote der Klientin wahrgenommen. Er habe einerseits vorsichtig reagiert (Vorsicht und Zurückhaltung als Beziehungsreaktion auf das Misstrauen der Klientin). Andererseits habe er Entlastung durch Zuhören und Nachfragenangeboten. Die Klientin habe auf beides positiv reagiert, im Gespräch geblieben und die Vereinbarung von Folgekontakten sei möglich geworden.

Über alle KlientInnengruppen hinweg modifizieren vorangegangene Passungen/Nichtpassungen von Beziehungserwartungen **erstens** das Vorwissen/Wissen (Bedingung) in Form von Annahmen über den BKD und speziell die BeraterInnen. **Zweitens** wird auch hier ein enger Zusammenhang zu den Beziehungsmöglichkeiten (s. o. auch Nano- und Mikroebene) der KlientInnen deutlich: Mit der Verringerung der Beziehungsmöglichkeiten der

KlientInnen sänken auch deren Möglichkeiten mit entstehenden Passungen/Nichtpassungen umzugehen. Sie empfänden diese nicht adäquat als Angriffe. So fließen **drittens** vorangegangene Passungen/Nichtpassungen über die Modifizierung der Bedingungen der aktuellen Sequenzen in die Entstehung neuer Beziehungserwartungen ein. **Viertens** könnte die Wirkung aufeinander folgender Passungen/Nichtpassungen kumulieren. Aufeinanderfolgende Passungen verstärken entlastende Wirkungen, aufeinander folgende Nichtpassungen dagegen Aggressionen.

### *BeraterInnen*

BeraterInnen berichteten und reflektierten entstehende Passungen/Nichtpassungen. Ebenso wie auf der Ebene der Sequenz (Mikroebene) nutzen sie diese Wahrnehmungen auch über die Sequenzen hinweg für die aktive Steuerung des Erstgesprächsprozesses. Sie fließen in das Vorwissen/Wissen ein, dass im Gegensatz zu den KlientInnen nicht von den Beziehungsmöglichkeiten der BeraterInnen begrenzt wird (s. o. Nano- und Mikroprozess).

Einerseits verfügen die BeraterInnen über Wissen, wie KlientInnen mit Passungen/Nichtpassungen von Beziehungserwartungen umgehen könnten (s. VI.1.1 und VI.2.3). Andererseits hätten sie für Erstgespräche mit KlientInnengruppen spezifische Zielstellungen (s. VI.1.3 und VI.1.4). KlientInnengruppen spezifische Zielstellungen werden für den gesamten Erstgesprächsverlauf formuliert. Sie ziehen variable Beziehungserwartungen ebenso wie einen differenzierten Umgang mit Passung/Nichtpassung nach sich.

#### 1. Zusammenhänge von Sequenz zu Sequenz:

Entstehende Passungen/Nichtpassungen werden zu dem Wissen über die Möglichkeiten der KlientInnen und im Gesprächsverlauf variierenden, KlientInnengruppen spezifischen Zielstellungen in Bezug gesetzt. Sie können zur Modifizierung der Bedingungen führen und letztlich Beziehungserwartungen aktualisieren:

1. Eine entstandene Nichtpassung kann als zielkonträr erkannt und deshalb eine Beziehungserwartung eingebracht werden, die der BeraterIn Passung zu den Beziehungswünschen der KlientInnen ermöglichen könnte. Z. B. würden BeraterInnen anstreben, mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen über das Erstgespräch in Kontakt zu bleiben, um eine Überleitung in längerfristige Angebote (z. B. Therapie) zu ermöglichen.

#### Beispiele für die Modifizierung von Beziehungserwartungen aus vorangegangenen Nichtpassungen

Das bereits aus Sicht der Reaktion der KlientIn auf eine entstandene Nichtpassung betrachtete Erstgespräch *Fall FMA5\_HartzIV und Suizid* (s. o., VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2) wird nun aus Sicht der Reaktion der Beraterin betrachtet. Die Beraterin habe versucht, mit der Klientin ihre Suizidalität zu besprechen (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung),



was die Klientin nicht akzeptiert habe. Dies habe bei der Beraterin einerseits den Wunsch ausgelöst, das Gespräch zu beenden, andererseits habe sie die Notwendigkeit gesehen, mit der Klientin in Kontakt zu bleiben (Beziehungsangebote: Vorsicht und Zurückhaltung). Sie habe sich auf die emotionale Entlastung der Klientin konzentriert und die aktive Auseinandersetzung mit der Suizidalität im Erstgespräch aufgegeben.

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Suizidaler Mann* (VI.2.3.4.5, Prozessmuster IV.4) habe die Beraterin aufgrund der Suizidalität des Klienten in der Anfangsphase des Gesprächs (Sequenz 1) dem Klienten vorgeschlagen, in die Klinik zu gehen (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung durch Handeln der Beraterin). Dies hätte der Klient vehement abgelehnt. Die Beraterin habe daraufhin, um das Gespräch weiterführen zu können, sich ein entlastendes Beziehungsangebot (Gewährung von Entlastung durch Erzählen) beschränkt.

2. Entstandene Nichtpassungen können jedoch auch zielkonform beibehalten werden, so z. B. bei hochaggressiven DauerklientInnen aus der Psychiatrischen Klientel oder bei KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen, bei denen aggressive Entlastung unumkehrbar als einzige Beziehungserwartung übrig zu bleiben scheint.

#### Beispiele für Beibehaltung von Beziehungserwartungen aus vorangegangenen Nichtpassungen

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Ansprüchlicher Mann* (Anlage 4c, 7c, 8c und Prozessmuster III.3 mit einem bekannten Dauerklienten sei sehr bald (Sequenz 2) durch die aggressive Entlastung des Klienten gekennzeichnet gewesen. Da FMA1 wüsste, dass der Klient diese Beziehungserwartung beibehalten würde, beendet sie nach ca. 5 min das Gespräch.

Der Klient im Erstgespräch *Fall FMA3\_Künstler* (Anlage 4b, 7b, 8c und Prozessmuster II.3) habe vom BKD außer Entlastung auch erwartet, dass der Berater für ihn handeln würde (parallele Beziehungsangebote – Sequenz 1). Zunächst habe der Berater dem Klienten zugehört und nachgefragt (Entlastung durch Erzählen), aber nicht auf Wünsche nach dem Handeln des BKD eingegangen sei (teilweise Nichtpassung). In der folgenden Sequenz habe der Berater den Klienten mit seinen Erwartungen an den BKD konfrontiert (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung), worauf der Klient mit verbaler Aggression reagierte (Beziehungsreaktion: aggressive Entlastung). Die Situation sei daraufhin eskaliert. Der Klient habe den FMA3 weiter entwertet (wiederum Beziehungsangebot: aggressive Entlastung) und seinen Wunsch nach dem Handeln des Beraters wiederholt. FMA3 habe mit erneuter Konfrontation (Beziehungsangebot: aktive Auseinandersetzung) und Unwillen reagiert (Beziehungsreaktion: Eigene aggressive Entlastung). Die Situation sei eskaliert und FMA3 habe das Gespräch abgebrochen.

2. Kumulative Auswirkungen von aufeinander folgenden Sequenzen in Form von Passungen/Nichtpassungen

1. Im Sinne der Zielstellung können jedoch auch entstandene Passungen ab einem bestimmten Zeitpunkt des Erstgesprächs als zielkonträr wahrgenommen werden und Beziehungserwartungen eingebracht werden, die aufgrund der Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen zu einer Nichtpassung führen.

#### Beispiele für die Modifizierung von Beziehungserwartungen aus vorangegangenen Passungen

Im Erstgespräch *Fall FMA5\_Warum leb ich überhaupt noch (oder die Entdeckung des eigenen Kindes)* (Anlage 4b, 7b und 8a, Prozessmuster II.1) habe die Beraterin dem Klienten Entlastung anfangs vor allem zugehört, da sie kaum zu Wort gekommen sei (Sequenz 1). Wenn es nach dem Klienten gegangen wäre, wäre nach einer Stunde so weiter gegangen. Deshalb habe die Beraterin ihn mit seinem nicht enden wollenden Entlastungswunsch konfrontiert und vorgeschlagen mit der Option von Folgegesprächen, das Gespräch an dieser Stelle zu beenden. Hier habe die Beraterin unter Berücksichtigung der Zielstellung, Gespräch

che nicht ausufern zu lassen, die passende Beziehungsreaktion zum Entlastungswunsch des Klienten teilweise aufzugeben.

Im schon o. g. Erstgespräch *Fall FMA1\_Studentin* (VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1) mit einer Klientin in einer akuten psychosozialen Krise ohne Chronifizierung hätte es mit der Passung der Beziehungserwartungen von Klientin und Beraterin (Entlastung und aktive Auseinandersetzung) begonnen. Im Sinne der Zielstellung, mit solchen KlientInnen bereits im Erstgespräch erste Schritte in Richtung Bewältigung zu unternehmen, habe FMA1 in der zweiten Sequenz des Gesprächs ein entsprechendes Beziehungsangebot gemacht. Mit dem aktiven Einbringen dieses Beziehungsangebotes sei es zu einer temporären teilweisen Nichtpassung (parallele Passung durch Gewährung von Entlastung) gekommen.

2. Ebenso können Passungen in der Folge von zwei oder mehreren Sequenzen der Beziehungsgestaltung beibehalten werden, wenn sie zielkonform wären. Diese Variationen kennzeichnen viele Gespräche.

#### Beispiele für die Beibehaltung von Beziehungserwartungen aus vorangegangenen Passungen

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Tod des Vaters* (Anlage 4a, 7a und 8a, Prozessmuster I.1) habe Klientin über das ganze Erstgespräch einen Entlastungswunsch deutlich gemacht, den FMA4 auch nachgekommen sei. Parallel habe er ein Angebot zur aktiven Auseinandersetzung mit der Problematik der Klientin (Tod des Vaters) gemacht, welches die Klientin ebenfalls annehmen konnte.

Der Berater im Erstgespräch *Fall FMA2\_Von Leipzig in den BKD* (VI.2.3.2.2, Prozessmuster II.1) habe die Beziehungswünsche des Klienten als sehr ambivalent und uneindeutig empfunden (Sequenz 2). Deshalb habe er sich vorsichtig und zurückhalten verhalten und sich im Erstgespräch auf die Entlastung des Klienten konzentriert. So habe er den Klienten im Gespräch halten könne und auch die Vereinbarung von Folgekontakten wurde möglich, was der Zielstellung bei Klienten in unspezifischen chronifizierten Krisen entspreche.

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Gewaltphantasien* (Anlage 4c, 7c und 8a, Prozessmuster III.1) rufe der bekannte schizophrene Dauerklient fast jeden Abend im BKD an. Der Klient habe seine Wahnideen erzählt (Beziehungserwartung: Entlastung durch Erzählen) Der Berater habe ihm zugehört (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung durch Erzählen). Er habe dann versucht weiter Entlastung zu gewähren, indem er einen Bezug zur Alltagsrealität des Klienten herstellte (Beziehungsangebot: Gewährung von emotionaler Entlastung). Darauf habe sich der Patient einlassen können (Beziehungsreaktion: Emotionale Entlastung) und das Gespräch sei beendet worden. In Übereinstimmung mit der Zielstellung für DauerklientInnen, nämlich diese kurzfristig zu entlasten, habe der Berater dem Klienten genau dies gewährt. Da der Klient diese Begrenzung akzeptieren konnte, bestand keine Notwendigkeit zu anderen nicht passenden Beziehungsangeboten.

Im telefonischen Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon* (VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV:2) mit einer akut suizidalen Klientin sei es vor allem darum gegangen einen drohenden Suizid der Klientin zu stoppen. Um dies zu erreichen, sei es für den Berater absolut notwendig gewesen, den Kontakt aufrechtzuerhalten. Er habe die ineinander verwobenen Beziehungswünsche der Klientin nach Entlastung (Erzählen) verbunden mit der Austesten bei gleichzeitigem Wunsch nach Handeln des Beraters erkannt (Nehmen von Tabletten, aber dabei im Kontakt mit FMA2 bleibend) und passend reagiert. Die Klientin habe Hilfe von außen (Feuerwehr und Polizei) akzeptieren können, habe ihre Adresse weitergegeben. So sei der Suizid verhindert worden.

*Zusammenfassung: Mesoebene des Prozesses der Beziehungsgestaltung*

Bei KlientInnen wie BeraterInnen wirken vorangegangene Sequenzen der Beziehungsgestaltung auf folgende. Im Ergebnis jeder Sequenz, repräsentiert durch die entstandene Passung/Nichtpassung, werden

1. das Vorwissen/Wissen von BeraterInnen und KlientInnen,
2. die Annahmen über die Beziehungserwartungen der KommunikationspartnerIn wie
3. die neu entstehenden Beziehungserwartungen modifiziert, und
4. Wiederholungen entstehender Passungen/Nichtpassungen kumulieren hinsichtlich ihrer Wirkung.

Unterschiede für KlientInnen und BeraterInnen bestehen jedoch in der Verarbeitung dieses Vorwissens (vgl. Nano- und Mikroebene):

- Bei KlientInnen wird die Verarbeitung von Passungen/Nichtpassungen der Beziehungserwartungen durch die zur Verfügung stehenden Beziehungsmöglichkeiten moduliert.
- Dies trifft auf BeraterInnen nicht zu, da ihre Beziehungsmöglichkeiten i. d. R. nicht eingeschränkt sind. Sie reflektieren jedoch vorangegangene Passungen/Nichtpassungen und setzen sie in Bezug zum vorhandenen Vorwissen/Wissen über KlientInnen und daraus abgeleiteten Zielstellungen für Erstgespräche bestimmter KlientInnengruppen.

Mit sich wiederholenden Passungen/Nichtpassungen scheint deren Einfluss auf neu entstehende Beziehungserwartungen umso stärker (s. o.). Dies wird versucht, in der folgenden Abbildung 32 graphisch (Zunahme der Strichstärke) zu verdeutlichen.

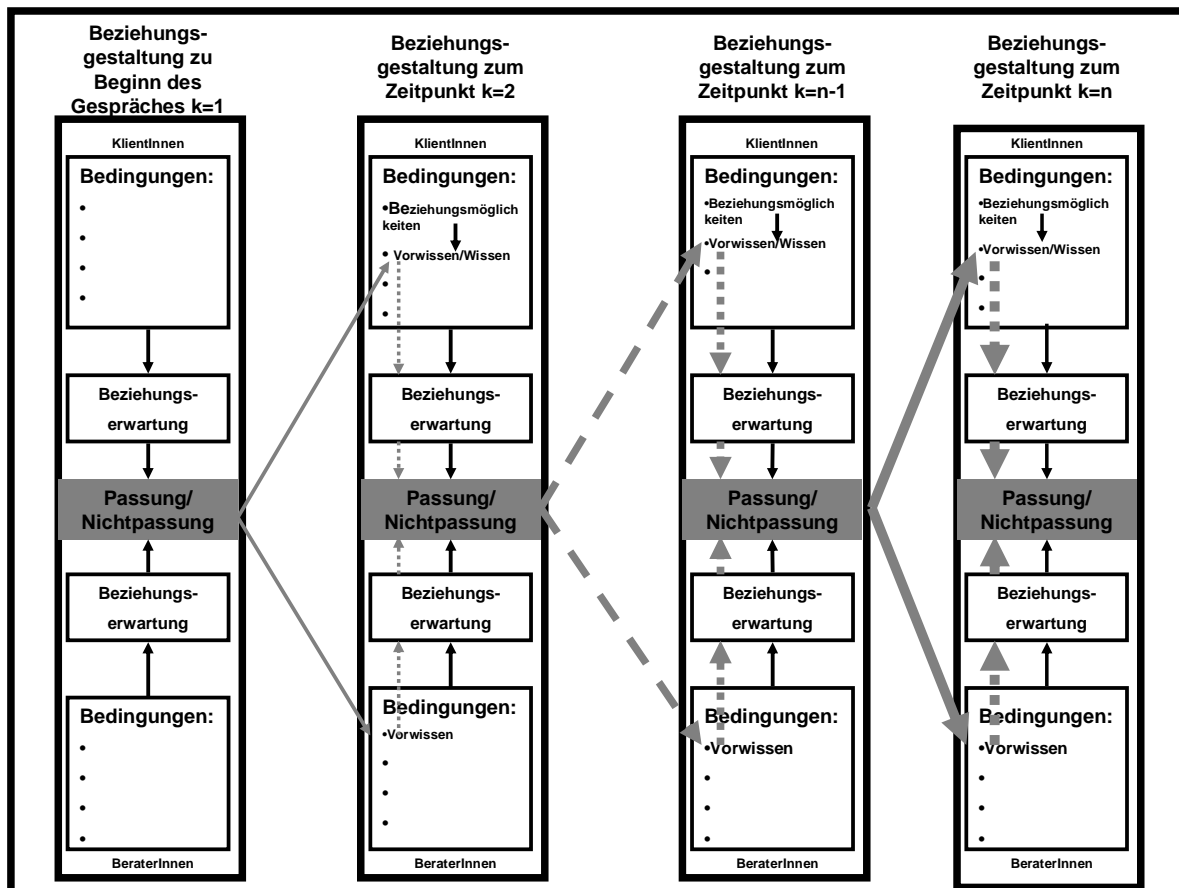


Abbildung 32: Zusammenhänge zwischen Elementen aufeinander folgender Sequenzen (Mesoebene)

## VI.2.2.2 Output des Prozesses der Beziehungsgestaltung

### VI.2.2.2.1 Eigenschaften und Struktur der Output-Elemente (Nanoebene)

In ihren Berichten über konkrete Erstgespräche beschrieben die BeraterInnen zwei Output-Elemente: die Fortführung (vs. Nichtfortführung) des Erstgesprächs und Wirkungen des Erstgesprächs. Beide werden zueinander in Beziehung stehend beschrieben (s. VI.2.2.2.2). An dieser Stelle (Nanoebene) jedoch wird zunächst die Binnenstruktur der Outputelemente beschrieben:

#### *Fortführung des Erstgesprächs*

Die Fortführung des Erstgesprächs erfolgt bzw. erfolgt nicht. Fortführung und Nichtfortführung können durch unterschiedliche Eigenschaften beschrieben werden:

Erfolgt die Fortführung des Erstgesprächs, kann der Folgekontakt als Telefonkontakt oder persönliches Gespräch erfolgen (Differenzierung als Kontaktart). Dabei wurden auch beide Kontaktarten parallel berichtet, wenn es sowohl einen Folgetermin wie auch das Angebot der BeraterInnen gab, sich in Krisensituationen auch vor dem vereinbarten Termin telefonisch zu

melden, z. B. bei latent suizidalen KlientInnen. Nicht berichtet wurde allerdings, dass das Angebot der parallelen telefonischen Kontaktaufnahme auch genutzt wurde.

Beispiele für die mögliche Differenzierung der Fortführung des Erstkontaktes nach Kontaktart:

Im Erstgespräch *Fall FMA2\_Von Leipzig in den BKD* (VI.2.3.2.2, Prozessmuster II.1) habe der Berater einen persönlichen Folgekontakt vorgeschlagen. Diesem Vorschlag sei der Klient gefolgt.

Der Berater im Erstgespräch *Fall FMA3\_Mann gestorben* (Anlage 4a, 7a und 8a) habe der Klientin angeboten, in den nächsten Tagen bei Bedarf wieder im BKD anzurufen.

Am Ende des Erstgesprächs *Fall FMA4\_Florettfechten* (VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3) habe es der Berater aufgrund der latenten Suizidalität der Klientin für notwendig erachtet, neben einer Vereinbarung eines persönlichen Termins am nächsten Tag, auch angeboten, sich bei Bedarf bereits früher wieder telefonisch zu melden

Es wurden unterschiedliche Arten der Kontaktaufnahme vorgeschlagen: Notfallkontakte, vereinbarte Kontakte, Kontakte nur bei Bedarf, Hausbesuche, Fortsetzung als psychiatrischer Notfall etc. Ein Folgekontakt kann auch hier mehrere Merkmale gleichzeitig aufweisen.

Beispiele für die Differenzierung der Fortführung des Erstkontaktes nach Art der Kontaktaufnahme:

Im telefonischen Erstgespräch *Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn* (VI.2.3.1.4, Prozessmuster I.3) hätte der Berater der Klientin vorgeschlagen, sich bei weiteren Problemen wieder beim BKD zu melden.

Bereits bei der Kontaktaufnahme des Klienten mit dem BKD (*Fall FMA3\_Messerstecherei* (VI.2.3.1.3, Prozessmuster I.2)), habe sich der Berater auf Folgegespräche eingestellt, da er über Vorinformationen seiner Kollegen aus der stationären Krisenintervention verfügte. So wäre der Folgekontakt bereits zu Beginn des Erstgesprächs vereinbart worden.

Da die Akutizität der Suizidalität der Klientin im telefonischen Erstgespräch *Fall FMA3\_Frau im Hotel* (VI.2.3.4.2, Prozessmuster IV.1) bis zu einem gewissen Grade unklar geblieben sei, habe der Berater einen sofortigen persönlichen Hausbesuch (in diesem Fall in dem Hotel, in dem die KlientIn gewohnt habe) vorgeschlagen.

Im Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon* (VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV.2) habe die Klientin während des telefonischen Erstgesprächs einen Suizidversuch unternommen. Da sie bereit gewesen wäre, dem Berater ihre Adresse und Namen zu nennen, habe er Polizei und Feuerwehr gerufen (Psychiatrischer Notfall).

Die Fortführung eines Erstgesprächs erfolgt durch eine oder mehrere Kontaktpersonen, die die gleiche/n, andere oder beides sein können.

Beispiele für die Differenzierung der Fortführung des Erstgesprächs nach Kontaktpersonen:

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Studentin* (VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1) seien, wie in den meisten Erstgesprächen, die Folgekontakte auf die Beraterin beschränkt geblieben, die das Erstgespräch geführt habe.

Im bereits oben beschriebenen Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon* (VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV.2) habe der Berater den Kontakt aufgrund des psychiatrischen Notfalls an die Kollegen der Feuerwehr und Polizei abgegeben.

Der Berater habe der Klientin im Erstgespräch *Fall FMA2\_Borderlinerin* (VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4) für den Folgekontakt vorgeschlagen, ihren Lebenspartner mitzubringen, da die akute Krise durch diese Beziehung entstanden sei. An zwei Folgekontakten, bei denen der Partner anwesend gewesen war, nahm deshalb die Untersucherin als zweite Beraterin teil. Diese Vorgehensweise wird öfters bei Paargesprächen im BKD gewählt.

Auch wenn Kontakte nicht fortgesetzt werden, gilt, dass die KlientInnen sich jeder Zeit wieder an den Krisendienst wenden können. Dabei unterschieden BeraterInnen, wie sehr sie den KlientInnen die Wiederaufnahme des Kontaktes ans Herz legten (vermittelte Dringlichkeit der

Wiederaufnahme des Kontaktes). So ermunterten BeraterInnen z. B. keinesfalls gut bekannte DauerklientInnen, von denen sie wüssten, sie würden sowieso wieder anrufen. Dagegen würden KlientInnen, für welche die BeraterInnen noch Bedarf an weiteren Kontakten sähen, aber diese KlientInnen solche im Augenblick nicht wünschten, aufgefordert, sich wieder an den BKD zu wenden.

Beispiele für die Differenzierung der Nicht-Fortführung des Erstgesprächs nach vermittelter Dringlichkeit der Wiederaufnahme des Kontaktes:

Da der Berater die Dauerklientin im Erstgespräch *Fall FMA4\_Frau aus der Pampa* (VI.2.3.43.4, Prozessmuster III.3) habe er nicht auf die Möglichkeit verwiesen, wieder mit dem BKD in Kontakt zu treten, da dies von dieser Klientin im Regelfall am gleichen Abend mehrmals geschehen würde.

Der Klient im Erstgespräch *Fall FMA1\_Suizidaler Mann* (VI.2.3.4.5, Prozessmuster IV.4) habe Folgekontakte abgelehnt. Da FMA1 die Suizidalität des Klienten sehr ernst genommen habe, habe sie auch die Möglichkeit wiederzukommen, nachdrücklich angesprochen.

Tabelle 17 gibt einen Überblick über die Eigenschaften und Dimensionen des Output-Elements Fortführung des Erstgesprächs.

**Tabelle 17: Eigenschaften und Dimensionen des Outputelements Fortführung des Erstgesprächs**

Eigenschaften der 1. Ebene	Eigenschaften der 2. Ebene	Eigenschaften der 3. Ebene	Dimensionen
Fortführung des Kontaktes	Kontaktart	Persönlicher Kontakt	Ja/Nein
		Telefonkontakt	Ja/Nein
		Parallele persönliche und Telefonkontakte	Ja/Nein
	Art der Kontaktaufnahme	Notfallkontakte	Ja/Nein
		Vereinbarte Kontakte	Ja/Nein
		Kontakt bei Bedarf	Ja/Nein
		Hausbesuche	Ja/Nein
		Psychiatrischer Notfall	Ja/Nein
	Kontaktpersonen	gleiche Kontaktperson	Ja/Nein
		Zusätzliche Kontaktperson	Ja/Nein
Andere Kontaktperson/en		Ja/Nein	
Nichtfortführung des Kontaktes	Vermittelte Dringlichkeit der Wiederaufnahme des Kontaktes		Keine ... groß

*Wirkungen des Erstgesprächs*

Wirkungen des Erstgesprächs würden

1. direkt von BeraterInnen und KlientInnen angesprochen,
2. aus dem Verlauf des Prozesses der Beziehungsgestaltung (s.VI.2.2.1) geschlossen und
3. aus dem Umgang mit der Fortführung (Nicht-Fortführung) abgeleitet.

Die Sichtweise von KlientInnen und BeraterInnen auf Wirkungen unterscheidet sich aufgrund der asymmetrischen Kommunikationssituation eines Erstgesprächs:

## *KlientInnen*

Die Wirkung eines Erstgesprächs stelle sich für KlientInnen als Zufriedenheit da. Zufriedenheit bilde sich auf spezielle Weise in den o. g. Aspekten (Eigenschaften) ab.

### 1. KlientInnen äußerten ihre Zufriedenheit direkt.

Beispiele für berichtete direkte Äußerungen der KlientInnen über die Zufriedenheit im Erstgespräch:

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Psychologin* (VI.2.3.2.4, Prozessmuster II.3) habe die Klientin ihre Unzufriedenheit offen thematisiert. Sie habe „eigentlich ein ganz anderes Gespräch führen“ (Zeile 99) wollen. Auch habe sie der Beraterin sagen können, dass diese irgendetwas falsch mache (Zeile 100 – 101). Sie habe das Fehlen der „politischen Dimension“ (Zeile 110 – 111) beklagt. Über die Kritik an der Beraterin wurde für diese die Unzufriedenheit der Klientin deutlich.

Für FMA3 sei im Erstgespräch *Fall FMA3\_Mann gestorben* (Anlage 4a, 7a und 8a) sehr deutlich geworden, dass die Klientin dieses als „sehr hilfreich“ (Zeile 331) empfunden habe. Aber auch am Ende des Gesprächs sei die Zufriedenheit der Klientin deutlich geworden, die nun schlafen könne (Zeile 304), was eben vorher unmöglich gewesen wäre.

Der Berater im Erstgespräch *Fall FMA4\_Florettfechten* (VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3) erhält ein halbes Jahr nach der Krisenintervention einen Brief, in welchem die Klientin ein Übergangsobjekt, einen Stein, zurücksendet und sagen kann, dass es ihr jetzt gut ginge und sich bedankt (Zeile 87 – 95).

### 2. Aber auch über das Eingehen der BeraterInnen auf Intentionen der KlientInnen im Gesprächsprozess erzeuge Zufriedenheit mit dem Erstgespräch. Fühlten sich die KlientInnen angenommen (teilweise angenommen oder nicht angenommen) in ihren Beziehungswünschen, könne dies als Aspekt der Zufriedenheit im Erstgespräch gewertet werden.

Beispiele für das Eingehen der BeraterInnen auf Intentionen der KlientInnen als Ausdruck der Zufriedenheit der KlientInnen:

Für die Beraterin sei die Unzufriedenheit des Klienten bereits während des Erstgesprächs *Fall FMA1\_Suizdaler Mann* (VI.2.3.4.5, Prozessmuster IV.4) deutlich geworden. Er sei auf Beziehungsangebote der Beraterin (Übernahme des Handelns) nicht eingegangen, habe diese abgewehrt. Seine Intention schien über entlastendes Erzählen nicht hinauszugehen.

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Depressiv* (VI.2.3.3.2, Prozessmuster III.1) habe die Klientin die Beschränkung des Erstgesprächs auf Entlastung als hilfreich empfunden und sich darin in Übereinkunft mit der Beraterin befunden.

Im Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon* (VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV.2) habe die Klientin einerseits einen Suizidversuch unternommen, was FMA2 natürlich so nicht akzeptiert hätte. Andererseits habe die Klientin die Fragen des Beraters nach Adresse und Telefonnummer beantwortet, damit dieser Polizei und Feuerwehr habe rufen können. Darin sei für FMA2 die Übereinstimmung seiner und der Intentionen der Klientin deutlich geworden.

### 3. Die Zufriedenheit der KlientInnen zeige sich letztlich über die den Umgang mit Vorschlägen der BeraterInnen zur Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs.

Beispiele für den Umgang der KlientInnen mit den Vorschlägen zur Fortführung vs. Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs als Ausdruck der Zufriedenheit der KlientInnen:

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Florettfechten* (VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3) sei die Klientin zu mehreren Gesprächen wiedergekommen. Im Laufe der Folgegespräche sei es gelungen mit der Klientin zu vereinbaren, dass sie eine Psychotherapie mache, was sie auch getan habe (s. o. direkte Äußerungen der KlientInnen zur Zufriedenheit).

Im Erstgespräch *Fall FMA5\_Hartz IV und Suizid* (VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2) habe die Klientin einerseits direkt nach der Möglichkeit gefragt, mit einer anderen Beraterin das Folgegespräch zu führen anstatt mit FMA5 (Sequenz 6). Andererseits habe sie schließlich Fol-

gespräche akzeptiert. Daraus kann auf eine Ambivalenz der Klientin hinsichtlich der Vorschläge der Beraterin geschlossen werden.  
 Auch die Klientin im Erstgespräch *Fall FMA2 Borderlinerin* (VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4) sei zu mehreren Folgekontakten gekommen. Ihr Kontakt mit dem Krisendienst habe sich nun auf FMA2 konzentriert. Die Dauernutzung sei aufgegeben worden.  
 Am Ende des ersten Teils des Gesprächs *Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?* (VI.2.3.3.3, Prozessmuster III.2) schien der Klient die Beendigung akzeptiert haben und zufrieden zu sein (s. o.). Durch seinen Wiederanruf einige Minuten später jedoch sei für FMA1 jedoch deutlich geworden, dass ihre Vorschläge zur Nicht-Fortführung nicht angenommen worden seien.

Tabelle 18 gibt einen Überblick über die Eigenschaften der Zufriedenheit der KlientInnen wie ihre Dimensionierung.

**Tabelle 18: Eigenschaften und Dimensionen der Zufriedenheit von KlientInnen mit dem Erstgespräch**

Eigenschaften	Dimensionen
Direkte Äußerungen der KlientInnen zur Zufriedenheit mit dem Erstgespräch	zufrieden ... teilweise zufrieden ... unzufrieden
Eingehen der BeraterInnen auf Intentionen der KlientInnen als Ausdruck der Zufriedenheit der KlientInnen	eingegangen... teilweise eingegangen ... nicht eingegangen (BeraterInnen)
Eingehen der KlientInnen auf Vorschläge der Beraterinnen zur Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs als Ausdruck der Zufriedenheit der KlientInnen	eingegangen... teilweise eingegangen ... nicht eingegangen (KlientInnen)

Auf die Zufriedenheit der KlientInnen wurde anhand dargestellter Merkmale (Eigenschaften) geschlossen, wobei sich drei Kategorien abbildeten:

- Erstgespräche, mit den KlientInnen zufrieden waren (alle Aspekte werden i. S. der Zufriedenheit beschrieben),

Beispiele für zufriedene KlientInnen:

Im Bericht über das Erstgespräch *Fall FMA1\_Studentin* (VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1) tauchen ausschließlich Indizes für das Gelingen des Erstgesprächs auf. Zum einen habe die Klientin das Vorgehen der Beraterin akzeptieren können, zum anderen habe die die Vorschläge zur Fortführung des Erstgesprächs angenommen.

FMA4 schätzte für das *Fall FMA4\_Gewaltphantasien* (Anlage 4c, 7c und 8a, Prozessmuster III.1) ein, dass der Klient die Beschränkung auf die kurzfristige Entlastung akzeptieren habe können wie das Gespräch selbst beendet habe.

- Erstgespräche, mit den KlientInnen teilweise (ambivalent) zufrieden waren (Aspekte werden vorwiegend ambivalent dargestellt) und

Beispiel für teilweise zufriedene KlientInnen:

Im Erstgespräch *Fall FMA5\_HartzIV und Suizid* (VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2) habe zum einen das Angebot, sich mit ihrer Suizidalität aktiv auseinanderzusetzen (Sequenz 4 und 5) nicht akzeptiert und zum anderen nach einer anderen Beraterin gefragt (Sequenz 6), was die Beraterin als Indizien ihre Unzufriedenheit angesehen hätte. Aber desto trotz habe die Klientin das Angebot zu Folgegesprächen letztlich akzeptiert.

- Erstgespräche, mit denen KlientInnen vorwiegend unzufrieden waren (in Eigenschaften wird eine überwiegende Unzufriedenheit der KlientInnen sichtbar).

Beispiel für unzufriedene KlientInnen:

Der Klient im Erstgespräch *Fall FMA3\_Künstler* (Anlage 4b, 7b und 8c) habe sich direkt unzufrieden geäußert, die Vorgehensweise des Beraters abgelehnt. Diese Ablehnung sei zu-



nehmend in Form aggressiver Entlastung erfolgt, so dass FMA3 das Erstgespräch abgebrochen hätte.

### *BeraterInnen*

BeraterInnen verbinden die Wirkung der Beratung vordergründig mit dem Erreichen möglicher Zielstellungen für das Erstgespräch.

#### 1. Wie KlientInnen äußern sich BeraterInnen über das Gelingen eines Erstgesprächs direkt.

Beispiele für das Gelingen/Misslingen eines Erstgesprächs aus direkten Äußerungen der BeraterInnen:

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Tod des Vaters* (VI.2.3.1.4, Prozessmuster I.1) habe FMA4 den Eindruck gehabt, die Klientin sei „erleichtert“ gewesen und er habe sie „erreicht“ (Zeile 22 - 23). Auch schätze er ein, es lief ganz gut (Zeile 215). „Erleichterung erreicht zu haben“ stünde hier für das Gelingen von Entlastung, das „Erreichen der Klientin“ für eine gelungene aktive Auseinandersetzung – beides Ziele des Erstgesprächs mit einer Klientin in einer akuten psychosozialen Krise ohne Chronifizierung.

FMA5 äußert über das Erstgespräch *Fall FMA5 Wie kann mich meine Frau davon abhalten, gewalttätig zu sein* (Anlage 4b, 7b und 8c) mit einem Paar in einer chronifizierten Beziehungskrise: „Also, denke, das war ausgesprochen schwierig, da \* denen irgendwie zu helfen.“ (Zeile 78 – 79). Diese Aussage weist im Kontext darauf hin, dass die Beraterin dieses Erstgespräch für eher misslungen hält.

#### 2. Ebenso leiteten sie das Gelingen eines Erstgesprächs aus dem Eingehen der KlientInnen auf ihre Beziehungsangebote ab.

Beispiele für das Gelingen eines Erstgesprächs, abgeleitet aus dem Eingehen von KlientInnen auf Beziehungsangebote der BeraterInnen

Im Erstgespräch *Fall FMA3\_Messerstecherei* (VI.2.3.1.3, Prozessmuster I.2) habe der Klient produktiv mit allen Angeboten des Beraters umgehen können. Er habe sich auf die aktive Auseinandersetzung ebenso eingelassen, wie er die Orientierung von FMA3 auf eine weitere Entlastung, um eine Überforderung zu vermeiden, akzeptiert habe.

Der Klient sei im Erstgespräch *Fall FMA1\_Suizdaler Mann* (VI.2.3.4.5, Prozessmuster IV.4) auf das Angebot der Beraterin, der Übernahme des Handelns anstatt des Klienten (Empfehlung einer stationären Krisenintervention – Sequenz 1), nicht eingegangen. Neben anderen Hinweisen, sei für die Beraterin daran deutlich geworden, dass sie ihre Zielstellungen in diesen Erstgespräch nicht erreicht habe.

#### 3. Auch das Eingehen der KlientInnen auf Vorschläge zur Fortführung/Nichtfortführung des Kontaktes sei ein Hinweis für das Gelingen des Erstgesprächs.

Beispiele für das Gelingen eines Erstgesprächs, abgeleitet aus dem Eingehen der KlientInnen auf Vorschläge zur Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs:

Im Erstgespräch *Fall FMA4\_Kindheit im Heim* (Anlage 4b, 7b und 8a) mit einer Klientin in einer unspezifischen chronifizierten Krisensituation hätte der Berater die Notwendigkeit von Folgegesprächen gesehen. Dies sei möglich gewesen.

Die Beraterin hätte im Erstgespräch *Fall FMA1\_Depressiv* (VI.2.3.3.2, Prozessmuster III.1) mit einer Dauerklientin keine Notwendigkeit für Folgegespräche gesehen, da die Klientin gut im sozialen Netz verankert gewesen sei und auch keine akute Krise durchlebt hätte. Die Klientin hätte dies akzeptiert.

Im Erstgespräch *Fall FMA5 Wie kann mich meine Frau davon abhalten, gewalttätig zu sein* (Anlage 4b, 7b und 8c) habe die Beraterin dem Paar Folgegespräche für notwendig erachtet. Dies hätten die Beiden abgelehnt.

Einen Überblick über die Eigenschaften der Einschätzung des Gelingens durch die BeraterInnen gibt Tabelle 19.

**Tabelle 19: Eigenschaften und Dimensionen des Gelingens eines Erstgesprächs aus Sicht der BeraterInnen**

Eigenschaften	Dimensionen
Direkte Äußerungen der BeraterInnen zum Gelingen mit des Erstgesprächs	Zufrieden ... teilweise zufrieden ... unzufrieden
Eingehen der KlientInnen auf Beratungsangebote der BeraterInnen als Ausdruck das Gelingen des Erstgesprächs	eingegangen... teilweise eingegangen ... nicht eingegangen (KlientInnen)
Eingehen der KlientInnen auf Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs als Ausdruck des Gelingens des Erstgesprächs	eingegangen... teilweise eingegangen ... nicht eingegangen (KlientInnen)

Aus der Zusammenschau der Eigenschaften konnte, ebenso wie für die KlientInnen, das Gelingen unter drei Kategorien sublimiert werden.

- Ein Erstgespräch wird als gelungen eingeschätzt, wenn alle Eigenschaften gleich gerichtet i. S. des Gelingens beschrieben werden.

Beispiele für gelungene Erstgespräche aufgrund erreichter Zielstellungen:

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Studentin* (VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1) habe sich die junge Klientin in einer akuten psychosozialen Krise ohne Chronifizierung befunden. Die von den BeraterInnen in den allgemeinen Aussagen formulierten Zielstellungen (s. VI.1.3) für das Erstgespräch: Entlastung und Beginn der Bewältigung konnten erreicht werden. Die Klientin habe auf entsprechende Angebote positiv reagiert und auch auf Folgegespräche eingewilligt.

Der Klient im Erstgespräch *Fall FMA2\_Von Leipzig in den BKD* (VI.2.3.2.2, Prozessmuster II.1) habe zu der Gruppe von KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen gehört. Für FMA2 wäre es deshalb darum gegangen, den Klienten zu entlasten, ihn im Gespräch zu halten und über Folgegespräche zur Bewältigung hinzuleiten (vgl. VI.1.3). Dies sei dem Berater gelungen, der Klient habe seinen Intentionen folgen können und Folgegespräche seien vereinbart worden.

Die Klientin im Erstgespräch *Fall FMA3\_Muttertag* (Anlage 4a, 7a und 8a, Prozessmuster III.1) sei eine bekannte Dauerklientin gewesen. Deshalb habe der Berater den Kontakt auf ein kurzes Entlastungsgespräch beschränkt. Darauf habe sich die Klientin eingelassen.

Bei der akut suizidalen Klientin im Erstgespräch *Fall FMA3\_Frau im Hotel* (VI.2.3.4.2, Prozessmuster IV.1) habe der Fokus des Beraters auf Entlastung und einem zeitnahen Folgekontakt gelegen. Beides sei gelungen.

- Als ambivalent gelungen/misslungen wird ein Erstgespräch eingeordnet, wenn sich auch in den Eigenschaften die Ambivalenz abbilde.

Beispiele für teilweise gelungene Erstgespräche aufgrund teilweise erreichter Zielstellungen:

FMA5 habe die Klientin im Erstgespräch *Fall FMA5\_HartzIV und Suizid* (VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2) in einer unspezifischen chronifizierten Krise gesehen. So habe sie neben der Entlastung im Erstgespräch erste Angebote zur aktiven Auseinandersetzung (Sequenz 4 und 5) gemacht. Diese hätte die Klientin nicht angenommen (s. o.). Trotzdem sei die Fortführung des Erstgesprächs und Folgekontakte (unter Schwierigkeiten – s. o.) möglich gewesen.

Die akut suizidale Klientin im Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon* (VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV.2) habe sich nur zum Teil auf die Angebote des Beraters eingelassen. Einerseits sei eine Entlastung nicht gelungen. Die Klientin habe während des Erstgesprächs einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen. Andererseits habe sie dem Berater Telefonnummer und Adresse mitteilen können, so also Hilfe von außen (Polizei und Feuerwehr) zugelassen.

- Misslungene Erstgespräche kennzeichnen, dass alle Eigenschaften gleich gerichtet i. S. des Misslingens dargestellt werden.

Beispiele für misslungene Erstgespräche aufgrund nicht erreichter Zielstellungen:

Im Erstgespräch *Fall FMA3\_Künstler* (Anlage 4b, 7b und 8c, Prozessmuster II.3) mit einem Klienten in einer unspezifischen chronifizierten Krisensituation hätte FMA3 Beziehungsangebote gemacht, die über die Entlastung hinausreichten. Ihm sei es bereits im Erstgespräch um den Beginn einer aktiven Auseinandersetzung gegangen. Darauf habe der Klient massiv verbal aggressiv reagiert. Von diesem Zeitpunkt des Erstgesprächs an hätte der Klient auch keine anderen Beziehungsangebote des Beraters akzeptiert. Das Gespräch wäre abgebrochen worden.

Das Erstgespräch *Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?* (VI.2.3.3.3, Prozessmuster III.2) mit dem Dauerklienten wäre für FMA1 der Versuch gewesen, eine kurzfristige, aber doch wenigstens für diesen Tag dauernde Entlastung zu erreichen. Dies habe sie versucht mit einem längeren Gespräch mit entlastenden Angeboten und Angeboten zur aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung zu erreichen. Beides sei nicht gelungen. Der Klient habe 10 Minuten später wieder angerufen. Eine aktive Auseinandersetzung sei nicht möglich gewesen. Einzig die gewöhnliche aggressive Entlastung des Klienten sei nicht erfolgt.

Fall FMA1\_Suizidaler Mann (VI.2.3.4.5, Prozessmuster IV.4)

Zufriedenheit der KlientInnen und Gelingen des Erstgesprächs aus Sicht der BeraterInnen sind nicht identisch. Jedoch werden beide in einem gemeinsamen Prozess hergestellt. So erscheinen für alle berichteten Erstgespräche Einschätzungen von Zufriedenheit durch KlientInnen und Gelingen gleichläufig:

- Gelungene Erstgespräche aus Sicht der BeraterInnen erwiesen sich gleichzeitig als Gespräche, mit denen KlientInnen zufrieden gewesen seien.
- Ebenso zeigte sich Ambivalenz in der Einschätzung der Wirkungen bei BeraterInnen sie bei KlientInnen.
- Dort, wo BeraterInnen Erstgespräche als misslungen empfunden hätten, wären auch KlientInnen unzufrieden gewesen.

Aus der Parallelität positiver, ambivalenter und negativer Aussagen zu Wirkungen von KlientInnen und BeraterInnen kann die Gesamtwirkung eines Erstgesprächs als gelungen, ambivalent gelungen/misslungen und misslungen angesehen werden.

Für KlientInnen wie BeraterInnen ließen sich Wirkungen unter Bezugnahme auf Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs und den Prozess der Beziehungsgestaltung selbst beschreiben. Der Zusammenhang der Outputelemente (Mesoebene) wird in VI.2.2.2.2 dargestellt, die Beziehungen zwischen Output und Prozess der Beziehungsgestaltung selbst (Makroebene) im Anschluss (VI.2.2.2.3).

#### VI.2.2.2.2 Zusammenhänge zwischen den Elementen des Outputs (Mikroebene)

Die Elemente des Outputs: Fortführung (Nicht-Fortführung) und Wirkungen des Erstgesprächs beziehen sich aufeinander. Jedoch stellen sich die Bezüge für KlientInnen und BeraterInnen unterschiedlich dar:

Aus *KlientInnensicht* stellte sich die Wirkung des Erstgesprächs als Zufriedenheit dar. Von der Zufriedenheit der KlientInnen hänge ab, ob es zur Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs i. S. der BeraterInnen käme. Daraus erklärt sich auch, dass die Annahme der Vorschläge zur Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs eben auch als ein Indikator für die Zufriedenheit der KlientInnen erscheint:

- Zufriedene KlientInnen akzeptierten Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung (Nichtfortführung) des Erstgesprächs.
- Ambivalent zufriedene KlientInnen akzeptierten, jedoch mit Einschränkungen, die Vorschläge der BeraterInnen.
- Unzufriedene KlientInnen lehnten Vorschläge der BeraterInnen ab.

Beispiele für die Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit der KlientInnen und Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs

S. o. unter Zufriedenheit der KlientInnen – Bsp. für das Eingehen auf Vorschläge zum weiteren Vorgehens

Entgegengesetzt gelte für die BeraterInnen: Sie brächten aktiv Vorschläge für eine Fortsetzung (Nicht-Fortsetzung) eines Erstgesprächs ein. Gelänge die Umsetzung ihrer Intentionen, hätte dies Einfluss auf ihre Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs. Auch hier ist Fortsetzung (Nicht-Fortsetzung) des Erstgesprächs ein Indikator für die Wirkung in Form des Gelingens, jedoch in umgekehrter Richtung:

- Gelingen die Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs ohne Probleme entsprechend ihrer Intentionen, habe dies Einfluss auf die Einschätzung des Erstgesprächs als gelungenes.
- Gebe es Probleme bei der Umsetzung der Fortsetzung (Nicht-Fortsetzung) entsprechend ihrer Intentionen, aber sie gelinge, sei dies für die BeraterInnen ein Hinweis für die Ambivalenz des Gelingens des Erstgesprächs.
- Lehnten KlientInnen die Vorgehensweise der BeraterInnen bzgl. der Fortsetzung (Nicht-Fortsetzung) des Erstgesprächs, würden BeraterInnen dies als Indiz für das Misslingen des Erstgesprächs werten.

Beispiele für die Zusammenhänge zwischen Fortführung (Nichtfortführung) des Erstgesprächs entsprechend den Zielstellungen und der Einschätzung des Gelingens:

S. unter Gelingen des Erstgesprächs, abgeleitet aus der Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs

*Zusammenfassung:*

Auf der Ebene des Outputs (Mikroebene) stellen sich Zusammenhänge zwischen den Elementen Fortführung des Erstgesprächs und Wirkungen wie folgt dar:

1. Die Zufriedenheit der KlientInnen wirkt auf die Akzeptanz der Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs aus.
2. Die Fortführung (Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs beeinflusst die Einschätzung des Gelingens durch die BeraterInnen.
3. Daraus folgt, dass letztlich *auf der Ebene des Outputs* das Gelingen des Erstgesprächs aus Sicht der BeraterInnen von der Zufriedenheit der KlientInnen abhängig ist (Abbildung 33).

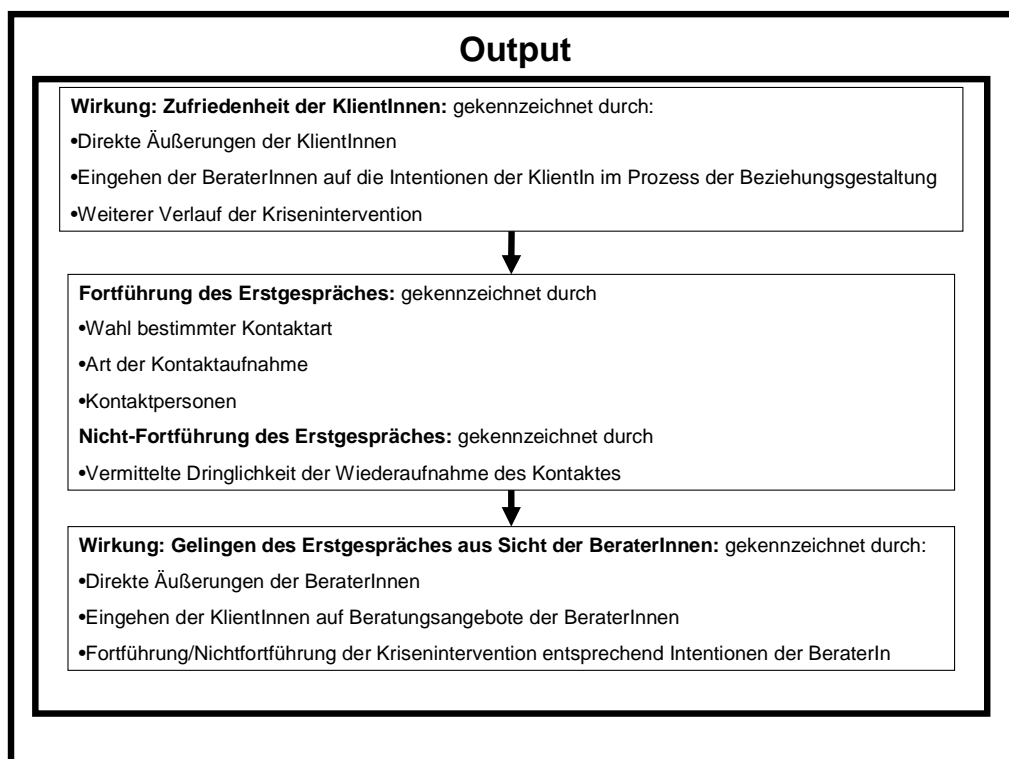


Abbildung 33: Zusammenhänge zwischen den Elementen des Outputs (Mesoebene)

### **VI.2.2.3 Zusammenhänge zwischen dem Prozess der Beziehungsgestaltung und Output (Makroebene)**

Auf der Makroebene des Erstgesprächs werden Prozess und Output der Beziehungsgestaltung zusammengeführt und systematisch aufeinander bezogen<sup>40</sup>. Bisher wurden unterschiedliche Zusammenhänge für KlientInnen und BeraterInnen auf Nano-, Mikro- und Mesoebene beschrieben. Diese Unterscheidung setzt sich auch auf der Makroebene fort:

#### *KlientInnen*

Je nach dem wie sich KlientInnen in ihren Intentionen angenommen fühlten, wären sie auch zufrieden und akzeptierten die Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs durch die BeraterInnen (s.VI.2.2.3). Das Eingehen auf ihre Intentionen bildet sich im Erstgespräch durch entstehende Passungen/Nichtpassungen der Beziehungserwartungen ab:

1. KlientInnen fühlten sich in ihren Intentionen angenommen (Passung der Beziehungserwartungen von BeraterInnen und KlientInnen). Sie seien zufrieden und akzeptierten die von den BeraterInnen vorgeschlagene Fortführung/Nicht-Fortführung.

Beispiele sie Anlage 4 – Deskriptionen von Erstgesprächen und ihren Wirkungen  
Im Erstgespräch Fall FMA1\_Studentin (Anlage 4a, VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1)  
Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin (Anlage 4c, VI.2.3.3.5, Prozessmuster III.4)  
Fall FMA4\_Florettfechten (Anlage 4d, VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3)

2. KlientInnen fühlten sich nur zum Teil in ihren Intentionen angenommen (Passung, begrenzte Nichtpassung von Beziehungserwartungen der KlientInnen und BeraterInnen), seien nur teilweise zufrieden, äußerten Unmut und könnten sich deshalb nur unter Schwierigkeiten auf die Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs einlassen.

Beispiele sie Anlage 4 – Deskriptionen von Erstgesprächen und ihren Wirkungen  
Fall FMA5\_HartzIV und Suizid (Anlage 4b, VI.2.3.2.3, Prozessmuster II.2)  
Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon (Anlage 4d, VI.2.3.4.3, Prozessmuster III.2)

3. KlientInnen kämen aber auch mit Wünschen (Intentionen) in den BKD, die die BeraterInnen nicht erfüllen könnten. Ihre Versuche, KlientInnen eigene annehmbare Beziehungsangebote zu machen, scheiterten (vorwiegende Nichtpassung der Beziehungserwartungen). Die KlientInnen reagierten unzufrieden und aggressiv. Angebote der BeraterInnen bzgl. der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs würden vehement abgelehnt.

Beispiele sie Anlage 4 – Deskriptionen von Erstgesprächen und ihren Wirkungen  
Fall FMA1\_Psychologin (Anlage 4b, VI.2.3.2.4, Prozessmuster II.3)

---

<sup>40</sup> Die systematische Darstellung der Makroebene nimmt notwendigerweise Bezug auf die vorhergehenden Abschnitte. Im Laufe der Ausführungen wird darauf verwiesen. Bereits beschriebene Sachverhalte werden soweit nur, so weit es für das Verständnis erscheint, erneut beschrieben.

Fall FMA3\_Künstler (Anlage 4b, Prozessmuster II.3)  
Fall FMA1\_Ansprüchlicher Mann (Anlage 4c, Prozessmuster III.3)

Die Intentionen der KlientInnen vermitteln sich über ihre Beziehungserwartungen. Angenommen fühlen sie sich, wenn diese Beziehungserwartungen durch die BeraterInnen passend beantwortet werden. Beziehungserwartungen der BeraterInnen und draus folgende Passung entscheiden in ihrer kumulativen Entwicklung also über die Zufriedenheit der KlientInnen (s. VI.2.2.1.2).

### *BeraterInnen*

BeraterInnen entscheiden über ihr Vorgehen im Erstgespräch und die Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs einerseits aufgrund konkreter KlientInnengruppen spezifischer Zielstellungen. Andererseits bezögen sie den Prozessverlauf selbst in ihre Entscheidungen ein. So würden BeraterInnen die Entwicklung KlientInnenseitiger Beziehungserwartungen und ihre Passung zu den eigenen beachten (s.VI.2.2.1.2). In Abwägung von Zielstellung und Verlauf würden BeraterInnen über die Fortführung/Nicht-Fortführung eines Erstgesprächs entscheiden:

1. Bei Gleichläufigkeit der Einschätzung von Verlauf und KlientInnengruppen spezifischen Zielstellungen bzgl. Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs erübrige sich eine Abschätzung.

#### Beispiele für gleichläufige Einschätzungen von Verlauf und Zielstellung und daraus abgeleiteten Vorschlägen zur Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs:

Im Erstgespräch *Fall FMA1\_Studentin* (Anlage 4a, VI.2.3.1.2, Prozessmuster I.1) mit einer jungen Klientin, die sich in einer akuten psychosozialen Trennungskrise befindet, sei das Gespräch i. S. der Zielstellungen für diese KlientInnengruppe gelaufen. Die BeraterIn habe Folgegespräche vorgeschlagen.

FMA4 habe der latent suizidalen Klientin im Erstgespräch *Fall FMA4\_Florettfechten* (Anlage 4d, VI.2.3.4.4, Prozessmuster IV.3) nach einem schwierigen, aber durch Passung der Beziehungserwartungen gekennzeichneten Erstgespräch, i. S. der Zielstellung für diese KlientInnengruppe Folgegespräche vorgeschlagen.

Im Erstgespräch mit einer Dauerklientin aus der Psychiatrischen Klientel *Fall FMA1\_Depressiv* (Anlage 4c, VI.2.3.3.2, Prozessmuster III.1) sei zufrieden stellend verlaufen. Die Klientin habe sich in keiner akuten Krise befunden. So habe FMA1 kein Folgegespräch vorgeschlagen.

2. Werden Prozessverlauf und KlientInnengruppen spezifischen Zielstellungen bzgl. Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs gegenläufig eingeschätzt, folgten die BeraterInnen unterschiedlichen Entscheidungsmustern:

Erstens, wenn für KlientInnen aufgrund ihrer Krisensituation Folgegespräche günstig seien, aber nicht lebensnotwendig, und gleichzeitig das Gespräch aber durch die massive aggressive Entlastung der KlientInnen eskalierten, würden keine Folgegespräche angeboten.

Beispiele für differente Einschätzungen von Verlauf und Zielstellung bzgl. Fortführung/Nicht-Fortführung ohne Suizidalität

Das Erstgespräch *Fall FMA3\_Künstler* (Anlage 4b, Prozessmuster II.3) wäre recht bald eskaliert. Der Klient hätte Beziehungserwartungen des Beraters zur aktiven Auseinandersetzung vehement abgelehnt und diesen massiv entwertet. Die Vehemenz der Aggression habe FMA3 bewogen, trotz der Erkenntnis, dass sich der Klient in einer unspezifischen chronifizierten Krisensituation befinde, keine Folgegespräche anzubieten.

Zu den gleichen Schlussfolgerungen die Beraterin auch im Erstgespräch *Fall FMA1\_Psychologin* (Anlage 4b, VI.2.3.2.4, Prozessmuster II.) nach einem ähnlichen Gesprächsverlauf und Einschätzung, dass sich auch diese Klientin in einer unspezifischen chronifizierten Krisensituation befinde, gelangt.

Zweitens, wenn eine Lebensgefährdung der KlientInnen vorliege, müsste grundsätzlich für die Fortführung des Erstgesprächs angestrebt werden. Feuerwehr und Polizei würden hinzugezogen, bzw. ihnen der Fall übergeben.

Beispiel für differente Einschätzungen von Verlauf und Zielstellung bzgl. Fortführung/Nicht-Fortführung mit Suizidalität:

Die Klientin im Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon* (Anlage 4d, VI.2.3.4.3, Prozessmuster IV.2) wäre akut suizidal gewesen. Während des telefonischen Erstgesprächs habe sie aktiv selbstgefährdend gehandelt. Dies habe der Berater natürlich zu der Einschätzung geführt, dass der Verlauf des Erstgesprächs nicht zielführend gewesen wäre. Aufgrund des aktiven Suizidversuchs habe er Polizei und Feuerwehr eingeschaltet.

Letztlich schließen BeraterInnen aus der gezeigten Akzeptanz der KlientInnen hinsichtlich ihrem Vorgehen im Erstgespräch und der damit verbundenen Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs auf das Gelingen des Erstgesprächs (S. VI.2.2.2.1).

*Zusammenfassung*

Die Asymmetrie der Kommunikation im Erstgespräch bildet sich auch auf der Makroebene des Erstgesprächsprozesses ab. BeraterInnen und KlientInnen gelangen über unterschiedliche Prozesse zur Einschätzung des Erstgesprächs und damit verbundener Schlussfolgerungen (Fortführung/Nicht-Fortführung) des Erstgesprächs:

- KlientInnen leiteten aus der Übereinstimmung ihrer Intentionen (Beziehungserwartungen) mit denen der BeraterInnen ihre Zufriedenheit über das Erstgespräch ab. Aufgrund ihrer Zufriedenheit entschieden sie sich für die Akzeptanz/Nichtakzeptanz der Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs.
- BeraterInnen orientierten sich bei Vorschlägen zur Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs an den Zielstellungen für Erstgespräche spezifischer KlientInnengruppen und dem Verlauf des Erstgesprächs selbst. In Abwägung des Verlaufs des Erstgesprächs und der Möglichkeit, das Erstgespräch entsprechend der Zielstellung für die entsprechende KlientInnengruppe fortzusetzen, schlossen sie auf das Gelingen.

Einen Überblick über den Makroprozess des Erstgesprächs gibt Abbildung 34.



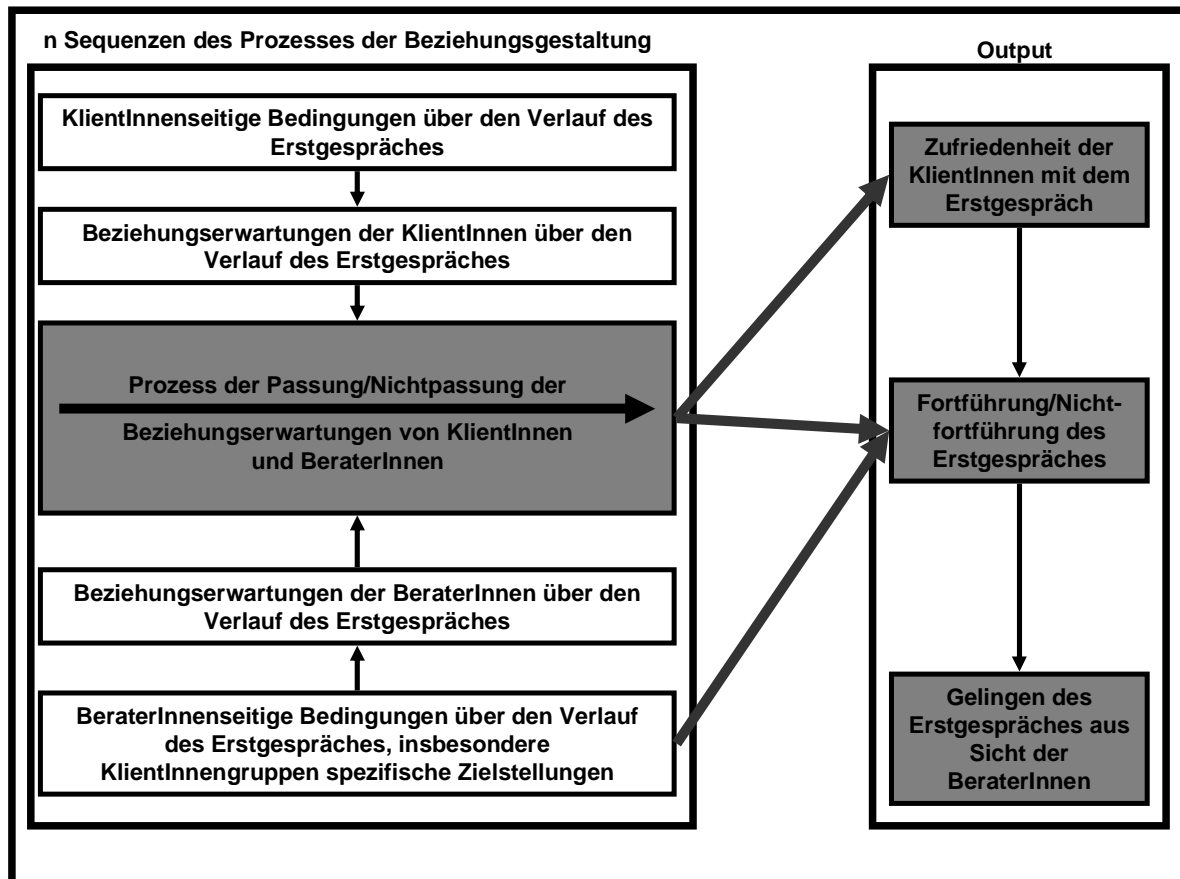


Abbildung 34: Zusammenhänge zwischen Sequenzen des Prozesses der Beziehungsgestaltung und Output (Makroebene)

### VI.2.2.3 Konklusion

Auf allen Ebenen des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung führen differente Prozesse für BeraterInnen und KlientInnen zur Herstellung gemeinsamer Phänomene. Im Prozess ist dieses Phänomen die Herstellung der Passung/Nichtpassung von Beziehungserwartungen der KlientInnen und BeraterInnen, outputseitig die Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs. Der Weg zur Herstellung dieser Phänomene unterscheidet sich jedoch für KlientInnen und BeraterInnen auf allen Ebenen:

- *Nanoebene:* Im Prozess selbst gestaltet sich die Binnenstruktur der Bedingungen für KlientInnen und Beraterinnen auf unterschiedliche Weise (VI.2.2.1). Im Output unterscheiden sich die Wirkungen für BeraterInnen (Gelingen des Erstgesprächs) und KlientInnen (Zufriedenheit) (VI.2.2.2).
- *Mikroebene:* Es wurde von den BeraterInnen für jede Sequenz als zweistufiger Prozess der Beziehungsgestaltung beschrieben (1. Stufe (Bedingungen – Beziehungserwartung, 2. Stufe Beziehungserwartung – Passung/Nichtpassung). Der gemeinsame Ergebnisherstellung der Passung/Nichtpassung liegen differenzierte Prozesse für

KlientInnen und BeraterInnen zugrunde (VI.2.2.1.2). Gleiches gilt für die Binnenstruktur des Outputs (VI.2.2.2.1).

- *Mesoebene*: Betrachtungen zur Mesoebene beziehen sich auf Zusammenhänge zwischen Elementen aufeinander folgender Sequenzen (VI.2.2.1.3.). Die Herstellung von Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen durch KlientInnen und BeraterInnen als Ergebnis jeder Sequenz beeinflusste folgende. Die Unterschiede auf Nano- und Mikroebene setzten sich auf Mesoebene fort.
- *Makroebene*: Es konnten letztlich auch für die auf der obersten Ebene sichtbaren differenzierte Zusammenhänge von Prozess der Beziehungsgestaltung und Output für BeraterInnen und KlientInnen (VI.2.2.3) nachgewiesen werden.

In der allgemeinen Ausgestaltung des Prozessmodells wurden nicht nur Unterschiede zwischen BeraterInnen und KlientInnen deutlich, sondern auch Unterschiede zwischen KlientInnengruppen. Diesen Unterschieden wird im folgenden Kap. (VI.2.3) systematisch nachgegangen.

### VI.2.3 KlientInnengruppen spezifische Erstgesprächsprozesse

Die Darstellung der Ergebnisse der sequentiellen Rekonstruktion orientiert sich an der Zuordnung der Erstgespräche zu KlientInnengruppen. Die Darstellung der sequentiellen Rekonstruktion der Erstgespräche erfolgt in drei Arbeitsschritten:

1. Für jede KlientInnengruppe wird zunächst eine Übersicht über gefundene unterschiedliche Prozessmuster gegeben, die Prozessverläufen konkreter Erstgespräche gemeinsam waren oder nur solitär auftraten. Dabei werden, um die Übersicht zu erleichtern, die KlientInnengruppen mit den römischen Ziffern I bis IV gekennzeichnet:
  - I. KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung
  - II. Klientinnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen
  - III. KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (psychiatrische Klientel) und
  - IV. KlientInnen in suizidalen Krisen.

Die Prozessmuster folgen den numerischen Ziffern 1... n.

2. Um die unterschiedlichen Prozessmuster innerhalb der KlientInnengruppen zu veranschaulichen, wurde zunächst jeweils der Prozess eines konkreten Erstgesprächs expliziert. Wird das Prozessmuster nur durch ein Erstgespräch repräsentiert, wird dieses dargestellt. Konnten Gruppen ähnlicher Prozessverläufe identifiziert werden, wird für die Darstellung ein solches Erstgespräch ausgewählt, welches die Besonderheiten des Musters übersichtlich verdeutlicht. Im Anschluss an die Explikation konkreter Erstgesprächsprozesse, werden die Eigenschaften des Prozessmusters auf der Grundlage des entwickelten Prozessmodells (VI.2.2), seiner Elemente (Bestandteile), ihrer Beziehungen zueinander und ihrer Entwicklung im Erstgesprächsprozess herausgearbeitet. Die unterschiedlichen Prozessmuster innerhalb jeder KlientInnengruppe werden in ihren Gemeinsamkeiten und Unterschieden zusammengefasst.
3. In einem letzten Schritt werden KlientInnengruppen übergreifend Unterschiede und Gemeinsamkeiten der entdeckten Prozessmuster systematisiert (VI.2.3.5). Einerseits werden Gemeinsamkeiten von Prozessverläufen aufgrund ähnlicher Krisensituationen und ähnlicher Wirkungen herausgearbeitet. Andererseits Zusammenhänge zwischen spezifischen Krisensituationen und berichteten/nicht berichteten Wirkungen dargestellt.

### VI.2.3.1 Erstgesprächsprozesse bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung

#### VI.2.3.1.1 Überblick über Zuordnung berichteter Erstgespräche zu Prozessmustern

Erstgespräche mit KlientInnen in akuten Krisen ohne Chronifizierung ähnelten sich auf den ersten Blick. Die Beziehungswünsche der KlientInnen wären Wünsche nach Entlastung und Aktiver Auseinandersetzung und Bewältigung, auf welche die BeraterInnen überwiegend passend reagiert hätten. Unterschiede zeigten sich nur im Beginn der Prozesse hinsichtlich eingebrachter Beziehungserwartungen. Es konnten drei Prozessmuster unterschieden werden (s. Anlage 4a, Anlage 5a, Anlage 6a, Anlage 7a und 8a). Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Zuordnung der konkreten Erstgespräche zu den Prozessmustern.

**Tabelle 20: Übersicht über Prozessmuster bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung**

Prozessmuster bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung	Den Prozessmustern zugeordnete Erstgespräche
Prozessmuster I.1	Fall FMA1_Studentin
	Fall FMA4_Tod des Vaters
	Fall FMA3_Mann gestorben
Prozessmuster I.2	Fall FMA3_Messerstecherei
Prozessmuster I.3	Fall FMA4_Ärger mit den Nachbarn

#### VI.2.3.1.2 Prozessmuster I. 1

##### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

###### Fall FMA1\_Studentin

Die Beraterin FMA1 berichtet explizit von Beziehungsmustern der Klientin, die den Verlauf des Erstgesprächs bestimmt hätten. Die Klientin sei *offen und vertrauensvoll* (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 191), sich *schnell anpassend* und *ernsthaft reflektierend* (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 157) über das gesamte Gespräch hinweg gewesen. FMA1 hätte die Klientin als *sympathisch* (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 27) empfunden, was die empathische Haltung der Beraterin beeinflusst haben könnte. (Anlage 4a, Anlage 5a, Anlage 6a und Anlage 7a und Anlage 8a)

###### Sequenz 1

Am Beginn der Beratung habe die Furcht der Klientin gestanden, magersüchtig (*Angst, Essstörungen zu entwickeln*, Fall FMA1\_Studentin, Zeile 3 - 4) zu werden, da sie nicht essen könne. In der Furcht der Klientin sei für die Beraterin zunächst der Wunsch nach Entlastung in Form der Bestätigung der Gefahr deutlich geworden (Beziehungsangebot: Emotionale Entlastung durch Bestätigung der eigenen Sichtweise). Dies habe die Klientin mit dem Wunsch zu verstehen, wie sie in diese Krise geraten sei, verbunden (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung mit der Krise). FMA1 habe in ihrer Erwiderung Verständnis für die Not der Klientin zum Ausdruck gebracht (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung). Sie habe nachgefragt, um die Krise der Klientin zu verstehen und dieser Verstehen zu ermöglichen (Beziehungsreaktion: Aktive Auseinandersetzung mit der Krise). Die Klientin habe ihr „Nicht-Essen-Können“ mit der Trennung von ihrer Freundin in Verbindung gebracht. Die Beraterin deutet diese Verbindung im Sinne des „Nicht-Mehr-Schlucken-Könnens“ der Zumutungen der Freundin (*auf psychosomatischen Wege versperrt*, Fall FMA1\_Studentin, Zeile 51 - 52). FMA1 habe bei der Klientin auch Ressourcen gesehen und diese durch Fragen in den Fokus des Erstgesprächs gezogen (Übergang zu Sequenz 2).

###### Sequenz 2

Die Klientin sei auf die Hinwendung der Beraterin zu ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen eingegangen. Sie habe sich in diesem Zusammenhang differenziert mit ihrem Studium auseinandergesetzt, realistisch erzählt, was ihr gut gelänge, aber auch dass die Krise ihr Studium gefährdete (*ihr Studium schleifen lassen*, Fall FMA1\_Studentin, Zeile 88 - 89) (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung mit der Krise). FMA1 habe zum einen die Sicht der Klientin bestätigt (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung). Zum anderen habe sie versucht, die Klientin zu motivieren, ihre Ressourcen zur Bewältigung der Trennungskrise zu nutzen (Beziehungsreaktion: aktive Bewältigung der Krise im Vordergrund).

#### *Sequenz 3*

Die Klientin sei im Gespräch dem Angebot der Beraterin zunächst nicht gefolgt. Sie habe ihre für sie unhaltbare Wohnsituation in den Fokus der Beratung gerückt (parallele Beziehungsangebote: Entlastung durch Erzählen und Aktive Auseinandersetzung mit der Krise). FMA1 habe ihre Sichtweise bestätigt (*Freundin ... demotivierend ... unverschämt*, Fall FMA1\_Studentin, Zeile 62 - 67) (Beziehungsreaktion: Emotionale Entlastung durch Bestätigung der eigenen Sichtweise) *und* versucht das Verstehen der Krisensituation bei der Klientin zu vertiefen – vielleicht um eine aktive Bewältigung anzuregen (Beziehungsreaktion: Aktive Auseinandersetzung mit der Krise). Sie habe die Aussagen der Klientin zusammengefasst, das für sie *typische schluckende Beziehungsmuster* (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 158) der Klientin herausgearbeitet und sei noch einmal auf die Ressource Studium eingegangen.

#### *Sequenz 4*

Die Klientin habe begonnen, über eine aktive Bewältigung der krisenhaften Lebenssituation nachzudenken (*was macht sie weiter*, Fall FMA1\_Studentin, Zeile 162) (vgl. Sequenz 2, Beziehungsangebot: Aktive Bewältigung der Krise). FMA1 habe sie wiederum durch die Bestätigung ihrer Sichtweise unterstützt (parallele Beziehungsreaktionen: Emotionale Entlastung durch Bestätigung der eigenen Sichtweise und Hilfe bei der Bewältigung) und demotivierende Aussagen von Freundinnen *relativiert* (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 170). Die Klientin habe sich nun in der Lage gefühlt, zu wissen, was sie wolle.

#### *Sequenz 5*

FMA1 habe die Fortsetzung der Gespräche angeboten, um die Klientin bei der Bewältigung zu unterstützen (Beziehungsangebot: Aktive Bewältigung der Krise). Sie habe die Entscheidung und Terminvereinbarung aber der Klientin überlassen (*das hat sie auch gemacht*, Fall FMA1\_Studentin, Zeile 104 - 105). Diese habe sich für Folgegespräche entschieden. Damit habe FMA1 die Möglichkeit gesehen, das Gespräch an dieser Stelle zu beenden, was durch die Klientin akzeptiert worden wäre.

### **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

#### Bedingungen

KlientInnen, für deren Erstgespräche solche Prozesse typisch seien, kämen zu persönlichen oder telefonischen Erstkontakten. Sie hätten bereits eine Vorstellung, dass der BKD für sie die richtige Anlaufstelle sein könnte. Aber sie hätten noch keine professionelle Hilfe erfahren (Krisenintervention 1. Ordnung oder psychologische erste Hilfe). Ihnen stände grundsätzlich das ganze Spektrum an Beziehungsmöglichkeiten offen, wie bereits in den allgemeinen Aussagen zu dieser KlientInnengruppe (VI.1.4) festgestellt wurde, die jedoch aufgrund des Durchlebens einer akuten psychosozialen Krise vorübergehend eingeschränkt wären.

BeraterInnen könnten bereits zu Anfang des Gespräches erkennen, dass die KlientInnen akute psychosoziale Krisen durchlebten, woraus sie ihre Zielstellungen für das Erstgespräch ableiteten (Beginn der Bewältigung der Krise durch anfängliche Entlastung und aktiver Auseinandersetzung und eventuell Bewältigung im Laufe des Gespräches).

#### Beziehungserwartungen

Die Gespräche begannen so mit dem Wunsch nach Entlastung durch die KlientInnen. Die Beraterinnen unterstützten dies aktiv durch die Strukturierung der inhaltlichen Kommunikation. Weiterführende Beziehungsangebote in Richtung Aktiver Auseinandersetzung und Bewältigung könnten schon durchklingen. Die BeraterInnen machten den KlientInnen recht bald aktiv eigene Kommunikationsangebote, die über die anfänglichen Beziehungserwartungen der KlientInnen nach Entlastung hinausgingen. KlientInnen würden diese Angebote zu diesem oder einem späteren Zeitpunkt annehmen können.

### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

BeraterInnen reagierten passend auf Beziehungsangebote der KlientInnen. Machten sie erweiterte Beziehungsangebote in Richtung Bewältigung, würden die KlientInnen passend reagieren oder mit vorübergehenden Nichtpassungen produktiv umgehen können. Würden die erweiterten Beziehungsangebote in Richtung der Aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung nicht angenommen werden (vorübergehende Nichtpassung der Beziehungsangebote), bliebe es bei den von den KlientInnen vorgeschlagenen Beziehungsangeboten, die auf jeden Fall die Entlastung beinhalteten. Meist seien die KlientInnen zu einem späteren Zeitpunkt im Erstgespräch in der Lage, weiterführende Angebote wie die die Hilfe bei der aktiven Bewältigung bereits im Erstgespräch anzunehmen bzw. brächten dieses Angebot selbst ein.

### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Wenn möglich und notwendig würden Folgekontakte angeboten, um die Bewältigung der Krise zu unterstützen, die auch angenommen würden. Das Angebot von Folgekontakten sei häufiger bei persönlichen Gesprächen, bei telefonischen seltener. An weiterführende langfristige Therapieangebote würde nicht verwiesen, da keine Chronifizierung vorliege.

### Zeitliche Ausdehnung

Persönliche Erstgespräche, die diesem Prozessmuster zugeordnet werden könnten wiesen zeitliche Ausdehnungen der Erstgespräche a 1 bis 1,5 Stunden auf. Telefonische könnten auch etwas kürzer sein.

### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

Diese Gespräche werden von den BeraterInnen als gelungen eingeschätzt, weil es i. S. der Zielstellung gelang, die Bewältigung der Krise im Erstgespräch in Gang zu setzen und wenn möglich und notwendig, Folgekontakte zu vereinbaren. KlientInnen, so meinten die BeraterInnen, seien mit den Erstgesprächen zufrieden und empfänden sie als hilfreich.

Abbildung 35 (s. auch Anlage 4a, 5a, 6a und 7a) fasst die wesentlichen Merkmale des Prozessmusters I.1 hinsichtlich des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung zusammen. Es könnte als **gelungenes persönliches oder telefonische Erstgespräch und Kriseninterventionen 1. Ordnung in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung** bezeichnet werden. Auch erscheint es eine Art „Idealtyp“ eines Erstgesprächs mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung zu sein, welches einige Autoren ihren Ausführungen über Erstgespräche zugrunde legen (z. B. Sonneck, 1997 und Slaikeu, 1990).

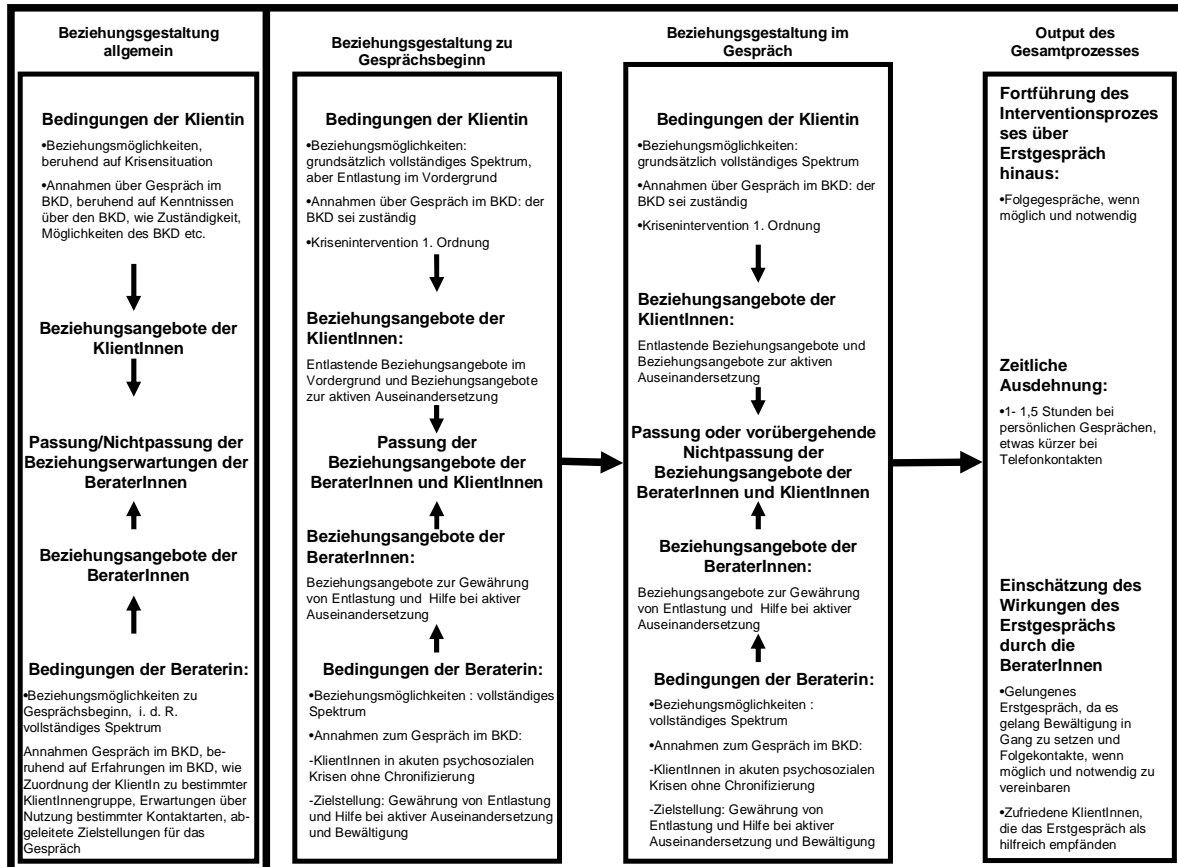


Abbildung 35: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in akut psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung – Prozessmuster I.1

### VI.2.3.2.3 Prozessmuster I.2

#### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

##### Fall FMA3\_Messerstecherei

###### Sequenz 1

Nach Vermittlung durch die Krisenstation und kurzem persönlichem Vorgespräch sei der Klient zum eigentlichen Erstgespräch gekommen. Schon zu Anfang des Gesprächs sei für FMA3 wie den Klienten klar gewesen, dass es um eine Begleitung zurück in den Alltag gehen sollte. So hätte das Gespräch mit der Vereinbarung von Folgeterminen begonnen (Übereinkunft über Beziehungsangebot zwischen Klient und Berater: Entlastung und aktive Bewältigung).

Zunächst habe der Klient vom traumatischen Tod seines Freundes und dessen Folgen von ihm erzählt (Beziehungsangebot: Entlastung durch Erzählen). Dabei hätte FMA3 darauf geachtet, inwieweit dies für den Klienten schon möglich sei (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung). Er habe sich *Zeit genommen*, das Angebot gemacht, *Pausen zu machen* (Fall FMA3\_Messerstecherei, Zeile 163 – 165), auch einen *Tee* angeboten (Fall FMA3\_Messerstecherei, Zeile 268). Der Klient habe aber bereits begonnen (*wollte möglichst schnell*, Fall FMA3\_Messerstecherei, Zeile 81 - 82), über die Bewältigung nachzudenken. FMA3 habe dies akzeptiert, aber auch die Gefahr gesehen, dass sich der Klient überfordern könnte.

###### Sequenz 2

Er habe versucht, den Klienten zu *bremsen* (Fall FMA3\_Messerstecherei, Zeile 83) (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung). Er habe mögliche Auswirkungen der Krise mit dem Klienten besprochen ebenso, was der Klient jetzt schon schaffen könnte, was noch nicht. Der Klient habe von Schlafstörungen erzählt (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Erzählen). Der Klient und Berater hätten gemeinsam besprochen, was für den Klienten in den nächsten Tagen anstände (Begräbnis des Freundes, Medikamente etc.) (Beziehungsübereinkunft: aktive Bewältigung der Krise).

###### Sequenz 3:

FMA3 habe den Klienten wieder auf mögliche Angebote der Entlastung in kritischen Phasen der nächsten Tage verwiesen, wie auf die Vereinbarung zu Folgegesprächen, auf die Möglichkeit telefonisch Kontakt aufzunehmen und mit Mitpatienten in Kontakt zu bleiben (Beziehungsangebot: Hilfe Aktive Auseinandersetzung mit Entlastungsmöglichkeiten). Der Klient hätte darauf positiv reagiert (Beziehungsreaktion: Aktive

Auseinandersetzung mit Entlastungsmöglichkeiten). Er habe betont, dass er mit *Mitpatienten* der stationären Krisenstation (Fall FMA3\_Messerstecherei, Zeile 222) in Kontakt wäre, was ihm helfen würde.

*Sequenz 4*

FMA4 habe abschließend nach den Vorstellungen zur Bewältigung des heutigen Tages gefragt (Beziehungsangebot: Hilfe bei aktiver Bewältigung). Der Klient habe gemeint, heute würde er erste Dinge der Alltagsbewältigung in die Hand nehmen und darauf achten, dass er auch zur Ruhe käme (ein *ausgewogenes Verhältnis*, Fall FMA3\_Messerstecherei, Zeile 255). Mit dem Verweis auf die Folgegespräche wäre das Gespräch beendet worden (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung durch nochmaliges Ankündigen der Folgekontakte und die Annahme dieses Beziehungsangebotes). (Anlage 4a, Anlage 6a, Anlage 7a und Anlage 8a)

## **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

### Bedingungen

KlientInnen, die zu einem Erstgespräch in den BKD kämen, aber erste Interventionen durch andere, z. B. Kooperationspartner des BKD wie die stationäre Krisenstation erfahren hätten, hätten bereits erste Schritte in Richtung der Bewältigung der akuten psychosozialen Krise unternommen<sup>41</sup>. Ihre Ressourcen zum Umgang mit der Problematik ständen ihnen bereits in großen Teilen wieder zur Verfügung. Zu solchen Gesprächen komme es aufgrund Vorabsprachen mit KooperationspartnerInnen, d. h. BeraterInnen seien über die KlientInnen und stattgefundenene Intervention vom Grundsatz her im Bilde.

### Beziehungserwartungen

Die KlientInnen hätten von Anfang an Beziehungserwartungen in Richtung der aktiven Bewältigung der Krise. Die BeraterInnen würden ihnen darin zur Seite stehen. Gleichzeitig achteten sie darauf, dass die KlientInnen sich nicht überforderten. Sie würden deshalb immer Entlastungsangebote machen. Inhaltlich kennzeichneten diese Erstgespräche die Antizipation konkreter Bewältigungsschritte. Bewältigung könne sich auf konkrete Tagesanforderungen wie Rückkehr in den gewohnten Alltag richten. Mit dem Besprechen konkreter Handlungswünsche für die nächsten Tage und Wochen würden BeraterInnen psychoedukative Anteile über Krisenverläufe in die Beratung ebenso einbinden, möglicherweise auch Notfallpläne.

### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen, Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus, Zeitliche Ausdehnung und Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

s. Prozessmuster I.1

---

<sup>41</sup> *Sonneck* (1997) und *Slaikau* (1990) unterscheiden bei akuten psychosozialen Krisen zwischen Erstkontakt resp. Krisenintervention erster Ordnung (Psychologische erste Hilfe) und eigentlicher Krisenintervention resp. Krisenintervention zweiter Ordnung (Krisentherapie). In der Praxis des BKD können einerseits Erstkontakte hin und wieder auch mit der Krisenintervention zweiter Ordnung beginnen, wenn die KlientInnen von anderen Institutionen geschickt werden. Andererseits sind Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und aus der psychiatrischen Klientel überhaupt nicht in dieser Klassifikation zu erfassen.



Abbildung 36 (s. auch Anlage 4a, Anlage 6a, Anlage 7a und Anlage 8a) zeigt die wesentlichen Grundzüge des Prozessmusters I.2, wobei die Bestandteile grau unterlegt wurden, die es vom „Idealtyp“ (Prozessmuster I.1) unterscheiden<sup>42</sup>. Veränderte Bedingungen durch die bereits erfolgte Krisenintervention 1. Ordnung (Psychologische erste Hilfe) modifizieren die Beziehungserwartungen und auch die Wirkungen aus Sicht der BeraterInnen. Das Prozessmuster I.2 könnte letztendlich als **gelungenes persönliches Erstgespräch und Krisenintervention 2. Ordnung mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung** bezeichnet werden. Auch diese Gespräche sind aufgrund der Vernetzung des BKD im psychosozialen System der Stadt keine Seltenheit, entsprechen aber nicht der idealtypischen Sicht.

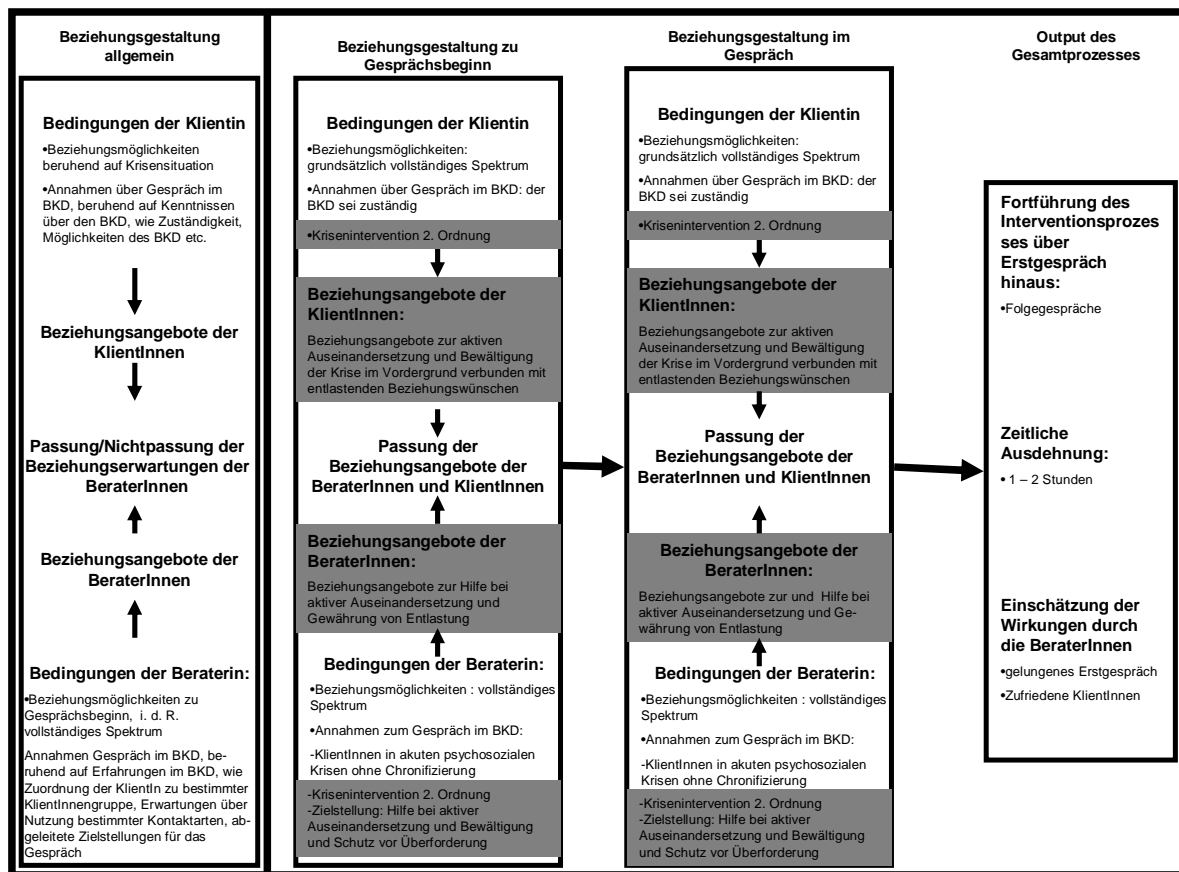


Abbildung 36: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in akut psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung – Prozessmuster I.2

<sup>42</sup> In allen weiteren Abbildungen werden die Eigenschaften, die sich vom jeweiligen als „Idealtyp“ angenommenen Erstgesprächsprozess unterscheiden, grau unterlegt um sie visuell hervorzuheben.

### VI.2.3.1.4 Prozessmuster I.3

#### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

##### Fall FMA4\_Ärger mit den Nachbarn

###### Sequenz 1

Die Klientin habe im BKD angerufen und sei sehr unsicher gewesen, ob sie mit der richtigen Stelle Kontakt aufnehme (*wer ist eigentlich zuständig*, Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn, Zeile 3 - 4) (Beziehungsangebot: Austesten, ob BKD richtiger Ansprechpartner). Sie habe Probleme mit einem Nachbarn angedeutet. FMA4 habe mit Vorsicht reagiert und zunächst gemeint, der BKD wäre keine *Mieterberatung* (Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn, Zeile 32) (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung). Er habe die Klientin gebeten, *erst einmal zu erzählen* (Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn, Zeile 8 - 9). Die Klientin habe begonnen ausführlicher zu erzählen. FMA4 sei klar geworden, dass es hier um eine krisenhafte Problematik gegangen sei (*aus ner harmlosen Anfrage ....dann doch zu ner Geschichte*, Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn, Zeile 31 - 32).

###### Sequenz 2

Die Klientin habe nun ausführlicher und persönlicher von den Problemen mit ihrem Nachbarn erzählt, der sie und ihren Sohn tyrannisiere (Beziehungsangebot: Entlastung durch Erzählen der eigenen Sichtweise). Sie sei sich sehr unsicher gewesen, *ob es überhaupt ein Problem sei* (Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn, Zeile 136 - 137) und ob es ernst genommen werden müsse. FMA4 habe sie in ihrer Sichtweise bestätigt (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung durch Bestätigung der Sichtweise der Klientin), die Vorgehensweise des Nachbarn *als Gemeinheit zu empfinden* (Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn, Zeile 152 - 153).

###### Sequenz 3

FMA4 habe der Klientin Vorschläge zu einem möglichen Umgang mit dem Nachbarn gemacht (Beziehungsangebot: Hilfe bei aktiver Auseinandersetzung und Bewältigung). So habe er empfohlen, keinen direkten Kontakt mehr zum Nachbarn zu haben, sondern *über Vermieter* (Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn, Zeile 112) zu gestalten. Auch habe er versucht, das Verhalten des Nachbarn aus psychologischem Hintergrund heraus verständlich zu machen. Die Klientin habe die *Ratschläge als hilfreich empfunden* (Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn, Zeile 129) und sich bedankt (Beziehungsreaktion: Aktive Auseinandersetzung und Bewältigung der Krise). Der Berater habe nun den Vorschlag gemacht, das Gespräch zu beenden und unverbindlich angeboten, falls es weitere Probleme gäbe, sich wieder zu melden (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung und Hilfe bei der Bewältigung durch mögliche Folgegespräche). Die Klientin habe den Vorschlag angenommen (Beziehungsreaktion: Entlastung und aktive Auseinandersetzung durch mögliche Folgegespräche). (Anlage 4a, Anlage 6a, Anlage 7a und Anlage 8a)

#### (b) Merkmale der Prozessgestaltung

##### Bedingungen

Die Besonderheit dieses telefonischen Gespräches liege in seinem Beginn. Es könne vorkommen, dass aufgrund des besonderen Settings eines Telefongesprächs (vgl. allgemeine Aussagen der BeraterInnen zu Telefonkontakten VI.1.2), es BeraterInnen schwerer falle, das Anliegen der KlientInnen einzuordnen. Ihre Beziehungsmöglichkeiten beschreiben BeraterInnen analog Prozessmuster I.1.

##### Beziehungserwartungen

Der Anfang von solchen telefonischen Erstgesprächen sei durch vorsichtiges Abtasten der Möglichkeiten des BKD durch KlientInnen und erste vorsichtige Erkundungen nach den Hintergründen der Anrufe durch die BeraterInnen gekennzeichnet. Diese Form der Beziehungsgestaltung sei sonst eher für Gespräche mit chronifizierten KlientInnen typisch, entstehe hier jedoch aus anderen Gründen: KlientInnen seien oft unsicher, ob sie beim BKD richtig wären. Nähmen BeraterInnen die Not der KlientInnen wahr, würden sie, so wie bei persönlichen Gesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung, vorgehen.

Nach anfänglicher Entlastung rücke sehr bald die Bewältigung in den Vordergrund der Beratung.

#### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

s. Prozessmuster I.1

#### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Seltener als bei persönlichen Gesprächen käme es zu fest vereinbarten Folgekontakten. Oft würde bereits das eine Gespräch die KlientInnen bereits wieder in die Lage zu versetzen, allein die Krise zu bewältigen bzw. sich Hilfe bei spezifischen Beratungsstellen und anderen Partnern zu holen.

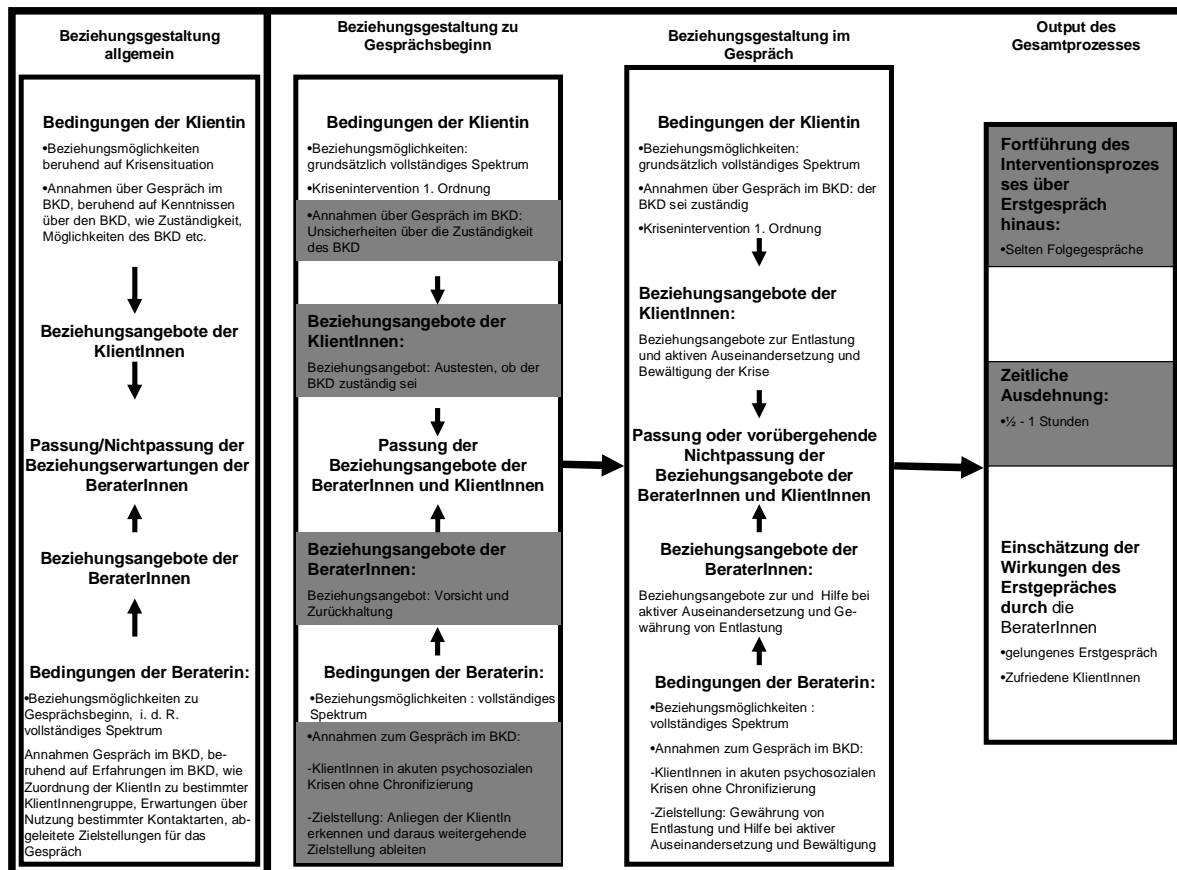
#### Zeitliche Ausdehnung

Solche telefonischen Erstgespräche könnten kürzer sein als persönliche Erstgespräche (vgl. Prozessmuster I.1 und I.2) wie im beschriebenen Erstgespräch *Fall FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn*.

#### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

s. Prozessmuster I.1

Abbildung 37 (s. auch Anlage 4a, Anlage 6a, Anlage 7a und Anlage 8a) zeigt das Prozessmuster I.3. Es unterscheidet sich vom „Idealtyp“ (Prozessmuster 1) darin, dass die Bedingung anfänglicher Unsicherheit, wahrscheinlich wegen des telefonischen Kontaktes und dessen Präferenzierung durch DauerklientInnen, anfängliche Beziehungserwartungen modifiziert. Nach der Klärung der Unsicherheiten verläuft das Gespräch anlog des Prozessmusters I.1. Dieser Prozessmuster könne als **gelungenes telefonisches Erstgespräch und Krisenintervention 1. Ordnung mit Unsicherheiten über die Zuständigkeit des BKD und den Fokus mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung** bezeichnet werden.



**Abbildung 37: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in akut psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung – Prozessmuster I.3**

*VI.2.3.2.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Erstgesprächsprozessen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung*

Im Zuge der sequentiellen Rekonstruktion konnten die differenzierten allgemeinen Aussagen der BeraterInnen zur Beziehungsgestaltung mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (vgl. VI.1.3 und VI.1.4.) einerseits bestimmten Prozessmustern zugeordnet werden. Andererseits zeigte sich dass wesentliche allgemeine Aussagen für alle Prozessmuster galten. (Abbildung 38)

Gemeinsamkeiten aller Prozessmuster:

**Bedingungen:**

Es bestätigte sich in allen Gesprächen, dass diese KlientInnen bereits im Erstgespräch grundsätzlich über das gesamte Spektrum von Beziehungsmöglichkeiten verfügten, welches nur temporär durch die akute psychosoziale Krise eingeschränkt wäre.

**Beziehungserwartungen:**

Entlastende Beziehungswünsche träten zusammen mit Wünschen nach Aktiver Auseinandersetzung und Bewältigung auf (Abbildung 38), aber diese differierten im Zeitpunkt ih-

res Einbringens durch KlientInnen und BeraterInnen (s. Unterschiede in Beziehungserwartungen).

Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen und Auswirkungen auf den Prozess:

Beziehungsangebote von KlientInnen und BeraterInnen passten fast ausschließlich zu einander. BeraterInnen wie KlientInnen bemühten sich aktiv um passende Beziehungsreaktionen. Die einzige auftretende Nichtpassung (Fall FMA1\_Studentin) sei temporär und ohne Auswirkungen auf das Gelingen des Prozesses gewesen. KlientInnen scheinen in der Lage zu sein, passend auf erweiterte Beziehungsangebote der BeraterInnen in Richtung Bewältigung reagieren zu können, bzw. produktiv mit Nichtpassungen umgehen zu können.

Einschätzung der Wirkungen der Erstgespräche für KlientInnen und BeraterInnen:

Alle Gespräche würden von den BeraterInnen i. S. der Zielstellung (Einleitung der Bewältigung der akuten psychosozialen Krise) als gelungen eingeschätzt. Ebenso wären die KlientInnen zufrieden gewesen.

Unterschiede in Prozessmustern:

Bedingungen:

Bedingungen könnten hinsichtlich des Settings, in welchem konkrete Erstgespräche stattfänden, differieren. Dies könnte die Art der Kriseninterventionen (1. oder 2. Ordnung) betreffen, aber auch Unsicherheit/Sicherheit über die Zuständigkeit des BKD durch KlientInnen und in der Einordnung der KlientInnen durch die BeraterInnen. Unsicherheiten in der Zuständigkeit des BKD wurden im Zusammenhang mit Telefonkontakten berichtet, die durch eine schwierigere Wahrnehmung gekennzeichnet wären (vgl. VI.1.2). Der Unterschied zwischen Kriseninterventionen 1. Ordnung (Prozessmuster I.1 und I.3) und Kriseninterventionen 2. Ordnung (Prozessmuster I.2) läge darin, dass in letzteren den KlientInnen vom Anfang des Gesprächs an das gesamte Spektrum an Beziehungsmöglichkeiten zur Verfügung stünde.

Beziehungserwartungen:

Bei Erstgesprächen, die Kriseninterventionen 1. Ordnung seien und der Focus der Beratung klar wäre, ständen zu Anfang des Gesprächs Entlastungswünsche im Vordergrund. Wünsche nach aktiver Auseinandersetzung und Bewältigung würden schon anklingen, seien aber nicht dominant. Anders gestalte sich dies bei persönlichen Gesprächen, die Kriseninterventionen 2. Ordnung seien, hier wünschten die KlientInnen vor allem Hilfe bei der Bewältigung. Wohl beständen auch Entlastungswünsche, aber eher begleitend. Telefonische Erstgespräche, die ebenfalls Kriseninterventionen erster Ordnung seien, aber Un-

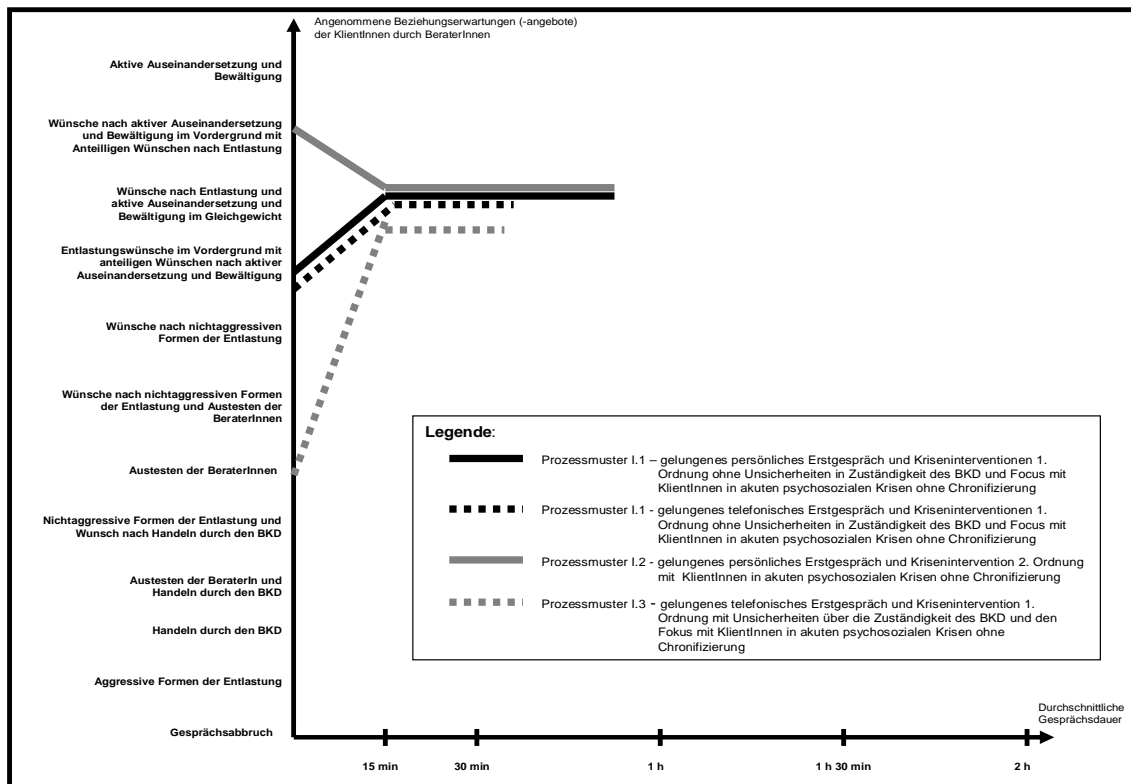
sicherheiten von KlientInnen hinsichtlich der Zuständigkeit des BKD und von BeraterInnen hinsichtlich der Einordnung der KlientInnen kennzeichneten, begannen mit einer Phase des Austestens. KlientInnen und BeraterInnen würden expliziter versuchen, herauszufinden, ob die Problematik im BKD behandelt werden könne. Im weiteren Verlauf der Gespräche gliederte sich die Gesprächsgestaltung an, Wünsche nach Entlastung und aktiver Bewältigung hielten sich die Waage. (Abbildung 38)

Unterschiede in der Fortführung der Krisenintervention in Folge der Erstgespräche:

Telefonische Erstgespräche mit KlientInnen in akuten Krisen ohne Chronifizierung endeten eher ohne konkrete Folgegespräche. Dagegen seien in allen persönlichen Erstgesprächen Folgekontakte vereinbart worden und hätten auch statt gefunden. Hier bestätigen sich die allgemeinen Aussagen der BeraterInnen zu Modifikationen in der Krisenintervention durch die Kontaktart.

Unterschiede in der zeitlichen Ausdehnung:

Die BeraterInnen schätzten ein, dass, wie bereits in den allgemeinen Aussagen formuliert, (VI.1.2), telefonische Erstgespräche kürzer dauern würden.



**Abbildung 38: Überblick über mögliche Entwicklungen der Beziehungserwartungen der KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung im Erstgespräch im Berliner Krisendienst**

### VI.2.3.2 Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen

#### VI.2.3.2.1 Überblick über Zuordnung berichteter Erstgespräche zu Prozessmustern

Im Ergebnis der sequentiellen Rekonstruktion von acht Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen wurden drei unterschiedliche Prozessmuster identifiziert. Dabei wurde der Beginn aller Gespräche ähnlich geschildert. KlientInnen kämen mit Beziehungswünschen nach Entlastung, die aber gleichzeitig von Misstrauen gegen die Helferszene gekennzeichnet wären. Unterschiede in den Prozessverläufen entstanden erst durch Reaktionen auf der Beziehungsebene durch die BeraterInnen und den Umgang der KlientInnen mit ihnen (s. Anlage 4b, Anlage 5b, Anlage 6b, Anlage 7b und Anlage 8a, 8b und 8c). In Tabelle 21 wird ein Überblick Prozessmuster und ihnen zuordenbare Erstgespräche gegeben:

**Tabelle 21: Übersicht über Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen**

Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen	Erstgespräch
<b>Prozessmuster II.1</b>	Fall FMA2_Von Leipzig nach Berlin
	Fall FMA4_Kindheit im Heim
	Fall FMA5_Warum leb' ich überhaupt noch (oder die Entdeckung des eigenen Kindes)
<b>Prozessmuster II.2</b>	Fall FMA5_HartzIV und Suizid
<b>Prozessmuster II.3</b>	Fall FMA1_Psycholgin (Nichts mehr hören können)
	Fall FMA2_Schon drei Monate in Berlin
	Fall FMA3_Künstler
	Fall FMA5_Wie kann mich meine Frau mich abhalten, gewalttätig zu werden (Paargespräch)

#### VI.2.3.2.2 Prozessmuster II.1

##### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin

###### *Sequenz 1*

FMA2 habe einen *jungen, schlanken, sportlich wirkenden Mann* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 28) an der Tür empfangen und in den Warteraum geleitet. Dort habe das Gespräch dann stattgefunden. Der Raum habe in seiner Gemütlichkeit geholfen, eine Beziehung zum Klienten aufzubauen, da er sich dort habe entspannen können (Beziehungsangebot: Gewährung von Emotionaler Entlastung durch Schaffen einer angenehmen Atmosphäre). FMA2 habe sich vorgestellt und erklärt, warum er das Gespräch führe. Nachdem die Umstände des Gespräches geklärt gewesen seien, habe der Klient von sich und seiner Geschichte erzählt. Dabei habe sich der Klient schwer begrenzen lassen (Beziehungsangebot: Entlastung durch Bestätigung der eigenen Sichtweise). FMA2 habe durch Nachfragen versucht das Ganze zu strukturieren (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung). Ihm wäre deutlich geworden, dass der Klient *irgendjemanden bedurfte, [dem] er was erzählen konnte* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 53 - 54). Von Anfang an sei es auch darum gegangen, ihn als Berater *abzuchecken* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 193), z. B. mit Fragen über seinen beruflichen Hintergrund (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters). FMA2 sei klar gewesen, dass er in der Gesprächsführung sehr vorsichtig und zurückhaltend agieren haben müssen (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung, Verantwortung bei Klientin lassen).

###### *Sequenz 2*

Während von Seiten des Klienten das Abchecken des Beraters im Mittelpunkt gestanden habe (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters), habe FMA2 in dieser Phase des Gespräches (längste Phase des Gespräches)

versucht, herauszufinden, was der Klient wolle und über welche Ressourcen er verfüge (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung).

Der Klient habe sich in dieser Phase ambivalent verhalten, Auf der einen Seite sei er ein Mensch, *der vermittelt, er habe alles in der Hand* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 264 - 265). Jetzt wolle er etwas ändern. Auf der anderen Seite habe er auf FMA2 *regressiv kindlich* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 170 - 171) gewirkt. Diese Ambivalenz im Beziehungsangebot des Klienten habe sich auch im Wunsch, etwas zu ändern, widerspiegelt. Er habe zwischen Psychotherapie und medikamentöser Therapie (*diese Mittelchen nehm ich und dann ist alles gut*, Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 77 - 78) geschwankt. Aufgrund seiner Geschichte sei er bereits mit beiden Alternativen vertraut gewesen. FMA2 hinterfragt die Therapiewünsche, bleibt jedoch vorsichtig mit jeder Art von Empfehlungen.

#### *Sequenz 3*

Aus der Ambivalenz der Wünsche des Klienten (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters und Entlastung durch Bestätigung der eigenen Sichtweise) habe FMA2 Vorschläge für unterschiedliche Handlungsalternativen entwickelt. Einerseits habe der Klient eine Therapie beginnen wollen. Andererseits sei die Suche nach einem Arzt in den Mittelpunkt gerückt (Beziehungsangebot des Klienten: Bewältigung der Krisensituation). FMA2 sei vorsichtig geblieben und habe keine Therapieempfehlung ausgesprochen (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung, Verantwortung bei Klientin lassen). Dagegen habe er dem Klienten vorgeschlagen, einen dem BKD bekannten Arzt aufzusuchen. Er habe damit die Intention des Klienten getroffen (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Bestätigung der eigenen Sichtweise und Hilfe bei Bewältigung). Er habe ihm *zugetraut, selbst aktiv zu werden* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 407 - 408). In dieser Sequenz hätten die beiden geklärt, welche Unterstützung der Klient aus seiner Sichtweise benötigen würde, um aktiv zu werden. Die Klärung habe zur vierten und letzten Sequenz des Gesprächs übergeleitet:

#### *Sequenz 4*

Für FMA2 habe nun das Gespräch beenden wollen, was er mit der bereits vergangenen Zeit begründet. Dabei sei es darum gegangen, Vorschläge *konkret zu machen* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 424), weil FMA2 ansonsten die Gefahr gesehen habe, dass der Klient aus dem Kontakt gegangen wäre. So habe er mit dem Klienten Folgegespräche vereinbart (Beziehungsangebot: Beziehungserhalt weitere Entlastungsgespräche, mit Angebot der aktiven Bewältigung verbunden) und Adressen für Ärzte wie Psychotherapie (*Institut*, Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 341) herausgesucht. Dies sei auch das Signal für das Beenden des Gesprächs gewesen, was der Klient, ebenso wie Folgegespräche und Gabe der Adressen habe annehmen können. Mit der Übergabe der Adressen sei die Bitte (Beziehungsangebot: aktive Bewältigung) verbunden gewesen, dies zum Folgegespräch bereits in Angriff genommen zu haben. Damit habe FMA2 prüfen wollen, ob die *Beziehung zum Klienten schon so tragfähig [sei], eine gemeinsame ... Lösungsstrategie zu erarbeiten* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 437 - 439), was gelungen sei. Der Klient habe sich für das Gespräch bedankt und das Gespräch sei beendet worden (Beziehungsreaktion: Akzeptanz der Beendigung des Gesprächs und Annahme des Angebots von Folgegesprächen zur Entlastung wie aktiven Bewältigung). Er sei aktiv in der Suche nach Ärzten und Therapie geworden. Er sei zu zwei weiteren Folgegesprächen gekommen. (Anlage 4b, Anlage 5b, Anlage 6b Anlage 7b und Anlage 8a)

## **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

### Bedingungen

Diese Klientinnen kämen zu persönlichen Gesprächen in den Krisendienst. Ihre Beziehungsmöglichkeiten seien aufgrund der chronifizierten Krise bereits eingeschränkt. Misslungene Bewältigungen akuter Krisensituationen hätten sie misstrauisch gegenüber der Helferszene gemacht. Es lägen keine akuten Krisensituationen vor, was die BeraterInnen auch erkennen würden. Stattdessen nähmen sie Chronifizierungen wahr und richteten ihre Zielstellungen für das Erstgespräch daran aus.

### Beziehungserwartungen

Die Beziehungsangebote der KlientInnen seien ambivalent. Oft transportierten sie über ein und denselben Inhalt unterschiedliche Beziehungsangebote, die die BeraterInnen erkennen und adäquat beantworten müssten. Es würden viele inhaltliche Themen angeboten, so dass es schwierig für die Berater sei, den inhaltlichen Focus des Erstgesprächs zu erkennen. Oft gebe es einen solchen auch nicht.



Auf den ersten Blick scheinen KlientInnen eine Aktive Auseinandersetzung und Bewältigung anzustreben. Diese würde von den BeraterInnen jedoch als Austesten ihrer Kompetenz verstanden werden, da es großes Misstrauen gegenüber der „HelferInnenszene“ gebe. Eigentlich wünschten KlientInnen Entlastung. BeraterInnen konzentrierten sich auf die Entlastungswünsche der KlientInnen und reagierten vorsichtig auf Angebote der KlientInnen, die darüber hinaus zu gehen scheinen, dadurch böten sie den KlientInnen auf jeden Fall Beziehungen an, auf welche diese adäquat reagieren könnten. Die Vorsicht sei wichtig, denn das Misstrauen dieser KlientInnen sei so ausgeprägt, weil die Gefahr eines Beziehungsabbruches für die BeraterInnen fühlbar bliebe.

#### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

BeraterInnen reagierten aktiv passend auf entlastende und austestende Beziehungsangebote der KlientInnen. Sie vermieden Nichtpassungen, dadurch, dass sie auf scheinbar weiterreichende Beziehungsangebote der KlientInnen nicht im Erstgespräch eingingen.

#### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Es gelinge eine Arbeitsbeziehung mit den KlientInnen aufzubauen. Folgegespräche würden angeboten und von den KlientInnen angenommen. Im Angebot von Folgegesprächen könne die aktive Auseinandersetzung und Bewältigung mit den chronifizierten Krisen schon mit antizipiert werden, aber den entlastenden Wünschen der KlientInnen würde weiterhin Raum gegeben.

#### Zeitliche Ausdehnung

Der Prozess des Erstgesprächs gestalte sich für die BeraterInnen langwierig und kompliziert, oft über mehr als anderthalb Stunden. Oft würden diese Gespräche auch beendet, weil die BeraterInnen erschöpft wären.

#### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

BeraterInnen schätzen diese Gespräche als gelungen ein, da durch die Vereinbarung von Folgekontakten die Überführung in längerfristige Angebote möglich geworden sei. Auch KlientInnen seien nach Ansicht der BeraterInnen zufrieden gewesen. Jedoch hätten sie diese Einschätzung noch nicht nach dem Erstgespräch gewagt. Erst nach erfolgreichen Folgegesprächen seien sie sich hinsichtlich Gelingen und Zufriedenheit der KlientInnen sicher gewesen. (Anlage 4b, Anlage 6b, Anlage 7b und Anlage 8a)

Das dargestellte Prozessmuster II.1 (Abbildung 39) gelte den BeraterInnen als „Idealtyp“ eines Erstgesprächs mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen. Man

könnte es als **gelungenes persönliches Erstgespräch mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen** bezeichnen.

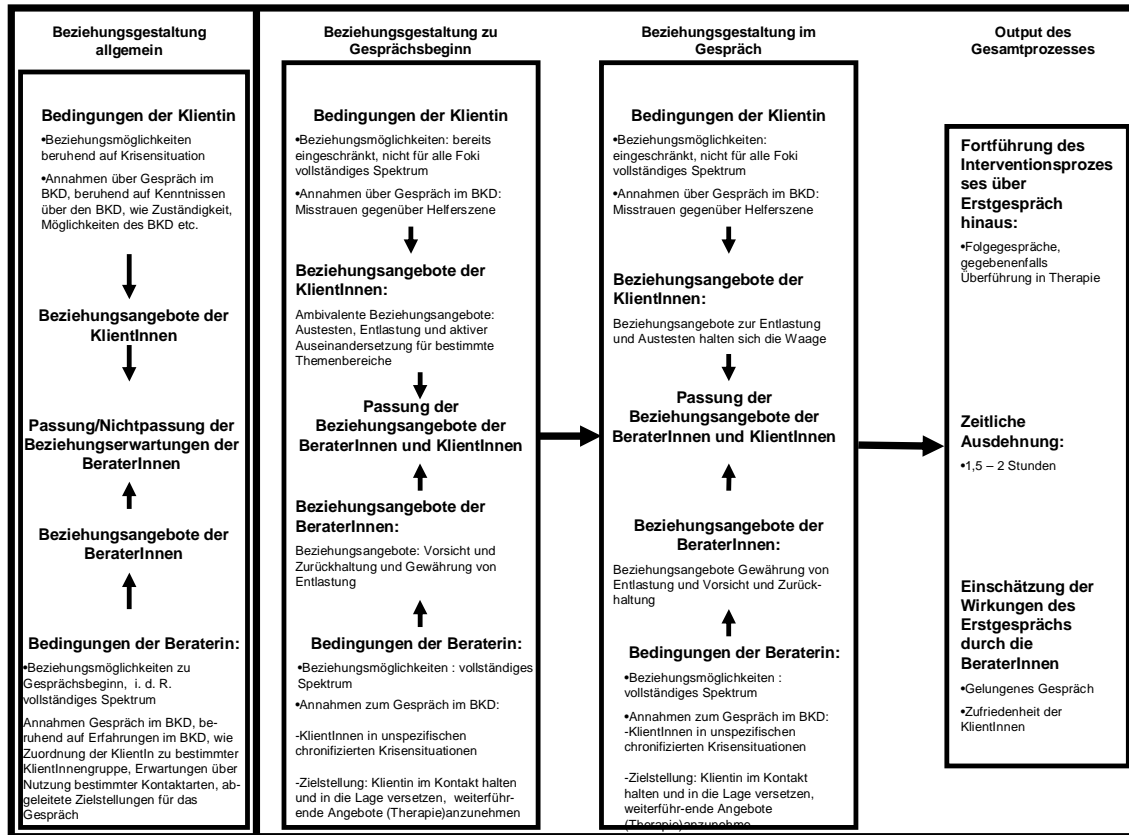


Abbildung 39: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen – Prozessmuster II.1

### VI.2.3.2.3 Prozessmuster II.2

#### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

##### Fall FMA5\_HartzIV und Suizid

###### Sequenz 1:

Die Beraterin habe zu Beginn des Gesprächs drei untereinander im Konflikt stehende Beziehungsangebote wahrgenommen. Sie habe die *Tränen im Hintergrund* (Fall\_FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 13 – 14) und das damit verbundene dringende Bedürfnis der Entlastung gespürt (Beziehungsangebot: Emotionale Entlastung). Aber gleichzeitig berichtete FMA5 von einer Ausstrahlung der Klientin, die zu sagen schien, „sie wolle sich nicht hereinreden lassen“ (*ich kann alles ... alleine*, Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 200) (Beziehungsangebot: Austesten der BeraterIn). Doch auch noch ein drittes Beziehungsangebot habe sich zu Beginn des Gesprächs angedeutet, der Wunsch zu verstehen, *was mit ihr sei* (Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 211) (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung?). FMA5 habe *Interesse* an der Klientin *signalisiert* (Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 208) und gebeten *irgendwo anzufangen* (Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 18) (parallele Beziehungsangebote: Gewährung der Entlastung und Vorsicht und Zurückhaltung).

###### Sequenz 2:

Die Klientin habe begonnen, von ihrem eben beendeten *Urlaub auf Rügen zu erzählen* (Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 19 -21) (Beziehungsangebot: Emotionale Entlastung). FMA5 habe die Klientin durch Zuhören und Nachfragen unterstützt (Beziehungsreaktion: Gewährung der Entlastung). Die inhaltliche Kommunikation habe sich auf die unmittelbare Vergangenheit der Klientin konzentriert. FMA5 habe aber versucht, die Ereignisse in den Lebenszusammenhang der Klientin einzuordnen (paralleles Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung).

###### Sequenz 3:

Der Versuch der Beraterin, die unmittelbare Vergangenheit der Klientin in den Lebenszusammenhang einzustellen, habe bei der Klientin die Gefahr eines emotionalen Zusammenbruchs und damit wieder den Wunsch nach Entlastung ausgelöst (*das da ... ihr die Tränen kommen*, Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile

161,162) (Beziehungswunsch: Emotionale Entlastung). FMA3 habe auf den Wunsch nach emotionaler Entlastung zweifach reagiert, zum einem auf der emotionalen Ebene, indem sie Weinen zugelassen habe (*hier weinen und ... erstmal loslassen*, Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 163 – 164) (Beziehungsreaktion: Gewährung der Entlastung). Zum anderen habe sie das Angebot gemacht, zu einer Beziehung zurückzukehren, die eine verstehende Auseinandersetzung mit der Krise der Klientin ermöglichen könnte (*auf soner kognitiven Schiene halten*, Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 168 – 169) (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung). Auf der inhaltlichen Ebene der Kommunikation habe sich dies durch Nachfragen ausgedrückt. Die Klientin habe das Kommunikationsangebot der Beraterin annehmen können und sei in der Lage gewesen, über ihre Arbeit zu berichten (parallele Beziehungsreaktionen: Entlastung durch Erzählen und Aktive Auseinandersetzung). Die Arbeitssituation der Klientin zu verstehen, habe für FMA5 geheißen, der Klientin zurückzumelden, was sie verstehe, aber dies nicht zu deuten. Sie habe jedoch die Bedeutung der Lebensumstände für die Klientin angesprochen und Möglichkeiten ihrer Bewältigung aufgezeigt.

#### Sequenz 4

Die Klientin habe von ihren Depressionen und von ihrer seit Jahren vorhandenen latenten Suizidalität erzählt (*seit ... 18 ... sind Depressionen ... heftiges Thema, und auch immer wieder der Wunsch, sich umzubringen*. Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 76 -78) (unklares Beziehungsangebot: ob aktive Auseinandersetzung oder Entlastung durch Erzählen). Wiederum habe FMA5 versucht, das Befinden der Klientin und die allgemeinen Lebensumstände in Zusammenhang zu bringen (Beziehungsreaktion: Aktive Auseinandersetzung).

#### Sequenz 5

Die Klientin sei weiterhin bereit gewesen, über das Thema Suizidalität zu reden (Beziehungsangebot: Entlastung durch Erzählen der eigenen Sichtweise). Sie habe nicht vor, sich im Augenblick umzubringen, aber wenn es ihr nicht gelänge in Arbeit zubleiben würde sie sich umbringen (*Deadline ... nirgendwo ... ne Stelle zu finden*, Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 89 – 93). Das Beziehungsangebot der Beraterin, sich auch dem inhaltlichen Thema Suizidalität über das entlastende Zuhören und Akzeptieren der Sichtweise der Klientin hinaus auseinanderzusetzen (Beziehungsreaktion der Beraterin: Aktive Auseinandersetzung), habe sie abgelehnt. Die Klientin habe ihre Autonomie (*da lasse ich mir nicht reinquatschen*, Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 343 -344) betont (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Aggression). FMA5 sei einerseits irritiert über den Beziehungswechsel gewesen (Reaktion: Vorsicht und Zurückhaltung), habe ihn jedoch akzeptiert. Andererseits habe sie der Klientin gespiegelt, dass sie sie nicht als depressiv im Gespräch erlebe. Die Akzeptanz des Beziehungswunsches der Klientin habe die Weiterführung des Gesprächs ermöglicht (*es geht da was weiter im Gespräch*, Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 377).

#### Sequenz 6

Das Beharren auf der Nicht-Auseinandersetzung mit der Suizidalität habe bei FMA5 den Wunsch ausgelöst, das Gespräch zu beenden. Inhaltlich sei dies durch die Aufforderung zur Bilanzierung des Gesprächs vermittelt worden (Beziehungsangebot: Vorsicht und Zurückhaltung). Die Klientin sei dem Wunsch der Beraterin gefolgt, habe aber auch versucht, Kontakt zu einer anderen, ihr bereits bekannten Beraterin herzustellen (*nach ner Kollegin gesucht*, Fall FMA5\_HartzIV und Suizid, Zeile 132) (Beziehungsreaktion: Austesten der BeraterIn verbunden mit latenter Aggression durch Entwertung der Beraterin). FMA5 habe wiederum irritiert reagiert. Trotz Irritation von FMA5 über dieses Ansinnen der Klientin, habe sie versucht, die andere Beraterin ausfindig zu machen (Beziehungsreaktion: Gewährung der Entlastung durch Aggression). Gleichzeitig habe sie der Klientin Folgegespräche angeboten, weil sie durch die Fragen der Klientin verunsichert worden sei, ob die Wünsche der Klientin an die Beratung erfüllt worden seien (Beziehungsangebot: Gewährung von emotionaler Entlastung durch Folgegespräche). Die Klientin habe dieses Angebot zögernd angenommen, womit das Gespräch geendet habe (Beziehungsreaktion: Annahme des Entlastungsangebots durch Folgegespräche). (Anlage 4b, Anlage 6b und Anlage 7b)

## (b) Merkmale der Prozessgestaltung

### Bedingungen

#### s. Prozessmuster II.1

### Beziehungserwartungen

Im Prozess solcher Erstgespräche seien, noch mehr als in Prozessmuster II.1 dargestellt, Beziehungsangebote der KlientInnen von Beginn an verwoben und schwer zu erkennen. Entlastende Beziehungswünsche, Misstrauen gegenüber den BeraterInnen, welches sich im Austesten dieser zeigt, scheinen neben reiferen Wünschen der aktiven Auseinandersetzung zu stehen. Z. T. könne es Bereiche geben, in denen KlientInnen eine aktive Auseinandersetzung möglich sei. Auch hier überwögen Entlastungswünsche im Erstgespräch. Die Konfusion der Beziehungswünsche der KlientInnen mache es BeraterInnen schwer, adäquate Beziehungsre-

aktionen zu finden. BeraterInnen reagierten mit entlastenden Beziehungsangeboten, brächten jedoch auch „reifere“ Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung ein.

#### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Ebenso wie bereits im Prozessmuster II.1 dargestellt, „beantworteten“ BeraterInnen entlastende Beziehungswünsche der KlientInnen passend. Aber das Eingehen auf scheinbar „reifere“ Wünsche der Krisenbewältigung (Aktive Auseinandersetzung) führe zur Nichtpassung mit zu den Beziehungserwartungen der KlientInnen. KlientInnen würden mit der Rückkehr zu Entlastungserwartungen oder gar Aggressionen (Entwertung) reagieren. BeraterInnen konzentrierten sich im weiteren Gespräch ausschließlich auf Entlastungswünsche der KlientInnen, womit es gelinge wieder eine Passung der Beziehungserwartungen herzustellen.

#### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Trotz aggressiver Formen der Entlastung, wie Entwertung, die bei den BeraterInnen den Wunsch nach Beendigung und Abbruch auslösten, würden Folgegespräche angeboten.

#### Zeitliche Ausdehnung

s. Prozessmuster II.1

#### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

Da die Beziehung zur KlientIn durch aggressive Entlastung bis zum Schluss des Gespräches gefährdet bleibe, empfänden BeraterInnen einerseits eine große Unsicherheit hinsichtlich der Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs. Da die KlientInnen andererseits in der Lage seien, über den Erstkontakt hinaus mit den BeraterInnen in Kontakt zu bleiben, würden sie auch nicht vom Misslingen solcher Gespräche sprechen. Am ehesten lässt sich ihre Einschätzung als ambivalent gelungen/misslungen beschreiben. Ebenso schwierig sei es die Zufriedenheit der KlientInnen einzuschätzen. Einerseits brächten sie im Erstgespräch ihre Unzufriedenheit deutlich zum Ausdruck. Andererseits brächen sie die Gespräche nicht ab und könnten sich, wie bereits erwähnt, auf Folgekontakte einlassen.

Das dargestellte Prozessmuster (Abbildung 40, Anlage 4b, Anlage 6b und Anlage 7b) unterscheidet sich vom „Idealtyp“ des Prozessmusters II.1 darin, dass Nichtpassungen durch überfordernde Beziehungserwartungen der BeraterInnen entstünden, die aber durch Rückkehr zu entlastenden Beziehungsangeboten temporär bleibe. So könnte diese Prozessmuster II.2 als **ambivalent gelungenes/misslungenes Erstgespräch mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen** beschrieben werden.

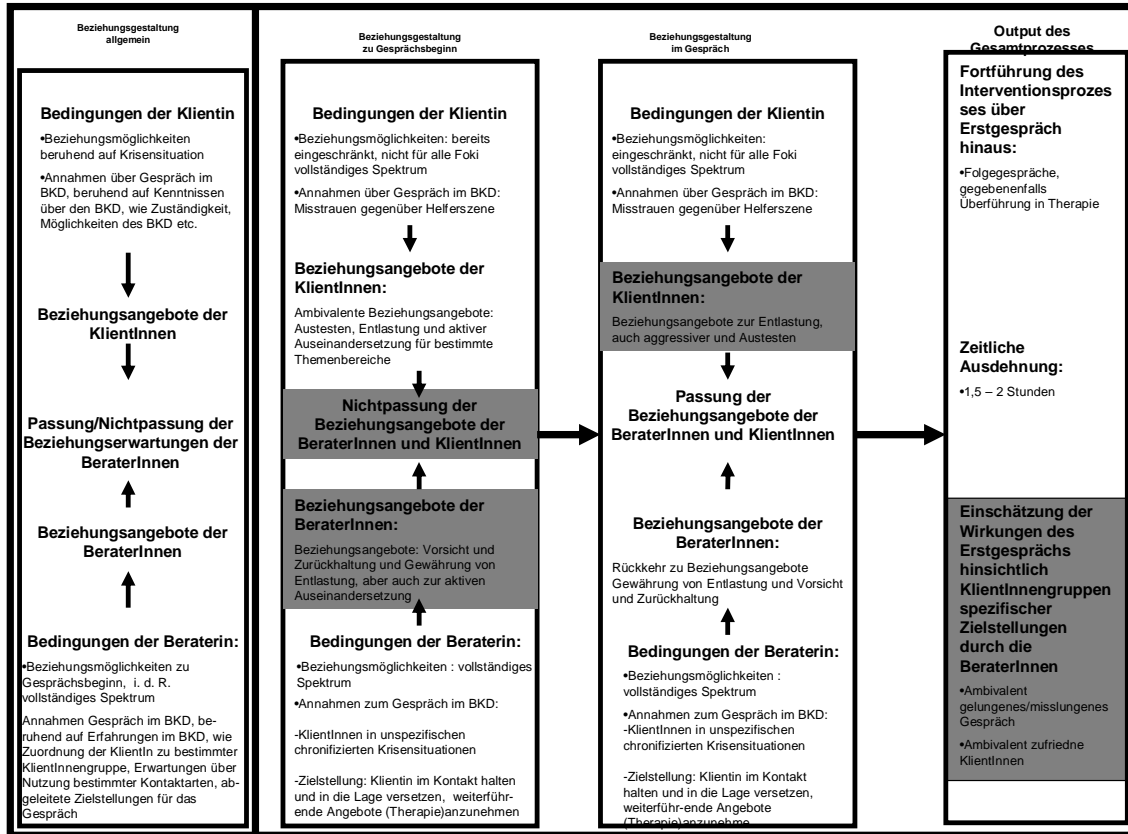


Abbildung 40: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen – Prozessmuster II.2

VI.2.3.2.4 Prozessmuster II.3

(a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

Fall FMA1\_ Psychologin (Nichts mehr hören können)

Sequenz 1

In der ersten Sequenz des Gespräches habe die Klientin ihr Anliegen an den BKD vorgetragen. Sie habe *überbrückende Gespräche* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können), Zeile 22), bis sie vielleicht nach Irland gehe, führen wollen. Der Fokus der Klientin sei von FMA1 im Erzählen ihrer Geschichte gesehen worden (Beziehungsangebot: Emotionale Entlastung durch Bestätigung der eigenen Sichtweise). Diesem sei FMA1 zunächst gefolgt (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung). Sie habe der Klientin Raum für das Erzählen gegeben.

Sequenz 2

Dann habe FMA1 Muster im Handeln der Klientin thematisiert (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung). So könne die Klientin den Straßenlärm vor ihrem Haus *nicht mehr hören* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können), Zeile 61), ebenso die Probleme der jungen Mütter auf ihrer früheren Arbeitsstelle wie die Forderungen des Arbeitsamtes. FMA1 sei über die passive Rolle des Zuhörens hinausgegangen, habe aktiv mit Interpretationen, Deutungen und Spiegelungen ins Gespräch eingebracht. Sie habe die Ablehnung der Vorschläge des Arbeitsamtes als Versuch, den *Selbstwertgefühl* der Klientin *aufrechtzuerhalten* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können), Zeile 89 - 90), interpretiert und darüber hinaus auf die Möglichkeit der *Selbstüberschätzung* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können), Zeile 88) verwiesen. Die Klientin habe mit Ablehnung reagiert (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Aggression). FMA1 habe darin den Versuch gesehen, *das Gespräch in der Hand behalten zu wollen* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können, Zeile 55). Sie sei nicht bereit bzw. in der Lage gewesen, ihre eigenen Anteile im Problem anzuerkennen.

Sequenz 3

Jetzt habe sich das Gespräch geändert. Die Klientin habe begonnen, FMA1 massiv zu entwerten (Beziehungsangebot: Entlastung durch Aggression). FMA berichtet, dass sie daraufhin versucht habe, ihre Deutungen resp. Interpretationen zu relativieren (Beziehungsangebot: Vorsicht und Zurückhaltung, Verantwortung bei Klientin lassen). Die Klientin habe mit absurden Vorwürfen reagiert. So habe die Klientin die allgemeine politische Lage ins Spiel gebracht und der BeraterIn vorgeworfen, diese nicht genügend zu beachten. Auf jeden Fall habe die Klientin versucht, *irgendetwas zu finden* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören

können), Zeile 121), was FMA1 entwerten würde. Dies habe sie der Klientin schwergemacht, indem sie gleich bleibend *freundlich* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können), Zeile 125) und der Klientin zugewandt geblieben sei.

#### *Sequenz 4*

FMA1 habe nun das Gespräch beenden wollen (Beziehungsangebot: Abbruch des Kontaktes). Sie habe dies mit dem *Drehen im Kreise* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können), Zeile 159) begründet. Die Klientin habe die Beendigung des Gespräches zunächst vehement abgelehnt (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Aggression). *Das wolle sie nicht für sich behalten* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können), Zeile 137) Die Klientin habe gewollt, dass FMA1 für das Scheitern des Gespräches verantwortlich wäre. FMA1 habe die Rolle der Schuldigen für das Scheitern des Gespräches nicht akzeptiert und auf die Beendigung des Gespräches bestanden (Beziehungsangebot: Abbruch des Gespräches). Sie habe betont, dass die Klientin *jemanden anderes finden müsse* (Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können), Zeile 160). Die Klientin habe die Beendigung des Gespräches letztlich akzeptieren müssen (Beziehungsreaktion: Akzeptanz des Abbruchs des Kontaktes). (Anlage 4b, Anlage 6b und Anlage 7b)

## **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

### Bedingungen

s. Prozessmuster II.1 und II.2

### Beziehungserwartungen

Ähnlich wie in Erstgesprächen der bereits dargestellten Prozessmuster II.2 wirkten KlientInnen inhaltlich kompetent, so dass die BeraterInnen bereits zu Anfang des Gespräches versuchten, Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung zu machen. Die berichtete „äußere“ Kompetenz“ führe bei solchen Gesprächen dazu, dass Wünsche nach Entlastung, unterschätzt würden. Typisch für dieses Prozessmuster sei, dass schon früh im Gespräch differente Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen entstanden. Die KlientInnen würden hierauf sofort mit massiven Aggressionen, meist in Form von Entwertungen reagieren. Den BeraterInnen gelinge es nicht, im Gegensatz zu Erstgesprächen des Prozessmusters II.2, durch Zurückhaltung die Entlastungswünsche der KlientInnen in für sie erträglichere Bahnen zu lenken. Sie konfrontierten unter Umständen die KlientInnen mit ihrem Verhalten (Beziehungsangebot: aktive Auseinandersetzung!) und strebten aktiv den Abbruch des Erstgespräches an.

### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Im Gespräch entstanden nach anfänglichen Passungen entlastender Beziehungswünsche der KlientInnen zu Beziehungsangeboten der Gewährung der Entlastung recht bald Nichtpassungen. Diese Nichtpassungen würden durch das Einbringen „reiferer“ Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung ausgelöst. BeraterInnen versuchten wie in Prozessmuster II.2 Passung durch Gewährung von Entlastung herzustellen. Jedoch führten die massiven Aggressionen der KlientInnen dazu, dass das Ziel der Passung zu den Beziehungsangeboten der KlientInnen aufgegeben würde. Auf die fortgesetzte aggressive Entlastung der KlientInnen werde nicht passend mit dem Angebot zur aktiven Auseinandersetzung reagiert.

Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Da KlientInnen bei ausschließlich aggressiven Entlastungswünschen verharren würden, würden diese Gespräche (oft gegen den Willen der KlientInnen) abgebrochen und keine Folgegespräche vereinbart.

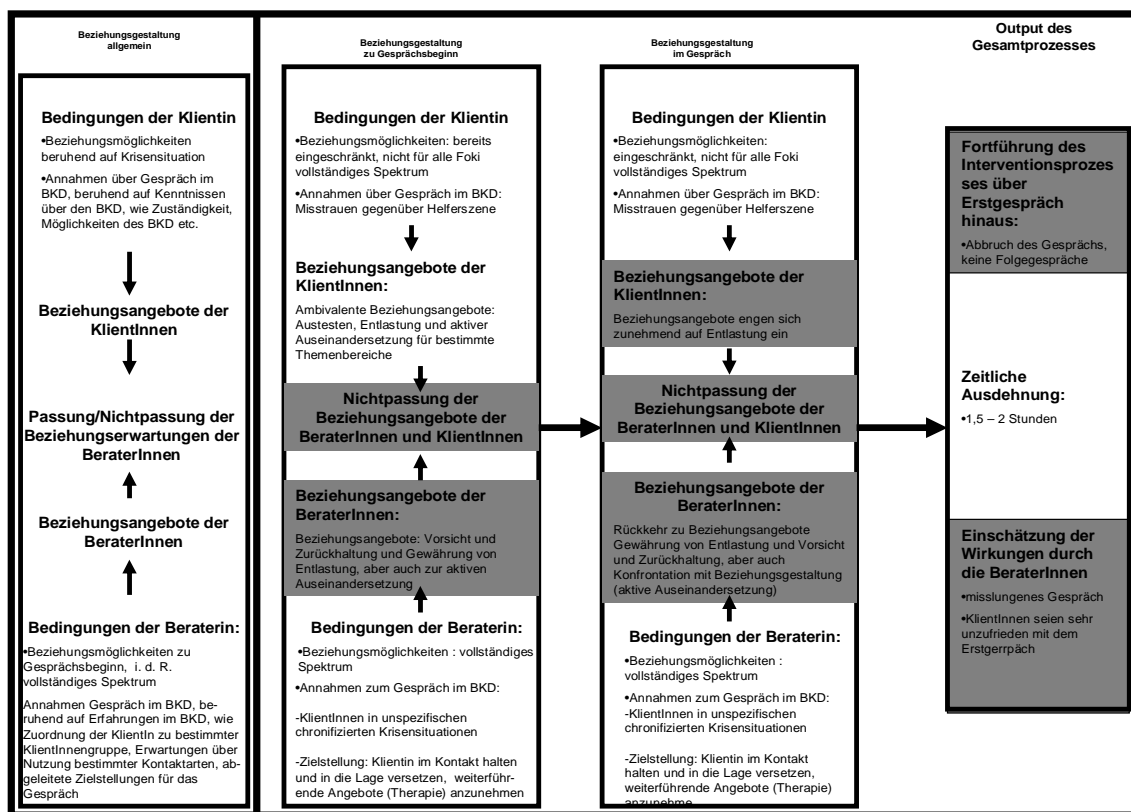
Zeitliche Ausdehnung

s. Prozessmuster II.1 und II.2

Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

BeraterInnen empfänden solche Gespräche als unbefriedigend im Sinne der Zielstellung KlientInnen in chronifizierten Krisen in längerfristige Angebote (Therapien) zu überführen. KlientInnen äußerten direkt im Erstgespräch ihre große Unzufriedenheit. In der Regel sei sie gekoppelt mit Vorwürfen gegen die BeraterInnen.

Das beschriebene Prozessmuster II.3 (Abbildung 41, Anlage 4b, Anlage 6b und Anlage 7b) könnte dementsprechend als **misslungenes persönliches Erstgespräch mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen** beschrieben werden.



**Abbildung 41: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen – Prozessmuster II.3**

#### *VI.2.3.2.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Beziehungsgestaltung bei Erstgesprächsprozessen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen*

Durch die sequentielle Rekonstruktion konkreter Erstgespräche wurden die Aussagen über Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen differenzierter (Anlage 7b). Einerseits bestätigten sich wesentliche allgemeine Aussagen der BeraterInnen zur Beziehungsgestaltung (vgl. VI.1.3.1 und VI.1.4.2) für alle analysierten Erstgesprächsprozesse. Andererseits konnten differenzierte allgemeine Aussagen der BeraterInnen bestimmten Prozessmustern zugeordnet werden.

#### Gemeinsamkeiten in Prozessmustern:

##### Bedingungen:

Alle KlientInnen kämen mit bereits eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten in den BKD. Sie hätten Erfahrungen mit der „Helferszene“, die für sie auch oft frustrierend gewesen wären.

##### Beziehungserwartungen:

Zu Beginn des Erstgesprächs ähnelten sich die Beziehungserwartungen der KlientInnen (Abbildung 42):

- Im Vordergrund stünden Entlastungswünsche der KlientInnen, die von einem großen Misstrauen gegen die HelferInnen begleitet würde. BeraterInnen sahen deshalb in zu Gesprächsbeginn vorgebrachten Wünschen nach aktiver Auseinandersetzung eher Versuche, sie auszutesten.
- Es bestätigte sich auch die allgemeine Aussage, dass Beziehungswünsche nach inhaltlichen Foki differierten.
- Die Verquickung unterschiedlicher, z. T. gegensätzlicher Beziehungswünsche sei nicht ohne weiteres zu erkennen zu gewesen. BeraterInnen würden darauf i. d. R. mit Vorsicht und Zurückhaltung reagieren und sich zunächst auf Entlastungswünsche konzentrieren.

##### Passung/Nichtpassung:

In gelungenen, ambivalent gelungenen/misslungenen und misslungenen Gesprächen schätzten BeraterInnen ein, dass bei Nichterkennen von Beziehungserwartungen der KlientInnen die Gefahr des Abbruchs über das gesamte Gespräch hinweg spürbar bliebe.

##### Zeitliche Ausdehnung:

Allen Gesprächen war gemeinsam, dass sie besonders langwierig (oft über 1,5 Std.) gewesen seien.



### Unterschiede in Prozessmustern:

Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Prozessmustern zeigten sich nicht in unterschiedlichen Beziehungserwartungen der KlientInnen, sondern in passender bzw. nicht passender Reaktion auf diese.

Beziehungserwartungen (Abbildung 42):

- In gelungenen Gesprächen sähen BeraterInnen Wünsche der KlientInnen nach aktiver Auseinandersetzung später und brächten keine aktiv selbst ein. Sie seien vorsichtig in der Annahme dieser Beziehungswünsche, hielten eher die Entlastungsangebote im Vordergrund des Gespräches oder verschoben solche Wünsche in Richtung der Folgegespräche.
- In ambivalenten gelungenen/misslungenen und misslungenen Gesprächen dagegen reagierten BeraterInnen schon recht früh im Gespräch auf Wünsche zur aktiven Auseinandersetzung und brächten auch selbst solche ein. Jedoch würden sie diese zurücknehmen, wenn KlientInnen sie zurückwiesen und stattdessen eigene, oft schwierige (aggressive) Entlastungswünsche einbrächten.
- In misslungenen Erstgesprächen (II.3) würden BeraterInnen, wenn massive Aggressionen nicht zu stoppen wären, letztlich Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung mit den Aggressionen einbringen und damit die Beendigung des Gespräches forcieren.

Passung/Nichtpassung:

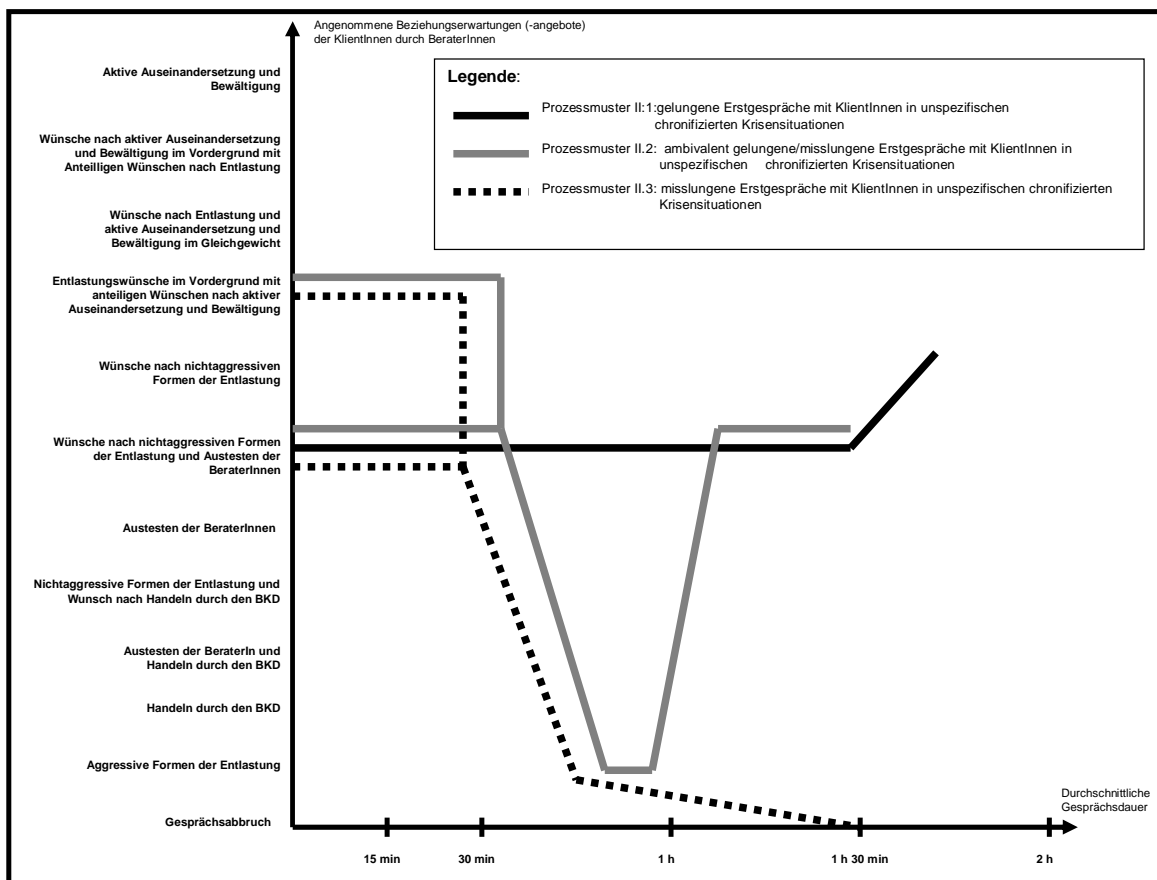
- In gelungenen Gesprächen (Prozessmuster II.1) entstanden aufgrund der Vorsicht und Zurückhaltung der BeraterInnen keine Nichtpassungen.
- In ambivalent gelungenen/misslungenen Gesprächen (Prozessmuster II.2) könnten Nichtpassungen überwunden werden. KlientInnen in ambivalent gelungenen Gesprächen könnten die Zurücknahme von Beziehungserwartungen der BeraterInnen akzeptieren und zu dem Gespräch förderlichen (nichtaggressiven) Entlastungsangeboten zurückkehren.
- Ebenso wie in Gesprächen des Prozessmusters II.2 stellten in misslungenen Gesprächen BeraterInnen durch entlastende Beziehungsangebote wieder Passung zu den Beziehungswünschen der KlientInnen her. Jedoch führten sie, da diese KlientInnen nicht zu nichtaggressiven Entlastungsangeboten zurückkehrten aktiv Nichtpassungen her.

**Fortführung der Gespräche:**

- In gelungenen und ambivalent gelungenen/mislungenen Gesprächen (Prozessmuster II.1 und II.2) gelinge es den BeraterInnen Folgegespräche zu vereinbaren, die der Überbrückung resp. Überleitung in längerfristige Angebote dienen.
- Würden Gespräche abgebrochen (Prozessmuster II.3 – mislungene persönliche Gespräche), würden auch keine weiterführenden Angebote gemacht, bzw. die KlientInnen lehnten diese ab. Jedoch würde den KlientInnen die Möglichkeit angeboten, den Krisendienst wieder zu nutzen.

**Einschätzung der Wirkungen für KlientInnen und BeraterInnen:**

Wie bereits in der Kennzeichnung der Prozessmuster festgehalten, schätzen BeraterInnen das Gelingen differenziert ein (Prozessmuster II.1 – gelungen; Prozessmuster II.2 – ambivalent gelungen/mislungen; Prozessmuster II.3 – mislungen). Analog urteilten die KlientInnen: So wären in gelungenen Erstgesprächen die KlientInnen zufrieden, in ambivalent gelungenen die KlientInnen nur teilweise zufrieden und in mislungenen auch die KlientInnen unzufrieden.



**Abbildung 42: Überblick über mögliche Entwicklungen der Beziehungserwartungen der KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen im Erstgespräch im Berliner Krisendienst**

### VI.2.3.3 Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)

#### VI.2.3.3.1 Überblick über Zuordnung berichteter Erstgespräche zu Prozessmustern

Im Ergebnis der sequentiellen Rekonstruktion von Erstgesprächen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel wurden vier Gruppen von Prozessmustern gefunden (Anlage 4c, 6c, 8a, 8b und 8c). Die Gesprächsprozesse unterschieden sich in ihrer zeitlichen Ausdehnung, aber auch in Beziehungserwartungen der KlientInnen und der Reaktion der BeraterInnen auf diese.

Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Gruppen:

**Tabelle 22: Übersicht über die Merkmale von Erstgesprächen mit KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel**

Prozessmuster	Erstgespräch
<b>Prozessmuster III.1</b>	Fall FMA1_Depressiv
	Fall FMA2_Schwierigkeiten in der Wohngruppe
	Fall FMA3_Muttertag
	Fall FMA4_Gewaltphantasien
<b>Prozessmuster III.2</b>	Fall FMA1_Telefon_Sind sie noch da?
<b>Prozessmuster III.3</b>	Fall FMA4_Klinikgeschädigt
	Fall FMA1_Ansprüchlicher Mann
	Fall FMA2_Singen am Telefon
	Fall FMA4_Frau aus der Pampa
<b>Prozessmuster III.4</b>	Fall FMA2_Also ich bin Borderlinerin

#### VI.2.3.3.2 Prozessmuster III.1

##### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

###### Fall FMA1\_Depressiv

###### Sequenz 1

Die Klientin habe von ihrer augenblickliche Unzufriedenheit, Unruhe und Depression erzählt (Beziehungsangebot: Entlastung durch Erzählen). FMA1 habe reagiert, indem sie ihr zugehört und ihre Gefühle bestätigt hätte (Beziehungsreaktion: Gewährung von Entlastung). Sie würde *nicht sagen*, es sei *halb so wild oder nicht ernst nehmen*, sondern *ihre misslichen Lagen und Gefühle bestätigen* (Fall FMA1\_Depressiv Zeile 49 – 51).

###### Sequenz 2

FMA1 habe versucht zu zeigen, was die Klientin gut mache (*das sie in der Vergangenheit doch was geschafft hat*, Fall FMA1\_Depressiv, Zeile 53 – 54) (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung). Eine aktive Unterstützung in ihrem Leistungsanspruch dagegen habe FMA1 als "kontraindiziert" eingeschätzt (*das gehe nach hinten los* (Fall FMA1\_Depressiv, Ziel 62). Die Entlastung habe sich notwendig gemacht, weil die Klientin einen hohen *Leistungsanspruch* (Fall FMA1\_Depressiv, Zeile 58) an sich habe, dem sie selbst niemals gerecht werden könnte. Da sie dazu neige, sich ein *Riesenhilfesystem aufzubauen* (Fall FMA1\_Depressiv, Zeile 33), würde jeder Kontakt auf fünf bis zehn Minuten beschränkt.

###### Sequenz 4

Es sei gut gelungen, die Klientin zu begrenzen, da diese fein wahrnehme, wenn die Beraterin das Gespräch beenden wolle. Sie sei darauf eingegangen, und das Gespräch habe, wie mit ihr vereinbart, nach 10 min beendet werden können. (Anlage 4c, Anlage 5c, Anlage 6c und Anlage 7c)

##### (b) Merkmale der Prozessgestaltung

###### Bedingungen

Diese Gespräche mit bekannten DauerklientInnen, die im psychosozialen Netz integriert seien und die Regeln des BKD akzeptierten, basierten gewöhnlich auf Vorkenntnissen der BeraterInnen. Die BeraterInnen wüssten, was sie erreichen könnten, worauf sie sich in ihren Bezie-

hungsangeboten beschränken müssten und bei welchen Themen sie vorsichtig sein sollten. KlientInnen seien durch manifeste psychische Störungen längerfristig in ihren Beziehungsmöglichkeiten eingeschränkt. Ihre Themen beschränkten sich auf Probleme der Alltagsbewältigung (keine akute psychosoziale Krise).

#### Beziehungserwartungen

Die Kontakte würden von dem Konsens zwischen BeraterIn und KlientIn getragen, dass nur kurze Entlastungsgespräche möglich seien. Die KlientInnen erhielten für kurze Zeit die Möglichkeit zu erzählen. Gewönnen die BeraterInnen den Eindruck, dass eine entlastende Wirkung vorhanden sei, würden die Gespräche konsequent beendet. Diese Konsequenz sei für die BeraterInnen möglich, weil sie wüssten, dass diese KlientInnen kompetent in ihren Einrichtungen betreut würden.

#### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Der Konsens zwischen BeraterInnen und KlientInnen auf kurze Entlastungsgespräche sichere die Passung der Beziehungserwartungen.

#### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Unter o. g. Voraussetzungen würden grundsätzlich keine Folgegespräche angeboten werden.

#### Zeitliche Ausdehnung

Diese Erstgespräche könnten ca. 5 bis 15 Minuten dauern.

#### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

Erstgespräche dieses Typs würden von den BeraterInnen als gelungen eingeschätzt, da es gelungen sei, kurzfristige Entlastungserwartungen befriedigen.

Das Prozessmuster III.1 (Abbildung 43, Anlage 4c, Anlage 6c und Anlage 7c) könnte als **gelungene Erstgespräche mit nichtaggressiven DauerklientInnen der Psychiatrischen Klientel, die keine akuten Krisen durchleben** und „Idealtyp“ für diese KlientInnengruppe, soweit diese eben nicht in akuten Krisen befinden, gekennzeichnet werden.

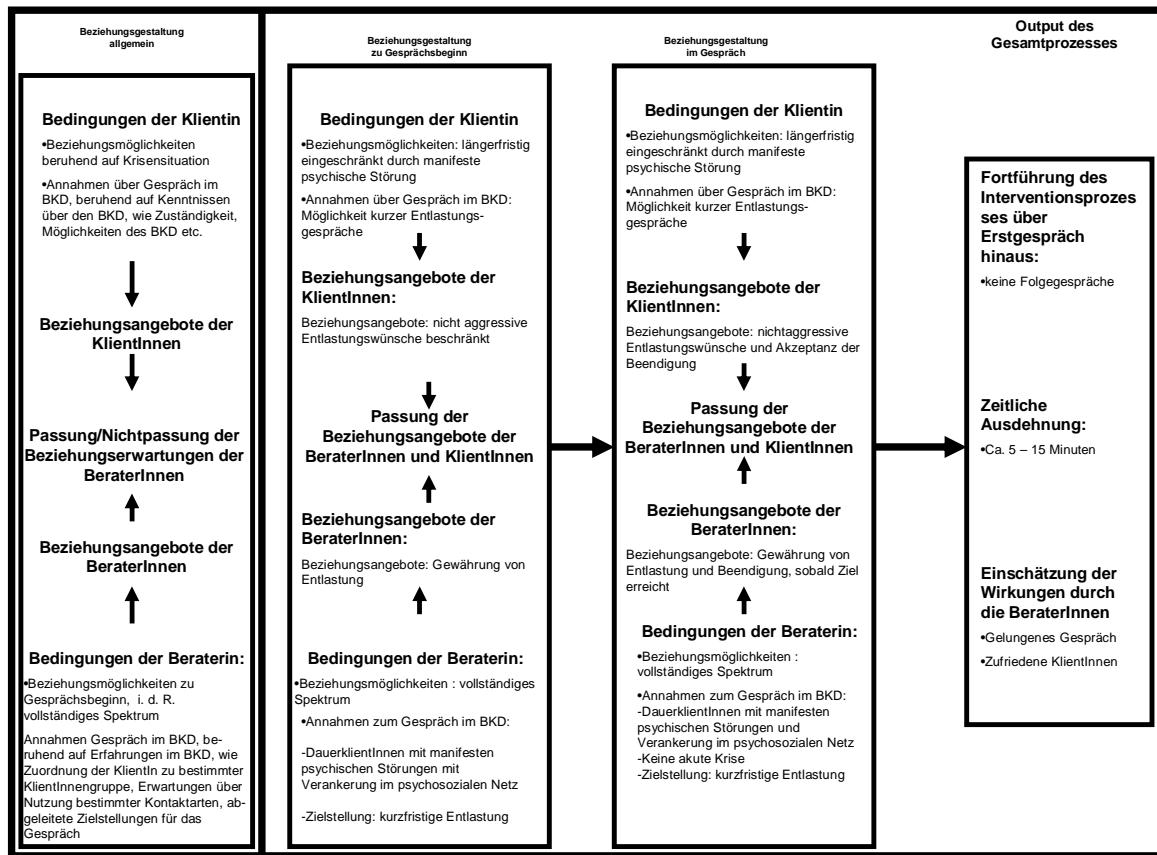


Abbildung 43: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) – Prozessmuster III.1

### VI.2.3.3.3 Prozessmuster III.2

#### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

##### Fall FMA1\_Telefon\_ Sind sie noch da?

Ein Klient habe angerufen, und FMA1 habe ihn als Dauerklienten erkannt. Dieser nerve gewöhnlich die BeraterInnen durch die ständige Nachfrage "Ja!?" oder "Sind sie noch da?". Er werde i. d. R. sehr schnell unterbrochen. Er reagiere auf diese Unterbrechungen verbal aggressiv.

##### Sequenz 1

FMA1 habe an diesem Tag *gute Laune* (Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 38) gehabt und deshalb den Klienten nicht sofort unterbrochen. Sie habe ihn erzählen lassen (Beziehungsreaktion der Beraterin: Gewährung von Entlastung). Im Erzählen des Klienten sei der Wunsch deutlich geworden, dass ihm einfach jemand *wirklich zuhörte* (Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 51) und seine Sicht auf sein Leben teile (Beziehungsangebot des Klienten: Emotionale Entlastung durch Erzählen der eigenen Sichtweise). Seine traurige Lebensgeschichte (*sadistischer Vater ... Kriegszeit – hatte mal ne Frau ... ist schon tot*, Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 40 – 45), die er, wie er gesagt habe, loswerden habe wollen, habe FMA1 berührt (*ganz berührend*, Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 49).

##### Sequenz 2

FMA1 habe die Beziehung so gestalten wollen, dass eine Interaktion zwischen ihnen möglich würde, um Verstehen beim Klienten anzuregen (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung). Sie habe die Aussagen des Klienten *interpretiert, gedeutet* (Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 82) und nachgefragt. Der Klient habe *überrascht und berührt* (Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 86) reagiert, habe weiter von seinem Leben erzählt (Beziehungsreaktion: Emotionale Entlastung Erzählen durch der eigenen Sichtweise?). Er sei dankbar für die Aufmerksamkeit und die Zeit gewesen, die sie ihm widmete. Am Ende des Gespräches sei er in der Lage gewesen, vorsichtige Deutungen von FMA1 zu seiner Lebensgeschichte anzunehmen. Die zweite Sequenz habe den größten Raum im Gespräch eingenommen.

##### Sequenz 3

FMA1 habe vorgeschlagen, dass Gespräch nicht fortzuführen (Beziehungsangebot: Abbruch des Gespräches). Der Klient habe die Beendigung des Gespräches nach ca. einer Stunde *zugelassen* (Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 95) (Beziehungsreaktion: Akzeptanz des Abbruchs).

*Die Entlastung des Klienten sei leider nur sehr (!) kurzfristig möglich gewesen. Bereits nach zehn Minuten habe er wieder angerufen. Er habe eigentlich nicht mit FMA1 sprechen wollen, sei aber aufgrund einer Telefonumstellung von einem anderen Standort (wegen eines Notfalleinsatzes) wieder bei ihr "gelandet". Dieses zweite Gespräch sei nach dem gewöhnlichen Muster verlaufen. Der zweite Teil entspricht in seinem Prozessmuster misslungenen telefonischen Gesprächen mit DauerklientInnen, die vorwiegend aggressive entlastende Beziehungswünsche ins Gespräch einbrachten. Er wird hier vorgestellt, weil er für die Wirkung der veränderten Gesprächsführung im 1. Teil steht.*

#### *Sequenz 4*

Der Klient habe wieder in gleicher Weise von vorn begonnen. Wie in Sequenz 1 habe er erzählen wollen, wobei ihm die Beraterin zuhören und bestätigen soll (*wollte wieder so ein Gespräch*, Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 55 - 56) (Beziehungsangebot: Emotionale Entlastung durch Erzählen der eigenen Sichtweise). FMA1 habe ihn natürlich erkannt und ihn mit seinem ersten Anruf konfrontiert (*wir haben doch gerade miteinander telefoniert*, Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 61) (Beziehungsangebot: Konfrontation geprägt durch Ärger, nicht um Verstehen beim Klienten zu ermöglichen). Der Klient habe den Kontakt *zuerst geleugnet* (Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 60) (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Aggression).

#### *Sequenz 5*

FMA1 habe nun jedes weitere Kommunikationsangebot verweigert (Beziehungsangebot: Abbruch des Gespräches). Der Klient habe den Abbruch akzeptiert, sich *entschuldigt und von sich aufgelegt* (Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?, Zeile 65). (Anlage 4c, Anlage 6c und Anlage 7c)

## **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

### Bedingungen

Ebenso wie bei Prozessmuster III.1 seien einerseits die Beziehungsmöglichkeiten dieser KlientInnen auf entlastende Beziehungsmöglichkeiten beschränkt. Andererseits durchlebten sie auch keine akute psychosoziale Krise. Die KlientInnen wünschten im Gegensatz zu Prozessmuster III.1 lange Gespräche. Die BeraterInnen wüssten jedoch um die Unstillbarkeit des Bedarfes und beschränkten diese KlientInnen aktiv. Sie wüssten, dass so kurze von aggressiver Entlastung geprägte Gespräche entstünden.

Erster Teil: Hier würden BeraterInnen den Beratungsstil wechseln und längere Gespräche gewähren.

Zweiter Teil: Dieser würde durch das Wissen der BeraterInnen bestimmt, dass diesen KlientInnen bereits ein Entlastungsgespräch angeboten worden sei, aber auch, dass ihr Bedarf unstillbar wäre.

### Beziehungserwartungen

Erster Teil: Bei der Gewährung längerer Gespräche könnten sich diese KlientInnen nicht-aggressiv entlasten. Angebote der BeraterInnen, die über die Gewährung von Entlastung hinausgingen, würden nicht angenommen werden können, jedoch auch nicht aggressiv abgewehrt.

Zweiter Teil: KlientInnen hätten wiederum die gleichen Beziehungserwartungen und wünschten lange Entlastungsgespräche. Wüssten die BeraterInnen um vorherige Gespräche, würde kein weiteres Beziehungsangebot mehr gemacht und das Gespräch abgebrochen.

### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Erster Teil: Passung der Beziehungsangebote würde durch zeitlich ausgedehnte Gewährung von Entlastung durch der BeraterInnen geschaffen. Nichtpassung entstände dort, wo BeraterInnen darüber hinausgehende Angebote zur aktiven Auseinandersetzung machten.

Zweiter Teil: Es wird durch die BeraterInnen gezielt eine Nichtpassung hergestellt, um das Gespräch zu beenden (vgl. Prozessmuster III.3).

### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Weder im ersten noch im zweiten Teil würden Folgegespräche angeboten.

### Zeitliche Ausdehnung

Erster Teil: Längere Entlastungsgespräche könnten ca. eine Stunde dauern.

Zweiter Teil: Der sofort angestrebte Abbruch des Gespräches beschränke das Gespräch auf wenige Minuten.

### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

Die BeraterInnen empfänden solche Gespräche insgesamt (erste und zweiter Teil) als eher misslungen. Es sei nicht gelungen, die Dauernutzung des BKD einzuschränken. Vielmehr erscheine der Bedarf solcher KlientInnen unstillbar. Im ersten Teil wäre jedoch eine Ambivalenz hinsichtlich der Wirkungen deutlich, denn es gelänge das Gespräch friedlich zu beenden. Jedoch würde keine, selbst kurzfristige Entlastung gelingen. Die KlientInnen riefen innerhalb weniger Minuten wieder an. Ihre Unzufriedenheit würde im zweiten Teil des Gespräches uneingeschränkt deutlich, da hier ihre Wünsche nach unendlicher Entlastung nicht einmal teilweise befriedigt würden. Aus Erfahrungen mit diesen KlientInnen wäre anzunehmen, dass sie es in einer anderen Region des Krisendienstes erneut probieren würden, ohne jemals zufrieden gestellt werden zu können.

Prozessmuster III.2 könnte in seiner Gesamtheit als **eher misslungene, aber nicht ausschließlich auf aggressiver Kommunikation beruhende Erstgespräche mit DauerklientInnen der Psychiatrischen Klientel, die keine akuten Krisen durchleben** kennzeichnen. Der erste Teil (Prozessmuster III.2/1) könnte aber auch separat als ambivalent gelungen verstanden werden. Der zweite Teil des Gespräches (Prozessmuster III.2/2) weise dagegen große Ähnlichkeiten mit dem Prozessmuster III.3 auf (s. VI.2.3.3.4 und Abbildung 45), deshalb wird in der folgenden Abbildung 44 (s. auch Anlage 4c, Anlage 6c und Anlage 7c) nur der erste Teil des Prozessmusters III.2/1 dargestellt.

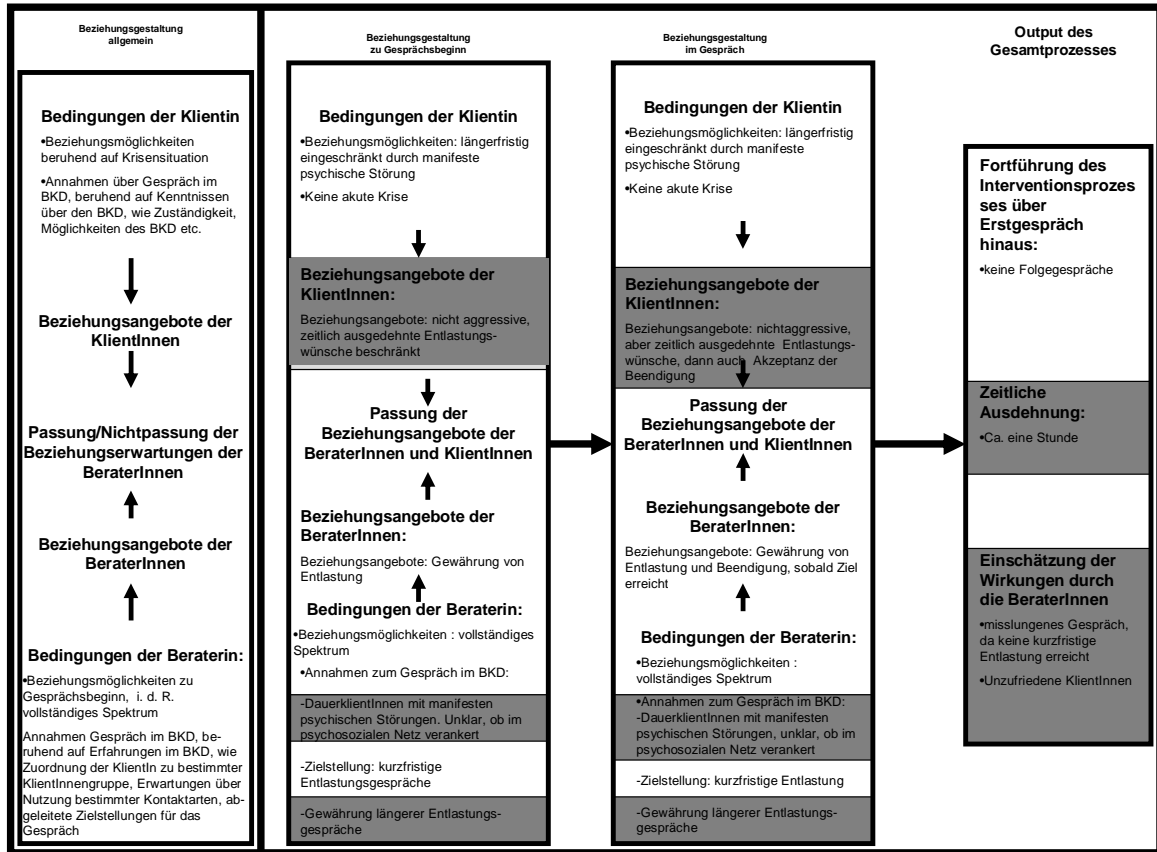


Abbildung 44: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) – Prozessmuster III.2, erster Teil

### VI.2.3.3.4 Prozessmuster III.3

#### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

##### Fall FMA4\_Frau aus der Pampa

###### Sequenz 1

Die Klientin beginne mit einer Frage nach dem Motto: „Sind sie Psychologe?“ und „Kennen sie sich aus mit ...?“ (Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 6 – 7) (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters). FMA4 habe die Anruferin als bekannte Dauerklientin erkannt. Er sei auf ihr Gesprächsangebot eingegangen und habe ihre Fragen beantwortet (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung durch Eingehen auf Wünsche der Klientin). Die Patientin habe gleichzeitig von ihren *Erbstreitigkeiten* berichtet (Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 14) (Beziehungsangebot: Entlastung durch Erzählen). FMA4 habe nun genauer nachgefragt und versucht den aktuellen Grund für den Anruf zu erfahren (*was iss Sache*, Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 46) (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Zuhören und Nachfragen).

###### Sequenz 2

Die Klientin habe nicht darauf eingehen wollen, stattdessen habe *von einer Kollegin geschwärmt, mit der sie vor ein paar Tagen habe reden können* (Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 12 – 13) (Beziehungsangebot: Entlastung durch Aggression (Entwertung)). FMA4 habe daraufhin hier *häufiges Anrufen* (Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 76) und die Art ihrer Anrufe thematisiert (*mitteilen, wie es mir mit dem Gespräch geht*, Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 73 – 74) (Beziehungsangebot: Aktive Auseinandersetzung mit dem Beziehungsangebot der Klientin). Die Klientin sei verbal ausfällig geworden (*Kollegen sind alle Arschlöcher*, Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 35) (Beziehungsangebot: Entlastung durch Aggression). Als er nicht darauf eingegangen sei, habe diese den *Hörer aufgeschmissen* (Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 38) (Beziehungsreaktion: Abbruch des Gesprächs). (Anlage 4c, Anlage 6c und Anlage 7c)



## **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

### Bedingungen

Die Beziehungsmöglichkeiten seien wie schon unter Prozessmuster III.1 beschrieben längerfristig auf entlastende Beziehungswünsche eingegrenzt, die jedoch im Gegensatz zum dargestellten Prozessmuster III.1 vor allem aggressiver Natur seien. Auch diese KlientInnen durchlebten sie keine akute psychosoziale Krise. Die Gesprächsgestaltung der BeraterInnen mit diesen aggressiven DauerklientInnen beruhe auf dem Wissen um die vielen Gespräche und die Unveränderlichkeit ihrer Beziehungswünsche.

### Beziehungserwartungen

Die BeraterInnen ließen die KlientInnen beginnen. Die KlientInnen seien oft von Beginn an verbal ausfällig oder testeten BeraterInnen aus. Die BeraterInnen versuchten, soweit überhaupt möglich, herauszufinden, ob es einen aktuellen Anlass für den Anruf gäbe. Da ein aktueller Anlass i. d. R. nicht vorhanden sei, würden die Gespräche begrenzt. Nach kurzer Entlastungsmöglichkeit für diese DauerklientInnen würden die BeraterInnen diese mit ihren häufigen Anrufen konfrontieren<sup>43</sup>. Darauf würden die KlientInnen mit weiteren Aggressionen reagieren und oft selbst diese Gespräche abbrechen. Aber auch BeraterInnen beendeten diese Gespräche nach kurzer Zeit.

### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Nur im Beginn werde durch Gewährung kurzfristiger Entlastung Passung zu den Beziehungswünschen der KlientInnen hergestellt. Bewusst werde durch nicht passende Beziehungsangebote das Gespräch begrenzt.

### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Wie Prozessmuster III.1 und III.2 würden keine Folgegespräche angeboten.

### Zeitliche Ausdehnung

Diese Gespräche würden zeitlich äußerst eingeschränkt. Sie dauerten i. d. R. nicht länger als 10 Minuten.

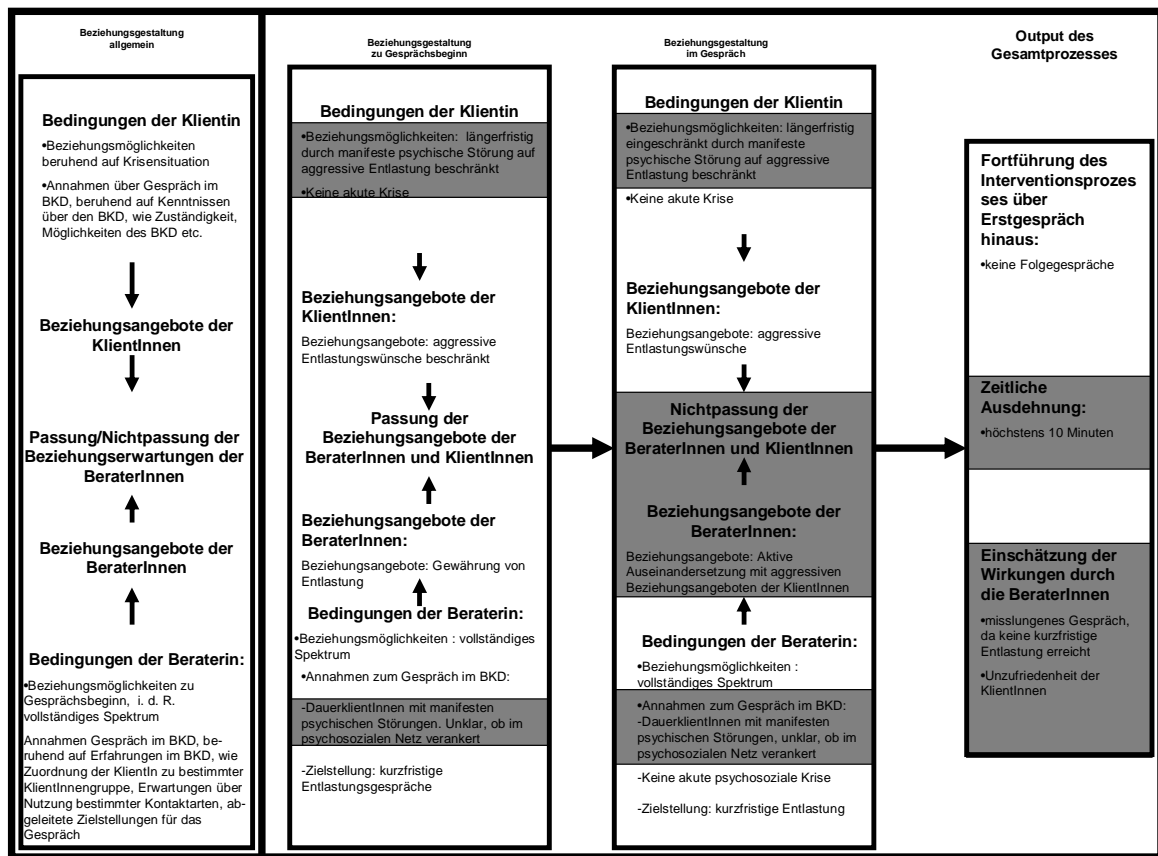
---

<sup>43</sup> BeraterInnen setzten in ihren allgemeinen Aussagen zu dieser KlientInnengruppe (vgl. VI.1.3.2 und VI.1.3.3) voraus, dass die Möglichkeiten dieser KlientInnen zur Beziehungsgestaltung bereits störungsbedingt stark eingeschränkt seien. Aber sie berichten auch, dass sie Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung (Metakommunikation über Beziehung) einbrächten, die unter der gemachten Vorraussetzung notwendig scheitern müssten. Im Gespräch erfüllen sie, für die BeraterInnen bewusst oder unbewusst, den Zweck, das Gespräch zu beschleunigen und gegebenenfalls auch zu beenden. Dies steht wiederum im Einklang mit den Aussagen der BeraterInnen zu grundsätzlichen Beratungsstrategien (vgl. VI.1.1.3).

Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

BeraterInnen empfänden diese Gespräche als misslungen, da keine, auch nicht kurzfristige Entlastung gelinge. Die KlientInnen hätten aus Sicht der BeraterInnen das Gefühl, nicht zube-kommen, was sie eigentlich wollten, bzw. zu wenig davon. So blieben sie unzufrieden. Trotz dieser Unzufriedenheit nutzten sie den BKD weiter zu ihrer Entlastung. Sie riefen pro Abend dutzende Male in verschiedenen Regionen an und dies unter Umständen mehrmals pro Wo-che!

Das beschriebene Prozessmuster III.3 könnte als **Gespräch mit aggressiven DauerklientIn-nen der Psychiatrischen Klientel, die keine akuten Krisen durchleben** verstanden werden (Abbildung 45, Anlage 4c, 6c, 7c, 8c)



**Abbildung 45: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) – Prozessmuster III.3 (auch teilweise Prozessmuster III.2, zweiter Teil)**

#### VI.2.3.3.5 Prozessmuster III.4

### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin

#### Sequenz 1

Die Klientin sei unangekündigt zum persönlichen Gespräch in den Krisendienst gekommen. Sie habe *verzweifelt* gewirkt, *geweint* (Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 311 – 312) und von Beziehungsproblemen zu ihrem Freund gesprochen (Beziehungsangebot: Emotionale Entlastung durch Erzählen). Ihr Freund habe ihr gesagt, er sei in der vorigen Nacht beim BKD gewesen. Sie würde ihm nicht trauen, denn er würde sie schon oft belogen haben. Vom Berater habe sie wissen wollen, ob denn der Freund wirklich im Krisendienst gewesen sei (*überprüfen, ob der das überhaupt gemacht hat*, Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 50 – 51) (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters). Dabei habe sie offen mitgeteilt, dass sie den BKD öfter nutzen würde (Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 24). Im Gegensatz zu anderen Gesprächen mit DauerklientInnen habe sie dies bereits am Anfang des Gesprächs mitgeteilt. Die Fragen und Selbstauskunft der Klientin hätten FMA2 vorsichtig gemacht (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung). Gleichzeitig habe er jedoch ihre Not gespürt (parallele Beziehungsreaktion: Gewährung von emotionaler Entlastung). Ihr Ansinnen nach Auskünften über den Freund habe er aber konsequent zurückgewiesen (*aber ich werde den Teufel tun, Ihnen zu sagen, ob ihr Freund da war*, Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 61 - 62).

#### Sequenz 2

Die Klientin habe einerseits von ihrer komplizierten Beziehung zu einem jungen Arzt erzählt (Beziehungsangebot: Entlastung durch Erzählung der eigenen Sichtweise). FMA2 habe ihr zugehört und nachgefragt (Beziehungsreaktion: Gewährung von emotionaler Entlastung). Auch habe er vorgeschlagen, den Freund in den BKD mitzubringen (*irgendwie gemeinsam zu ner Lösung kommen*, Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 222 – 223). Andererseits habe die Klientin von ihren eigenen stationären und ambulanten Therapieversuchen berichtet (*schon Therapien hinter sich*, Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 120) und geklagt, dass ihr sowieso niemand helfen könne (*alle lehnen mich ab*, Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 144). Dabei sei tiefes Misstrauen gegen die Helferszene deutlich geworden. Auch habe es wohl schon *Vereinbarungen mit einer Kollegin* vom BKD gegeben, dass die Klientin sich einen *Therapeuten* habe *suchen* sollen (Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 115 - 118) (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters). FMA2 habe wiederum mit Vorsicht reagiert und versucht zu erfragen, wo die Klientin schon überall gewesen wäre (*wo bist du denn bisher überall aufgetaucht*, Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 139) (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung). Die zweite Sequenz hätte die meiste Zeit des Gesprächs eingenommen.

#### Sequenz 3

FMA2 habe der Klientin Folgegespräche *relativ kurzfristig* (Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 414) zusammen mit ihrem Freund angeboten, da er das Gefühl gehabt hätte, die Klientin sei nach wie vor noch sehr belastet gewesen (Beziehungsangebot: weitere Entlastung durch Folgegespräche). Die Klientin habe sich *verstanden und aufgehoben* (Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin, Zeile 380) gefühlt und einen Termin mit FMA2 vereinbart (Beziehungsreaktion: Annahme des Angebotes der Entlastung durch Folgegespräche). FMA2 habe nun das Gespräch beendet, womit die Klientin einverstanden gewesen sei. (Anlage 4c, Anlage 6c und Anlage 7c)

### (b) Merkmale der Prozessgestaltung

#### Bedingungen

Diese KlientInnen litten wohl unter manifesten psychischen Störungen, doch wären ihre Beziehungsmöglichkeiten noch variabler als bei den bisher dargestellten KlientInnen der Psychiatrischen Klientel. Dies deutet darauf hin, dass Grenzen zwischen KlientInnengruppen unscharf sind und bestätigt, dass Mischformen existieren könnten. Nichts desto trotz gehörten solche KlientInnen ebenfalls in die Gruppe der DauerklientInnen. Gerieten solche KlientInnen in eine akute Krise, würden ihre Beziehungswünsche an den BKD über eine kurzfristige Entlastung hinausgehen. Dies könnte im Zusammenhang mit den gegenwärtigen akuten psychosozialen Krisen stehen, mit der eine weiterreichende Entlastung der KlientInnen notwendig werden könnte.

### Beziehungserwartungen

Die Beziehungserwartungen der KlientInnen ähnelten denen von KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen (s. VI.2.3.2.1). Auch hier verbinde sich vordergründig Entlastung mit einem tiefen Misstrauen gegen die Helferszene. Aufgrund jahrelanger stationärer und ambulanter Therapien ständen die KlientInnen diesen Angeboten sehr kritisch gegenüber. BeraterInnen konzentrierten sich im Erstgespräch auf die Entlastung der KlientInnen und blieben in ihren Angeboten äußerst vorsichtig.

### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Unter der Voraussetzung, dass sie die akute Krisensituation der KlientInnen und damit verbundene Beziehungswünsche erkennen würden, bemühten sich die BeraterInnen die Passung zu den entlastenden Beziehungswünschen über das ganze Gespräch herzustellen.

### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Die Kopplung von akuten und chronischen Krisenanlass führe zum Angebot der BeraterInnen, mit ihnen über den Erstgespräch hinaus in Kontakt zu bleiben.

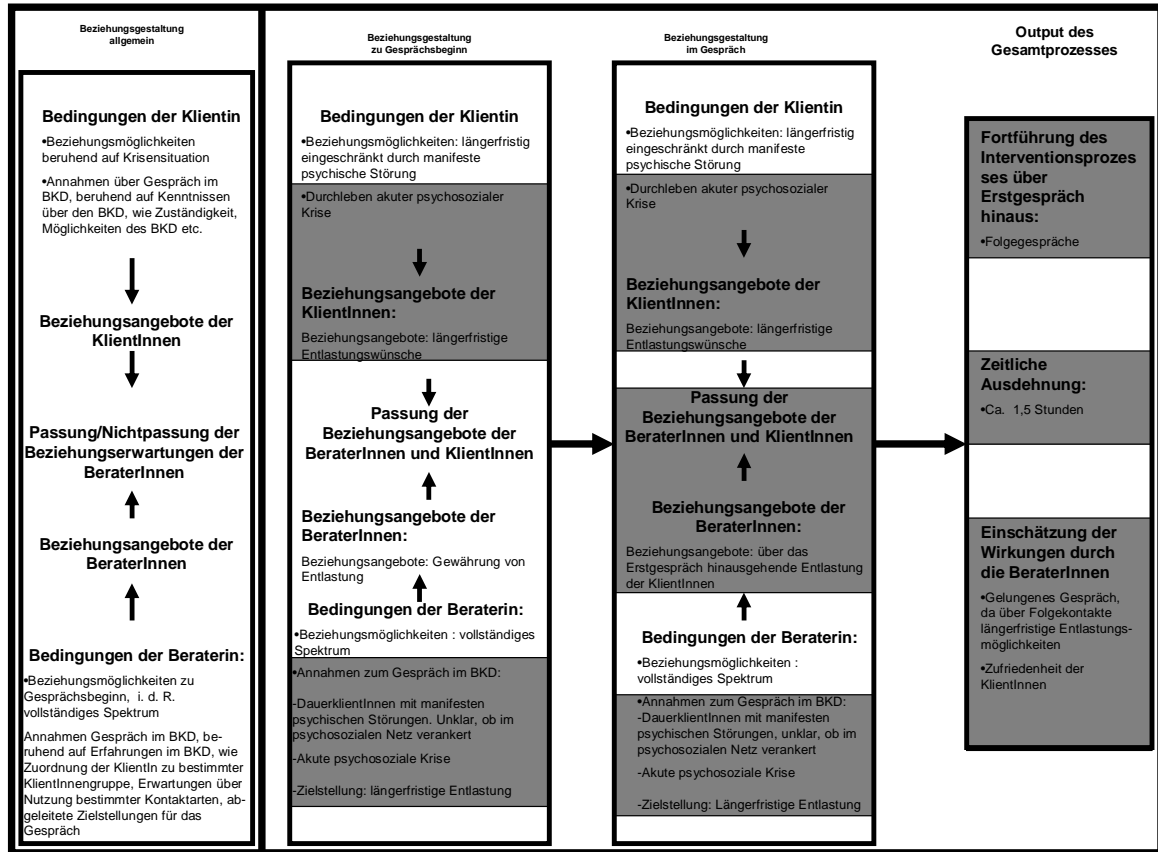
### Zeitliche Ausdehnung

So würden die Gespräche sich auch ähnlich wie bei Menschen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen über 1,5 -2 Stunden erstrecken.

### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

Ein solches Gespräch sei gelungen, weil der Kontakt über das Erstgespräch hinaus bestände, und es gelinge, die KlientInnen an eine Region und möglichst eine BeraterIn zu binden. Damit entstände die Chance, die Frequenz der Dauernutzung zu verringern. KlientInnen kämen zu den Folgegesprächen, nutzten die Angebote der BeraterInnen und wären im Gegensatz zu ihren sonstigen kurzen Entlastungsgesprächen zufriedener.

Prozessmuster III.4 (Abbildung 46 und Anlage 4c, Anlage 6c und Anlage 7c) beschrieb dementsprechend: **gelungene persönliche Erstgespräche mit nichtaggressiven DauerklientInnen der Psychiatrischen Klientel, die sich in akuten Krisen befinden.**



**Abbildung 46: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) – Prozessmuster III.4**

*VI.2.3.3.6 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Beziehungsgestaltung bei Erstgesprächsprozessen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)*

Im Ergebnis der sequentiellen Rekonstruktion konkreter Erstgespräche fanden einerseits allgemeine Aussagen zu KlientInnen Psychiatrischen Klientel (VI.1.3.2 und VI.1.4.2) und DauerklientInnen (VI.1.3.3 und VI.1.4.2) ihre Bestätigung (Anlage 4c, Anlage 6c und Anlage 7c, Anlage 8a, b, c). Andererseits konnten differenzierte Ausführungen über das Vorgehen in Erstgesprächen mit KlientInnen dieser KlientInnengruppe in den allgemeinen Aussagen den gefundenen Untergruppen von KlientInnen zugeordnet werden.

### Gemeinsamkeiten in den Prozessmustern:

#### Bedingungen:

Es bestätigte sich, dass die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen längerfristig stark eingeschränkt wären. Diese KlientInnen seien den BeraterInnen i. d. R. bekannt<sup>44</sup>, womit sich Wissen über Gesprächsmöglichkeiten verbände.

### Unterschiede in Prozessmustern:

#### Bedingungen:

Die KlientInnen könnten Erstgespräche wünschen, ohne dass akute psychosoziale Krisen durchlebt würden (Prozessmuster III.1, III.2 und III.3). Aber KlientInnen der Psychiatrischen Klientel kämen auch in akuten psychosozialen Krisensituationen in den BKD (Prozessmuster III.4). KlientInnen, deren Gespräche dem Prozessmuster III.1 entsprächen, akzeptierten die Regelungen des BKD und seien meist gut in das psychosoziale Netz der Stadt eingebunden. Dagegen wären mit den KlientInnen, deren Gesprächsprozess sich nach den Mustern III.2 und III.3 gestaltete, keine Regelungen möglich. Im Falle des Erstgesprächs mit einer KlientIn, die gleichzeitig eine akute psychosoziale Krise durchlebte (Prozessmuster III.4), würde Hilfe und damit verbundene Regeln (oft erstmalig) angenommen.

#### Beziehungserwartungen (Abbildung 47):

Erstgespräche differierten in den Entlastungswünschen der KlientInnen auf zweierlei Weise. Erstens könnten die KlientInnen mit dem Erstgespräch förderlichen Entlastungswünschen (Prozessmuster III.1, III.2/1. Teil und III.4) oder mit für die Fortführung des Erstgesprächs schwierigen (aggressiven) Entlastungswünschen (Prozessmuster III.2/2. Teil und III.3), vor allem aggressiven, kommen. Zweitens unterschieden sich die Angebote zur Gewährung von Entlastung durch die BeraterInnen in kurzfristige (keine akute Krise – Prozessmuster III.1, III.2 und III.3) und längerfristige (weiter reichende bei akuten psychosozialen Krisen – Prozessmuster III.4).

#### Passung:

Die Unterschiede in den Entlastungswünschen führten zu differenziert gestalteten Erstgesprächsprozessen. Lagen keine akuten Krisen vor, könnten die BeraterInnen durch zeitlich begrenzte Beziehungsangebote zur Gewährung von Entlastung passend auf die Beziehungswünsche der KlientInnen reagieren (Prozessmuster III.1 und III.3). Eine Ausnahme bildet das Prozessmuster III.2, erster Teil, durch die Gewährung zeitlich ausgedehnter

---

<sup>44</sup>In den Regionen würden DauerklientInnen dokumentiert und sich auf ein Vorgehen in Gesprächen mit ihnen geeinigt und festgehalten. Diese Dokumentationen würden aktualisiert und auch zwischen den Regionen abgeglichen.

Entlastung. Lägen akute Krisen vor (Prozessmuster III.4), würde versucht, grundsätzlich Passung zu den Beziehungserwartungen der KlientInnen zu erreichen.

Nichtpassung würde bewusst durch die BeraterInnen hergestellt, wenn die Begrenzung auf eine kurzfristige Entlastung nicht akzeptiert würde (Prozessmuster III.2, zweiter Teil und III.3).

Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus:

Eine Fortführung des Interventionsprozesses werde nur dort angestrebt, wo zu den manifesten psychischen Störungen akute psychosoziale Krisen hinzutreten (Prozessmuster I-II.4).

Zeitliche Ausdehnung:

Zeitlich begrenzte Entlastungsangebote durch die BeraterInnen würden i. d. R. auf wenige Minuten beschränkt (Prozessmuster III.1, III/2 Teil und III.4). Hiermit könnte in Zusammenhang stehen, dass zeitlich ausgedehnte Gespräche anscheinend keine zusätzlichen Effekte bringen (Prozessmuster III.2 (erster Teil)). Gespräche über eine Stunde würden nur angeboten, wenn akute Krisensituationen vermutet würden.

Einschätzung der Wirkungen für KlientInnen und BeraterInnen:

Erstgespräche, denen eine kurzfristige Entlastung für einen Abend, eine Woche o. ä. möglich sei (Prozessmuster III.1) und diese nicht ausschließlich aggressiv erfolge, würden von den BeraterInnen als gelungen eingeschätzt. Entgegen Erstgespräche mit KlientInnen, die aktuelle akute psychosoziale Krisen erlebten (Prozessmuster III.4), als erfolgreich empfunden würden, wenn es gelinge, mit den KlientInnen über das Erstgespräch hinaus in Kontakt zu bleiben. In beiden Varianten seien die KlientInnen auch zufrieden.

Erstgespräche, in denen nicht einmal kurzfristige Entlastungen gelängen und diese vor allem aggressiv erfolgten (Prozessmuster III.2, III.3), empfänden die BeraterInnen als misslungen. Auch die KlientInnen blieben in diesen Gesprächen unzufrieden.

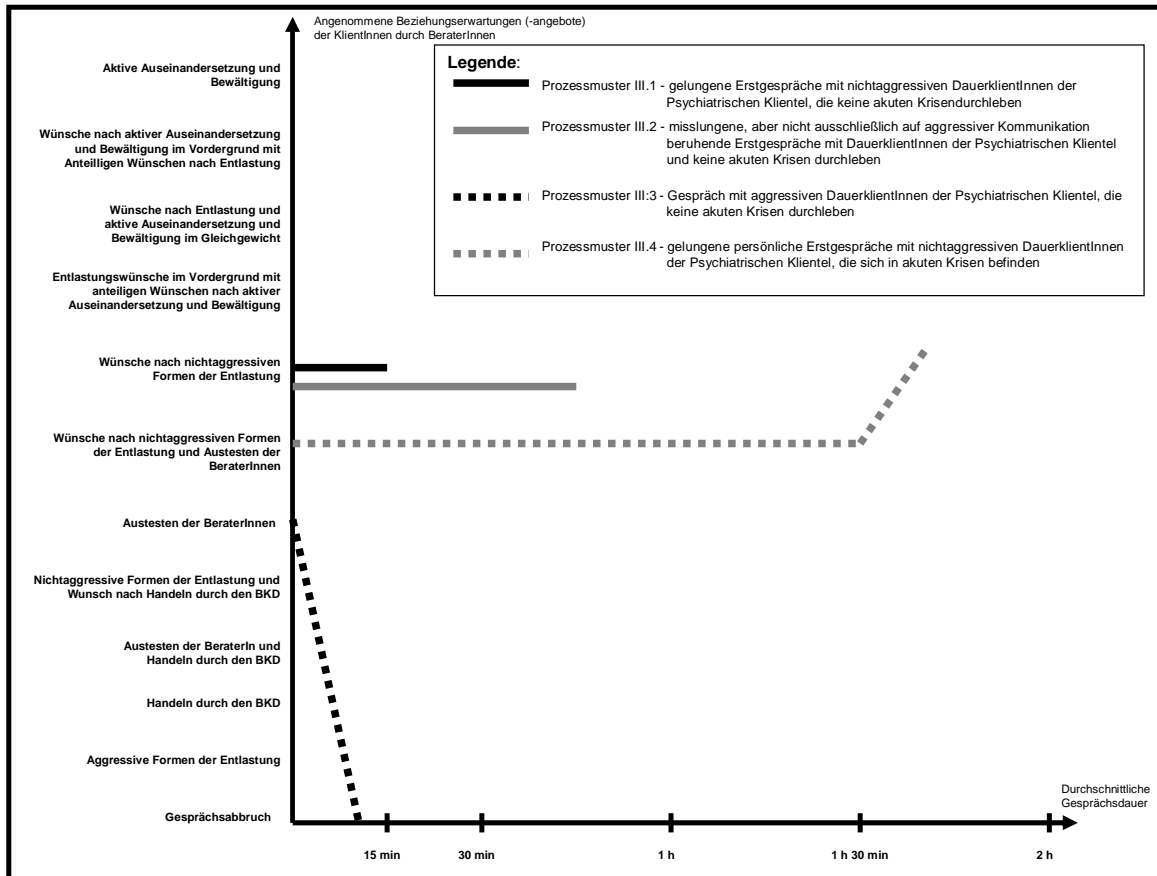


Abbildung 47: Überblick über mögliche Entwicklungen von Beziehungserwartungen der KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) und DauerklientInnen im Erstgespräch im Berliner Krisendienst

### VI.2.3.4 Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in suizidalen Krisen

#### VI.2.3.4.1 Überblick über Zuordnung berichteter Erstgespräche zu Prozessmustern

Es wurden vier Erstgespräche mit suizidalen KlientInnen berichtet, die sich in ihren Prozessverläufen wesentlich unterschieden. Jedes dieser Prozessmuster weist spezifische Charakteristika auf (Anlage 4d, 7d, 8a, 8b und 8c). Tabelle 23 gibt einen Überblick über die Merkmale der Erstgespräche mit suizidalen KlientInnen.

Tabelle 23: Übersicht über die Merkmale von Erstgesprächen mit KlientInnen in suizidalen Krisen

Prozessmuster	Erstgespräch
Prozessmuster IV.1	Fall FMA2_Tabletten neben dem Telefon
Prozessmuster IV.2	Fall FMA3_Frau im Hotel
Prozessmuster IV.3	Fall FMA1_Suizidaler Mann
Prozessmuster IV.4	Fall FMA4_Florettfechten



#### VI.2.3.4.2 Prozessmuster IV.1

### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

#### Fall FMA3\_Frau im Hotel

##### Sequenz 1

Der Berater habe bei der Klientin im Hotel angerufen, da er von einem Mitarbeiter der Telefonseelsorge darum gebeten worden wäre<sup>45</sup>. Er habe die Klientin erreicht, sich vorgestellt und die Umstände seines Anrufes erklärt (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung). Die Klientin wäre zu einem Gespräch mit ihm bereit gewesen. Sie habe *geweint* (Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 318) und vorsichtig begonnen zu erzählen (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Erzählen). FMA3 habe den Eindruck gehabt, dass die Klientin *verzweifelt, nicht so gut orientiert* gewesen wäre und *Mühe gehabt* hätte, seine *Fragen zu beantworten* (Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 13 – 15). Auch Suizidpläne hätten durchgeklungen.

##### Sequenz 2

FMA3 habe nun versucht, der Klientin durch Nachfragen Sicherheit (*emotionale Beziehung, die war einfach auch tragfähig*, Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 225) zu vermitteln. Darauf aufbauend hätte er nun auch ihre Suizidalität ansprechen können (*einen Schritt weitergehen*, Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 223 – 224) (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung). Die Klientin habe begonnen von ihrer Beziehungskrise zu erzählen (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Erzählen). Verzweiflung und Ratlosigkeit, aber auch Orientierungslosigkeit (*Ich weiß nicht mehr was ich machen soll*, Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 49) wären noch deutlicher geworden. Als die Klientin schließlich noch berichtet habe, dass sie *Alkohol* und *Medikamente* (Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 51 - 53) eingenommen habe, wobei sie die Menge nicht genau bestimmen könne, habe FMA3 kurz mit einem Kollegen gesprochen und ein neues Angebot gemacht (Sequenz 3).

##### Sequenz 3

Er habe in Absprache mit seinem Kollegen, der hauptamtlich auf einer stationären Krisenstation arbeiten würde, der Klientin das Angebot gemacht, gemeinsam zu ihr ins Hotel zu kommen (Beziehungsangebot: Handeln des BKD anstatt Klientin)<sup>46</sup>. Auch fragt er gezielt nach getrunkenen Alkohol und Tabletten (*Wie viel Alkohol ist es denn gewesen? Was an Medikamenten?*, Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 268 – 269). Die Klientin habe sein Angebot angenommen (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Handeln des BKD).

##### Sequenz 4

FMA3 habe nun vorgeschlagen den Kontakt zu beenden, habe erste Vorschläge zur Krisenstation als Schutzraum gemacht (*so was wie einen geschützten Raum*, Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 93) und noch einmal versichert, dass sie schnell kommen würden (Beziehungsangebot Entlastung durch Handeln des BKD). Auch habe er die Klientin gebeten, keine Telefonate von ihrem Partner anzunehmen (*dass sie bitte nicht rangeht*, Fall FMA3\_Frau im Hotel, Zeile 85 - 86), der wolle, dass sie zurück nach Hause komme und vor dem sie sich fürchte. Die Klientin habe dem zugestimmt (Beziehungsreaktion Entlastung durch Vorschläge und Handeln des BKD). (Anlage 4d, Anlage 6d und Anlage 7d)

### (b) Merkmale der Prozessgestaltung

#### Bedingungen

Der Erstkontakt entstehe telefonisch, hier aktiv durch den Berater. Durch die akute suizidale Krise seien der KlientInnen auf entlastende Beziehungsmöglichkeiten beschränkt. Die besondere Gefährdungssituation der KlientInnen bestimme das gesamte Handeln der BeraterInnen. Erstes Ziel sei es, aktiv einen Suizidversuch zu verhindern.

#### Beziehungserwartungen

Die Entlastung von KlientInnen stehe bei befürchteter Suizidalität für die BeraterInnen im Vordergrund (vgl. VI.1.3.4), was auch den Beziehungserwartungen der KlientInnen entspreche. Es ginge darum Vertrauen aufzubauen, um im Kontakt zu bleiben und die Akutheit der Suizidalität abzuklären. Würde sich einerseits die Vermutung erhärten, dass die Suizidgefahr

---

<sup>45</sup> Telefonseelsorge und Berliner Krisendienst kooperieren miteinander. In Fällen, in den die BeraterInnen der Telefonseelsorge psychiatrische Hintergründe oder akute Suizidalität vermuten, wenden sie sich, falls ihre KlientInnen dazu bereit wären, an den BKD.

<sup>46</sup> Hier wechselt FMA2 seine Vorgehensweise, da er eine akute Selbstgefährdung und damit einen psychiatrischen Notfall befürchtet (Zimmermann, 2001).

so groß sei, dass ein Gespräch und Folgegespräche nicht ausreichen würden und selbstschädigende Handlungen nicht auszuschließen seien, würden die BeraterInnen aktiv Maßnahmen einleiten, um die KlientInnen zu schützen. Hier würde das unter anderen Umständen als „schwierig“ eingeschätzte Beziehungsangebot des Handelns des BKD für die KlientInnen gemacht, welches die KlientInnen auch annehmen würden.

#### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

In diesen Gesprächen gelinge die aktive Herstellung der Passung durch die BeraterInnen. KlientInnen könnten die aktiven Angebote zur Entlastung akzeptieren.

#### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Wegen der akuten Selbstmordgefährdung würde die direkte zeitnahe Fortsetzung des Erstgesprächs (im Anschluss an den telefonischen Erstkontakt) angestrebt.<sup>47</sup> Dies könnte durch Hausbesuche oder das Rufen der Feuerwehr geschehen.

#### Zeitliche Ausdehnung

Das Erstgespräch würde nur soweit ausgedehnt, wie es notwendig sei, um einen persönlichen Kontakt im Anschluss an das Erstgespräch einzuleiten

#### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

Da es gelinge einen Suizid zu verhindern, den direkten persönlichen Kontakt zur KlientIn herzustellen und sie in ein schützendes Setting (z. B. Krisenstation) zu bringen, würde ein solches Gespräch als gelungen eingeschätzt werden. Die KlientInnen akzeptierten das Vorgehen der BeraterInnen, seien somit zufrieden.

Erstgespräche, deren Verlauf dem beschriebenen Prozessmuster IV.1 (Abbildung 48, Anlage 4d, Anlage 6d, Anlage 7d und Anlage 8a) entsprächen, könnten als **gelungene telefonische Erstgespräche mit KlientInnen in akuten suizidalen Krisen, die einen psychiatrischen Notfalle einleiteten**, bezeichnet werden. In der Einschätzung der BeraterInnen über solche Erstgespräche wurde deutlich, dass sich hier das „ideale Vorgehen“ im Falle akuter suizidaler Krisen handelt. Es wird jedoch durch die BeraterInnen vom gelungen Vorgehen in latenten suizidalen Krisen (Prozessmuster IV.3) unterschieden.

---

<sup>47</sup> BeraterInnen betonen in ihren allgemeinen Aussagen zu Telefonkontakten (s. VI.1.2), dass die Einschätzung von Beziehungswünschen, die aus der Befindlichkeit der KlientInnen entstünden, durch die ausschließlich akustischen Wahrnehmung schwieriger und deshalb von größeren Unsicherheiten behaftet seien. Im Falle von akuten suizidalen Krisen würde damit der persönliche Kontakt unbedingt angestrebt.

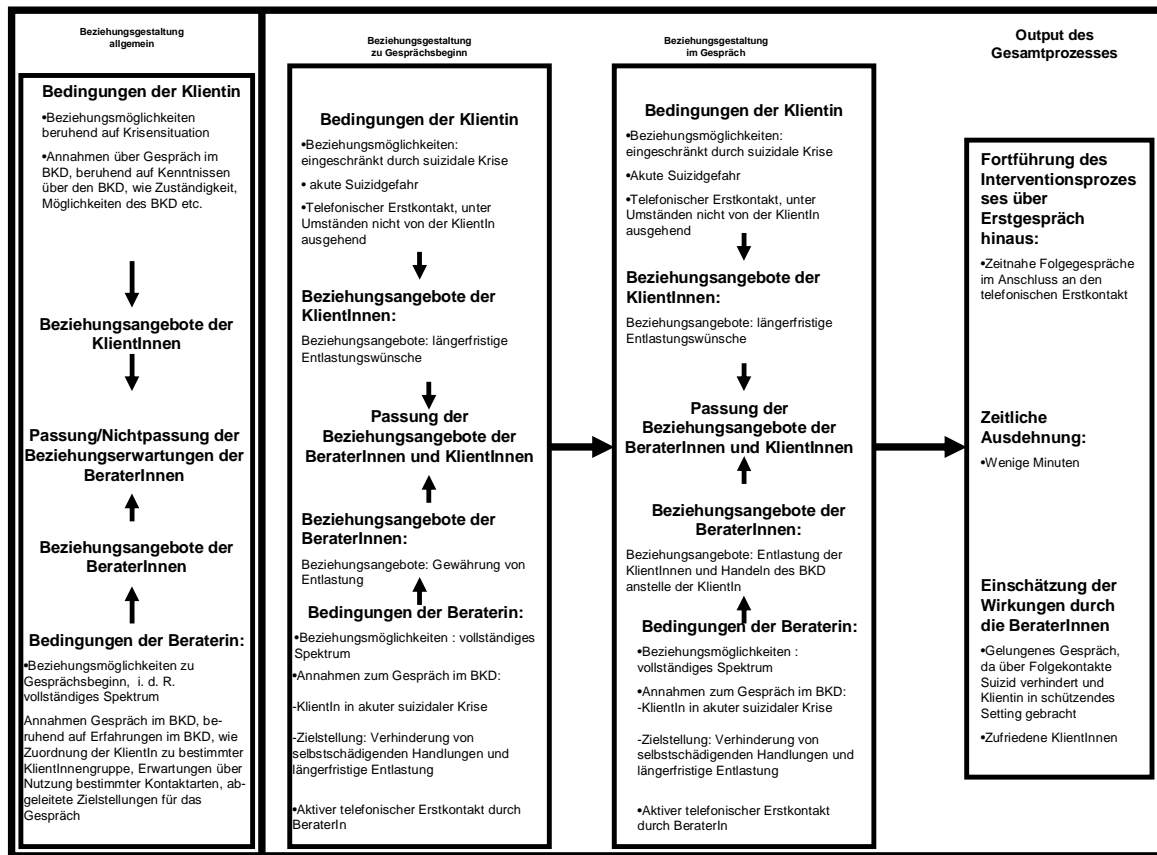


Abbildung 48: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen suizidalen Krisen– Prozessmuster IV.1

### VI.2.3.4.3 Prozessmuster IV.2

#### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

##### Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon

###### Sequenz 1

Die Klientin habe im BKD angerufen. Am Anfang habe der Berater nicht einschätzen können, worum es eigentlich gegangen sei (*wo ich gar nicht am Anfang wusste, sag ich mal, was iss es denn eigentlich jetzt*, Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 45 – 46). Die Klientin habe von ihrer Depressivität und Selbstmordabsichten (*ich möchte mich umbringen*, Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 11) berichtet. Auch *Tabletten* habe sie *schon gesammelt* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 17) (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters). FMA2 habe mit Vorsicht reagiert, *nachgefragt* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 5) und die Klientin erzählen lassen (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurücknahme).

###### Sequenz 2

*Es gab einen Hinweis und dann [änderte sich – U. F.] innerhalb des Gespräches der Fokus* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 50 - 51). Die Klientin habe einerseits gesagt, sie fühle sich beim Berater *gut aufgehoben* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 93) und weiter erzählt (Beziehungsangebot: Entlastung durch Erzählen). FMA2 habe weiter zugehört und nachgefragt (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Zuhören und Nachfragen). Andererseits habe sie ihre Erzählung plötzlich unterbrochen. FMA2 habe ein Schlucken gehört und die Klientin habe gemeint, *jetzt hab' ich die Tabletten genommen* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 99). Auf FMA2 hätte es so gewirkt, als wolle sie ihn *stellvertretend für die Gesellschaft* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Ziele 62) am Suizid teilnehmen lassen (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters und Wunsch nach Entlastung durch Handeln des Beraters). Es habe ihn *wütend gemacht* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 80). Er habe gesagt, sie erwarten doch nicht, *dass ich derjenige bin, der daneben sitzt und nix tut* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 22 – 23). Er habe nach der Adresse gefragt und angekündigt, dass er die Polizei informieren würde (Beziehungsreaktion: Handeln des Beraters anstatt der Klientin). Die Klientin habe ihm die Adresse gegeben (Beziehungsreaktion: Annahme des Entlastungsangebots zum Handeln des Beraters).

###### Sequenz 3

FMA3 habe versucht die Klientin weiter im Gespräch zu halten (*sie ... am Reden halten*, Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 131 – 132) (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung).

Die Klientin habe weiter erzählt. FMA2 sei aber, da er wegen eines weiteren Notfalls allein im BKD war, gezwungen gewesen, das Gespräch mit der Ankündigung seines Handelns abzubrechen. Er würde jetzt *Feuerwehr und Polizei anrufen* (Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon, Zeile 36) (Beziehungsangebot: Übernahme des Handelns durch den BKD. Die Klientin habe dies akzeptiert (Beziehungsreaktion: Annahme der Hilfe durch Handeln des BKD). (Anlage 4d, Anlage 6d und Anlage 7d)

## **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

### Bedingungen

Analog Prozessmuster VI.1

### Beziehungserwartungen

Beziehungserwartungen der KlientInnen enthielten aggressive Komponenten. Den BeraterInnen gelinge es in solchen telefonischen Erstgesprächen nicht, aktive Suizidversuche zu verhindern. Diese Suizidversuche enthielten jedoch große appellative Anteile, so dass in ihnen auch die Aufforderung an den Berater enthalten sei, an Stelle der KlientInnen zu handeln. Erkennbar sei dies für die BeraterInnen einerseits darin, dass die KlientInnen sie in den Selbstmordversuch einbezögen, ihnen aber auch andererseits die Möglichkeit gäben, noch Hilfe zu leisten, hier durch die Mitteilung der Adresse und Telefonnummer, um Polizei und Feuerwehr zu benachrichtigen<sup>48</sup>. Die BeraterInnen versuchten, soweit möglich, mit den KlientInnen im Kontakt zu bleiben, bis Hilfe vor Ort eintreffe.

### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Analog Prozessmuster IV.1 – hier würden aggressive Entlastungswünsche, aber vor allem Ansätze zum Handeln des BKD anstelle der KlientInnen aufgegriffen.

### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Die Selbstgefährdung verlange die schnelle Einbeziehung von Feuerwehr, Polizei und Rettungsdiensten.

### Zeitliche Ausdehnung

Solche Gespräche könnten länger dauern, um KlientInnen im Kontakt zu halten und erlauben, ihnen zu helfen, würde Hilfe möglich sein, würden die entsprechenden Stellen benachrichtigt. Soweit möglich, würde dann der Kontakt bis zum Eintreffen der Feuerwehr etc. aufrechterhalten. So wäre die genaue zeitliche Ausdehnung flexibel.

### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

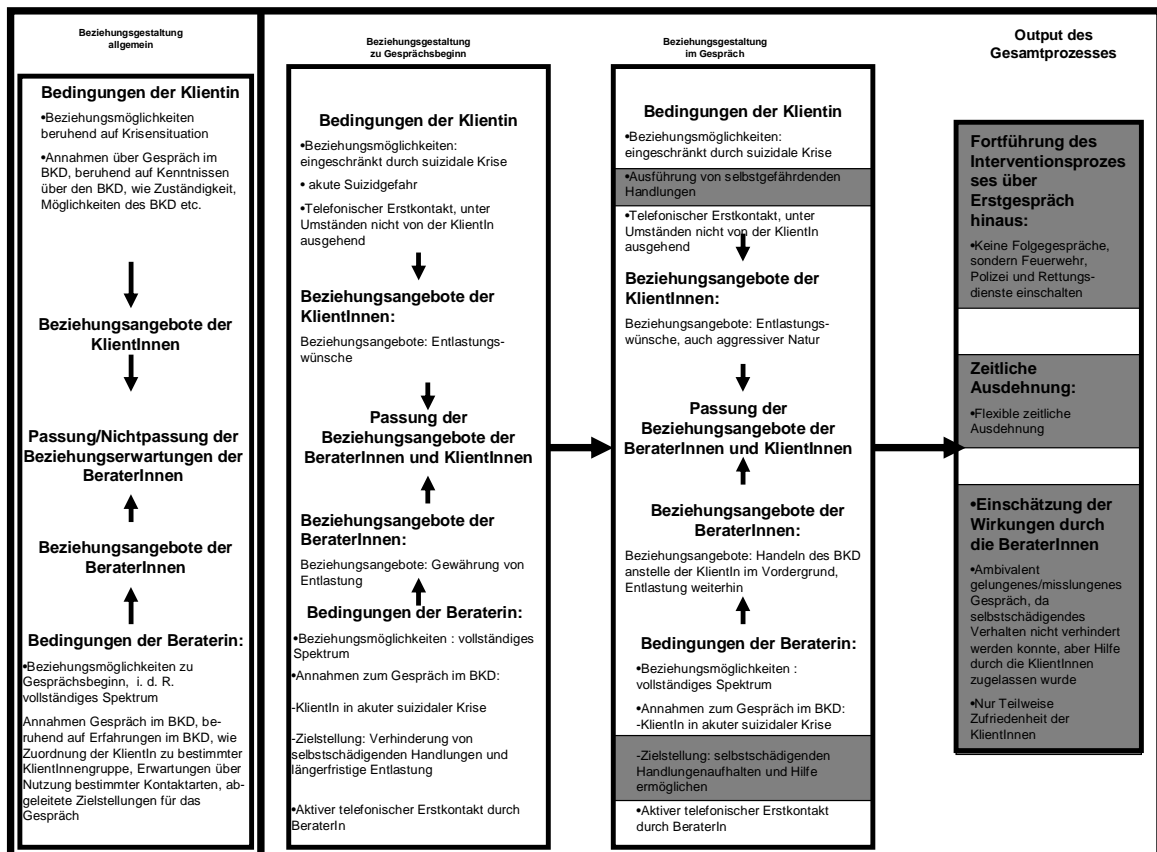
BeraterInnen schätzten das Gelingen/Misslingen bei solchen Gesprächen ambivalent ein, da es einerseits nicht gelinge, den Suizidversuch zu verhindern, aber andererseits, die KlientInnen zu bewegen, Hilfe anzunehmen und damit die Vollendung des Suizids abgewendet werden könne. Ebenso ambivalent scheint die Einschätzung Zufriedenheit der KlientInnen zu

---

<sup>48</sup> Wenn eine akute Selbstgefährdung vorliegt, setzen BeraterInnen die Regelungen des BKD zur Anonymität, der außer Kraft. Hier gelten dann die Regelungen für einen psychiatrischen Notfall (Zimmermann, 2001).

sein. Einerseits fühlten sie sich nicht genügend entlastet, um selbstgefährdende Handlungen zu unterlassen. Andererseits wäre ihr Vertrauen so groß, dass sie eben externer Hilfe zustimmten.

Das dargestellte Prozessmuster IV.2 (Abbildung 49, Anlage 4d, Anlage 6d, Anlage 7d und Anlage 8b) könnte dementsprechend als **ambivalent gelungenes/misslungenes telefonischen Erstgespräch mit KlientInnen in akuten suizidalen Krisen, die einen psychiatrischen Notfall einleiteten**, bezeichnet werden.



**Abbildung 49: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten suizidalen Krisen – Prozessmuster IV.2**

#### VI.2.3.4.4 Prozessmuster IV.3

#### (a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

##### Fall FMA4\_Florettfechten

###### Sequenz 1

Die Klientin habe ihre Lebensgeschichte erzählt, wobei ein großes *Misstrauen gegen Helferszene* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 141) deutlich geworden sei (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters), aber gleichzeitig der Wunsch nach Entlastung (*ihre Lebensgeschichte so erzählt hat*, Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 137 – 138) für FMA4 deutlich spürbar gewesen (Beziehungsangebot: Emotionale Entlastung durch Erzählen der eigenen Sichtweise). FMA4 habe den Eindruck gewonnen, *ein falsches Wort sie haut beleidigt ab* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 132 – 134) (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung, Verantwortung bei Klientin lassen). So habe sie FMA4 *nicht bedrängen* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 145) wollen, aber auch versucht klarzumachen: *so kommste hier nicht raus* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 146), also ihr die Verantwortung für sich zu zutrauen und auch einzufordern. Dieses Beziehungsangebot habe FMA4 als ein *vorsichtiges Abtasten* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 150) und *anstrengend* (Fall

FMA4\_Florettfechten, Zeile 27, 129) empfunden. Am besten sei das Arrangement des Gesprächs durch die Metapher des *Florettfechtens* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 21, 149) zu beschreiben.

#### *Sequenz 2*

Nach Aussage von FMA4 habe es die Klientin vordergründig darauf angelegt, in die Krise [Krisenstation, stationäre Kriseninterventionsstation U. F.] gebracht zu werden. Über den vordergründigen Fokus der gewünschten Klinikeinweisung habe die Klientin *austesten* wollen (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 22, 192), ob eine vertrauensvolle Beziehung zu FMA4 möglich sein könnte (Beziehungsangebot: Austesten des Beraters). Einerseits sei der Wunsch, die Verantwortung für ihr Handeln abzugeben, für FMA4 deutlich geworden. Andererseits habe die Klientin in der folgenden Woche nicht aufschiebbare Prüfungen zu absolvieren gehabt. So habe FMA4 letztlich den Eindruck gewonnen, dass eine Einweisung auf die Krisenstation für die Klientin nur bedingt eine Entlastung gewesen wäre, weil sie mit dem Gefühl der Klientin einhergingen, wieder *was nicht gepackt* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 58) zu haben. Von dieser Verantwortung habe sich die Klientin dadurch ausweichen wollen, indem FMA4 diese für sie übernehmen sollte. FMA4 habe die Verantwortung in die Krisenstation bei der Klientin gelassen (keine Empfehlung seinerseits) (Beziehungsreaktion: Vorsicht und Zurückhaltung, Verantwortung bei Klientin lassen). Aber gleichzeitig habe er eruiert wie akut die Suizidabsichten der Klientin im Augenblick seien (Beziehungsangebot: Entlastung durch Zuhören und Verstehen). Das Vertrauen von FMA4 in die Klientin schien diese zu stärken und auch zu ermöglichen, in Beziehung zu FMA4 zu bleiben (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Erzählen).

#### *Sequenz 3*

FMA4 habe aber auch die Suizidabsichten der Klientin ernst genommen. Er habe sich um die fragile Beziehung zur Klientin Sorgen gemacht, vor allem wenn das Erstgespräch vorüber sein würde. FMA4 habe das Gespräch beenden wollen, aber die Beziehung aufrechterhalten. Deshalb habe er der Klientin einen Stein als *Übergangsobjekt* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 77) angeboten (vgl. auch VI.1.3.4), damit sie sich an das Gespräch erinnern könnte (Beziehungsangebot: Entlastung, um Beziehungserhalt durch Gabe eines Übergangsobjektes ermöglichen). Diesen habe er ihr aber nur geliehen (*den muss sie wiederbringen*, Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 82). Damit sei die Klientin einverstanden gewesen (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Annahme des Übergangsobjektes). Zur Bewältigung der Krise habe FMA4 der Klientin Folgegespräche (*Gesprächsvereinbarung*, Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 165) angeboten (Beziehungsangebot: weitere Entlastung durch Folgegespräche). Wegen der ernstzunehmenden Suizidgefährdung habe man das erste bereits für den *nächsten Tag* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 175) vereinbart. Die Klientin habe das Angebot von FMA4 annehmen können (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Folgegespräche) und sei zu drei - vier Folgegesprächen gekommen. Sie habe so die Beendigung des Gesprächs akzeptieren können. (Anlage 4d, Anlage 5d, Anlage 6d und Anlage 7d)

## **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

Gelungene Erstgespräche mit KlientInnen mit latenten Suizidabsichten in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen gleichen auf den ersten Blick gelungenen Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen ohne latente Suizidabsicht (s. o).

### Bedingungen

So entsprechen die Bedingungen hinsichtlich der Beziehungsmöglichkeiten denen der KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen (s. VI.2.3.2.1 – Prozessmuster II.1). Hinzu trete jedoch die latente Suizidalität der KlientInnen.

### Beziehungserwartungen

Diese Erstgespräche scheint ebenfalls der Wunsch nach Entlastung bei gleichzeitigem Misstrauen gegen die Helferszene zu kennzeichnen. BeraterInnen ließen sich durch von den KlientInnen nicht „verführen“ andere Beziehungsangebote zu machen und schafften dadurch die Beziehung über das Erstgespräch hinaus aufrechtzuerhalten. Von den Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen ohne latente Suizidalität unterschieden sich diese Gespräche darin, dass der Fokus des Gesprächs auf der Suizidalität

liege. Während bei KlientInnen ohne Suizidalität in allen Gesprächen eine große Breite an inhaltlichen vorherrsche.

#### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

Bei latent suizidalen KlientInnen zeigt sich in diesem Gespräch das besondere Engagement des Beraters zur Aufrechterhaltung der Passung der Beziehungsangebote, die mit den allgemeinen Aussagen der BeraterInnen zu Erstgesprächen mit suizidalen KlientInnen korrespondiert (VI.1.3.4).

#### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Auf jeden Fall würden BeraterInnen versuchen, mit den KlientInnen über das Erstgespräch hinaus in Kontakt zu bleiben, wobei zeitnahe Kontakte präferiert würden.

#### Zeitliche Ausdehnung

Analog Prozessmuster II.1 – gelungenen persönlichen Gesprächen mit KlientInnen in unspezifischen Krisensituationen – würden die Gespräche auch über 1,5 Stunden dauern.

#### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

Gespräche, die dieses Prozessmuster (IV.1) aufwiesen, würden von den BeraterInnen als gelungen empfunden, da es entsprechend der Zielstellung gelinge mit den KlientInnen über den Erstkontakt hinaus in Kontakt zu bleiben und die Gefahr der Selbstgefährdung zumindest einzudämmen. Die KlientInnen seien zufrieden mit dem Erstgespräch gewesen, da sie die Angebote der BeraterInnen im Gespräch selbst und Fortführung annehmen könnten.

Prozessmuster IV.3 (Abbildung 50, Anlage 4d, Anlage 5d, Anlage 6d, Anlage 7d und Anlage 8a) könnte so als **gelungenes persönliches Gespräch mit KlientInnen in latenten suizidalen Krisen** und beschrieben und damit auch wiederum als „Idealtyp“ verstanden werden.

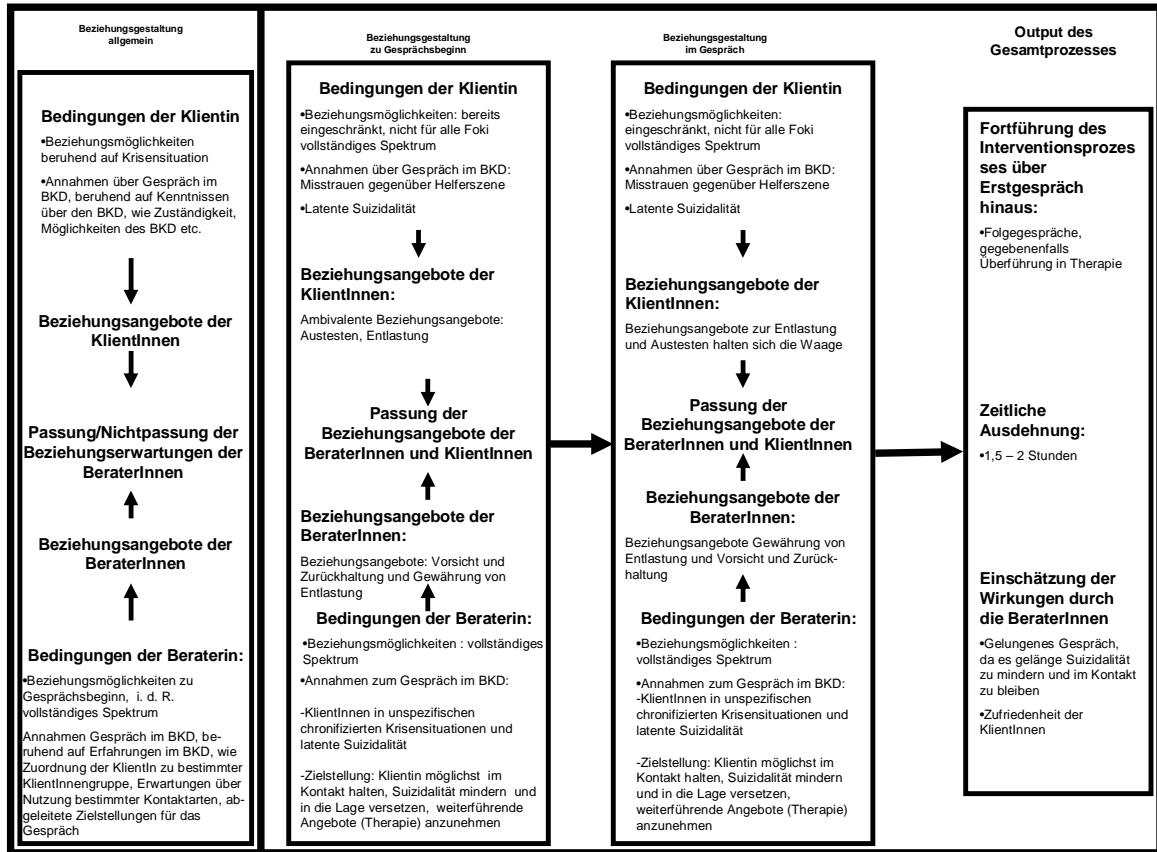


Abbildung 50: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen suizidalen Krisen- Prozessmuster IV.3

VI.2.3.4.5 Prozessmuster IV. 4

(a) Beispielhafte sequentielle Rekonstruktion des Erstgesprächs

Fall FMA1\_Suizidaler Mann

Sequenz 1

Der Klient sei von Freunden gebracht (Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 21) worden. Ob es eine eigene Motivation für das Aufsuchen des Krisendienstes gegeben habe, sei unklar geblieben. Gegen eine eigene Motivation habe gesprochen, dass FMA1 das Gespräch eröffnet und konkrete Beziehungsangebote an den Klienten gemacht habe. Zum einen sei es ihr um die Abklären der Suizidabsicht gegangen (*jede Frage ... Abschätzung von Akutizität*, Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 31 - 33) (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung durch Nachfragen und Zuhören). Zum anderen habe sie wegen der vermuteten akuten Suizidalität, den Klienten von vornherein bewegen wollen, externe Hilfe zur Bewältigung anzunehmen (*ich hätte ihn gern in die Klinik gebracht*, Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 38) (Beziehungsangebot: Gewährung von Entlastung durch Angebot Handeln der Beraterin). Der Klient habe eine Klinikeinweisung abgelehnt (*sich ... überhaupt nicht darauf einlassen*, Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 47) und auf seiner Sichtweise und autonomer Entscheidung bestanden (*wenn er wirklich will, dann wird er das auch tun*, Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 42) (Beziehungsreaktion: Nicht Hineinreden lassen – Eigene Entlastung durch Aggression). Jedoch habe er begonnen, über seine Suizidabsichten zu reden (*sehr ernste, ernsthafte ...und ... schmerzliche Qualität*, Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 60 - 61) (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Erzählen der eigenen Sichtweise).

Sequenz 2

In der zweiten Sequenz habe sich die Beraterin bemüht, den Klienten zum Reden über seine Suizidalität bewegen, (*alle Register ziehen*, Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 110) (Beziehungsangebot: Entlastung durch Nachfragen und Zuhören). Dem Klienten sei es möglich gewesen, *sehr ehrlich und offen* (Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 93 – 94) über seine Suizidabsichten zu reden (Beziehungsreaktion: Entlastung durch Erzählen der eigenen Sichtweise). Andere Sichten auf seine Suizidabsicht habe er nicht zuzulassen.

Sequenz 3

FMA1 habe die akute Suizidalität für den Klienten als äußerst bedrohlich angesehen. Sie habe versucht, ihn über das Angebot von Folgegesprächen im Kontakt zu halten (*angeboten ... zu kommen ... mit Kollegen zu reden*, Fall FMA1\_Suizidaler Mann, Zeile 117 - 119) (Beziehungserwartung: Entlastung durch Beziehungser-



halt durch Folgegespräche). Der Klient habe dies bei der Beraterin und an sich abgelehnt (*da wollte er nicht*, Fall FMA1\_Suizdaler Mann, Zeile 115) und so seinen Wunsch nach der Beendigung des Gespräches ausgedrückt (Beziehungsangebot: Abbruch des Gespräches). Die Beraterin habe keine Möglichkeit mehr gesehen, den Kontakt zum Klienten zu halten. Auch habe FMA1 nicht für den Klienten gehandelt, was darauf hindeutet, dass sie die Suizidalität noch nicht für so akut hält, dass der Klient nicht für sich die Verantwortung übernehmen könnte (*akute Suizidalität ... dann doch nicht*, Fall FMA1\_Suizdaler Mann, Zeile 13 – 44) (kein psychiatrischer Notfall). So habe sie den Abbruch des Gespräches akzeptiert (Beziehungsreaktion: Gewährung des Abbruchs). (Anlage 4d, Anlage 6d und Anlage 7d)

## **(b) Merkmale der Prozessgestaltung**

Auch hier gäbe es eine Ähnlichkeit zu KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen, jedoch hier zum Prozessmuster II.3 – den misslungenen Erstgesprächen.

### Bedingungen

Bedingungen wären anlog Prozessmuster IV.3, jedoch dazu komme eine wesentliche Modifikation: Solche Klienten würden von Freunden, Verwandten etc. gebracht. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass der eigentliche Wunsch zur Bewältigung der Krise mit Hilfe des BKD nicht von diesen KlientInnen ausginge.

### Beziehungserwartungen

KlientInnen würden eher als „Beziehungsverweigerungen“ reagieren oder schwierige Beziehungsangebote, wie Formen aggressiver Entlastung praktizieren. BeraterInnen würden jedoch aufgrund der latenten Suizidalität darauf gewährend reagieren. Dies unterscheidet diese Gespräche von dem mit KlientInnen in unspezifischen Krisensituationen (Prozessmuster II.3).

### Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen

BeraterInnen stellen ebenso wie in Prozessmuster IV.3 unbedingt Passung her, die jedoch von den KlientInnen durch den Abbruch des Gespräches bzw. Zurückweisen der Fortführung der Intervention in Frage gestellt würde.

### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus

Es gelinge den BeraterInnen letztlich nicht, die KlientInnen im Kontakt zu halten.

### Zeitliche Ausdehnung

Analog II.3 und IV.1

### Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs für KlientInnen und BeraterInnen

Solche Gespräche empfinden BeraterInnen als misslungen, da es weder gelinge die Suizidalität zu mindern, noch die KlientInnen im Kontakt zu halten. Die KlientInnen seien unzufrieden mit dem Erstgespräch, das nicht ihren Intentionen entspreche.

Das beschriebene Prozessmuster IV.4 (Abbildung 51, Anlage 4d, Anlage 6d, Anlage 7d und Anlage 8c) könnte somit als **misslungenes persönliches Erstgespräch mit latent suizidalen KlientInnen** bezeichnet werden.

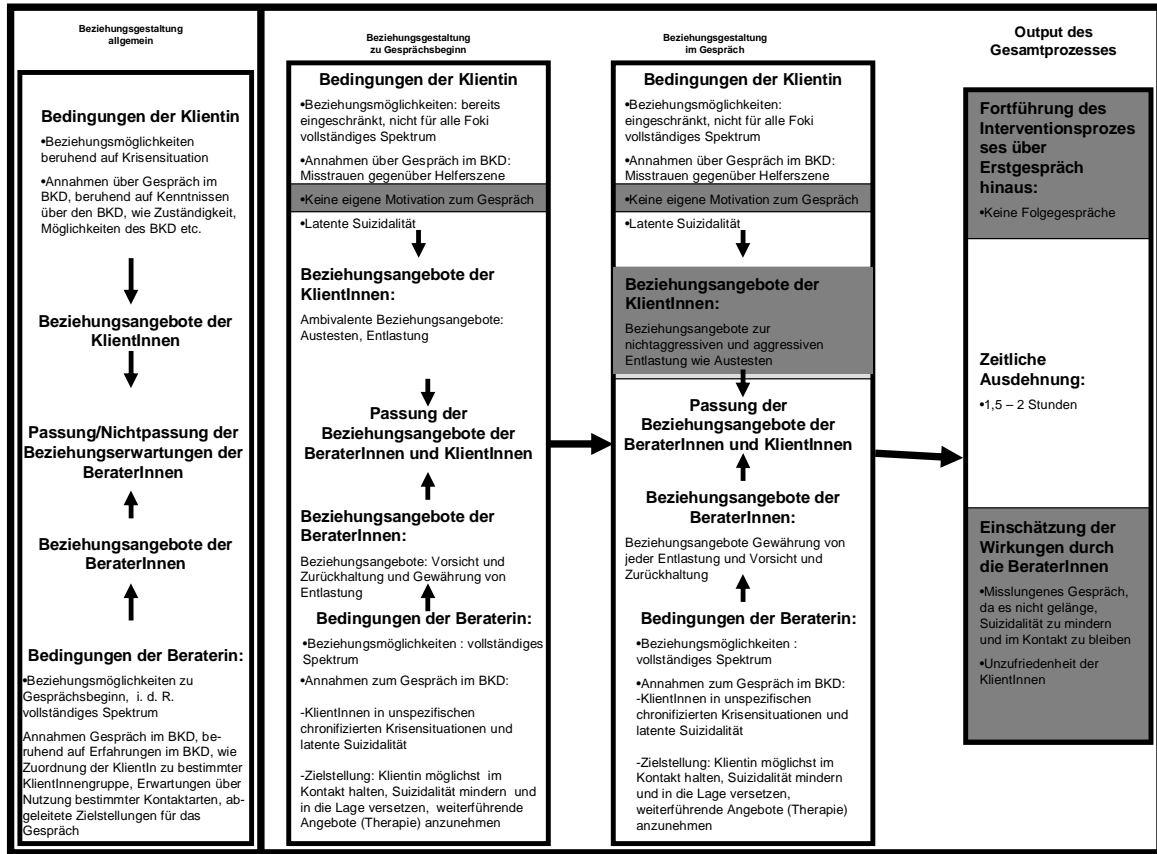


Abbildung 51: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen suizidalen Krisen– Prozessmuster IV.4

VI.2.3.4.6 Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Erstgesprächsprozessen in der Beziehungsgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in suizidalen Krisen

Im Ergebnis der Sequentiellen Rekonstruktion von Erstgesprächen mit suizidalen KlientInnen konnten zwei Gruppen von Prozessmustern unterschieden werden, die in Zusammenhang mit der Akutheit der suizidalen Krisen zu stehen scheinen. Erstgespräche mit KlientInnen in akuten suizidalen Krisen (Prozessmuster IV.1 und IV.2) weisen wichtige gemeinsame Grundzüge auf, ebenso wie Erstgespräche mit latent suizidalen KlientInnen (Prozessmuster IV.3 und IV.4). Darüber hinaus ergaben sich auch Differenzen innerhalb der Gruppen von Prozessmustern und Gemeinsamkeiten aller Prozessmuster.

Im Folgenden werden die Gemeinsamkeiten der Gruppen und die Unterschiede zwischen den Gruppen untersucht, um im Anschluss die Binnendifferenzierung innerhalb beider Gruppen von Prozessmustern herauszuarbeiten:

## **(1) Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb der Gruppen von Prozessmustern (Erstgespräche mit akut oder latent suizidalen KlientInnen)**

### *(1.1) Gemeinsamkeiten von Erstgesprächsprozessen mit akut und latent suizidalen KlientInnen*

#### Bedingungen:

Die Beziehungsmöglichkeiten aller suizidalen KlientInnen wären bereits stark eingeschränkt auf vor allem entlastende Beziehungswünsche, die durchaus für das Erstgespräch schwierige Formen (z. B. Entlastung durch Aggression) annehmen könnten.

#### Beziehungserwartungen:

Obwohl Wünsche nach Entlastung durch die KlientInnen unterschiedliche Formen annehmen könnten, sei allen Prozessmustern die Reaktion der BeraterInnen gemeinsam. Sie gewährten in jedem Fall Entlastung und brächten diese auch aktiv ins Gespräch ein. (Abbildung 52)

#### Passung/Nichtpassung:

BeraterInnen konzentrierten sich darauf, ausschließlich passende Beziehungsangebote einzubringen, um die Gefahr eines Abbruchs zu minimieren. Im Gegensatz zu Erstgesprächen anderer KlientInnengruppen beziehe sich dies auch auf schwierige Beziehungsangebote, wie aggressive Entlastung und Handeln des BKD anstatt der KlientInnen.

#### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus:

BeraterInnen würden auf jedem Fall die Fortführung anbieten, jedoch unterschieden sich die Formen (s. Unterschiede zwischen Erstgesprächsprozessen mit akut und latent suizidalen KlientInnen) und die Annahme des Angebotes durch die KlientInnen (Binnendifferenzierung innerhalb der Gruppen von Prozessmustern – latente suizidale Krisen).

### *(1.2) Unterschiede zwischen Erstgesprächsprozessen mit akut und latent suizidalen KlientInnen*

Unterschiede zwischen den Gruppen korrespondieren zum einen mit Gemeinsamkeiten innerhalb den Gruppen, zum anderen mit den Unterschieden innerhalb der Gruppen. Es wird an den entsprechenden Stellen darauf verwiesen.

#### Bedingungen:

Der erste Unterschied sei natürlich, ob die KlientInnen akut oder latent suizidal seien. Obwohl bei beiden Gruppen die Beziehungsmöglichkeiten schon stark eingeschränkt seien, muss bei akut suizidalen KlientInnen davon ausgegangen werden, dass sie Entlastung durch das Handeln anderer benötigten. Würden BeraterInnen eine akute suizidale Krise vermuten, richteten sie ihre Beziehungsangebote daran aus.

Des Weiteren scheinen Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen telefonisch geführt zu werden, während latent suizidale KlientInnen eher zu persönlichen Erstgesprächen kämen.

#### Beziehungserwartungen:

Aus den unterschiedlich eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten entstünden differenzierte Beziehungserwartungen. Akut suizidale KlientInnen wünschten eher Entlastung und Hilfe durch das Handeln des BKD. Das Austesten der BeraterInnen stehe eher am Rande. Dagegen spiele bei latent suizidalen KlientInnen das Austesten der BeraterInnen auch mit scheinbaren Wünschen nach Übernahme des Handelns durch den BKD (ähnlich wie in unspezifischen chronifizierten Krisen ohne Suizidalität) eine wesentliche Rolle. So würden die BeraterInnen akut suizidalen KlientInnen dann auch die Übernahme des Handelns durch den BKD anbieten, während sie bei latent suizidalen KlientInnen eher mit Vorsicht und Zurückhaltung reagierten (s. auch Binnendifferenzierung). (Abbildung 52)

#### Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus:

BeraterInnen versuchten mit akut suizidalen KlientInnen Folgekontakte sofort *im Anschluss* an das Erstgespräch stattfinden zu lassen, wobei sich die Formen unterschieden (s. Binnendifferenzierung). Latent suizidalen KlientInnen böten BeraterInnen *zeitnahe* Folgekontakte an, aber nicht immer würden diese angenommen.

#### Zeitliche Ausdehnung:

Die Dauer telefonischer Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen sei flexibel und richte sich an der Überführung in einen persönlichen Kontakt bzw. der Übergabe an die Polizei oder Feuerwehr aus. Dagegen gehe es in den oft langwierigen Erstgesprächen mit latent suizidalen KlientInnen darum, diese soweit zu entlasten, um in Folgekontakte mit weiteren Bewältigungsschritten zu ermöglichen.

#### Einschätzung der Wirkungen für KlientInnen und BeraterInnen:

Die Einschätzung des Gelingens unterscheidet sich nicht entlang der Gruppen von Prozessmustern, sondern hinsichtlich der Einschätzung, ob deren Zielstellungen erreicht wurden. Erstgespräche des Prozessmusters IV.1 und IV.3 wurden von den BeraterInnen als gelungen, das Erstgespräch mit dem IV.2 als ambivalent gelungen/misslungen und das Erstgespräch IV.4 als misslungen eingeschätzt (s. auch Binnendifferenzierung innerhalb der Gruppen von Prozessmusters). Gleichläufig wurde die Zufriedenheit/teilweise Zufriedenheit und Unzufriedenheit der KlientInnen eingeschätzt.

## **(2) Binnendifferenzierung der Gruppen von Prozessmustern (Erstgespräche mit akut oder latent suizidalen KlientInnen)**

Alle Gemeinsamkeiten, die für beide Gruppen gefunden worden, sind natürlich auch Gemeinsamkeiten innerhalb der Gruppe. Sie werden nicht noch einmal extra an dieser Stelle benannt. Unterschiede zwischen den Gruppen können hier als Gemeinsamkeit erscheinen, wenn sie jeweils beiden Prozessmustern einer Gruppe eigen sind. Darüber hinaus werden Unterschiede innerhalb einer Gruppe erfasst, wenn zwischen den Prozessmuster spezifisch auftraten.

### *Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in akuten suizidalen Krisen*

#### - Gemeinsamkeiten der Prozessmuster IV.1 und IV.2

Bedingungen:

Es werden ausschließlich telefonische Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen berichtet.

Zeitliche Ausdehnung:

Gespräche beider Prozessmuster seien relativ kurz, vom Grundsatz her aber flexibel. In ihnen würde darauf orientiert, Hilfe vor Ort zu den KlientInnen zu bringen. Dabei unterschieden sie sich in der Art der Hilfe (s. Unterschiede).

#### - Unterschiede zwischen den Prozessmustern IV.1 und IV.2

Beziehungserwartungen:

In Erstgesprächen des Prozessmusters IV.1 hätten die KlientInnen dem Erstgespräch förderliche Entlastungswünsche und würden auch Angebote der BeraterInnen zur Übernahme des Handelns akzeptieren. Obwohl KlientInnen in Erstgesprächen des Prozessmusters IV.2 ebenfalls letztlich die Übernahme des Handelns durch die BeraterInnen billigten, würden sie zuvor jedoch aggressive Beziehungserwartungen zum Ausdruck bringen, die sich in lebensgefährlichen selbstschädigenden Handlungen äußerten. (Abbildung 52)

Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus:

Bei Prozessmuster IV.1 sei die Fortführung des Interventionsprozesses durch einen Hausbesuch möglich, da wohl akute Suizidgefahr bestehe, aber es noch keine selbstschädigenden Handlungen vorgenommen würden. Mit dem Hausbesuch strebten die BeraterInnen an, sich genauer zu informieren, um besser einschätzen zu können, ob Hilfe dritter notwendig würde. Komme während des Erstgesprächs zu selbstschädigenden Handlungen (Prozessmuster IV.2), würde das sofortige Eingreifen zur Lebensrettung notwendig (Überführung in psychiatrischen Notfall).

Einschätzung der Wirkungen für KlientInnen und BeraterInnen:

I. S. der Zielstellung, der Verhinderung von lebensgefährlichen selbstschädigenden Handlungen und der Kontaktfortführung im direkten Anschluss an das Erstgespräch, schätzen die BeraterInnen Gespräche nach dem Prozessmuster IV.1 als gelungen (beide Teilaspekte seien verwirklicht worden) und Gespräche nach dem Prozessmuster IV.2 als ambivalent gelungen/misslungen ein (nur ein Teilaspekt konnte verwirklicht werden). Analog sei die Zufriedenheit der KlientInnen einzuschätzen. In den Erstgesprächen mit dem Prozessmuster IV.1 seien KlientInnen zufrieden. Dagegen scheinen KlientInnen, die selbstgefährdende Handlungen im Erstgespräch nicht unterließen, aber trotz der Annahme externer Hilfe nur teilweise zufrieden sein.

### *Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in latenten suizidalen Krisen*

#### (2.2.1) Gemeinsamkeiten der Prozessmuster IV.3 und IV.4

Bedingungen:

Berichtete Erstgespräche mit latent suizidalen KlientInnen waren persönliche Gespräche.

Zeitliche Ausdehnung:

Diese Gespräche glichen in ihrer zeitlichen Ausdehnung Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen. Sie erstreckten sie über einen Zeitraum von 1,5 Stunden und mehr.

#### (2.2.2) Unterschiede der Prozessmuster IV.3 und IV.4

Bedingungen:

Diese Gespräche unterschieden sich in der Motivation der KlientInnen für ein Erstgespräch im BKD. Erstgespräche nach dem Prozessmuster IV.3 würden auf Wunsch der Klientin geführt, während das Erstgespräch mit dem Prozessmuster IV.4 auf Wunsch der Freunde des Klienten zustande kommen würden, was die Eigenmotivation des Klienten fraglich mache.

Beziehungserwartungen:

KlientInnen, deren Gespräche nach dem Prozessmuster IV.3 abliefen, würden eher dem Erstgespräch förderliche Beziehungsangebote machen, während es bei KlientInnen ohne Eigenmotivation zu schwierigen Beziehungsangeboten bis hin zu Gesprächsverweigerungen (Abbruch) komme (Abbildung 52).

Fortführung des Interventionsprozesses über das Erstgespräch hinaus:

Die Fortführung des Interventionsprozesses mit zeitnahen Folgegesprächen gelinge nur in Erstgesprächen nach dem Prozessmuster IV.3, während KlientInnen in Erstgesprächen nach dem Prozessmuster IV.4 dies ablehnen scheinen.

Einschätzung der Wirkungen für KlientInnen und BeraterInnen:

BeraterInnen schätzen Erstgespräche mit latent suizidalen KlientInnen (die denen von Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen übereinstimmen), mit dem Prozessmuster IV.4 als gelungen und die KlientInnen als zufrieden ein. Erstgespräche mit dem Prozessmuster IV.4 seien dagegen misslungen und die KlientInnen unzufrieden.

Es bestätigte sich, dass die Gruppe der suizidalen KlientInnen quer zu den übrigen drei Gruppen läge (V.2.1 und VI.1.3.4). So könne bei latent suizidale KlientInnen gleichzeitig von unspezifischen chronifizierten Krisensituationen ausgegangen werden. Daraus ergeben sich neben großen Übereinstimmungen Modifikationen mit dem Erstgesprächsprozess mit KlientInnen in unspezifisch chronifizierten Krisensituationen. Akute Suizidalität verändere das Erstgespräch insofern, dass die zugrunde liegende Krisensituation in den Hintergrund rücke und die Konzentration der BeraterInnen alleinig darauf liege, den Suizid zu verhindern.

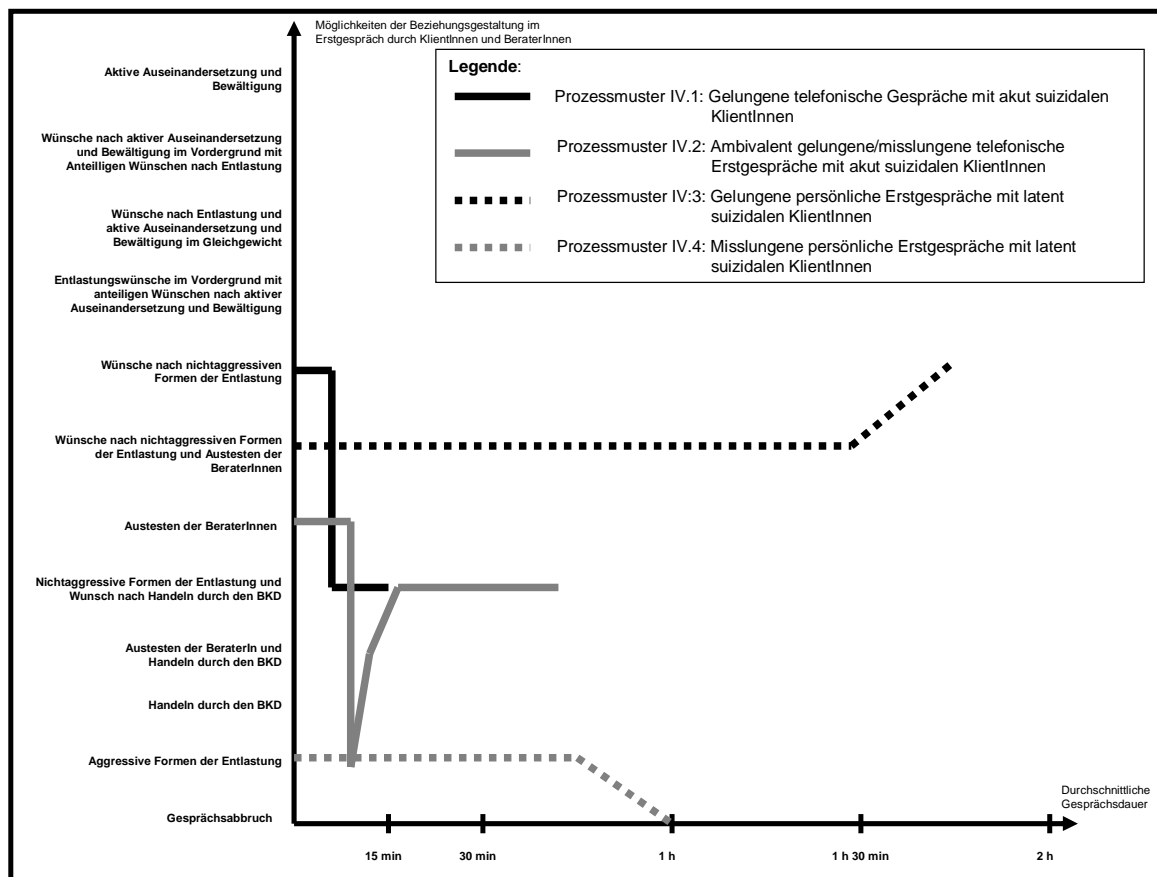


Abbildung 52: Überblick über mögliche Entwicklungen von Beziehungserwartungen suizidaler KlientInnen im Erstgespräch im Berliner Krisendienst

### VI.2.3.5 KlientInnengruppen übergreifende Systematisierung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten der entdeckten Prozessmuster

Die Analyse des Prozesses der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch illustrierte und bestätigte allgemeine Aussagen über Erstgesprächsprozesse (VI.2.2). Darüber hinaus konnten differenzierte Prozessverläufe innerhalb der KlientInnengruppen nachgewiesen werden. Einerseits zeigte sich, dass es wesentliche Übereinstimmungen zwischen Prozessverläufen *unterschiedlicher* KlientInnengruppen gab. Dies trug zum Verständnis der teilweise widersprüchlichen allgemeinen Aussagen der BeraterInnen bei. Andererseits wurde der Einfluss der Elemente (Bestandteile) für die KlientInnengruppen differenziert dargestellt. Im folgenden Abschnitt werden die Veränderungen im Wirken der einzelnen Elemente (Bestandteile) über alle KlientInnengruppen und Prozessmuster hinweg *und* auf allen Ebenen des Prozessmodells systematisch zusammengefasst. In einem ersten Schritt wurden ähnliche Prozessmuster zu Gruppen zusammengefasst (VI.2.3.5.1). In einem zweiten Schritt werden Unterschiede zwischen diesen Gruppen systematisch dargestellt (VI.2.3.5.2).



#### VI.2.3.5.1 Neuordnung von Gruppen von Prozessmustern auf Basis der Sequentiellen (Re)Konstruktion konkreter Erstgespräche

Im Ergebnis der Sequentiellen (Re)Konstruktion zeigte sich, dass sich KlientInnengruppen übergreifend Gruppen von ähnlichen Prozessmustern gebildet werden konnten. Diese Gruppen von Prozessmuster wiesen

1. Gemeinsamkeiten in der Charakterisierung der Krisensituation auf und
2. ähnelten sich in den Wirkungen des Prozessverlaufs in Form der Zufriedenheit der KlientInnen und Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs durch die BeraterInnen.

Die horizontale Achse charakterisiert folgende Krisensituationen:

- In *Achse A* sind alle Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung zu finden.
- *Achse B* umfasst aufgrund Ähnlichkeiten sowohl die Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen, mit latent suizidalen KlientInnen und mit einer Gruppe von KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (die längerfristige Entlastungswünsche kennzeichnen – Prozessmuster III.4). Um diese gemischte Gruppe zu kennzeichnen wurde sie unter Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen zusammengefasst.
- In *Achse C* werden Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel mit kurzfristigen Entlastungswünschen sublimiert.
- *Achse D* enthält sämtliche Prozessmuster von Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen.

Die vertikale Achse ordnet Prozessmuster mit gemeinsamen Wirkungen:

- *Achse I*: Prozessmuster von Erstgesprächen, die die BeraterInnen als gelungen einschätzen und die KlientInnen zufrieden gewesen seien,
- *Achse II*: Prozessmuster von Erstgesprächen, die die BeraterInnen als ambivalent gelungen einschätzen und die KlientInnen ambivalent zufrieden gewesen seien und
- *Achse III*: Prozessmuster von Erstgesprächen, die die BeraterInnen als misslungen einschätzen und die KlientInnen unzufrieden gewesen seien.

In der folgenden Tabelle 24 wird ein erster Überblick über die Neuordnung der Gruppen gegeben:

**Tabelle 24: Neuordnung von Gruppen von Prozessmustern auf Basis der Sequentiellen (Re)Konstruktion konkreter Erstgespräche**

Ordnungsprinzipien Gemeinsamkeiten auf Nano- und Mikroebene des Prozesses  Prozessverläufe mit gemeinsa- men Wirkungen	Prozessmuster von Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psy- chosozialen Krisen ohne Chronifizierung (A)	Prozessmuster von Erstgespräche mit KlientInnen in unterschied- lich chronifi- zierten Krisensi- tuationen mit längerfristigen Zielen (B)	Prozessmuster von Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatris- chen Klientel zur kurzfristi- gen Entlastung (C)	Prozessmuster von Erstgespräche mit akut suizida- len KlientInnen Prozessmuster (D)
<b>I: gelungene Erstgespräche aus Sicht der BeraterInnen und zufriedene KlientInnen</b>	I.1 I.2 I.3	II.1 III.4 IV.3	III.1	IV.1
<b>II: ambivalent gelungene Erstgespräche aus Sicht der BeraterInnen und ambivalent zufriedene KlientInnen</b>		II.2	III.2/1	IV.2
<b>III: misslungene Erstgespräche aus Sicht der BeraterInnen und unzufriedene KlientInnen</b>		II.3 IV.4	III.2/2 III.3	

*Beschreibung der Gruppen*

**Gruppe AI:**

Hier werden Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen zusammengefasst. Unterschiede innerhalb dieser Gruppe entstehen aus dem Setting des Erstgesprächs (Kontaktart und Krisenintervention erster und zweiter Ordnung) und daraus entstehender unterschiedlicher Beziehungserwartungen zu Beginn der Gespräche. Die Unterschiede bleiben jedoch auf den Beginn des Erstgesprächs beschränkt und wurden vernachlässigt. Da alle diese Gespräche als gelungen eingeschätzt wurden, gehören aufgrund der Ordnungsprinzipien alle zu den Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisensituationen ohne Chronifizierung (vgl. VI.2.3.2.5):

*I.1:* gelungenes persönliches oder telefonisches Erstgespräch und Krisenintervention 1. Ordnung mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung;

*I.2:* gelungenes persönliches Erstgespräch und Krisenintervention 2. Ordnung mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung und

*I.3:* gelungenes telefonisches Erstgespräch und Krisenintervention 1. Ordnung mit Unsicherheiten über die Zuständigkeit des BKD und den Fokus der KlientInnen.

Die Gruppe AI könnte wie folgt bezeichnet werden: **gelungene Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisensituationen ohne Chronifizierung.**

### **Gruppe BI:**

Dieser Gruppe von Prozessmustern können aufgrund Gemeinsamkeiten in den Prozessmustern und Wirkungen Erstgespräche mit KlientInnen unterschiedlicher KlientInnengruppen zugeordnet werden. So finden sich in der Gruppe BI erstens KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen (II.1). Zweitens führten BeraterInnen ähnliche Gespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel, deren Ressourcen einerseits schon ähnlich denen der KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen wären und andererseits über eine kurzfristige Entlastung hinausgehende Bedürfnisse hätten (III.4). Drittens fanden sich ähnliche Prozessmuster bei Erstgesprächen mit latent suizidalen KlientInnen (IV.3). Alle Erstgespräche dieser Gruppe werden von den BeraterInnen als gelungen eingeschätzt, ebenso seien die KlientInnen zufrieden gewesen.

*II.1:* gelungene persönliche Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen (VI.2.3.2.2);

*III.4:* gelungene persönliche Erstgespräche mit nichtaggressiven DauerklientInnen der Psychiatrischen Klientel, die sich in akuten Krisen befinden (VI.2.3.3.4) und

*IV.3:* gelungene persönliche Erstgespräche mit KlientInnen in latenten suizidalen Krisen (VI.2.3.4.4).

Die Gruppe BI könnte als **gelungene Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen, die über eine kurzfristige Entlastung hinausgehen**, beschrieben werden.

### **Gruppe BII:**

Diese Gruppe wird einzig durch das Prozessmuster *II.2: ambivalent gelungenes/mislungenes Erstgespräch mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen* repräsentiert (VI.2.3.2.3).

### **Gruppe BIII:**

Auch hier finden sich ähnliche Prozessmuster unterschiedlicher KlientInnengruppen. Es besteht eine gewisse Analogie zur Gruppe BI, wiederum wurden Gemeinsamkeiten zwischen Prozessmustern von Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifisch chronifizierten Krisensituationen und latent suizidalen KlientInnen gefunden. Allerdings berichteten die BeraterInnen kein ähnliches Erstgespräch mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel, die sich in einer akuten Krise befänden. Die Gruppe BIII unterscheidet sich jedoch im Prozessverlauf und in den Wirkungen der bereits erwähnten Gruppe BI. Diese Erstgespräche werden von den BeraterInnen als misslungen eingeschätzt und hinterließen unzufriedene KlientInnen:

II.3: misslungene persönliche Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und

IV.4: misslungene persönliche Erstgespräche mit latent suizidalen KlientInnen.

Im Gegensatz zu Gruppe BI könnten die Gruppe BIII als **misslungene Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen, die über eine kurzfristige Entlastung hinausgehen** bezeichnet werden.

#### **Gruppe CI:**

Diese Gruppe enthält ausschließlich gelungene Erstgespräche mit nichtaggressiven DauerklientInnen der Psychiatrischen Klientel, die keine akuten Krisen durchleben (Prozessmuster III.1 – VI.2.3.3.2). Sie wird, um die Vergleichbarkeit mit anderen Gruppen von Prozessmustern herzustellen, nun als **gelungene Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzzeitigen Entlastung** bezeichnet.

#### **Gruppe CII:**

Dieser Gruppe wurde der 1. Teil des Erstgesprächs *Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?* (Prozessmuster III.2/1 VI.2.3.3.3) zugeordnet, der auch als separates Erstgespräch mit besonderen Eigenschaften aufgefasst werden kann. Es sei erinnert, dass es gelungen schien, mit dem normalerweise aggressiven Dauerklienten ein nichtaggressives Entlastungsgespräch zu führen. Doch der Schein trog. Der Klient habe umgehend wieder angerufen (Prozessmuster III.2/2). Dieses Gespräch wird nun der Gruppe **ambivalent gelungener/misslungener Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfristigen Entlastung** zugeordnet.

#### **Gruppe CIII:**

In dieser Gruppe von Prozessmustern wurden zwei ähnliche Prozessmuster bzw. Prozessmusteranteile zusammengefasst:

III.2/2: zweiter Teil des Prozessmusters: eher misslungene, aber nicht ausschließlich auf aggressiver Kommunikation beruhende Erstgespräche mit DauerklientInnen der Psychiatrischen Klientel und

III.3: Gespräche mit aggressiven DauerklientInnen der Psychiatrischen Klientel, die keine akuten Krisen durchlebten.

Die Prozessmuster der Gruppe CIII könnten als **misslungene Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfristigen Entlastung** gekennzeichnet werden.

### **Gruppe DI:**

Das Prozessmuster IV.1 (*Fall FMA3\_Frau im Hotel*; VI.2.3.4.2) steht alleinig **für gelungene Erstgespräche mit KlientInnen in akuten suizidalen Krisen.**

### **Gruppe DII:**

Ebenso wie in Gruppe DI sind dieser Gruppe Prozessmuster von Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen zuordenbar. Im Gegensatz zur Gruppe DI bzw. dem Prozessmuster IV.1 gelinge es den BeraterInnen hier nicht, selbstschädigende Handlungen im Erstgespräch zu verhindern. Jedoch ließen solche KlientInnen Hilfe von außen zu. So können diese Gespräche als **ambivalent gelungene/misslungene Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen** gekennzeichnet werden.

In der Zuordnung zu Gruppen wurde deutlich, dass bestimmte Kombinationen nicht berichtet wurden:

- ambivalent gelungene/misslungene Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung,
- misslungene Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung und
- misslungene Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen.

Im Folgenden wird deshalb auch zu prüfen sein, ob es dafür regelhafte Gründe geben könnte oder ob die diese Kombinationen nur aufgrund der Begrenzung der Arbeit nicht berichtet wurden.

#### *VI.2.3.5.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Gruppen von Prozessmustern*

Den Ausgangspunkt für die Untersuchung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Gruppen von Prozessmustern bildet die Tatsache, dass Gemeinsamkeiten innerhalb der Gruppen über ähnliche Prozessmuster vorausgesetzt werden. Diese wurden im Rahmen der Darstellung der Prozessmuster in VI.2.3.1 bis VI.2.3.4 ausführlich beschrieben. Im folgenden Abschnitt werden sie nur zur Charakterisierung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Gruppen von Prozessmustern herangezogen.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Gruppen von Prozessmustern verbanden sich:

- (a) mit spezifischen Krisensituationen (A ... D) und
- (b) mit differenten Prozessverläufen, die durch differenzierte Outputs der Erstgespräche (I ... III) gekennzeichnet sind.

Werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Ausprägungen der Achsen (A ... D oder I ... III) gezeigt, wird von Differenzierungen innerhalb einer Ausprägung der Achse abgesehen. Die Gemeinsamkeiten der Gruppen von Prozessmustern werden in den Focus der Betrachtung gestellt.

Beispiele:

Für Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen mit längerfristigen Zielen werden nur die Prozessmerkmale zugrunde gelegt, die gelungenen, ambivalent gelungenen/misslungenen und misslungenen Erstgesprächen gemeinsam waren.

Andererseits werden, wenn Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Prozessen, die durch ähnliche Wirkungen gekennzeichnet sind, spezifische Krisensituationen vernachlässigt.

Dieses Vorgehen ermöglicht **qualitativ**:

- (A) einen Zusammenhang zwischen spezifischer Krisensituation und Prozess zu beschreiben;
- (B) Zusammenhänge zwischen Prozessgestaltung und Wirkung unabhängig von spezifischen Krisensituationen darzustellen und
- (C) Zusammenhänge zwischen spezifischen Krisensituation, Prozessverlauf und zu berichteten/ nicht berichteten Wirkungen zu benennen.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden den verschiedenen Ebenen des Prozesses der Beziehungsgestaltung (Nano-, Mikro-, Meso- und Makroebene) zugeordnet und auf diesen dargestellt. Sie werden zunächst für jede Ebene tabellarisch zusammengefasst und dann in ihrer Tendenz beschrieben.

### **Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Gruppen von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen**

An dieser Stelle werden die Prozesse der Beziehungsgestaltung für spezifische Krisensituationen beschrieben. Dabei werden nur spezifischen Krisensituationen gemeinsame Merkmale betrachtet. Die möglichen Unterschiede, die durch unterschiedliche Prozessverläufe entstehen, werden anschließend dargestellt (s. unten).

*(A1) Nanoebene*

Es bestätigten sich die Aussagen der BeraterInnen über die Elemente (Bestandteile) der Sequenzen des Prozesses der Beziehungsgestaltung:

- Bedingungen, Beziehungserwartungen und Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen,

und des Outputs:

- Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs und Wirkungen.

Auf Nanoebene wird der Möglichkeitenraum für die Bestandteile (Elemente) Krisensituation spezifisch ausgelotet. Damit haben hier unterschiedliche Prozessverläufe noch keinen Einfluss. In der Anlage 11 a wird ein Überblick über die Ausprägungen aller Bestandteile für alle krisenspezifischen Situationen gegeben.

Aus der Darstellung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten auf Nanoebene lassen sich Entwicklungen hinsichtlich der Ausprägungen der Elemente (Bestandteile) von Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) bis zu Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen (Achse D) ableiten.

Prozess:

**Bedingungen**

*KlientInnen:*

- Die *Beziehungsmöglichkeiten* der KlientInnen nehmen von A bis D tendenziell ab – vom tendenziell vollständigen Spektrum (Achse A) zu Einschränkungen in der aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung (Achse B) bis hin zu ausschließlich entlastenden Beziehungswünschen.
- Das *Vorwissen/Wissen* der KlientInnen über den BKD und seine Möglichkeiten ist unterschiedlich. Während KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) eher wenig über den BKD wissen, kennen KlientInnen mit Chronifizierungen (Achse B + C) das psychosoziale Netz und seine Möglichkeiten. Das Vorwissen/Wissen von KlientInnen in akuten suizidalen Krisen (Achse D) scheint zu differieren.
- Wählen KlientInnen der Achse A persönliche und telefonische Kontakte, bevorzugen KlientInnen der Achse B persönliche Kontakte. Die KlientInnen der psychiatrischen Klientel (Achse C) nehmen i. d. R. telefonisch Kontakt zum BKD auf. Auch akut suizidale Menschen haben telefonische Erstgespräche, jedoch würde hier unter Umständen der Kontakt aktiv durch die BeraterInnen hergestellt werden.

- Mit abnehmenden Beziehungsmöglichkeiten scheinen auch die Möglichkeiten der KlientInnen abzunehmen, adäquat auf *Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen aus der laufenden Kommunikation* zu treffen.

#### *BeraterInnen*

- Aufgrund der psychischen Gesundheit und Professionalität verfügen die BeraterInnen über das vollständige Spektrum an *Beziehungsmöglichkeiten* und auch *ihre Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen* sind überwiegend adäquat. Allein in bei KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen gelingt es ihnen aufgrund Parallelität und Verwobenheit der Beziehungserwartungen der KlientInnen nicht immer.
- *Wahl der Kontaktart*: BeraterInnen orientieren sich, soweit möglich, bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen und in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse A + B) wegen zur erwartenden Längerfristigkeit auf persönliche Gespräche. Der Kontakt zu KlientInnen der psychiatrischen Klientel wird auf kurze telefonische Kontakte beschränkt (Achse C). Gleiches gilt für akut suizidale KlientInnen (Achse D), wobei hier immer ein kurzfristiger Folgekontakt mitgedacht wird.
- *Vorwissen/Wissen*: Den wesentlichsten Unterschied in den Bedingungen gibt es hinsichtlich der Zielstellungen für Erstgespräche mit KlientInnen in spezifischen Krisensituationen. BeraterInnen schränken mit abnehmenden Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen Zielstellungen ein. Sie orientieren bei KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung (Achse A) neben der Entlastung bereits auf Aktive Auseinandersetzung und den Beginn der Bewältigung im Erstgespräch. Bei KlientInnen in unspezifischen Krisensituationen (Achse B) steht bereits die Entlastung der KlientInnen im Mittelpunkt der Beratung, aber sie streben die aktive Auseinandersetzung und Bewältigung mit den Folgegesprächen an. Bei KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) und akut suizidalen KlientInnen (Achse D) konzentrieren sich die BeraterInnen alleinig auf die Entlastung der KlientInnen.



## **Beziehungserwartungen**

### *KlientInnen*

Ebenso so wie die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen entwickeln sich die Beziehungserwartungen. Auch die Beziehungserwartungen werden zunehmend eingengt auf entlastende Beziehungswünsche (Achse B - KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen) bis zur Ausschließlichkeit dieser (Psychiatrische Klientel – Achse C und akut suizidale KlientInnen – Achse D).

### *BeraterInnen*

Einerseits entsprechen die Beziehungserwartungen der BeraterInnen den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen. Sie richten sich an ihnen aus. Andererseits werden bei andauernden aggressiven Entlastungswünschen bei KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) und der Psychiatrischen Klientel (Achse C) diese mit diesen Wünschen konfrontiert. Dies entspricht dem Einbringen von Beziehungsangeboten zur aktiven Auseinandersetzung, auf welche diese KlientInnen i. d. R. aufgrund ihrer eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten nicht adäquat (passend) eingehen können (vgl. VI.2.3.2.5 und VI.2.3.3.6). Dies trifft nicht auf Beziehungserwartungen in Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen zu. Aufgrund der bestehenden akuten Selbstgefährdung wird auch auf aggressive Entlastungswünsche gewährend reagiert, wobei immer der Schutz der KlientInnen im Vordergrund stünde (Beziehungsangebot: Handeln anstatt der KlientInnen).

## **Passung/Nichtpassung**

Analog der Beziehungserwartungen sind Kongruente Passungen nur in Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) und in wesentlich geringerem Maße bei KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) zu finden. Komplementäre Passungen können ebenso wie entlastende Beziehungserwartungen in allen Erstgesprächen unabhängig von der Krisensituation auftreten. Nichtpassungen stehen dagegen nicht im Zusammenhang mit spezifischen Krisensituationen sondern mit dem Verlauf des Prozesses.

In Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen (D) reagierten die BeraterInnen unabhängig vom Verlauf ausschließlich mit kongruenten passenden Beziehungsangeboten.

Output:

**Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs**

Aufgrund der spezifischen Krisensituation würden KlientInnen der psychiatrischen Klientel (Achse C) keine Folgegespräche angeboten und akut suizidalen KlientInnen (Achse D) immer Folgekontakte unmittelbar im Anschluss. Die Entscheidung über Folgegespräche für KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung und KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen erfolge anhand des Prozessverlaufs.

**Wirkungen des Erstgesprächs**

Nur für Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) lassen sich gemeinsame Wirkungen feststellen. Trotz leichter Differenzen im Prozessverlauf gelingen diese Erstgespräche und die KlientInnen sind zufrieden. Für alle anderen spezifischen Krisensituationen scheinen aufgrund differenter Prozessverläufe unterschiedliche Wirkungen zu haben. Dabei scheinen BeraterInnen Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen so zu führen, dass wenigstens Unzufriedenheit nach Möglichkeit ausgeschlossen werde.

*Zusammenfassung:*

Auf der Nanoebene der Prozessgestaltung wurden die Elemente (Bestandteile) des Prozesses und Outputs der Beziehungsgestaltung Krisensituation spezifisch beschrieben. Hier kann es noch keine Unterschiede in den neu zusammengestellten Gruppen geben, da die Krisensituation selbst die Ausgestaltung der Elemente bestimmt. Die Ausgestaltung der Elemente definiert damit auch die Grenzen für Krisensituation spezifischen Ziele im Erstgespräch.

### *(A2) Mikroebene*

Auf der Mikroebene werden Zusammenhänge zwischen den Elementen (Bestandteilen) einer Sequenz und innerhalb des Outputs beschrieben. Zusammenhänge zwischen den Elementen einer Sequenz (s. VI.2.2.3.2) konnten für KlientInnen und BeraterInnen in zwei Stufen dargestellt werden:

1. Einfluss der Bedingungen auf die Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen und
2. Einfluss eingebrachter Beziehungserwartungen auf die Herstellung der Passung/Nichtpassung.

Innerhalb des Outputs wurden die Zusammenhänge für KlientInnen und BeraterInnen gefunden (s. VI.2.2.2.2):

1. KlientInnen: Einfluss der Zufriedenheit auf die Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs
2. BeraterInnen: Einfluss der Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung durch die KlientInnen des Erstgesprächs auf die Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs durch die BeraterInnen.

In Anlage 11b wird ein Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen spezifischen Krisensituationen (Achse A – D) gegeben.

Auch auf Mikroebene wurden systematische Entwicklungen in der Beziehungsgestaltung über die spezifischen Krisensituationen hinweg, von Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen (Achse A) bis zu Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten suizidalen Krisen (Achse D), entdeckt.

Die Darstellung erfolgt wiederum für Prozess und Output und darunter für KlientInnen und BeraterInnen getrennt:

#### Prozess

#### **(1) Einfluss der Bedingungen auf die Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen**

##### *KlientInnen*

- Der Einfluss der zur Verfügung stehenden *Beziehungsmöglichkeiten* auf entstehende Beziehungserwartungen nimmt mit der Einschränkung dieser zu: Während bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen (Achse A) tendenziell die entstehenden konkreten Beziehungserwartungen nicht durch die vorhandenen Beziehungs-

möglichkeiten eingeschränkt werden, wird die Entstehung möglicher Beziehungserwartungen mit zunehmender Einschränkung der Beziehungsmöglichkeiten eingengt.

- Zusätzlich scheint *Vorwissen* für KlientInnen, die den BKD bzw. das psychosoziale Netz bereits kennen (Achse B, C und D), die *Wahl der Kontaktart* und letztlich ebenfalls die Beziehungserwartungen zu beeinflussen: KlientInnen in unspezifischen Krisensituationen (Achse B) hätten durchgängig ein tiefes Misstrauen gegen die Helferszene bei gleichzeitigem Wunsch nach längerfristiger Hilfe, was zur Bevorzugung persönlicher Kontakte führen würde und über Entlastung hinausgehende Beziehungserwartungen umsetzbar mache. KlientInnen der Psychiatrischen Klientel hätten dagegen nur Entlastungswünsche, die sich einerseits für sie schnell und unkompliziert telefonisch umsetzen ließen und andererseits weitergehende Beziehungsangebote der BeraterInnen tendenziell einschränkten. KlientInnen in akuten suizidalen Krisen (Achse D) wünschten und benötigten eine schnelle erste Hilfe, die ebenfalls zur Bevorzugung von Telefonkontakten und auch daraus erwachsenen Einschränkungen möglicher Beziehungserwartungen (-angebote) führe. Entgegen der bisher dargestellten spezifischen Krisensituationen haben Vorwissen und Wahl der Kontaktart keinen einheitlichen Einfluss auf die Gestaltung des Mikroprozesses bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A).
- *Annahmen über Beziehungserwartungen* der BeraterInnen führen nur bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen zu einem Krisensituation spezifischen Einfluss auf die Beziehungserwartungen: Sie treffen i. d. R. adäquate Annahmen und stellen ihre Beziehungserwartungen darauf ein. Für die Erstgespräche mit KlientInnen in den übrigen spezifischen Krisensituationen (B, C und D) kann dahingehend keine einheitliche Aussage gemacht werden. Adäquatheit der Annahmen hängt hier von der Art der Beziehungserwartungen der BeraterInnen ab.

#### *BeraterInnen*

- Den BeraterInnen steht i. d. R. in allen Gesprächen das volle Spektrum an *Beziehungsmöglichkeiten* zur Verfügung. Dies ist eine Grundvoraussetzung für die professionelle Führung von Erstgesprächen.
- Das *Vorwissen/Wissen der BeraterInnen* über Zielstellungen und Möglichkeiten der KlientInnen in spezifischen Krisensituationen beeinflusst wesentlich in allen Erstgesprächen die Entstehung konkreter Beziehungserwartungen.

- Die *Wahl der Kontaktart* durch die KlientInnen wirkt sich in besonderem Maße in den chronifizierten Krisensituationen (Achse B und C) auf die Voreinstellung eigener Beziehungserwartungen aus. Während die persönliche Kontaktaufnahme bei KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) für die BeraterInnen ein Hinweis zu sein scheint, dass längerfristige Beratungsziele über eine kurzfristige Entlastung hinaus bestehen, ist die i. d. R. telefonische Kontaktaufnahme von KlientInnen der Psychiatrischen Klientel eher ein Indikator für kurzfristige begrenzte Entlastungswünsche.
- Die *Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen aus der laufenden Kommunikation* erscheinen den Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A), mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) und akut suizidalen KlientInnen (Achse D) vorwiegend adäquat. Jedoch führen sie nur in Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) und akut suizidalen KlientInnen (Achse D) durchgehend zu passenden Beziehungsangeboten.. Bei KlientInnen der Psychiatrischen Klientel könnten trotz adäquater Annahmen nicht passende Beziehungsangebote aufgrund der Zielstellungen (s. o.) gemacht werden. Dagegen würden adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen in Erstgesprächen mit KlientInnen unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) wohl angestrebt, seien aufgrund differenzierter Gesprächssituationen immer (parallele und ineinander verwobene Beziehungserwartungen) nicht möglich (Einfluss des Prozessverlaufs!).

## **(2) Einfluss eingebrachter Beziehungserwartungen auf die Herstellung der Passung/Nichtpassung.**

### *KlientInnen*

Während KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) aufgrund der ihnen tendenziell vollständig zur Verfügung stehenden Beziehungsmöglichkeiten in der Lage wären, Passung aktiv herzustellen und dies auch täten, nehme diese Fähigkeit mit zunehmender Einschränkung der Beziehungsmöglichkeiten ab (Achse B, C und D). Für KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (B), der Psychiatrischen Klientel (C) und in akuten suizidalen Krisen entstünden zunehmend, aufgrund der Aktivitäten der BeraterInnen, Passungen bzw. Nichtpassungen. Diese seien jedoch nicht Krisensituation spezifisch, sondern ergäben sich aus differenzierten Verläufen (s. (B)).

### *BeraterInnen*

Gemeinsam ist allen spezifischen Krisensituationen die aktive Herstellung von Passung/Nichtpassung zu den Beziehungserwartungen der BeraterInnen. Jedoch gelängen ausschließliche Passungen nur für KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen (Achse A) und würden unter allen Umständen in Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen (Achse D) angestrebt. Bei den ersteren (Achse A) entstanden aufgrund der tendenziell vollständig zur Verfügung stehenden Beziehungsmöglichkeiten i. d. R. keine Schwierigkeiten. Bei zweiteren (Achse D) schließe die Gefahr für das Leben der KlientInnen andere Vorgehensweisen aus. In spezifischen chronifizierten Krisensituationen (Achse B und C), in denen einerseits die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen eingeschränkt seien, andererseits aber keine akute Lebensgefahr vorliege, entschieden BeraterInnen aufgrund des Verlaufs über die Herstellung von Passung bzw. Nichtpassung.

### Output

Die Einflüsse auf Mikroebene werden nicht alleinig durch die Elemente (Bestandteile) dieser selbst bestimmt (vgl. Vi.2.2.3). Immer beeinflusst auch der Prozess selbst die Elemente des Outputs. Auf diese Einflüsse wird an entsprechender Stelle (Makroebene) verwiesen.

#### *1. KlientInnen: Einfluss der Zufriedenheit auf die Akzeptanz von Fortführung/Nicht-Fortführung von Erstgesprächen*

Nur für die KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) und akut suizidale KlientInnen (Achse D) sei der Einfluss aufgrund der spezifischen Krisensituation einheitlich fassbar. Da KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) zufrieden seien, akzeptierten sie die Fortführung/Nicht-Fortführung der Erstgespräche. Auch akut suizidale KlientInnen (Achse D) akzeptierten die schnellen Folgekontakte, dabei sei dies nur bedingt von ihrer Zufriedenheit abhängig, auch ambivalent zufriedene KlientInnen hätten die Hilfe von außen angenommen. Durch das Vorgehen der BeraterInnen werde Unzufriedenheit solcher KlientInnen weitgehend ausgeschlossen. Für KlientInnen in anderen chronifizierten Krisensituationen (Achse B und C) differiere der Grad der Zufriedenheit zwischen zufrieden, ambivalent zufrieden/unzufrieden und unzufrieden, was die Akzeptanz bzw. Nichtakzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs durch die BeraterInnen nach sich ziehe.

2. *BeraterInnen: Einfluss der Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung der Erstgespräche durch die KlientInnen auf die Einschätzung des Gelingens der Erstgespräche*

Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs durch die BeraterInnen resultiert nur zum Teil aus der Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs durch die KlientInnen. In die Einschätzung des Gelingens fließt immer auch die Einschätzung des Erstgesprächsprozesses selbst ein (VI.2.2.3 und (B)).

Wiederum nur bei Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierungen (Achse A) sei der Einfluss der Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung auf die Einschätzung des Gelingens aufgrund der spezifischen Krisensituation einheitlich. Diese Erstgespräche werden deshalb (und aufgrund des Prozesses selbst) durchgehend als gelungen eingeschätzt. Ebenso differieren aufgrund der Akzeptanz/Nichtakzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung der Erstgespräche durch KlientInnen (und des Prozessverlaufes) die Einschätzungen des Gelingens der Erstgespräche für KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen ohne akute Suizidalität (Achse B und C). Unterschieden muss davon der Einfluss der grundsätzlichen Akzeptanz der Fortführung der Erstgespräche durch akut suizidale KlientInnen auf die Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs durch die BeraterInnen. Hier differiert die Einschätzung des Gelingens allein durch den Verlauf des Prozesses.

*Zusammenfassung:*

Es zeigte sich, dass Gemeinsamkeiten innerhalb der Achsen (spezifischen Krisensituationen) geringer wurden, Unterschiede innerhalb der Achsen zunahmen. Dabei wiesen Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) und mit akut suizidalen KlientInnen (Achse D) *auf der Mikroebene* einen einheitlicheren Prozess aufgrund der Krisensituation auf als Erstgespräche mit KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen (Achse B und C). Bei letzteren lassen sich Differenzen zunehmend auf den konkreten Prozessverlauf zurückführen.

*(A3) Mesoebene*

Der Prozess der Beziehungsgestaltung beschreibt auf der Mesoebene aufeinander folgende Sequenzen der Beziehungsgestaltung. Zusammenhänge zwischen den Sequenzen sind als zwei Teilprozesse darstellbar (s. VI.2.2.1.3):

1. Zusammenhänge zwischen zwei Sequenzen:
  - Vorangegangene Passungen/Nichtpassungen *modifizieren das Vorwissen/Wissen* der KommunikationspartnerInnen in Form der Annahmen über den BKD durch die KlientInnen und über die Zugehörigkeit von KlientInnen und damit verbundenen Zielstellungen durch die BeraterInnen;
  - Es besteht ein enger Zusammenhang zu den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen und der damit verbundenen Fähigkeit, Beziehungserwartungen der BeraterInnen adäquat wahrzunehmen. Die *Annahmen würden aufgrund wahrgenommener Passungen/Nichtpassungen modifiziert*.
  - Über die Modifikation der Bedingungen führten vorangegangene Passungen/Nichtpassungen zur *Entstehung neuer Beziehungserwartungen*.
  
2. Kumulative Auswirkungen von aufeinander folgenden Sequenzen in Form von Passungen/Nichtpassungen
  - Wiederholte Passungen/Nichtpassungen *kumulieren in ihrer Wirkung über den Prozess*.

Die folgende Anlage 11c gibt einen Überblick über Merkmale des Prozesses der Beziehungsgestaltung auf Mesoebene, die spezifischen Krisensituationen zugeordnet werden können.

Der Trend der Mikroebene, dass Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen (Achse A) und mit akut suizidalen KlientInnen (Achse D) einheitliche Prozesse aufweisen und Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) und der Psychiatrischen Klientel (Achse C) verstärkt sich auf der Mesoebene:

**1. Teilprozess: Zusammenhänge zwischen zwei Sequenzen:**

*(a) Modifikation des Vorwissen/Wissen der KommunikationspartnerInnen aufgrund vorangegangener Passungen/Nichtpassungen:*

*KlientInnen*

Klientinnen in akuten psychosozialen Krisen (Achse A) gelangten unabhängig von Passungen und seltenen Nichtpassungen zu realistischeren Einschätzungen der Möglichkeiten des BKD. KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse



B) und der Psychiatrischen Klientel (Achse C) modifizierten ihr Vorwissen in unterschiedlicher Weise aufgrund von Passungen bzw. Nichtpassungen. Hier liegt keine Gemeinsamkeit aufgrund der spezifischen Krisensituation vor. Dies ändert sich wiederum für akut suizidale KlientInnen. Diesen würden durch die BeraterInnen ausschließlich passende Beziehungsangebote gemacht (s. o. Nano- und Mikroebene). Die entstehenden Passungen ermöglichten diesen KlientInnen Vertrauen zu den BeraterInnen zu entwickeln.

#### *BeraterInnen*

Analog der Aussagen für KlientInnen haben vorangegangene Passungen in Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen (Achse A) und akut suizidalen KlientInnen Krisensituation spezifische Auswirkungen auf das Vorwissen der BeraterInnen. Hier werden Krisensituation spezifische Zielstellungen beibehalten. In Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen (Achse B) und der Psychiatrischen Klientel (Achse C) werden Zielstellungen aufgrund entstandener Passungen/Nichtpassungen in unterschiedlicher Weise modifiziert (s. VI.2.3.2.5 und VI.2.3.3.6).

#### *(b) Modifikation der Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen aus vorangegangenen Passungen/Nichtpassungen*

##### *KlientInnen*

So wie die Fähigkeit adäquate Annahmen über die Beziehungserwartungen der BeraterInnen aus der laufenden Kommunikation zu machen, mit der Abnahme der Beziehungsmöglichkeiten innerhalb einer Sequenz kleiner wurde (s. Nanoebene), so nahm auch die Fähigkeit, adäquate Beziehungserwartungen aus vorangegangenen Passungen/Nichtpassungen abzuleiten, ab:

- KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) trafen in der Regel korrekte Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen im Ergebnis vorangegangener Passungen/Nichtpassungen.
- KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) könnten adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen nur dann treffen, wenn diese aus vorangegangenen Passungen resultierten. Darüber hinaus gibt es für den Umgang mit Nichtpassungen keine Gemeinsamkeiten.
- Bei den KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) und akut suizidale KlientInnen (Achse D) gäbe es keine Einheitlichkeit hinsichtlich der Annahmen über Be-

ziehungserwartungen der BeraterInnen. Sie könnten adäquat wie inadäquat erscheinen. Dabei scheint die Aktivität bereits in großem Maße von BeraterInnen auszugehen.

#### *BeraterInnen*

Die BeraterInnen trafen in allen Erstgesprächen außer mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) i. d. R. adäquate Annahmen. Bei diesen KlientInnen käme es durch die durch die Verwobenheit und Parallelität von Beziehungserwartungen auch zu parallelen Passungen/Nichtpassungen, die zu Schwierigkeiten hinsichtlich des Treffens adäquater Annahmen über die Beziehungserwartungen der KlientInnen führen könnten. In Erstgesprächen mit diesen KlientInnen gäbe es keine Einheitlichkeit bzgl. der Annahmen.

#### *(c) Modifikation von Beziehungserwartungen aufgrund veränderter Bedingungen*

##### *KlientInnen*

Über die Modifikation der Bedingungen wirken vorangegangene Passungen/Nichtpassungen auf die Entstehung neuer Beziehungserwartungen. Analog der Mikroebene kann für die Mesoebene festgestellt werden:

- Bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) werden vorangegangene Passungen/Nichtpassungen konstruktiv verarbeitet, um aktiv passende Beziehungserwartungen (tendenziell vollständiges Spektrum!) einzubringen.

Die Fähigkeit aktiv auf Passungen/Nichtpassungen zu reagieren, nimmt mit der Abnahme der Beziehungsmöglichkeiten ab.

- Bei KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) veränderten sich Beziehungserwartungen durch vorangegangene Passungen anders als durch vorangegangene Nichtpassungen. Wie schon bei den Bedingungen beschrieben, kann es auch hier keine Einheitlichkeit des Einflusses vorangegangener Passungen/Nichtpassungen auf die Entstehung neuer Beziehungserwartungen geben.
- KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) und akut suizidale KlientInnen (Achse D) könnten auf Passungen wie Nichtpassungen nur mit unterschiedlichen auf Entlastung orientierten Beziehungserwartungen reagieren. Die Unterschiede in den auf Entlastung orientierten Beziehungserwartungen wären jedoch nur teilweise auf vorangegangene Passungen/Nichtpassungen zurückzuführen. Sie scheinen zu-

nehmend unabhängig von konkreten Erstgesprächen und durch grundsätzliche Einschränkungen der Beziehungsmöglichkeiten bestimmt.

### *BeraterInnen*

- BeraterInnen strebten bei KlientInnen in akut psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) und bei akut suizidalen KlientInnen (Achse D) unabhängig von Passung/Nichtpassung wieder passende Beziehungserwartungen an. Zu unterscheiden ist jedoch, dass Nichtpassungen in Erstgesprächen mit KlientInnen der Achse A eher selten, und die Aktivität eben auch bei den KlientInnen liege (VI.2.3.1.5). Während in Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen die Aktivität zur Einbringung passender Beziehungserwartungen allein von den BeraterInnen ausgehe (s. VI.2.3.4.6).
- In Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituation (Achse B) und KlientInnen der Psychiatrischen Klientel reagierten die BeraterInnen auf Passungen und Nichtpassungen differenziert. Aus dem Prozessverlauf heraus würden Zielstellungen modifiziert und dementsprechend Beziehungsangebote gemacht (s. VI.2.3.2.5 und VI.2.3.3.6).

## **2. Teilprozess: Kumulative Auswirkungen von Sequenzen**

*(d) Kumulative Wirkung von Passungen/Nichtpassungen über den Prozess des Erstgesprächs hinweg*

### *KlientInnen*

Kumulative Passungen wirken auf alle KlientInnen in Erstgesprächen entlastend. Darüber hinaus unterscheiden sich die Wirkungen:

- KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen (Achse A) sahen sich durch kumulative Passungen zunehmend in die Lage versetzt, auch Beziehungserwartungen hinsichtlich der aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung der Krise zu entwickeln.
- KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) reagierten auf fortlaufende Passungen mit der Abnahme des Misstrauens gegen die BeraterInnen.
- KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) und akut suizidale KlientInnen (Achse D) fühlten sich durch Passungen ermutigt, weiter entlastende Beziehungswünsche zu äußern. Dabei differierten diese Entlastungswünsche. KlientInnen in akut suizidalen Krisen blieben im Kontakt und ermöglichten das Angebot externer Hilfe. Bei

KlientInnen der Psychiatrischen Klientel unterschieden sich die Entlastungswünsche und führten zu unterschiedlichen Prozessverläufen.

Der Umgang mit kumulativen Nichtpassungen gestaltet sich differenzierter:

- KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) und akut suizidale KlientInnen (Achse D) erleben sie nicht. Die Gründe sind wiederum verschieden. Wie bereits beschrieben, seien die KlientInnen der Achse A in der Lage vorwiegend passend zu reagieren und auch die BeraterInnen strebten dies an. Bei akut suizidalen KlientInnen würden Nichtpassungen grundsätzlich vermieden.
- Kumulative Nichtpassungen treten bei bestimmten Prozessverläufen bei Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen (Achse B) und KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) auf. Bei diesen KlientInnen führten sie zur Einschränkung der Beziehungserwartungen auf massive Aggressionen. Für KlientInnen der Achse C gelte zusätzlich, dass eventuell von Anfang des Gespräches an vorhandene aggressive Beziehungserwartungen beibehalten bzw. noch verstärkt würden.

#### *BeraterInnen*

Die kumulative Wirkung von Passungen und Nichtpassungen haben je nach Zielstellung für das Erstgespräch unterschiedliche Konsequenzen in den Erstgesprächen:

- Kumulative Passungen bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen (Achse A) ohne Chronifizierung ermutigten BeraterInnen zunehmend Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung zu machen. Kumulative Nichtpassungen wurden nicht berichtet.
- In Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen (Achse B) reagierten BeraterInnen auf kumulative Passungen verschieden. Je nach Verlauf behielten sie entlastende Beziehungsangebote bei oder brachten vorsichtig auf aktive Auseinandersetzung gerichtete ein. Kumulative Nichtpassungen träten nur bei bestimmten Verläufen auf, so dass kein einheitliches Vorgehen für diese Erstgespräche beschrieben werden kann. Träten sie jedoch verbunden mit massiver Aggressivität der KlientInnen auf, würden Erstgespräche abgebrochen.
- In Erstgesprächen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) werden weder kumulative Passungen noch Nichtpassungen einheitlich für alle diese Gespräche berichtet. Jedoch wird deutlich, dass solche Gespräche unabhängig von Passung/Nichtpassung zeitlich begrenzt würden.

- Bei akut suizidalen KlientInnen dagegen gebe es für die BeraterInnen ein einheitliches Vorgehen. Da versucht würde, ausschließlich passende Beziehungsangebote zu machen, würden aufgrund angenommener Entlastungen dann Angebote gemacht, um Hilfe von außen hinzuzuziehen.

*Zusammenfassung:*

Die Prozessgestaltung wird durch die Krisensituation spezifischen Eigenschaften der Nano- und Mikroebene bestimmt. Darüber hinaus entfaltet sich eine Krisensituation spezifische Dynamik über kumulative Auswirkungen. Inwieweit innerhalb spezifischer Krisensituationen differenzierte Prozessverläufe auftreten oder Prozessverläufe innerhalb einer Krisensituation einheitlich sind, scheint auch hier wiederum von der Krisensituation selbst abzuhängen: In Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) und mit akut suizidalen KlientInnen fanden sich nur geringe Differenzierungen im Prozessverlauf. Dagegen differieren Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) und KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) beträchtlich.

*(A4) Makroebene*

Auf der Makroebene wird die Asymmetrie der Kommunikation von BeraterInnen und KlientInnen besonders deutlich (s. VI.2.2.3).

- KlientInnen leiteten aus der Übereinstimmung ihrer Intentionen (Beziehungserwartungen) mit denen der BeraterInnen, die durch Passungen/Nichtpassungen sichtbar werden, ihre Zufriedenheit ab. Je nach Zufriedenheit entschieden sie dann für die Akzeptanz/Nichtakzeptanz der Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs. Nur dort wo es einen einheitlichen Prozess der Beziehungsgestaltung auf Mesoebene und analog auf der Mikroebene des Outputs (s. o.) gab, konnte auch ein Krisensituation spezifischer einheitlicher Prozess auf Makroebene beschrieben werden.
- BeraterInnen dagegen entschieden aufgrund des Prozesses und der Krisensituation spezifischen Zielstellungen über die Fortführung/Nicht-Fortführung von Erstgesprächen. Aus der Akzeptanz ihres Vorschlags (s. o. Mikroebene – Output) und des Verlaufes entschieden sie dann über das Gelingen des Erstgesprächs. Auch hier gilt, nur dort wo es Krisensituation spezifisch einheitliche Prozesse der Beziehungsgestaltung des Outputs gab, setzte sich dies auch auf der Makroebene fort.

Einen Überblick gibt Anlage 11d.

Einheitliche Prozesse auf der Makroebene können nur für KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A) und mit Abstrichen für akut suizidale KlientInnen (Achse D) beschrieben werden. Dabei entstehen die einheitlichen Prozesse auf der Makroebene unter unterschiedlichen Bedingungen:

- Für die *Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen* (Achse A) kann angenommen werden, dass die grundsätzlich zur Verfügung stehenden Ressourcen (tendenziell vollständiges Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten) den Prozess des Erstgesprächs im Sinne kontinuierlicher Passungen beeinflusst. Dies führe zur Zufriedenheit der KlientInnen, die die Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung durch die BeraterInnen nach sich ziehe. BeraterInnen böten deshalb die Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs aufgrund differenzierter Zielstellungen hinsichtlich konkreter Settings (s. VI.2.3.1) an. Sie berichteten übereinstimmend das Gelingen solcher Erstgespräche.
- Dagegen würden *bei Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen* (Achse D) die Zufriedenheit oder zumindest ambivalente Zufriedenheit durch das unbedingte Eingehen auf entlastende Beziehungserwartungen und damit verbundener unbedingter Passung entstehen. So könnten die KlientInnen zeitnahe Folgekontakte und gegebenenfalls notwendige

Hilfe durch Dritte akzeptieren. Zeitnahe Folgekontakte würden von den BeraterInnen grundsätzlich vorgeschlagen unabhängig vom Verlauf des konkreten Prozesses. Die Akzeptanz der zeitnahen Folgekontakte durch die KlientInnen und zumindest teilweise gelungene Entlastung führe zur Einschätzung, dass diese Gespräche gelängen oder zumindest teilweise gelängen.

Für Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) und mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C) können keine einheitlichen Prozesse der Beziehungsgestaltung auf Makroebene beschrieben werden. Zusammenhänge zwischen Prozess und Output differierten innerhalb dieser Gruppen:

- In *Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen* (Achse B) unterscheiden sich bereits die Prozesse (Mesoebene) wie das Output (Mikroebene). Auf Makroebene wird der Gesamtprozess der Beziehungsgestaltung bedeutsam durch den Prozessverlauf selbst modifiziert.
- Auch in *Erstgesprächen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C)* würde der Gesamtprozess der Beziehungsgestaltung auf Makroebene in großen Zügen von Prozessverlauf und nicht durch Krisensituation spezifische Vorgehensweisen bestimmt. Jedoch ist dies nicht ausschließlich der Fall:

Wohl gibt es keine Gemeinsamkeiten der KlientInnen in ihrer Einschätzung der Zufriedenheit und damit auch nicht in der Akzeptanz der hier ausschließlichen Nicht-Fortführung der Erstgespräche. Aber einheitlich sei eben die Beschränkung der BeraterInnen auf ein kurzes Entlastungsgespräch ohne Vereinbarung von Folgekontakten. Diese Beschränkung sei unabhängig vom Prozessverlauf. Aufgrund möglicher unterschiedlicher Prozessverläufe wäre jedoch die Einschätzung des Gelingens durch die BeraterInnen unterschiedlich.

*Zusammenfassung:*

Auf Makroebene fanden sich nur dort Gemeinsamkeiten Krisensituation spezifischer Erstgesprächsprozesse, wo es keine bzw. geringe Differenzen im Prozessverlauf (Mikro- und Mesoebene) und daraus resultierenden Output gab. Die Krisensituation selbst bestimmte dort maßgeblich den Prozess und das Output. In Krisensituation spezifischen Erstgesprächsprozessen, von denen differenzierte Prozesse, die in unterschiedliche Outputs mündeten, berichtet wurden, setzen sich die Unterschiede von Mikro- und Mesoebene fort.

### **Zusammenfassung der Gemeinsamkeiten von Krisensituation spezifischen Erstgesprächsprozessen:**

1. Auf der Nanoebene konnten einheitliche Merkmale für jede spezifische Krisensituation gefunden werden, da auf dieser Ebene Krisensituation spezifische Möglichkeitenräume beschrieben wurden (vgl. VI.1.3 und VI.2.3.2 – VI.2.3.4).
2. In dem Maße, wie im Prozessverlauf selbst die Ausgestaltung spezifischer Merkmale, also Bestandteile (Elemente) der Nanoebene differiert (Mikro- Meso- und Makroebenen), fanden sich auch Unterschiede in den Prozessverläufen einer spezifischen Krisensituation.
3. Einheitliche Prozesse für spezifische Krisensituationen der Beziehungsgestaltung oberhalb der Nanoebene fanden sich nur da, wo die KlientInnen entweder über ausreichende Ressourcen verfügen, um aktiv und sicher zum Gelingen beizutragen (KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung – Achse A) **oder** das Vorgehen der BeraterInnen einen Misserfolg weitgehend ausschließt (Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen – Achse D).
4. Dort wo die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen bereits eingeschränkt waren, aber eben keine akute Suizidgefahr bestand, differierten die Prozesse oberhalb der Nanoebene beträchtlich. Im nächsten Abschnitt wird zu untersucht, worauf diese Differenzen zurück zu führen sind.



### **Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang spezifischer Wirkungen**

Im Gegensatz zur den bisherigen Betrachtungen, die Krisensituation spezifische Gemeinsamkeiten im Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch zusammenfassten, werden nun Prozessverläufe mit ähnlichen Wirkungen (I – gelungen/zufrieden, II – ambivalent gelungen/ambivalent zufrieden und III mislungen/unzufrieden) untersucht. Gemeinsamkeiten werden über alle spezifischen Krisensituationen hinweg betrachtet. Es werden diejenigen Merkmale gesucht, die gleiche Wirkungen hervorbringen. In Achse I (gelungene Erstgespräche aus Sicht der BeraterInnen und zufriedene KlientInnen) finden sich (s. Tabelle 24):

- alle Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Gruppe AI),
- drei Prozessmuster von gelungenen Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Gruppe BI),
- ein Prozessmuster von gelungenen Erstgesprächen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Gruppe CI) und
- ein Prozessmuster von gelungenen Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen (Gruppe DI).

Prozessverläufe mit ambivalenten Wirkungen (Achse II) wurden für folgende spezifische Krisensituationen identifiziert:

- ein Prozessmuster von Erstgesprächen mit ambivalenten Wirkungen mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Gruppe BII),
- ein Prozessmuster von Erstgesprächen mit ambivalenten Wirkungen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Gruppe CII) und
- ein Prozessmuster von Erstgesprächen mit ambivalenten Wirkungen mit akut suizidalen KlientInnen (Gruppe DII).

Nicht vertreten in Achse II und III sind Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung, da diese alle aus Sicht der BeraterInnen gelangen und die KlientInnen zufrieden waren (Begründung s. o.).

Erstgespräche, die die BeraterInnen als mislungen und die KlientInnen als unzufrieden einschätzten, fanden sich nur für KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (zwei Prozessmuster – Gruppe BIII) und für KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel (ebenfalls zwei Prozessmuster – Gruppe CIII). Hier wurden keine Prozessmuster von Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen gefunden (Begründung – s. o.).

Auf der Nanoebene des Prozesses fanden sich keine Gemeinsamkeiten für die Achsen I bis III, da sie den Möglichkeitenraum der Ausgestaltung der Bestandteile des Prozesses und Outputs der Beziehungsgestaltung für Erstgespräche mit KlientInnen in spezifischen Krisensituationen beschreibt. Deshalb wurde diese Ebene vernachlässigt.

*(B1) Mikroebene*

Ebenso wie in (A2) für jede Krisensituation gemeinsame Zusammenhänge zwischen den Elementen (Bestandteilen) einer Sequenz und innerhalb des Outputs beschreibbar waren, ist dies auch für Prozessverläufe mit ähnlichen Wirkungen möglich. Anlage 12a gibt einen Überblick über die Gemeinsamkeiten auf der Mikroebene.

**Prozess:**

*1. Einfluss der Bedingungen auf die Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen*

*KlientInnen:*

Erfolgreiche Erstgesprächsprozesse (Achse I) kennzeichnen auf Mikroebene adäquate Annahmen der KlientInnen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen und darauf folgende für die BeraterInnen akzeptable Beziehungserwartungen. Die Adäquatheit der Annahmen scheint mit der Zunahme negativer Wirkungen (Misslingen und Unzufriedenheit) abzunehmen. Während in ambivalent gelungenen Erstgesprächen noch adäquate Annahmen nicht adäquate überwiegen, also noch zu größeren Teilen für die BeraterInnen akzeptable Beziehungsangebote gemacht würden, dominieren in misslungenen Erstgesprächen nicht adäquate Annahmen über die Beziehungserwartungen der BeraterInnen. Dies zieht in Achse III vorwiegend für die BeraterInnen nicht akzeptable Beziehungsangebote der KlientInnen nach sich. Nicht gemeinsam sind den Achsen I, II und III jedoch die Ursachen für die Adäquatheit bzw. Inadäquatheit der Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen. Während KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A und gleichzeitig Gruppe AI) in der Lage zu sein scheinen, aktiv passend auf unterschiedliche Beziehungserwartungen zu reagieren, gelinge es KlientInnen mit zunehmender Chronifizierung (BI, CI und DI) nur, wenn die Beziehungserwartungen den eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen entsprächen.

*BeraterInnen:*

In gelungenen Erstgesprächsprozessen (Achse I) entsprachen innerhalb jeder Sequenz die von den BeraterInnen gesetzten Zielstellungen den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen. Ebenso gelang es ihnen Beziehungswünsche der KlientInnen adäquat zu erkennen. Mit zunehmenden Misslingen der Erstgesprächsprozesse (Achse II und III) jedoch stimmten auch die Zielstellungen immer weniger den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen (z. B. Angebote zur aktiven Auseinandersetzung bei KlientInnen der Psychiatrischen Klientel – Achse C) überein. Dazu könnten unter Umständen auch zunehmend inadäquate Annahmen über Beziehungswünsche, wie z. B. bei Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Gruppe BII und BIII) beigetragen haben. Diese inadäquaten Annahmen scheinen hier durch die Verwobenheit mehrerer Beziehungserwartungen zu entstehen (s. auch VI.2.3.2).

2. *Einfluss eingebrachter Beziehungserwartungen auf die Herstellung der Passung/Nichtpassung*

Durch die Abhängigkeit der Beziehungserwartungen von den Bedingungen, wiederholen sich festgestellte Entwicklungen:

*KlientInnen*

KlientInnen in erfolgreichen Erstgesprächen (Achse I) bringen solche Beziehungserwartungen ein, auf welche BeraterInnen passend reagieren können bzw. ihre Beziehungserwartungen entsprechen denen der BeraterInnen. Je mehr Erstgespräche misslingen (Achse II und III), desto mehr nicht passende Beziehungsangebote scheinen KlientInnen einzubringen. Wiederum sind die Gründe für die Einbringung/Nichteinbringung Krisensituation spezifisch. KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A und gleichzeitig Gruppe AI) machten aktiv passende Beziehungsangebote. Diese Fähigkeit nehme mit zunehmender Chronifizierung ab. Hier liege die Aktivität zunehmend bei den BeraterInnen.

*BeraterInnen*

Wie bereits gezeigt, nehmen passende Beziehungserwartungen mit zunehmendem Misslingen der Erstgespräche ab. Im Gegensatz zu den KlientInnen brächten die BeraterInnen jedoch auf jeden Fall aktiv ihre Beziehungserwartungen ein. Auch würden sie in misslingenden Erstgesprächen (Achse III) aktiv nicht passende Beziehungsangebote machen, jedoch seien die Gründe hierfür Krisensituation spezifische. In misslungenen Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen entstünden

nicht passende Beziehungserwartungen *zunächst* durch die Verkennung der eigentlichen Beziehungswünsche der KlientInnen (Gruppe BII und BIII). In misslungenen Erstgesprächen, in denen aggressive Beziehungswünsche von KlientInnen in den Vordergrund rückten (Gruppe BIII) oder von Beginn an im Vordergrund stünden (Gruppe CIII), werden nicht passende Beziehungsangebote gemacht, wodurch BeraterInnen diese Erstgespräche auf einen Abbruch zusteueren.

## **Output:**

### *3. Zusammenhänge zwischen Elementen des Outputs*

#### *KlientInnen*

In erfolgreichen Erstgesprächen (Achse I) akzeptierten die KlientInnen, da sie mit dem Erstgespräch zufrieden seien, die Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs. Diese Akzeptanz nehme mit der mit zunehmender Unzufriedenheit der KlientInnen ab. Während die KlientInnen, wenn sie zumindest teilweise zufrieden wären, Vorschläge der BeraterInnen unter Vorbehalten akzeptierten<sup>49</sup>, reagierten die KlientInnen, wenn sie unzufrieden seien mit vehementer Ablehnung auf die Vorschläge der Beraterinnen, was immer auf die Nicht-Fortführung dieser Erstgespräche hinauslaufe.

#### *BeraterInnen*

In gelungen und ambivalent gelungen eingeschätzten Erstgesprächen böten BeraterInnen entsprechend der Zielstellung für die KlientInnengruppe die Fortführung bzw. Nicht-Fortführung der Erstgespräche an. Fortführungen erschienen ihnen entsprechend der Zielstellung als Mittel der Wahl bei:

- KlientInnen in akuten psychosozialen Krisensituationen ohne Chronifizierung (Achse A bzw. Gruppe AI),
- KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B: Gruppen BI und BII) und
- akut suizidalen KlientInnen (Achse D: Gruppen DI und DII).

Für Nicht-Fortführungen entschieden sich BeraterInnen aus zwei unterschiedlichen Gründen. Zum einen können Fortführungen grundsätzlich nicht der Krisensituation spezifischen Zielstellung entsprechen. Dies treffe auf alle Erstgespräche, egal, ob gelungen, ambivalent

---

<sup>49</sup> Im Erstgespräch *Fall FMA5\_HartzIV und Suizid* (Prozessmuster BII) hätte die teilweise unzufriedene Klientin sich zunächst erkundigt, ob eine andere Beraterin für die angebotenen Folgegespräche zur Verfügung stände. Erst als sich dies als unmöglich herausstellte, habe sie das Angebot der Beraterin akzeptiert (vgl. VI.2.3.2.3).

gelingen oder misslungen, mit KlientInnen der psychiatrischen Klientel (Achse C) zu. Zum anderen würden Erstgespräche mit KlientInnen nicht fortgeführt, wenn sie von den BeraterInnen als misslungen eingeschätzt würden. Zu dieser Gruppe gehörten misslungene Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B: Gruppe BIII).

### *(B2) Mesoebene*

Wie bereits für die Krisensituation spezifische Erstgesprächsprozesse der Beziehungsgestaltung auf Mesoebene (A3) dargestellt, setzen sich Trends der Mikroebene (B1) fort. Die Mechanismen innerhalb einer Sequenz (Bedingungen → Beziehungserwartungen → Passungen/Nichtpassungen) werden erweitert um den Einfluss vorangegangener Sequenzen (s. (A3)) und VI.2.2.1.3).

Dabei werden zwei Teilprozesse unterschieden, die Zusammenhänge zwischen zwei Sequenzen und die kumulativen Auswirkungen von aufeinander folgenden Sequenzen. Einen ersten Überblick gibt Anlage 12b.

Auf der Mesoebene des Prozesses der Beziehungsgestaltung setzen sich die auf der Mikroebene gefundenen Passungen und Nichtpassungen fort:

- In erfolgreichen (Achse I) und zumindest teilweise erfolgreichen (Achse II) Erstgesprächen überwiegen Passungen.
- Temporäre Nichtpassungen finden sich in ambivalent gelungenen Erstgesprächen (Achse II).
- Vorwiegende Nichtpassungen finden sich in misslungenen Erstgesprächen (Achse III).

### **1. Teilprozess: Zusammenhänge zwischen zwei Sequenzen**

#### *(a) Modifikation des Vorwissen/Wissen der KommunikationspartnerInnen aufgrund vorangegangener Passungen/Nichtpassungen*

##### *KlientInnen*

In erfolgreichen (Achse I) und zumindest teilweise erfolgreichen (Achse II) Erstgesprächen führen vorangegangene Passungen zur Bestätigung resp. Aktualisierung eines realistischen Vorwissens/Wissens über den BKD und seine Möglichkeiten. Mit zunehmendem Misslingen der Erstgespräche nehmen Nichtpassungen zu, die ebenfalls zur Modifikation des Vorwissens führen. Hier jedoch scheint die Sicht zu entstehen, dass der BKD oder die BeraterInnen nicht die richtigen AnsprechpartnerInnen seien.

### *BeraterInnen*

BeraterInnen modifizieren infolge vorangegangener Passungen ihr Vorwissen/Wissen oder erfahren Bestätigung in Richtung der Ausrichtung der Zielstellung auf den Erfolg des Erstgesprächs (Achse I und Achse II). Nichtpassungen dagegen führten zu Einschränkungen der Zielstellungen, temporär in nur teilweise erfolgreichen Erstgesprächen (Achse II) und dauerhaft in misslungenen Erstgesprächen (Achse III).

### *(b) Modifikation der Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen aus vorangegangenen Passungen/Nichtpassungen*

#### *KlientInnen*

In erfolgreichen oder zumindest teilweise erfolgreichen Erstgesprächen (Achse I und Achse II) bestätigen vorangegangene Passungen von Beziehungserwartungen die KlientInnen in ihren adäquaten Annahmen und führen zur Fortführung dieses Trends. In teilweise erfolgreichen Erstgesprächen (Achse II) und misslungenen Erstgesprächen Achse III beeinflussen Nichtpassungen Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen negativ. In diesen Erstgesprächen vergrößerten Nichtpassungen die Wahrscheinlichkeit nichtadäquater Annahmen über Beziehungserwartungen von BeraterInnen in der folgenden Sequenz.

#### *BeraterInnen*

Ebenso wie KlientInnen fühlten sich BeraterInnen in erfolgreichen oder zumindest teilweise erfolgreichen Erstgesprächen (Achse I und II) durch Passungen in ihren Annahmen bestätigt und verstärkten die Tendenz adäquater Annahmen über die Beziehungserwartungen der KlientInnen. Mit Nichtpassungen (Achse II und III) gingen BeraterInnen jedoch differenziert um. Während in zumindest teilweise erfolgreichen Erstgesprächen (Achse II) BeraterInnen auf Nichtpassungen mit der Modifizierung ihrer Annahmen über mögliche Beziehungserwartungen der KlientInnen reagierten, behielten sie in misslungenen Erstgesprächen Annahmen über mögliche Beziehungserwartungen der KlientInnen auch nach Nichtpassungen bei. In misslungenen Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Gruppe BIII) überwiegt die Beibehaltung inadäquater Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen aufgrund der Verwobenheit von Beziehungserwartungen. Im Gegensatz dazu bestimmten adäquate Annahmen über die Beziehungswünsche der KlientInnen auch misslungene Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Gruppe CIII).

*(c) Modifikation von Beziehungserwartungen aufgrund veränderter Bedingungen*

*KlientInnen*

Vorangegangene Passungen generieren aufgrund der Abhängigkeit von den Bedingungen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch wieder passende Beziehungserwartungen. Passungen finden sich in erfolgreichen und zumindest teilweise erfolgreichen Erstgesprächen (Achse I und II). Nichtpassungen in teilweise erfolgreichen und misslungenen Erstgesprächen (Achse II und III) verstärken dort über die Bedingungen die Entstehung nicht passender Beziehungserwartungen.

*BeraterInnen*

Bei erfolgreichen Erstgesprächen (Achse I) führen die überwiegenden Passungen zur Einbringung wiederum passender Beziehungserwartungen. Den Versuch, passende Beziehungserwartungen zu machen, kennzeichnen auch teilweise erfolgreiche Erstgespräche (Achse II). Hier würden bei Nichtpassungen Beziehungserwartungen in Richtung der Passung modifiziert. Dagegen würden die vorwiegenden Nichtpassungen in misslungenen Erstgesprächen (Achse III) nicht in Richtung der Passung modifiziert. Die Gründe sind von der Krisensituation<sup>50</sup> und dem Prozessverlauf (s. 2. Teilprozess: kumulative Auswirkungen) abhängig.

## **2. Teilprozess: Kumulative Auswirkungen von Sequenzen**

*(d) Kumulative Wirkung von Passungen/Nichtpassungen über den Prozess des Erstgesprächs hinweg*

*KlientInnen*

Kumulative Passungen kennzeichnen erfolgreiche Erstgespräche (Achse I). Kumulative Passungen bewirken bei allen KlientInnen wachsende Entlastung über das Erstgespräch hinweg und Steigerung des Vertrauens in die Möglichkeiten des BKD. Bei KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung (Achse A und Gruppe AI) kommt dazu noch die zunehmende Fähigkeit sich aktiv mit den Ursachen der Krise und der Bewältigung auseinanderzusetzen.

In ambivalent gelungenen Erstgesprächen (Achse II) finden sich kumulative Passungen und temporäre Nichtpassungen. In diesen Erstgesprächen fühlen sich die KlientInnen

---

<sup>50</sup> So würden aggressiven DauerklientInnen der Psychiatrischen Klientel (Gruppe CIII) z. T. keine Gesprächsangebote mehr gemacht, obwohl diese KlientInnen Entlastung wünschten (s. VI.2.3.3.4).

wohl auch entlastet, aber ihr Vertrauen in Möglichkeiten des BKD ist ebenso ambivalent wie ihre Zufriedenheit.

Mislungene Erstgespräche (Achse III) führen in einen Circulus vitiosus: Nichtpassungen folgten Nichtpassungen. Diese KlientInnen fühlten sich weder entlastet, noch hätten sie Vertrauen in die Möglichkeiten des BKD. Eher würde ihr Misstrauen ins Hilfesystem bestätigt.

### *BeraterInnen*

In erfolgreichen und teilweise erfolgreichen Erstgesprächen (Achse I und II) ermöglichten dauerhafte Passungen die Beibehaltung von Krisensituation spezifischen Zielstellungen für erfolgreiche Erstgespräche. Jedoch bleibe bei teilweise erfolgreichen Erstgesprächen (Achse II) die Unsicherheit bestehen, ob es gelinge, diese Zielstellungen umzusetzen. Kumulative Nichtpassungen in mislungenen Erstgesprächen (Achse III) würden die Zielstellungen modifiziert werden. Mit zunehmender oder gleich bleibender Aggressivität der KlientInnen stände für die BeraterInnen der Selbstschutz und damit der Abbruch des Erstgesprächs im Vordergrund (Beendigung des Circulus vitiosus). Aggressivität entstünde bei mislungenen Erstgesprächen aus unterschiedlichen Gründen:

- In Erstgesprächen mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen (Gruppe BIII) sei es auf das Vorgehen der BeraterInnen im Erstgesprächsprozess rückführbar.
- In mislungenen Erstgesprächen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (CIII) würde es eher durch Krisensituation spezifische grundsätzlich nicht akzeptierbare ausschließlich aggressive Beziehungserwartungen solcher KlientInnen entstehen.<sup>51</sup>

### *Zusammenfassung:*

Prozesse der Beziehungsgestaltung mit ähnlichen Wirkungen zeigen auf der Mesoebene entscheidende Gemeinsamkeiten. Die Gemeinsamkeiten werden jedoch für unterschiedliche Krisensituationen auf unterschiedliche Weise „hergestellt“.

1. Abnehmende Möglichkeiten der KlientInnen den Prozess des Erstgesprächs aufgrund der Schwere der Krise selbst zu steuern, führen zu einer Zunahme der „Verantwortlichkeit“ der BeraterInnen für die Gestaltung des Prozesses.
2. Unterschiede in Zielstellungen führen zu gleichen Merkmalen, die jedoch auf einem differenzierten, Krisensituation spezifischen Vorgehen beruhen, d. h. die Herstellung

---

<sup>51</sup> Anders wird jedoch aufgrund der Gefährdung in Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen (DII) vorgegangen. Bei ihnen würde auch von Beginn an Aggressivität geduldet. Dadurch entstünden Passungen und ein Circulus vitiosus würde vermieden.



von wünschenswerten erfolgreichen Erstgesprächsprozesses verlangt BeraterInnen ein Krisensituation spezifisches Vorgehen, dass zu ähnlichen Prozessergebnissen führt.

### *(B3) Makroebene*

Zusammenhänge zwischen dem Prozess der Beziehungsgestaltung und dem Output wurden analog der Vorgehensweise für spezifische Krisensituationen auf Makroebene (s. (A4)) untersucht. Einen ersten Überblick gibt Anlage 12c.

### *KlientInnen*

#### *1. Wirkung des Prozesses auf Mesoebene auf die Zufriedenheit der KlientInnen*

Von Erstgesprächen, in den KlientInnen zufrieden gewesen seien (Achse I), berichteten die BeraterInnen von der Übereinstimmung der Intentionen der KlientInnen mit ihren über das Gespräch hinweg (Mesoebene des Prozesses der Beziehungsgestaltung). Nehme die Übereinstimmung der Intentionen von KlientInnen und BeraterInnen über das Erstgespräch hinweg ab, seien die KlientInnen immer weniger zufrieden (Achse II und III).

#### *2. Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs*

Mit abnehmender Zufriedenheit der KlientInnen nehme auch die Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs durch die KlientInnen ab. Akzeptierten zufriedene KlientInnen (Achse I) durchgängig die Vorschläge der BeraterInnen, so würden ambivalent zufriedene KlientInnen (Achse II) solche Vorschläge nur unter Vorbehalt annehmen können. Unzufriedene KlientInnen (Achse III) lehnten die Angebote der BeraterInnen ab.

### *BeraterInnen*

#### *1. Wirkung des Prozesses auf Mesoebene auf das Angebot der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs*

Ob der Verlauf des Erstgesprächs (Prozess der Beziehungsgestaltung auf Mesoebene) in Erstgesprächen mit ähnlichen Wirkungen Angebote hinsichtlich der Fortführung/Nicht Fortführung von Erstgesprächen beeinflusst ist von der spezifischen Krisensituation abhängig (s. (A4):

- *Keinen Einfluss* hat der Prozess auf Mesoebene auf das Angebot der Fortführung/Nicht-Fortführung bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (Achse A und gleichzeitig Gruppe AI: Angebot je nach Situation), KlientInnen der Psychiatrischen Klientel (Achse C: niemals Angebote zur Fortführung) und akut suizidale KlientInnen (Achse D: immer zeitnahe Folgekontakte).

- *Einfluss* hat der Prozess auf Mesoebene auf das Angebot der Fortführung bei KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B: Angebot von Folgegesprächen):
  - In erfolgreichen Erstgesprächen (Gruppe BI) und ambivalent gelungenen Erstgesprächen (Gruppe BII) würden immer Folgegespräche angeboten.
  - In misslungenen Erstgesprächen (Gruppe BIII) würden keine Folgegespräche angeboten.

## 2. *Angebot der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs aufgrund Krisensituation spezifischer Zielstellungen*

Die Handhabung der Fortführung/Nicht-Fortführung von Erstgesprächen aufgrund Krisensituation spezifischer Zielstellungen kann nur dort variieren, wo diese flexibel praktiziert wird. Dies trifft nur auf Erstgespräche mit KlientInnen unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen (Achse B) zu:

- In gelungenen und ambivalent gelungenen Erstgesprächen (Gruppe BI und BII) würde die Zielstellung des Angebotes von Folgekontakten beibehalten.
- In misslungenen Erstgesprächen würden keine Folgegespräche angeboten (Gruppe BIII).

*Keinen Einfluss* auf die Fortführung/Nicht-Fortführung von Erstgesprächen mit ähnlichen Wirkungen gibt es dort, wo

- Zielstellungen unabhängig vom Verlauf beibehalten (Achse C: Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel und Achse D: Erstgespräche mit akut suicidalen KlientInnen) oder
- keine unterschiedlichen Wirkungen für Erstgespräche berichtet werden (Achse A: Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung).

## 3. *Einfluss der Einschätzung des Prozessverlaufs auf der Mesoebene auf die Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs*

Durch die Bezeichnung der Achsen I bis III als Erstgespräche mit ähnlichen Wirkungen ist der Zusammenhang zwischen Prozess und Wirkung bereits im Namen vorformuliert. Die Einschätzung des Gelingens beruht neben der Annahme/Ablehnung des Angebotes zur Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs (s. Output – Mikroebene) wesentlich auf der eigenen Einschätzung des Prozessverlaufs, der durch das Auftreten von Passungen/Nichtpassungen von Beziehungsangeboten am besten beschrieben werden kann. Das Auftreten von Passungen/Nichtpassungen im Prozessverlauf ist Erstgesprächen mit ähnli-

chen Wirkungen gemeinsam (vgl. Mikroebene und Mesoebene): Als gelungen schätzen BeraterInnen Erstgespräche (Achse I) ein, die durch überwiegende Passungen und damit verbundenen Verwirklichung ihrer Zielstellungen gekennzeichnet sind. Treten Passungen und Nichtpassungen der Beziehungsangebote auf, aber die Zielstellungen der BeraterInnen sind dennoch umsetzbar, bewerten BeraterInnen diese Erstgespräche als ambivalent gelungen/misslungen (Achse II). Nehmen Nichtpassungen der Beziehungserwartungen überhand und Zielstellungen sind nur in geringem Maße umsetzbar, sehen BeraterInnen diese Gespräche als misslungen an (Achse III).

*Zusammenfassung:*

In der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Prozessverlauf und Output (Makroebene) für Erstgespräche mit ähnlichen Wirkungen wurde deutlich, dass ausschließlich für KlientInnen gemeinsame Zusammenhänge beschrieben werden können. Für BeraterInnen fand sich diese Ausschließlichkeit nicht. Gemeinsam war Erstgesprächen mit ähnlichen Wirkungen nur der Einfluss der Einschätzung des Prozessverlaufs auf die Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs durch die BeraterInnen. Der Einfluss der Einschätzung des Prozessverlaufes und die Zielstellungen für das Erstgespräch auf das Angebot von Fortführung/Nicht-Fortführung differierten Krisensituation spezifisch.

**Zusammenfassung der Gemeinsamkeiten von Erstgesprächsprozessen mit ähnlichen Wirkungen:**

1. Im Gegensatz zu Krisensituation spezifischen Gemeinsamkeiten konnten für Erstgesprächsprozesse mit ähnlichen Wirkungen keine Gemeinsamkeiten auf der Nanoebene beschrieben werden, da die Elemente (Bestandteile) des Prozesses der Beziehungsgestaltung ausschließlich Krisensituation spezifisch differieren.
2. In dem Maße, wie der Prozessverlauf selbst die Ausgestaltung spezifischer Merkmale der Elemente (Bestandteile) beeinflusste, nahmen Gemeinsamkeiten in Erstgesprächsprozessen mit ähnlichen Wirkungen zu.
3. Jedoch zeigte sich, dass gemeinsame Merkmale in Prozessen mit ähnlichen Wirkungen oberhalb der Nanoebene unterschiedlich entstanden:
  - Erstgesprächsprozesse mit ähnlichen Wirkungen können vorrangig durch Krisensituation spezifischen Merkmalen determiniert werden (Achse A und D). Dann differieren Erstgesprächsprozesse nur unwesentlich in ihren Verläufen und in ihren Wirkungen.

- Aber Erstgesprächsprozesse mit ähnlichen Wirkungen können auch durch unterschiedliche Verläufe innerhalb einer Krisensituation bedingt sein (Achse B und D). Dann entscheiden Prozessverläufe maßgeblich über entstehende Wirkungen.

### **Strukturelle Zusammenhänge zwischen spezifischen Krisensituationen, Prozessverlauf und berichteten/nicht berichteten Wirkungen**

Zu Beginn der Ausführungen zur Neuordnung der Gruppen (VI.2.3.5.1) von Prozessmustern auf Basis der sequentiellen Rekonstruktion stand die Frage, warum bestimmte Konstellationen von spezifischen Krisensituationen und Wirkungen berichtet bzw. nicht berichtet wurden, und ob es hierfür regelhafte Gründe geben könnte. In der Konklusion der Analyse von Gemeinsamkeiten Krisensituation spezifischer Erstgesprächsprozesse Erstgesprächsprozessen mit ähnlichen Wirkungen konnten erste Antworten gefunden werden. Im folgenden Abschnitt werden diese systematisch zusammengefasst.

Zwei Krisensituation spezifische Erstgesprächsprozesse wiesen keine oder nur geringe unterschiedliche Wirkungen auf:

- [1] Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung: gelungene Erstgespräche aus Sicht der BeraterInnen und zufriedene KlientInnen (Achse A = Gruppe AI) und
- [2] Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen: gelungene und ambivalent gelungene/mislungene Erstgespräche aus Sicht der BeraterInnen und zufriedene und ambivalent zufriedene KlientInnen (Achse D: Gruppe DI und DII).

Hier beschreiben Krisensituation spezifische Gemeinsamkeiten (s. (A)) bereits nahezu vollständig die Merkmale für diese Achsen. Deshalb konzentrieren die Ausführungen sich auf die systematische Darstellung von Hinweisen, die helfen könnten, die annähernd gleichen Wirkungen der Erstgespräche zu verstehen.

Die anderen beiden Krisensituation spezifischen Erstgesprächsprozesse unterschieden sich deutlich in ihren Wirkungen:

- [3] Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen mit längerfristigen Entlastungszielen (Achse B: BI, BII, BIII) und
- [4] Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfristigen Entlastung (Achse C: CI, CII, CIII).

Hier wird nun dargestellt, welche Prozessmerkmale *Unterschiede in den Wirkungen Krisensituation spezifisch* hervorrufen.

[1] *Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung:  
(Achse A = Gruppe AI)*

*Nanoebene:* KlientInnen verfügen tendenziell über das gesamte Spektrum an Beziehungsmöglichkeiten (eventuell temporär eingeschränkt durch die Krise) und damit verbundene adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen. Die BeraterInnen passen ihre Beziehungserwartungen denen der KlientInnen an und erweitern sie innerhalb des Erstgesprächs.

*Mikroebene:* KlientInnen und BeraterInnen bringen somit aktiv überwiegend passende Beziehungserwartungen ein.

*Mesoebene:* Die überwiegend Übereinstimmung der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen fördert die Entlastung der KlientInnen und damit die Ausweitung der eventuell temporär eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten. Sie ermöglicht den KlientInnen ihr Vorwissen den Möglichkeiten des BKD anzupassen. Die Ressourcen der KlientInnen machen es den BeraterInnen leicht, ihre Zielstellungen umzusetzen.

*Makroebene:* Daraus resultiert der von allen BeraterInnen einhellig berichtete Erfolg dieser Erstgespräche. Misserfolge werden deshalb nicht berichtet. KlientInnen scheinen zufrieden und mit den Vorschlägen der BeraterInnen hinsichtlich der Fortführung/Nicht-Fortführung überein zustimmen.

Fazit: KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung bringen ebenso wie die BeraterInnen aktiv passende Beziehungserwartungen ein. So profitieren sie aufgrund ihrer Ressourcen auf jeden Fall von den Erstgesprächen.

[2] *Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen (Achse D: Gruppe DI und DII)*

*Nanoebene:* Im Gegensatz zu Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung sind die Ressourcen dieser KlientInnen in besonderem Maß erschöpft, was ihre Beziehungsmöglichkeiten weitgehend einschränkt. Nur noch entlastende, auch aggressive Beziehungswünsche werden geäußert. Die Gefahr eines Suizids ist für die BeraterInnen in diesen Erstgesprächen so dominant, dass alle Zielstellungen auf die Verhinderung des Suizids ausgerichtet werden.

*Mikroebene:* Entlastende Beziehungswünsche der KlientInnen werden auf jeden Fall passend durch die Gewährung von Entlastung beantwortet.

*Mesoebene:* Die durchgängigen Entlastung gewährenden Beziehungsangebote der BeraterInnen gewähren Passung und damit eine Entlastung der KlientInnen.

*Makroebenen:* Gewährung von Entlastung ermöglicht in allen Fällen, Hilfe durch Dritte hinzuzuziehen und letztlich den Suizid zu verhindern.

Fazit: Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen gelingen zumindest ambivalent (Verhinderung des Suizids), aufgrund der konsequenten Fokussierung der BeraterInnen auf die umfassende Gewährung von Entlastung, auch wenn diese in aggressiver Form erfolgt.

[3] *Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen mit längerfristigen Entlastungszielen (Achse B: BI, BII, BIII)*

*Nanoebene:* Die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen sind eingeschränkt. Entlastende Beziehungsangebote stehen im Vordergrund ihrer Kommunikation, aber mit bestimmten Problemen können sie sich aktiv auseinandersetzen. Die Chronifizierung brachte sie meist bereits mit dem psychosozialen Hilfesystem in Kontakt, ohne dass die chronische Krisensituation entscheidend verbessert werden konnte. Daraus resultiert einerseits eine gewisse Kenntnis über die Möglichkeiten des Hilfesystems, andererseits aber auch Misstrauen gegen dieses. BeraterInnen setzen sich zum Ziel, diese KlientInnen in längerfristige Therapieangebote zu überführen, d. h. sie orientieren letztlich auf eine beginnende aktive Auseinandersetzung mit der chronifizierten Krisensituation. Die Verwobenheit der Beziehungserwartungen der KlientInnen erschwert es ihnen, zu erkennen, welche Beziehungswünsche die KlientInnen wirklich haben.

*Mikroebene:* Hier beginnen Unterschiede. In gelingenden Erstgesprächen konzentrieren sich BeraterInnen auf die Entlastung der KlientInnen. Diese Konzentration garantiert ihnen in hohem Maße die Passung zu den Beziehungserwartungen der KlientInnen, die immer entlastende Beziehungswünsche enthalten. Den KlientInnen ihrerseits gelingt es auch mit eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten, diese Beziehungsangebote adäquat zu beantworten. In ambivalent gelingenden und misslingenden Erstgesprächen erweitern die BeraterInnen ihre Zielstellungen zunehmend auf eine aktive Auseinandersetzung mit der chronischen Krisensituation. Hier steigt die Gefahr, dass durch die Verwobenheit der Beziehungswünsche der KlientInnen, nichtadäquate Beziehungsangebote gemacht werden. Nichtpassungen sind die Folge. KlientInnen ihrerseits fühlen sich durch nicht passende Beziehungsangebote überfordert und reagierten mit Aggressionen.

*Mesoebene:* In gelingenden Erstgesprächen halten BeraterInnen an passenden entlastenden Beziehungsangeboten lange Zeit bzw. ausschließlich fest. KlientInnen fühlen sich Passungen angenommen, könnten ihr Misstrauen gegenüber dem BKD einschränken. Ihre Beziehungserwartungen bleiben konstant. In ambivalent gelingenden Erstgesprächen reagieren BeraterInnen auf entstehende Nichtpassungen und beschränken sich auf ausschließlich entlastende Beziehungsangebote. KlientInnen könnten diese nun auch erkennen und annehmen. Dagegen wird in misslingenden Erstgesprächen ein Circulus vitiosus in Gang gesetzt. BeraterInnen beharrten z. T. auf Angeboten zur aktiven Auseinandersetzung mit der chronifizierten Krisensituation oder sie beschränkten sich, wie in ambivalent gelingenden Erstgesprächen auf entlastende Beziehungsmöglichkeiten. Jedoch reagieren die KlientInnen in jedem Fall mit zunehmenden Aggressionen.

*Makroebene:* Je nachdem in welchem Maß es den BeraterInnen auf der Mikro- und Mesoebene gelingt, passende Beziehungsangebote machen, sind KlientInnen zufrieden und können Vorschläge zur Fortführung akzeptieren: KlientInnen in gelingenden Erstgesprächen tun dies ohne Vorbehalt, KlientInnen in ambivalent gelingenden Erstgesprächen mit. Anders jedoch reagierten BeraterInnen in misslingenden Erstgesprächen. Andauernde Aggressionen der KlientInnen lassen ihnen eine Fortsetzung des Erstgesprächs trotz der Anerkennung der grundsätzlichen Notwendigkeit dieser unmöglich erscheinen. Stattdessen brechen sie diese Gespräche ab.

Fazit: Das Gelingen der Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen mit längerfristigen Entlastungswünschen scheint in besonderen Maße von der „Kunst“ der BeraterInnen abzuhängen, sich durch parallele, ineinander verwobene Beziehungserwartungen der KlientInnen nicht verwirren zu lassen und sich im Erstgespräch auf entlastende Beziehungsangebote zu beschränken bzw. weiterführende nur begrenzt und erst gegen Ende des Erstgesprächs einzubringen. Die Konzentration auf den Beziehungserhalt ermöglicht dann die Fortführung des Erstgesprächs und die Erreichung weiterführender Kriseninterventionsziele.

[4] *Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfristigen Entlastung (Achse C: CI, CII, CIII)*

*Nanoebene:* Die Beziehungsmöglichkeiten dieser KlientInnen sind dauerhaft auf entlastende Beziehungswünsche, eingeschränkt. In misslingenden Erstgesprächen überwiegen dabei Aggressionen. Die ständige Wiederkehr dieser Gespräche macht es

schwer zu erkennen, welche Sachverhalte die KlientInnengruppe habituell sind und welche durch den Endlosprozess nur habituell erscheinen.<sup>52</sup> BeraterInnen konzentrieren sich deshalb in den sich wiederholenden Gesprächen ausschließlich auf die kurzfristige Entlastung.

*Mikroebene:* In gelingenden und ambivalent gelingenden Erstgesprächen erkennen KlientInnen das entlastende Angebot der BeraterInnen und reagieren darauf mit passenden, dem Gespräch förderlichen, nicht aggressiven entlastenden Beziehungsangeboten. In misslingenden Erstgesprächen, die durch aggressive Entlastungswünsche der KlientInnen gekennzeichnet sind, gibt es keine Einheitlichkeit hinsichtlich der eingebrachten Beziehungsangebote durch die BeraterInnen. Die Gespräche werden wohl aufgrund der Zielstellung mit entlastenden Angeboten der BeraterInnen begonnen. Im weiteren Verlauf (nach wenigen Minuten) konfrontieren die BeraterInnen jedoch KlientInnen mit ihren aggressiven Beziehungswünschen und Anrufverhalten. Die KlientInnen nehmen dies als Aggression wahr und beantworten die unterschiedlichen Beziehungsangebote in allen Phasen des Gespräches wiederum mit Aggressivität.

*Mesoebene:* BeraterInnen steuern, wie schon auf der Mikroebene beschrieben, den Prozess durch gezielte Beziehungsangebote. Aufgrund des alleinigen Ziels der kurzfristigen Entlastung und des Selbstschutzes wird mit anfänglich entstehenden Passungen durch die Gewährung von Entlastung unterschiedlich umgegangen: In gelingenden Erstgesprächen, in denen die entlastenden Beziehungswünsche der KlientInnen nicht aggressiv wären, behielten sie passende entlastende Beziehungsangebote für eine begrenzte Zeit aufrecht. KlientInnen reagierten passend und akzeptierten die Begrenzung. In ambivalent gelingenden Erstgesprächen machten die BeraterInnen die gleichen entlastenden Beziehungsangebote, verzichteten jedoch auf die (von den KlientInnen nicht akzeptierte) Begrenzung. So umgingen sie, nicht passende Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Gesprächsverhalten der KlientInnen zumachen, auf welche diese KlientInnen aufgrund der dauerhaften Einschränkung ihrer Beziehungsmöglichkeiten nicht eingehen könnten. In misslingenden Erstgesprä-

---

<sup>52</sup> Gegen die habituelle Ausprägung ausschließlich gezeigter aggressiver Entlastungswünsche spricht der Bericht über das ambivalent gelungene Erstgespräch *Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da*. Im ersten Teil dieses Gespräches unterbricht die Beraterin aufgrund einer „Laune“ den Klienten nicht und lässt ihn reden. Es sei nicht zu den üblichen Aggressionen bei der Begrenzung von Erstgesprächen mit ihm gekommen. Aber dieser erste Teil erreichte trotzdem nicht die schon eingeschränkte Zielstellung einer kurzfristigen Entlastung. (s. VI.2.3.3.3) Die Unmöglichkeit der Erreichen auch einer noch so beschränkten Zielstellung erklärt die weitere Begrenzung der KlientInnen, denen kein Erstgesprächsangebot mehr gemacht wird und die einzig mögliche (!) aggressive Reaktion der KlientInnen.



chen dagegen wechselten BeraterInnen ihre Beziehungsangebote genau in diese Richtung, um Erstgespräche zu beenden.

*Makroebene:* In gelingenden Erstgesprächen stimmen Intentionen der KlientInnen und BeraterInnen überein (Beschränkung auf kurzfristige Entlastung). Gelingt diese, sind die KlientInnen zufrieden und akzeptieren die Beendigung des Erstgesprächs. Auch in ambivalent gelingenden Erstgesprächen scheinen die Intentionen der KlientInnen und BeraterInnen überein zustimmen, da die KlientInnen die Beendigung und Nichtfortsetzung zunächst akzeptierten. Jedoch wird das Ziel einer selbst kurzfristigen Entlastung nicht erreicht. Diese KlientInnen melden sich innerhalb von Minuten wieder beim BKD. In misslungenen Erstgesprächen werden solche Entlastungsangebote nicht mehr gemacht. So divergieren die Wünsche der KlientInnen und BeraterInnen. Die KlientInnen bleiben unzufrieden und auch hier wird keine Entlastung und Durchbrechung der Dauernutzung des BKD erreicht.

Fazit: Das Gelingen der Gespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel hinge *einerseits* davon ab, ob es gelinge, die unendlichen Wünsche nach Entlastung „zu verteilen“<sup>53</sup>, so dass eine Begrenzung der Nutzung des BKD zur Entlastung durch die KlientInnen akzeptiert werden könnte. *Andererseits* scheinen die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen teilweise soweit eingeschränkt, dass ausschließlich hoch aggressive Kommunikationsangebote an die BeraterInnen gemacht würden. BeraterInnen stehen im organisationalen Rahmen des BKD keine Möglichkeiten zur Verfügung, hier ausreichend Entlastung zu gewähren und sich selbst zu schützen. Deshalb akzeptierten sie hier ein Misslingen der Erstgespräche.

### *Zusammenfassung*

Die gefundenen Gruppen ähnlicher Prozessmuster wiesen Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Krisensituation der KlientInnen und den Wirkungen des Erstgesprächs auf. Um die gefundenen und nicht gefundenen (aber nach der Einteilung hinsichtlich Krisensituation und Wirkung vorstellbarer) Gruppen von Prozessmustern verstehen zu können, wurden Gemeinsamkeiten im Prozess der Beziehungsgestaltung aufgrund spezifischer Krisensituation (A) extrahiert und aufgrund ähnlicher Wirkungen (B). So konnten auf der Grundlage des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung die Krisensituation spezifische Verläufe und damit verbundenen möglichen Wirkungen von Erstgesprächen mit KlientInnen in spezifischen Krisensituationen beschrieben werden (C).

---

<sup>53</sup> Die „unendlichen“ Bedürfnisse nach Entlastung dieser KlientInnen können nur durch die Einbindung ins psychosoziale Netz, z. B. durch Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstätten, Betreutes Wohnen, Tageskliniken und stationäre Einrichtungen, aufgefangen werden.

## **VII Diskussion der Ergebnisse**

Um die umfangreichen Ergebnisse der Forschungsarbeit für die LeserInnen nachvollziehbar diskutieren zu können, erwies es sich als sinnvoll, sich am Aufbau des Auswertungsteils (s. VI) zu orientieren. Jedem Abschnitt der Diskussion wird eine kurze Gliederung vorangestellt. Innerhalb der Abschnitte werden, um den Bezug zum Auswertungsteil herzustellen, die Ergebnisse kurz repetiert und dann im Zusammenhang mit relevanten Theorien (s. II) und Implikationen für die Praxis diskutiert. Das Kapitel beginnt mit der Diskussion der allgemeinen Aussagen der BeraterInnen zu Erstgesprächen und ihren Wirkungen (VII.1). Es folgt die Auseinandersetzung mit Ergebnissen der (Re)Konstruktion von konkreten Erstgesprächsprozessen (VII.2.1). Danach werden die Diskussionslinien zusammengefasst und Vorschläge für das Verständnis von Erstgesprächsprozessen und ihren Wirkungen jenseits gängiger Klassifikationen in Krisenintervention, Therapie und Beratung (VII.2.2) gemacht. Um eine Einordnung der Ergebnisse zu erleichtern, werden abschließend Forschungsprozess und Ergebnisse anhand relevanter Gütekriterien qualitativer Forschung diskutiert (VII.3).

### ***VII.1 Diskussion der allgemeinen Aussagen der BeraterInnen zu Erstgesprächen und ihren Wirkungen***

Die allgemeinen Aussagen der BeraterInnen zu Erstgesprächen und ihren Wirkungen (s. VI.1) werden in Bezug zu vorhandenen theoretischen Konzepten (s. II) diskutiert:

**VII.1.1:** Ebenso wie im Auswertungsteil werden zunächst die allgemeinen (KlientInnengruppen und Kontaktart unspezifischen) Aussagen der BeraterInnen (VI.1.1) in Bezug zu den theoretischen Aussagen zu allgemeinen Kriseninterventionskonzepten (s. II.1.2.1), allgemeinen Erstgesprächskonzepten in der Krisenintervention (s. II.1.2.3.1) und in der Therapie (s. II.2.1.1) gesetzt.

**VII.1.2:** Es schließt sich die Diskussion Kontaktart und KlientInnengruppen spezifischer Besonderheiten in Ergebnissen (s. VI.1.2 und VI.1.3) und Theorie der Krisenintervention (II.1.2.2) und Therapie (II.2.1.2) an.

**VII.1.3:** Der Abschnitt endet mit der Auseinandersetzung zum empirisch hergeleiteten zentralen Phänomen der Beziehungsgestaltung hinsichtlich seiner Verankerung in und Abgrenzung zu vorhandenen theoretischen Konzepten zu Erstgesprächen in Krisenintervention (s. II.1.2), Therapie (s. II.2) und kommunikativen Grundlagen der Beziehungsgestaltung (s. II.3.1).

### VII.1.1. Diskussion der allgemeinen (KlientInnengruppen und Kontaktart unspezifischen) Aussagen der BeraterInnen

Im Abschnitt **Einfließende Lernerfahrungen der BeraterInnen** (VI.1.1.1) wurde die Entstehung eines individuellen wie gemeinsamem Handlungswissens aus Aussagen der BeraterInnen rekonstruiert. BeraterInnen verfügen über unterschiedliche individuelle Zugänge zum Arbeitsfeld der Krisenintervention, die durch unterschiedliche Professionen, Weiterbildungen und therapeutische Qualifikationen beschrieben wurden. Dieses Wissen werde in den Erstgesprächen angewendet, modifiziert und in gemeinsamen Lernsituationen mit den KollegInnen erweitert. So entstehe neben individuellen ein gemeinsames Handlungswissen. Unterschiedliche berufliche Hintergründe verlören an Bedeutung. Die Aussagen der BeraterInnen bestätigten diejenigen AutorInnen (s. II.1.2.1 - Bergold & Schürmann, 2001; Theunissen, 2001, Sonneck, 1997; Ciompi, 1993; Heim, 1993; Schnyder, 1993; Schürmann, 1991, Gilliland & James, 1998 und Golan, 1983), die davon ausgehen, dass in der Praxis integrative Vorgehensweisen vorherrschend seien. Über allgemeine Aussagen zu integrativen Praxen in der Krisenintervention gehen Aussagen der BeraterInnen dort hinaus, wo sie von einer besonderen Rolle der Beziehungsgestaltung innerhalb von Lernerfahrungen ausgehen. Schon hier deutet sich die grundlegende Bedeutung des Beziehungshandelns im Erstgespräch an, ohne dass es in diesem Zusammenhang schon genauer beschrieben werden könnte.

In den **Aussagen über die Bestandteile des Erstgesprächs** gingen die BeraterInnen grundsätzlich davon aus, dass nicht nur das „Was“ der Kommunikation (Inhaltsaspekt) beachtet werden müsste, sondern vor allem das „Wie“ (Beziehungsaspekt). Sie griffen damit implizit die Kommunikationstheorie von *Watzlawick, Beavin & Jackson* (2007 – II.3) auf. Entgegen Vorannahmen der Forscherin (Sekundäranalyse von Interviews im Rahmen der Begleitforschung – vgl. IV.2) lehnten die BeraterInnen die sequentielle Verortung der Bestandteile des Erstgesprächs ab. Nur die Bestandteile Kontaktherstellung und –beendigung ständen natürlich am Beginn bzw. Abschluss des Erstgesprächs. Alle anderen Bestandteile<sup>54</sup> (vgl. II.1.2.3) eigneten sich nicht, um konkrete Gesprächsabfolgen zu beschreiben und damit Grundlage einer vergleichenden Prozessbeschreibung zu werden. Jedoch ergab die Analyse der Aussagen der BeraterInnen zu den einzelnen Bestandteilen des Erstgesprächs, dass alle Bestandteile der Beziehungsgestaltung dienten. Der Erstgesprächprozess wurde als Abfolge aufeinander treffender Beziehungserwartungen beschrieben, die über unterschiedliche Inhalte (resp. Bestandteile) verhandelt würden. Würden Beziehungserwartungen nicht zusammen passen, geriete die Kommunikation im Erstgespräch in Gefahr zu scheitern. Damit wird von den Berate-

---

<sup>54</sup> Die Bestandteile wurden definiert als Fokussierung, Situationsklärung, Vereinbarung des weiteren Vorgehens, Emotionale Unterstützung und Entlastung wie Aufbau und Erhalt der Beziehung (s. VI.1.1.2)

rInnen ein Zusammenhang zwischen Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen und Wirkungen von Erstgesprächen postuliert. Ähnlich formuliert es *Dross* (2001 – s. II.1.2.3.1), in dem sie ausdrückt, dass Beziehungswünsche der KlientInnen in Erstgesprächen komplementär beantwortet werden müssten. In den Ausführungen zu den Bestandteilen wird jedoch deutlich, dass dies nicht in jedem Fall erfolgt. Welche Beziehungserwartungen KlientInnen wann einbringen und wie sie von den BeraterInnen dann beantwortet werden, konnte anhand allgemeiner (KlientInnengruppen unspezifischer) Aussagen der BeraterInnen nicht geklärt werden.

Auch **grundsätzliche Beratungsstrategien** der BeraterInnen (Aktivität und Beweglichkeit in Methoden mit dem Ziel der Beschleunigung) dienen der Gestaltung des Beziehungsaspektes der Kommunikation. Auf die grundsätzliche Strategie der Aktivität geht auch *Sonneck* (2000, s. II.1.2.3.1) ein. Er sah darüber hinaus Erstgespräche durch direktive Sequenzen gekennzeichnet. Dies berichteten die BeraterInnen nicht. Die grundsätzliche Strategie der Aktivität und Beweglichkeit in den Methoden weisen Gemeinsamkeiten mit den allgemeinen Grundsätzen der Gestaltung der Kriseninterventionen (s. II.1.2.1, *Sonneck*, 1997 und 2000, *Schnyder*, 1993, *Roberts*, 1990, *Gilliland & James* 1988, *Slaikau*, 1984) und Therapieerstgesprächen auf (s. II.2.1; *Eckert*, 2010a). Trotz grundsätzlicher Beratungsstrategien blieben Gesprächsverläufe und Inhalte grundsätzlich individuell und nicht zum Vergleich geeignet. Nützlich empfinden BeraterInnen jedoch bewährte Formen der Gesprächsführung, wie Redewendungen, Mimik und Gestik, um die Beziehung zu gestalten. Letztlich erwiesen sich grundsätzliche Beratungsstrategien ebenso wie die Bestandteile als nicht geeignet, den Prozess des Erstgesprächs vergleichend zu beschreiben.

Das wichtige Ergebnis der Analyse allgemeiner (KlientInnengruppen und Kontaktart unspezifischer) Aussagen zu Erstgesprächen lag in der Herausarbeitung der besonderen Bedeutung der Beziehungsgestaltung für den Erstgesprächsprozess. Auf die besondere Bedeutung der Beziehungsgestaltung wiesen alle AutorInnen zu Erstgesprächen in Krisenintervention und Therapie hin (s. II.1.2.3.1 und II.2). In den Aussagen der BeraterInnen wurde dies präzisiert: **Die Beziehungsgestaltung in Form von Beziehungserwartungen der KlientInnen und BeraterInnen und ihrer Passung *strukturiere* den Erstgesprächsprozess.** Beziehungserwartungen werden von den BeraterInnen unterschiedlich beschrieben. Es werden entlastende Beziehungserwartungen, auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung ausgerichtete, für den Gesprächsprozess schwierige und förderliche beschrieben. Passungen von Beziehungserwartungen verbinden BeraterInnen mit gelingender Kommunikation, ebenso wie Nichtpassungen mit ihrer Gefährdung. Damit bestätigen die Aussagen der BeraterInnen die von vielen

AutorInnen konstatierte „entscheidende“, „zentrale“ oder „essenzielle“ Bedeutung der Beziehungsgestaltung für die therapeutische Praxis (Bastine, 2008, S. 11, aber auch Hermer & Röhrle, 2008 u. a). So gehen z. B. *Asay & Lambert* (2001) davon aus, dass die therapeutische Beziehung bis zu 30 % Varianzaufklärung für Veränderungen in der Psychotherapie bringe. Daneben beschreiben sie weitere Einflussfaktoren für Veränderungen in der Psychotherapie (40 % Extratherapeutische Veränderungen – im Kontext der Krisenintervention: internale und externale Ressourcen, und jeweils 15 % Einfluss der Methoden und der Erwartungs- (Placebo-)Effekte). Diese Einflussfaktoren fanden sich auch im Erstgespräch, ohne dass sie natürlich im Rahmen einer qualitativen Untersuchung quantifizierbar wären: Im Erstgespräch scheint sich der Einfluss internaler und externaler Ressourcen in den Unterschieden zwischen den KlientInnengruppen abzubilden (s. VI.1.3 und VII.1.2). Methoden in Form therapeutischer Techniken beschreiben BeraterInnen im Zusammenhang mit allgemeinen Strategien für Erstgespräche (VI.1.1.3). Erwartungseffekte wurden vor allem im Zusammenhang mit wiederholter Nutzung des BKD berichtet (s. VI.1.3. DauerklientInnen und Psychiatrische Klientel). Über die Aussagen von *Asay & Lambert* (ebenda) gehen die Annahmen zur Beziehungsgestaltung im Erstgespräch insoweit hinaus, dass sie als den Erstgesprächsprozess strukturierend und zentral angenommen werden.

### **VII.1.2 Diskussion Kontaktart und KlientInnengruppen spezifischer Besonderheiten von Erstgesprächen**

Die Aussagen der BeraterInnen zu Kontaktart und KlientInnengruppen spezifischer Besonderheiten von Erstgesprächen konzentrierten sich ebenfalls auf Besonderheiten in der Beziehungsgestaltung. Sie vertieften das Verständnis für die strukturierende Wirkung der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen: Auf der einen Seite ließen sich mögliche Beziehungserwartungen in Erstgesprächen identifizieren. Auf der anderen Seite wurden Passungen/Nichtpassungen von Beziehungserwartungen präziser beschrieben.

**Kontaktart spezifische Besonderheiten** wurden von den BeraterInnen als Besonderheiten in telefonischen Erstgesprächen berichtet. Obwohl  $\frac{3}{4}$  aller Kontakte beim BKD telefonische seien (vgl. Bergold & Zimmermann, 2003, Zimmermann & Bergold, 2003, Freikamp, 2002), setzen BeraterInnen in ihren Aussagen durchweg allgemeine Aussagen mit den Aussagen zu persönlichen Kontakten gleich. Dies könnte der Fall sein, weil telefonische Kontakte durch die Beschränkung auf die akustische Kommunikation zur Einschränkung der Wahrnehmung von Beziehungswünschen führten und damit eine schwierigere Beziehungsgestaltung nach sich zögen. Von Seiten der BeraterInnen würden einerseits grundsätzliche Strategien und die Bearbeitung der Bestandteile des Erstgesprächs den telefonischen Gegebenheiten angepasst.

Bei weiterführendem Gesprächsbedarf würde versucht, KlientInnen zu persönlichen Gesprächen einzuladen. Da bestimmte Gruppen von KlientInnen, insbesondere DauerklientInnen, die Besonderheiten des Telefonkontaktes schätzten (Anonymität, Begrenztheit des Kontaktes), würden BeraterInnen andererseits auch vorsichtig mit Gesprächsangeboten sein. Sie beschränkten sich eher auf entlastende Beziehungsangebote.

Telefonkontakte werden in der Literatur nur im Zusammenhang mit Kontaktherstellung (Sonneck, 2000) und Erstkontakten bei psychiatrischen Notfällen und suizidalen Krisen (Everstine & Everstine, 1985) beschrieben. Die Nichtbeschreibung von telefonischen Erstgesprächen außerhalb dieses Settings könnte eben mit den beträchtlichen Einschränkungen an den Möglichkeiten in der Gesprächsführung zusammenhängen. Telefonische Erstgespräche im BKD weisen mehr Ähnlichkeiten mit dem von Sonneck (2000) vorgeschlagenen Erstkontakt auf, als mit dem eigentlichen Erstgespräch. Sie erfüllen als solche die wichtige Funktion einer niederschweligen Kontaktaufnahme. Aber hier könnten sich die Überlegungen anschließen, ob telefonische Erstgespräche, die über eine kurzfristige Entlastung hinausgehen sollen (ohne Hilfe im psychiatrischen Notfall bzw. bei akuter Suizidgefährdung zu sein) nur noch in besonderen Fällen<sup>55</sup> geführt werden sollten.

**Klientengruppenspezifische Besonderheiten** berichten die BeraterInnen für unterschiedliche Gruppen. Eine Gruppe tauchte jedoch *nicht* in ihren Ausführungen auf: KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung. Die BeraterInnen nahmen diese Gruppe als Referenzgruppe, um Besonderheiten der anderen Gruppen kenntlich zu machen. KlientInnengruppen spezifische Besonderheiten fänden sich wiederum *nicht* in den inhaltlichen Schwerpunkten der Erstgespräche, sondern in der Beziehungsgestaltung, zum einen in den eingebrachten Beziehungserwartungen und zum anderen in entstehenden Passungen/Nichtpassungen dieser. AutorInnen (II.1.1.2 und II.1.2.2.2, Sonneck, 1997, Freikamp, 2002), die das Vorgehen bei Kriseninterventionen anhand der Bewältigungsmöglichkeiten unterschieden, sehen dies ähnlich. Sie beschrieben das unterschiedliche Vorgehen aufgrund interner und externer Ressourcen. Die Verfügbarkeit interner Ressourcen (Bewältigungsmöglichkeiten) entscheidet aber eben auch über die Möglichkeiten der KlientInnen zur Beziehungsgestaltung.

Für KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung wurden keine Besonderheiten hinsichtlich der Beziehungserwartungen berichtet, wie über entstehende Passun-

---

<sup>55</sup> So ein besonderer Fall würde z.B. das von FMA3 berichtete Erstgespräch *Fall FMA3\_Mann gestorben sein* (s. Anlage auch Anlage 3 und VI.2.3.1). Die Klientin habe aus einer anderen Region angerufen und wäre somit nicht in der Lage gewesen, selbst in den Krisendienst zu kommen. Da jedoch eine akute Notlage vorgelegen hätte, sei ein längeres Erstgespräch, das über das einschränkende Angebot von Entlastung hinausgegangen sei.

gen/Nichtpassungen, geschweige denn negative Folgen von entstehenden Nichtpassungen. Daraus konnte vorerst geschlossen werden, dass diese KlientInnen bereits im Erstgespräch adäquat auf Beziehungserwartungen der BeraterInnen reagieren bzw. BeraterInnen die Beziehungserwartungen der KlientInnen ohne Schwierigkeiten erkennen können. Für diese Schlussfolgerung sprechen grundlegende Annahmen aus Krisenintervention und Therapie, die bei KlientInnen ohne Chronifizierung eine tendenziell intakte Beziehungsfähigkeit annehmen (z. B. Sonneck, 1997 zu sozialpsychologischen Krisen).

Die Darstellung der Besonderheiten in Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen nahm bei den BeraterInnen einen besonders großen Raum ein. In den Gesprächen mit diesen KlientInnen scheint es schwierig zu sein, passende Beziehungsangebote zu machen, bzw. scheinen unpassende Beziehungserwartungen negative Wirkungen hervorzubringen. Die Schwierigkeit, Beziehungswünsche der KlientInnen zu verstehen, könnte mit der von Sonneck (ebenda) beschriebenen Tatsache zu tun haben, dass chronifizierte Krisen oft „maskiert“ als akute erschienen. BeraterInnen beschreiben die Maskierung wie folgt: KlientInnen brächten einerseits scheinbar Wünsche nach aktiver Auseinandersetzung und Bewältigung ein, die jedoch im Erstgespräch eher Entlastungswünsche wären. Andererseits wären sie bei ausgewählten Inhalten in der Lage Beziehungen über Entlastungswünsche hinausgehend zu gestalten, was ebenfalls die Gefahr der Überschätzung der Möglichkeiten der KlientInnen in sich berge. Auf die Gefahr der Überschätzung verweisen indirekt auch die AutorInnen in der Darstellung von Therapieerstgesprächen (s. II.2.1.2) mit PatientInnen, die unter psychischen Störungen leiden, indem sie überwiegend bis ausschließlich dort auf entlastende Beziehungsgestaltung orientieren. Die entlastende Beziehungsgestaltung sei die Grundlage der Schaffung einer stabilen Arbeitsbeziehung, die dann weiterreichende Beziehungsangebote ermögliche. *Becker & Senf* (1998) weisen im Zusammenhang mit stationären Therapien ausdrücklich darauf hin, dass TherapeutInnen ihre Beziehungsgestaltung an den Bedürfnissen der KlientInnen ausrichten sollten. Gelänge dies nicht, wie von den BeraterInnen im Falle des Verkennens von Beziehungserwartungen beschrieben, könnten BeraterInnen in Teufelskreise geraten, wenn sich KommunikationspartnerInnen gegenseitig hochschaukelten (Safran, Muran, Samstag & Winston, 2005). Eben diese Teufelskreise beschreiben die BeraterInnen in ihren Aussagen über KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen. KlientInnen würden mit aggressiver Entlastung reagieren, und die Gefahr eines Gesprächsabbruchs werde virulent.

Die sichtbaren Überschneidungen in den Merkmalen von PatientInnen in Therapieerstgesprächen und KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen werden auch darin

deutlich, dass BeraterInnen es als eine Zielstellung dieser Kriseninterventionen sähen, die KlientInnen in längerfristige Angebote – Psychotherapien – zu vermitteln. Gelängen die Erstgespräche jedoch nicht, bestehe hier die Gefahr dass die KlientInnen immer wieder kämen, also den Krisendienst für kurzfristige Entlastungen nützten (s. DauerklientInnen), ohne die eigentliche chronifizierte Krise (wahrscheinlich auch psychische Störung) zu bewältigen. Dies legt den Gedanken nahe, bei solchen KlientInnen therapeutische Gesichtspunkte in den Vordergrund zu stellen. Damit würde die Krisenintervention einer Kurzzeittherapie entsprechen, die der Indikationsklärung diene. Von anderen therapeutischen Angeboten unterscheidet sich das Angebot des BKD jedoch durch seine Niederschwelligkeit und Gewährung von Anonymität (IV.1). Dieses Angebot würde KlientInnen entgegen kommen, die eine große Therapieferne oder unbefriedigende Erfahrungen mit bisherigen Therapienversuchen gemacht hätten.

Berichtete Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel konnten nur zum geringen Teil Erstgesprächen i. S. einer Krisenintervention zugeordnet werden. KlientInnen nutzen sie meist in Ergänzung vorhandener Hilfesysteme, um kurzfristige Entlastungen von Tagesschwierigkeiten zu erlangen. Die BeraterInnen würden dieser Intention folgen und mit dem Angebot (zeitlich) begrenzter Entlastungsgespräche reagieren. Jedoch sei es für die BeraterInnen wichtig, immer auf der Inhaltsebene die konkrete Situation abzuklären, um auszuschließen, dass ein psychiatrischer Notfall vorliege. Nur in solchen Fällen würden BeraterInnen sich am Vorgehen in psychiatrischen und suizidalen Krisen orientieren (II.32, Everstine & Everstine, 1985 und II.1.2.2, Zimmermann, 2001). Liege kein psychiatrischer Notfall vor und KlientInnen würden ausschließlich massive aggressive Entlastungswünsche äußern, würden diese Gespräche nach kürzester Zeit abgebrochen. Hier weichen die BeraterInnen vom Grundsatz der Krisenintervention nach der Komplementarität der Beziehungsantworten (Dross, 2001) ab. Dies begründen BeraterInnen damit, dass in diesen Fällen keine akute Krise durchlebt werde. Oft würden BeraterInnen diese KlientInnen auch aufgrund häufiger Anrufe erkennen (s. DauerklientInnen).

An den Besonderheiten an Gesprächen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel wird deutlich, dass auch hier i. d. R. keine Krisenintervention i. S. psychosozialer Krisen stattfindet (s. II.1.2.2). Auch gibt es keine Parallelen zu therapeutischen Erstgesprächen (s. II.2.1.2).

DauerklientInnen stellten für die BeraterInnen keine homogene KlientInnengruppe dar (s. V.3.2.1), auf jeden Fall seien es jedoch chronifizierte KlientInnen. Sie könnten sich in unspezifischen chronifizierten Krisen befinden, ebenso wie sie Menschen mit manifesten psychischen Störungen seien. Meist würden erfahrene MitarbeiterInnen diese KlientInnen beim ersten Satz erkennen. Dies mache die Beziehungsgestaltung in den Gesprächen schwierig: Zum



einen müsste trotzdem auch hier immer wieder geprüft werden, ob Beziehungswünsche sich änderten (s. Psychiatrische Klientel). Zum anderen würden KlientInnen aufgrund früherer Erfahrungen oft schnell verbal aggressiv. Die meist telefonischen Gespräche unterschieden sich kaum von Gesprächen mit KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel (s. o.). Nur seien ihre Entlastungswünsche scheinbar unstillbar. Bei mehrmaligen Anrufen in kurzen Zeitspannen (mehrmals pro Stunde) würden Gespräche sofort abgebrochen. Würde eine Änderung von Beziehungswünschen aufgrund akuter Krisensituationen festgestellt, würden darüber hinausreichende Angebote gemacht (s. Suizidale Krisen und unspezifische chronifizierte Krisensituationen). Die größte Gefahr in Gesprächen mit DauerklientInnen bleibe für die BeraterInnen das „Überhören“ von neuen Beziehungswünschen aufgrund sich verändernder Situationen. Obwohl diese Gruppe im Alltag der BeraterInnen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, liegen keine Forschungen zu dieser speziellen Gruppe vor. Doch existieren Konzepte für den Umgang mit DauerklientInnen im BKD. Die Forscherin lernte sie bei ihrem Aufenthalt im Untersuchungsfeld kennen (s. IV.2). Sie wurden aus der täglichen Gesprächspraxis heraus entwickelt und wurden über einfließende Lernerfahrungen (s. o.) ein Teil des Handlungswissens im BKD.

Das Erstgespräch mit KlientInnen in Suizidalen Krisen werde von den BeraterInnen vorsichtiger geführt, sei ausschließlich auf Entlastung orientiert, ohne dass diese Gespräche beschleunigt würden. Die Verhinderung des Suizids stehe im Vordergrund alles Handelns, inhaltlich wie in der Gestaltung der Beziehung. Das Vorgehen der BeraterInnen entspricht den Vorschlägen zahlreicher AutorInnen (s. II.1.2.3.2, z.B. Giernalczyk, 2005, 2003, Sonneck, 2000 und Everstine & Everstine, 1985). Alle AutorInnen wie BeraterInnen betonen die unbedingte Notwendigkeit, mit den KlientInnen in Kontakt zu treten *und* diesen zu halten. Jedoch führten die Aussagen der BeraterInnen zur genaueren Bestimmung der Beziehungsgestaltung mit der ausschließlichen Konzentration auf entlastende Beziehungen.

### Konklusion

Mit der Analyse allgemeiner KlientInnengruppen- und Kontaktart*unspezifischer* wie *spezifischer* Aussagen der BeraterInnen wurde einerseits deutlich, dass gemeinsame Grundlagen der Prozessgestaltung angenommen werden können. Andererseits berichteten die BeraterInnen über die Heterogenität der Erstgespräche. Nicht alle Erstgespräche seien Erstgespräche in akuten psychosozialen Krisensituationen (s. Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen). Darüber hinaus müsste die Gesprächsführung in akuten psychosozialen Krisen sich verändern, wenn akute Suizidalität hinzutrete. Das zu generierende Modell für die Prozessgestaltung des Erstgesprächs im BKD musste daher so entwickelt

werden, dass es einerseits in der Lage ist die Heterogenität der Beziehungsgestaltung abzubilden und andererseits diese vergleichbar zu machen.

### **VII.1.3 Diskussion des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen**

In der Auseinandersetzung mit den allgemeinen fallunspezifischen Aussagen der BeraterInnen kristallisierte sich die Beziehungsgestaltung im Erstgespräch als das zentrale, das Erstgespräch strukturierende Phänomen heraus. Dieses Phänomen kann nicht anhand von bisher entwickelten Erstgesprächsmodellen diskutiert werden: Weder wurde die Beziehungsgestaltung bisher als Grundlage von Erstgesprächsmodellen angenommen, noch existieren Modelle für den heterogenen Gegenstand des *Erstgesprächs im BKD unter seinen spezifischen Bedingungen* (vgl. IV.1). Jedoch entspricht es dem Trend in der psychotherapeutischen Prozessforschung, wo Untersuchungen der therapeutische Beziehung generell an Bedeutung gewinnt (z. B. Hermer & Röhrle, 2008, Schauenburg, 2000, Strupp, 1993; Dahlbender & Kächele, 1994; Hartkamp, 1994; Fischer, 1989; Leuzinger-Bohleber, 1994,1989).

Ein Zusammenhang kann aufgrund der von den BeraterInnen angenommenen strukturierenden Rolle der Beziehungsgestaltung zum Kommunikationsmodell von *Watzlawick, Beavin & Jackson* (2007) hergestellt werden. In den Annahmen, dass der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt bestimme, ihm vorausgehe (vgl. II.3.1), bestätigen die empirisch generierten Modellannahmen. Mit der Entwicklung des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung nun kann einerseits die Vergleichbarkeit der Erstgespräche gewährleistet und andererseits die Heterogenität untersuchter Erstgespräche im BKD abgebildet werden. Die Abbildung von Unterschieden in Erstgesprächsprozessen bietet den Vorteil einer präziseren Prozessbeschreibung und möglicher Ableitung von KlientInnengruppenspezifischen Empfehlungen für die Gesprächsführung im Erstgespräch.

Die Beziehungsgestaltung wird durch zwei Elemente beschrieben: erstens die Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen im Erstgespräch und zweitens ihre Passung/Nichtpassung im Prozess des Erstgesprächs (s. VI.1.4). Die Modell-Konstruktion entspricht damit der Aussage, „dass sich die Therapeut-Klient-Beziehung sinnvoll nur als transindividuelle Einheit“ (Hermer & Röhrle, 2008, S. 16) begreifen ließe. Auch lassen sich Parallelen zu den Aussagen *Gastons* (1990) herstellen, der berichtet, dass Aspekte der therapeutischen Allianz durch vier kursierende Skalen gemessen werden können: erstens die affektive Beziehung der KlientIn mit dem Therapeuten, zweitens die Fähigkeit der KlientIn zweckdienlich in einer Therapie zu arbeiten, drittens das empathische Verstehen und Sich-Einlassen des Therapeuten und viertens die Patienten-Therapeuten-Übereinstimmung bezüglich der Ziele

und Aufgaben der Therapie. Der zweite Aspekt würde im generierten Modell im Rahmen der Beziehungserwartungen erfasst. Die Fähigkeit der KlientIn zweckdienlich in einer Therapie zu arbeiten findet ihre Parallele in den Beziehungserwartungen der KlientInnen und besonders in ihren Begrenzungen für bestimmte KlientInnengruppen. Die übrigen Aspekte könnten eher dem Element der Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen zugeordnet werden. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von verschiedenen Autoren vorgeschlagener ähnlicher Skalen zur Messung der therapeutischen Allianz in der Psychotherapie (Überblick, s. Hentschel, 2005), die die empirische Evidenz des gefundenen zentralen Phänomens untermauern.

Mögliche Annahmen zu Beziehungserwartungen wurden im Modell aus den allgemeinen Aussagen der BeraterInnen generiert. Es fanden sich unterschiedliche entlastende Beziehungserwartungen und auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung orientierte Beziehungserwartungen, die für die Gesprächsführung des Erstgesprächs als förderlich bzw. als schwierig empfunden wurden. Darüber hinaus differenzierten die BeraterInnen das Auftreten von Beziehungserwartungen nach KlientInnengruppen (s. o). Vergleichbare Kategorisierungen finden sich bei vielen AutorInnen im Zusammenhang mit Aussagen zur Gestaltung therapeutischer Beziehungen (Watzlawick et. al. 2007, Auhagen, 2008, Graieb, 2005, Barker & Pistrang, 2002, Eckert, 2008 u. a).

Das Aufeinandertreffen der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen verbindet sich mit unterschiedlichen Möglichkeiten der Passungen und Nichtpassungen. Watzlawick et al. (ebenda) beschreiben dies als mögliche symmetrische und komplementäre Interaktionen. BeraterInnen berichteten über Beziehungsinteraktionen, die durch diese Annahmen verständlich und beschreibbar wurden. Beziehungswünsche (resp. –erwartungen) könnten komplementär passen, wenn Entlastung wünschende Beziehungserwartungen durch Entlastung gewährende „beantwortet“ würden. Kongruente bzw. spiegelbildliche Passungen könnten nur aus auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung gerichteten Beziehungserwartungen entstehen. Auf Wünsche auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung durch die KlientInnen würde mit spiegelbildlichen Beziehungsangeboten reagiert. Auch Nichtpassungen aufgrund dieser theoretischen Grundannahmen konnten systematisch dargestellt werden. BeraterInnen wie *Watzlawick et. al.* (ebenda) berichteten über entstehende Störungen der Kommunikation durch Nichtpassungen. Passungen/Nichtpassungen der Beziehungserwartungen der KommunikationspartnerInnen wurden von den BeraterInnen grundsätzlich mit Wirkungen im Erstgesprächsprozess sowie auf die Ergebnisse des Erstgesprächsprozesses im Zusammenhang gebracht. Ähnliche Wirkannahmen werden im Rahmen psychotherapeutischer Theorien beschrieben, denen Annahmen transindividueller Therapeut-Klient-

Beziehungen zugrunde liegen (vgl. Hermer & Röhrle, 2008, Hentschel, 2005). In der *Klientenzentrierten Psychotherapie* geht man von der Gestaltung einer förderlichen therapeutischen Beziehung aus: TherapeutInnen und KlientInnen sollten im psychologischen Kontakt zueinander sein, KlientInnen unbedingte Wertschätzung erfahren und BeraterInnen den inneren Bezugsrahmen der KlientInnen wahrnehmen, um eine therapeutische Wirkung zu erreichen (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003, Auckenthaler, 2008, 1994, Rogers, 1983). Das Wahrnehmen des inneren Bezugsrahmens der KlientInnen weist Parallelen zu den Aussagen der BeraterInnen zu unterschiedlichen Beziehungserwartungen der KlientInnen auf. Ebenso scheint sich die unbedingte Wertschätzung und der psychologische Kontakt im Erstgespräch über die passende Beziehungsangebote der BeraterInnen umzusetzen. Auch in der *Verhaltenstherapie* wird der therapeutischen Beziehung inzwischen große Bedeutung zugemessen (Laird, 2008, Grosse Holforth & Castonguay, 2005 und Grawe, 1988). Dies spiegelt sich auch in der Betonung der Bedeutung der Arbeitsbeziehung in Erstgesprächen mit KlientInnen (vgl. II.2.1), in therapeutischen Konzepten, der Schematherapeutischen Rekonstruktion von KlientInnenproblemen wie in der Diskussion um therapeutische Basisvariablen wider. *Psychoanalytische AutorInnen* gehen davon aus, dass Menschen aufgrund ihrer spezifischen Situation in ihren Beziehungsmöglichkeiten eingeschränkt seien, die wiederum zu bestimmten Arten der Kommunikationsgestaltung führten (z. B. Bion, 1990, Fonagy & Target, 2005, Fonagy, 2006). Erst im Prozess einer Therapie gelinge es ihnen, neue Arten der Beziehungsgestaltung zu erlernen. In neueren psychoanalytischen Therapiekonzepten, wie der Selbstpsychologie (Kohut, 1996), der interpersonalen Psychoanalyse (Sullivan, 1983) und der Entwicklung der intersubjektiven Psychoanalyse (Orange, Atwood & Stolorow, 2001), wurden Erkenntnisse über Beziehungsmöglichkeiten in transindividuelle Beziehungsmodelle integriert. *Luborsky* (1976) entwickelte ein Beziehungskonzept, welches zwei Beziehungsformen unterscheidet, eine auf Hilfe des Therapeuten ausgerichtete und eine auf der Allianz gemeinsamer Verantwortung beruhende. Auch hier bestehen Parallelen zu den empirisch gefundenen möglichen Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen. Damit trug er wesentlich zur Entwicklung so genannter pantheoretischer, sich von den traditionellen methodischen Ausrichtungen freimachenden Modelle, bei (Hermer & Röhrle, 2008, Hentschel, 2005). **Auch das empirisch generierte Modell der Beziehungsgestaltung könnte als pantheoretisches, transindividuelles Beziehungsmodell verstanden werden.**

Das Modell der Beziehungsgestaltung wurde zur Grundlage der Analyse konkreter Erstgespräche. Jedoch genügte es dafür nicht, die Beziehungsgestaltung als zentrales Phänomen zu

erkennen, sondern darüber hinaus musste dieses Modell zu einem Prozessmodell weiterentwickelt werden, um Erstgesprächsverläufe vergleichbar zu machen (s. u.).

## ***VII.2 Diskussion der Ergebnisse der (Re)Konstruktion konkreter Erstgesprächsprozesse und ihrer Wirkungen***

Der folgende Abschnitt gliedert sich in zwei Teile:

**VII.2.1:** Zunächst werden das entwickelte Prozessmodell der Beziehungsgestaltung (VI.2.1) und seine datengeleitete Ausgestaltung (VI.2.2) in Auseinandersetzung mit bereits vorliegenden Modellen und Theorien sowie im Zusammenhang mit einer möglichen allgemeineren Verwendung für Gesprächsprozesse diskutiert.

**VII.2.2:** Daran schließt sich die Diskussion der Ergebnisse der (Re)Konstruktion KlientInnengruppen spezifischer Erstgesprächsprozesse und ihrer Wirkungen (VI.2.3) anhand theoretischer Aussagen in Krisenintervention (II.1.2.2) und Therapie (II.2.1.2) und möglicher Implikationen für die Praxis im BKD an.

### **VII.2.1 Diskussion des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen**

Um konkrete Erstgesprächsprozesse (re)konstruieren zu können, wurde in einem ersten Schritt das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung zu einem **Prozessmodell weiterentwickelt**, welches dem Forschungsanliegen und dem erhobenen Material, Berichten der BeraterInnen über konkrete Erstgespräche, gerecht werden konnte (vgl. III und V.2.1).

Die Berichte der BeraterInnen beschrieben das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung auf verschiedenen Ebenen des Erstgesprächs. Im Modell wurden diese Ebenen durch die

- *Makroebene* (Relation zwischen Prozess der Beziehungsgestaltung und Output),
- *Mesoebene* (Abfolge von Sequenzen im Prozess der Beziehungsgestaltung und ihren Wirkungen),
- *Mikroebene* (Zusammenhänge zwischen den Bestandteilen einer Sequenz im Prozess der Beziehungsgestaltung) und
- *Nanoebene* (Binnenstruktur der Bestandteile einer Sequenz im Prozess der Beziehungsgestaltung) repräsentiert.

In diesem Zusammenhang wurden dem vorliegenden Datenmaterial adäquate Analysemethoden entwickelt, die die einheitliche Zerlegung des Erstgesprächsprozesses in Sequenzen ermöglichten (vgl. VI.2.1.1 und VIV.3 – Indikation des Forschungsprozesses).

Mit der Entwicklung des Modells und der Analysemethoden liegt ein Werkzeug vor, um Prozesse der Beziehungsgestaltung anhand von Berichten rekonstruieren zu können. Als vorteil-

haft erscheint, dass, trotz reduzierter Datenvielfalt (vgl. IV.2 und V.2), der Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch (re)konstruierbar wurde. Das entwickelte Modell und Analysemethoden erscheinen deshalb auch geeignet, mit ihnen Prozesse der Beziehungsgestaltung außerhalb des Gegenstandes des Erstgesprächs im BKD zu untersuchen. Das Inventar erlaubt gegenüber anderen Auswertungsmethoden, wie der Analyse von Gesprächsmitschnitten mittels Konversationsanalyse (z. B. Streeck, 1989), mit relativ übersichtlichem Aufwand größere Gesprächsabschnitte und Stichproben zu vergleichen. Es bietet darüber hinaus die Möglichkeit, den gesamten Prozess eines Gesprächs zu untersuchen und damit Entwicklungen (z. B. kumulative Wirkungen) zu beschreiben. Er geht insofern über den von *Rice & Greenberg* (1984) entwickelten Forschungsansatz, in welchem ausgewählte interaktive Sequenzen untersucht werden („significant events“), hinaus. Damit bietet das entwickelte, weniger aufwendige Inventar dort einen Lösungsansatz in der Prozessforschung, wo Therapietexte als solche nicht erhoben werden können (z. B. Datenschutz) und die damit verbundene „Grobheit“ immer noch eine Gegenstandsangemessenheit garantiert (vgl. auch VII.3). Dies könnte ein Weg sein, den von *Orlinsky* (2003); *Bänniger-Huber* (2001) u. a. konstatierten Widerspruch zwischen dem formulierten Stellenwert von Prozessforschung und tatsächlich durchgeführter aufzulösen.

In einem weiteren Schritt wurde das **Prozessmodell** anhand der Aussagen der BeraterInnen zu konkreten Erstgesprächen (s. VI.2.2) **spezifisch für Erstgesprächsprozesse im Rahmen des Berliner Krisendienstes ausgestaltet und erweitert:**

#### Nanoebene:

Für die Elemente des *Prozesses* wurde folgende Strukturen gefunden: Die Bedingungen, die zu konkreten Beziehungserwartungen führen, unterschieden sich für KlientInnen und BeraterInnen in ihrer Binnenstruktur. Bei den KlientInnen würden vorhandene Beziehungsmöglichkeiten das Entstehen konkreter Beziehungserwartungen in besonderem Maß beeinflussen. Für die BeraterInnen sei eher das Vorwissen das entscheidend für das Einbringen konkreter Beziehungsangebote. Dabei sei das Vorwissen der BeraterInnen eben Wissen über KlientInnengruppen und damit verbundene Zielstellungen. Damit bestätigte die Rekonstruktion der Prozessstruktur auf Nanoebene Konzepte, die davon ausgehen, dass die Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen ausschlaggebend für Differenzierungen in Kriseninterventionen seien (s. II.1.2.2.2, Freikamp, 2002, Sonneck, 2000 und 1997, Heim 1993). Alle anderen Bedingungen wurden eher als die Hauptbedingung moderierend geschildert.

Der Möglichkeitenraum für Beziehungserwartungen und Passungen/Nichtpassungen dagegen stellte sich für KlientInnen und BeraterInnen vom Grundsatz gleich dar (s.VI.2.2.1.1). Die allgemeinen fallunspezifischen Aussagen der BeraterInnen wurden bestätigt (vgl. VI.1.4).

Auch die Elemente des *Outputs* wiesen für KlientInnen und BeraterInnen teilweise unterschiedliche Binnenstrukturen auf. War die Fortführung/Nichtfortführung des Kontaktes ein gemeinsam hergestelltes Element von KlientIn und BeraterIn, stellten sich Wirkungen für KlientInnen und BeraterInnen differenziert da. KlientInnen könnten unterschiedlich zufrieden mit Erstgesprächen sein, je nach dem wie das Erstgespräch ihren (Beziehungs-)Erwartungen entsprochen hätte. BeraterInnen schätzten für sich ein, in welchem Maße das Erstgespräch gelungen sei (VI.2.2.2.1). Die Differenzierung der Einschätzung der Wirkungen des Erstgesprächs zwischen BeraterInnen und KlientInnen weist Parallelen zu der Unterscheidung zwischen Wirksamkeit und Patientenzufriedenheit auf (vgl. Hermer & Röhrle, 2008, Seligman, 1995). Die Richtung der Aussagen über Wirkungen erwies sich für BeraterInnen und KlientInnen für alle Gespräche gleichläufig. Die Gleichläufigkeit der Aussagen konnte erst durch die Rekonstruktion der Mikroebene des Prozesses der Beziehungsgestaltung verstanden werden.

#### Mikroebene:

Auf Mikroebene wurden Elemente in ihrer Bezogenheit aufeinander untersucht. *Innerhalb jeder Sequenz des Prozesses* führten spezifische Bedingungen für KlientInnen und BeraterInnen auf differente Art und Weise zu Beziehungserwartungen, die passend/nichtpassend aufeinander trafen. Mit der gemeinsamen Herstellung der Passung/Nichtpassung endet eine jede Sequenz. Bereits auf der Mikroebene konstituiert sich der Prozess der Beziehungsgestaltung als transindividueller Prozess (Hermer & Röhrle, 2008). In die Bedingungen fließen bereits Annahmen über Beziehungserwartungen der KommunikationspartnerInnen ein, die eben auch aus der aktuellen Interaktion der beiden gewonnen werden (s. VI.2.2.1.3). Der Prozess der Beziehungsgestaltung ist damit bereits auf der Ebene der Sequenz selbstreferentiell (II.3.1 und Watzlawick et al., 2007).

Auf der *Outputseite* fallen Mikro- und Mesoebene zusammen. Durch die Einbeziehung der Berichte der BeraterInnen über konkrete Erstgespräche, konnten gefundene Elemente des Outputs (s. o.) zu einander in Bezug gesetzt werden: Die Zufriedenheit der KlientInnen mit dem Erstgespräch beeinflusste die Akzeptanz der Fortführung des Erstgesprächs. Daraus wiederum leiteten Beraterinnen ihre Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs ab. Die Gleichförmigkeit der Aussagen über Zufriedenheit der KlientInnen und Gelingen des Erstgesprächs durch die BeraterInnen entstehe damit dadurch, dass die Einschätzung des Gelingens

durch die BeraterInnen auf Mikroebene aus der wahrgenommenen Zufriedenheit der KlientInnen abgeleitet würde. Für den hergestellten Bezug der BeraterInnen spricht, dass verschiedene AutorInnen nachweisen konnten, dass Patientenurteile enger mit dem Therapieerfolg korrelierten als Therapeutenurteile (Horvath & Symonds, 1991, Safran & Wallner, 1991). Obwohl die Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung für KlientInnen und BeraterInnen damit im Output unterschiedlich verortet werden muss, eignet sie sich als Indikator sowohl für Zufriedenheit der KlientInnen als auch die Einschätzung des Gelingens durch BeraterInnen. Dieser Indikator erscheint umso geeigneter, da er, unabhängig von direkten Wahrnehmungen der BeraterInnen, eine Einschätzung der Zufriedenheit der KlientInnen erlaubt, und damit das Fehlen von direkten Aussagen der KlientInnen zu ihrer Zufriedenheit akzeptierbar macht.

#### Mesoebene:

Die differenzierten Prozesse für KlientInnen und BeraterInnen setzen sich auf der Mesoebene fort. Die Beziehungsgestaltung wird von Sequenz zu Sequenz in Abhängigkeit von vorangegangenen Passungen/Nichtpassungen modifiziert. Dabei wird bei KlientInnen der Einfluss vorhandener Passungen/Nichtpassungen der Beziehungserwartungen durch die zur Verfügung stehenden Beziehungsmöglichkeiten im Erstgespräch begrenzt. Indirekt wird diese Begrenzung auch in verschiedenen Konzepten von Krisenerstgesprächen und Therapieerstgesprächen thematisiert (s. II.1.2.3.2 und II.2.1.2), insbesondere jedoch in der Darstellung störungsspezifischer Ansätze.

BeraterInnen dagegen würden Beziehungsangebote dynamisch einerseits auf Grundlage vorangegangener Sequenzen entwickeln, andererseits Vorwissen über KlientInnengruppen anpassen.

Wirkungen der Passungen/Nichtpassungen kumulieren im Gesprächsprozess. Wiederholende Passungen stärkten entlastende Wirkungen, wiederholende Nichtpassungen dagegen Aggressionen und die Gefahr eines Gesprächsabbruchs. Diese Prozesswirkung könnte mit der Aussage *Asays & Lamberts* (2001) im Zusammenhang gesehen werden, dass 30 % des Therapieerfolgs einer gelungenen therapeutischen Beziehung zuzuschreiben seien. Im Modell der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch könnte die gelungene therapeutische Beziehung durch die kumulative Wirkungen von Passungen beschrieben werden. Die darüber hinaus auch beschriebenen Effekte extratherapeutischer Veränderungen (hier interner und externer Ressourcen) von 40 % sind auf Grundlage des Modells wegen der Begrenzung durch vorhandene Beziehungsmöglichkeiten noch nicht im Erstgespräch zu erwarten.

Auf der Mesoebene konnte durch die Einbeziehung der Berichte über konkrete Erstgespräche nachgewiesen werden, dass Wirkungen im Erstgespräch nicht nur aus den aktuellen Bezie-



hungssequenzen heraus verstanden werden können, sondern auch immer vorangegangene Interaktionen in das Verständnis mit einbezogen werden müssen. Dies bestärkt die Autorin in der Annahme, dass die Analyse einzelner Sequenzen, wie bei der Methode der „significant events“ (Rice & Greenberg, 1984, Streeck, 2004, Streeck, 1989), nur bedingt Aufklärung über Wirkungen im Prozess geben kann.

### Makroebene

Die Asymmetrie der Prozessgestaltung für KlientInnen und BeraterInnen bleibt auch auf der obersten Ebene, der Darstellung der Relation von Erstgesprächsprozess und Output, bestehen. KlientInnen leiteten aus der Möglichkeit, ihre Intentionen zu verfolgen, ihre Zufriedenheit ab. Diese Möglichkeit stellte sich im Prozess über passende Beziehungsangebote der BeraterInnen her. Je nach Zufriedenheit akzeptierten sie die Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs. BeraterInnen orientierten sich dagegen bei Vorschlägen für die Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs an den angenommenen Zielstellungen für KlientInnen und dem Verlauf des Gesprächs. Unter Beachtung des Gesamtprozesses schätzten BeraterInnen das Gelingen letztendlich abhängig von der Zufriedenheit der KlientInnen, deren Akzeptanz zur Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs und dem Verlauf des Erstgesprächs selbst ein (s. VI.2.2.3).

Mit der Rekonstruktion des Erstgesprächsprozesses auf Makroebene wurde es möglich, das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung differenzierter in seiner Wirkung auf den Erfolg eines Erstgesprächs zu verstehen. Die Entwicklung des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung geht über traditionelle Wirkfaktorenuntersuchungen hinaus, die als Prä-Post-Messungen angelegt sind und in immer „aufwändigere und methodologisch anspruchsvollere Therapieeffizienzmessungen“ mündeten (Bandelow & Broocks, 2002, S. 205), aber den Prozess vernachlässigen. Jedoch nehmen Erfolgsvorschreibungen zu, die die therapeutische Beziehung und den Effekt in den Mittelpunkt ihres Interesses stellen (vgl. Lambert & Barley, 2008). Im Rahmen der Therapieforschung untersuchten ForscherInnen zunehmend den Prozess der Beziehungsgestaltung im Zusammenhang mit dem Outcome von Therapien (z. B. Najavits & Strupp, 1994, Greenberg & Watson, 1998). *Bänniger-Huber* (2001, S. 351) sieht darin die Möglichkeit, „dem Therapeuten genaueres Wissen darüber zu vermitteln, was sein Anteil an der Beziehungsgestaltung ist.“ Geht man davon aus, dass im Erstgespräch zuvorderst eine Arbeitsbeziehung (therapeutische Allianz) installiert wird (vgl. II.1.2.3 und II.2.), sind besonders solche Forschungsergebnisse von Interesse, die diese im Zusammenhang mit dem Prozess untersuchen. ForscherInnen sagen über erfolgreiche therapeutische Allianzen z. B. aus, dass es am wichtigsten sei, dass sich Patienten verstanden fühlten (Beutel, Ademmer

& Rasting, 2005, Cooley & Laloy, 1980) oder TherapeutInnen sorgend und empathisch seien (Najavits & Strupp, 1994) oder Empathie, positive Wertschätzung und Kongruenz anbieten (Greenberg & Watson, 1998). Im Zusammenhang mit Kurzzeittherapien beschreibt *Streeck* (1989) einen engen Zusammenhang von früher Einigung auf den Fokus der Beratung und Therapieerfolg. Trotz unterschiedlicher Formulierungen stehen alle Aussagen mit der Passung der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen in Verbindung, womit hier eine entscheidende Parallele zum entwickelten Modell gefunden werden konnte.

Auch in den wenigen Aussagen zum Erstgespräch in der Krisenintervention wird von den ForscherInnen immer wieder der Zusammenhang zwischen Übereinstimmung der Beziehungserwartungen und Erfolg betont (s. II.1.2.3.1, z. B. Dross, 2001, Brown, Kirk & Stanley, 1988). Das entwickelte Prozessmodell beschreibt nun die Struktur dieses Zusammenhangs für das Erstgespräch im BKD.

#### Konklusion:

In der Diskussion konnte an Aussagen von Autorinnen zur Beziehungsgestaltung und ihren Wirkungen für Therapien und Erstgespräche in der Krisenintervention angeknüpft werden. Darüber wurden spezifische Wirkmechanismen für das Erstgespräch im BKD entdeckt: Mit Einbeziehung der Berichte über konkrete Erstgespräche in die Prozessentwicklung konnten differente Teilprozesse für KlientInnen und BeraterInnen auf allen Ebenen rekonstruiert werden. Die Unterschiede zwischen BeraterInnen und KlientInnen bestätigen die Asymmetrie der Erstgesprächprozesse. Es zeigte sich, dass im Erstgesprächprozess Wirkungen als Ergebnis innerhalb jeder Sequenz und in Kumulation der Sequenzen entstehen, um sich schließlich im Outcome als Gesamtwirkung zu präsentieren. Für alle Prozessebenen konnte eine gemeinsame Struktur für alle berichteten Erstgespräche (re)konstruiert werden. Die zugrunde liegende gemeinsame Struktur gestattete die berichteten, konkreten Erstgespräche auf der Basis eines Modells zu vergleichen.

### **VII.2.2 Diskussion der Ergebnisse der (Re)Konstruktion KlientInnengruppen spezifischer Erstgesprächsprozesse und ihrer Wirkungen**

Mit der Analyse von Berichten konkreter Erstgespräche, die BeraterInnen bestimmten KlientInnengruppen zuordneten, gelang es fallunspezifische, allgemeine Aussagen zu erweitern und Unterschiede innerhalb von KlientInnengruppen aufzuklären.

Für Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (VI.2.3.1) wurden drei unterschiedliche Prozessmuster gefunden. Alle Prozessmuster wiesen die von den BeraterInnen in ihren allgemeinen Aussagen gemachten Merkmale auf (vgl.

VI.1.3., VII.1.2). Unterschiede in den Prozessmustern resultierten aus den Zugangsbedingungen der KlientInnen (mögliche Unsicherheiten über den BKD bei KlientInnen und der BeraterInnen über das Anliegen der KlientInnen in Telefonkontakten; Erstgespräche, aber keine Kriseninterventionen 1. Ordnung). Die unterschiedlichen Zugangsbedingungen wirkten moderierend zu Beginn des Erstgesprächs. Im Verlauf vereinheitlichten sich die Prozessmerkmale. Alle berichteten Erstgespräche gelangen nach der Einschätzung der BeraterInnen und machten die KlientInnen zufrieden. Das grundsätzliche Gelingen in allen berichteten Erstgesprächen könnte eine Erklärung dafür sein, warum es kaum allgemeine, fallunspezifische Aussagen über die Beziehungsgestaltung in diesen Gesprächen gibt.

Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen konnten drei Prozessmustern zugeordnet werden, die jeweils durch unterschiedliche Wirkungen gekennzeichnet waren (vgl. VI.2.3.2). Je besser es den BeraterInnen gelungen sei, Beziehungswünsche adäquat zu erkennen, desto erfolgreicher seien die Erstgespräche gewesen. Ambivalent gelungene und misslungene Erstgesprächprozesse zeigen die in VI.1.3.1 und VII.1.2 dargestellten Schwierigkeiten in ihren konkreten Auswirkungen: In gelungenen Erstgesprächen seien BeraterInnen sehr vorsichtig in ihren Beziehungsantworten gewesen. Sie hätten sich fast ausschließlich auf entlastende Beziehungsangebote beschränkt. In ambivalent gelungenen Erstgesprächen wären temporäre Nichtpassungen zwischen den Beziehungswünschen der KlientInnen und Beziehungsangeboten der BeraterInnen aufgetreten. In Reaktion auf die Nichtpassungen hätten die BeraterInnen ausschließlich mit entlastenden Beziehungsangeboten gearbeitet. Die KlientInnen hätten diese annehmen können. In misslungenen Erstgesprächen gelinge dies nicht mehr. KlientInnen beantworteten Nichtpassungen mit massiven Aggressionen, die nicht durch veränderte Beziehungsangebote zu stoppen seien. Diese Gespräche führten zur Konfrontation der KlientInnen mit ihrem Verhalten, dem regelhaft der Gesprächsabbruch folgte. Mit der Konfrontation der KlientInnen mit ihrem Beziehungsverhalten machen BeraterInnen ein auf aktive Auseinandersetzung ausgerichtetes Beziehungsangebot. Auch hier zeigt sich, dass KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisen Schwierigkeiten haben, auf solche Beziehungsangebote passend *im Erstgespräch* zu reagieren. Ungeklärt in den Berichten der BeraterInnen über solche Erstgespräche blieb, inwieweit sie die Konfrontation überhaupt für nützlich hielten, dem Gespräch doch noch eine andere Wendung zu geben oder allein gebrauchten, um solche Erstgespräche aus Selbstschutz zu beenden. In diesem Zusammenhang ist die Frage zu diskutieren, inwieweit Konfrontationen auch in Therapieerstgesprächen (s. II.2.1.; Eckert, 2010b, Argelander, 2011, Kernberg, 2000) kontraproduktiv wirken könnten, weil sie aufgrund nicht zur Verfügung stehender Möglichkeiten der Beziehungsges-

taltung nicht verstanden und damit nicht adäquat beantwortet werden könnten (s. VII.1.3., aber auch Bion, 1990, Fonagy & Target, 2005, Fonagy, 2006, Conrad, 2009).

Mit der Entdeckung dieser drei Prozessmuster konnte ein qualitativer Zusammenhang zu den Aussagen zu Therapieerstgesprächen (s. II.1.2; Becker & Senf, 1998, Safran, Muran, Samstag & Winston, 2005) hergestellt werden.

BeraterInnen berichteten heterogene Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel, so dass vier unterschiedliche Prozessmuster (re)konstruiert werden konnten (VI.2.3.3). Alle KlientInnen, von denen Gespräche berichtet worden wären, wären auch DauerklientInnen gewesen. Erstgespräche der Prozessmuster III.1 – III.3 unterschieden sich in den Beziehungserwartungen der KlientInnen. In Übereinstimmung mit den allgemeinen Aussagen der BeraterInnen (vgl. VI.1.3.2, VI.1.3.3 und VII.1.2) berichteten BeraterInnen, dass Gespräche umso schwieriger würden, je mehr die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen auf ausschließlich aggressive Entlastung ausgerichtet seien. Umso schneller würden diese Erstgespräche abgebrochen. Ein Erstgespräch (Prozessmuster III.4) verläuft jedoch anders. Hier habe sich die Klientin in einer akuten Krise befunden, was ihre gewöhnlich kurzfristigen Entlastungswünsche verändert habe und persönliche Gespräche stattgefunden hätten. Dieses Prozessmuster fundiert die allgemeine, fallunspezifische Aussage der BeraterInnen, dass trotz Erkennens und Kennens von DauerklientInnen immer mit akuten Krisen gerechnet werden müsste. Das Vorgehen in einem solchem Fall weist dann deutliche Parallelen zu Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen auf. Hier deutet sich an, dass eine Einteilung in KlientInnengruppen aufgrund der Prozessmuster Differenzen zu einer Einteilung aufgrund angenommener Bewältigungsmöglichkeiten aufweist.

Die Heterogenität gefundener Prozessmuster setzt sich für KlientInnen in suizidalen Krisen fort. Von den BeraterInnen wurden Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen und latent suizidalen KlientInnen beschrieben. Erstgesprächprozesse mit latent suizidalen KlientInnen ähnelten in ihren Prozessmustern denen von Erstgesprächsprozessen mit KlientInnen in unspezifisch chronifizierten Krisensituationen und damit auch Therapieerstgesprächen. Die latente Suizidalität würde für die Aussage vieler AutorInnen im Rahmen der Krisenintervention sprechen, dass Suizidalität allgegenwärtig sei (z. B. Sonneck, 1997).

Nur in Erstgesprächen mit akut suizidalen KlientInnen bestätigten sich die allgemeinen Aussagen der BeraterInnen zu KlientInnen in suizidalen Krisen (VI.1.3.4 und VII.1.2) wie auch das von vielen AutorInnen beschriebene Vorgehen in Erstgesprächen mit KlientInnen in suizidalen Krisen (s. II.1.2.3.2, z.B. Giernalczyk, 2005, 2003, Sonneck, 2000 und Everstine &

Everstine, 1985). Damit entscheidet letztlich die Akutheit der Suizidalität über das Vorgehen im Erstgespräch im BKD, nicht die Feststellung der Suizidalität an sich.

Im Ergebnis der Analyse KlientInnengruppenspezifischer Erstgesprächsverläufe wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb der KlientInnengruppen und zwischen Prozessmustern unterschiedlicher KlientInnengruppen entdeckt. Deshalb wurde in einem letzten Abschnitt der Auswertung versucht, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Prozessmustern unter Bezug auf das entwickelte Prozessmodell (s. VI.2.2. und VII.2.1) zu systematisieren. Damit wurde versucht, KlientInnengruppen spezifische (in gewisser Art auch störungsspezifische) Einteilungen von Erstgesprächsprozessen zugunsten phänomenologischer, empirisch fundierter Einteilungen zu überwinden.

In einem ersten Auswertungsschritt wurden die Prozessmuster nach Ähnlichkeit anhand Prozessverläufen und Wirkungen in neuen KlientInnengruppen geordnet. Diese Neuordnung zeigte, dass innerhalb zwei der neuen KlientInnengruppen (KlientInnen in akuten psychosozialen Krisensituationen und KlientInnen in akuten suizidalen Krisen) bestimmte Wirkungen nicht berichtet wurden. Um zu klären, warum für KlientInnengruppen bestimmte Prozessmuster auftreten und warum nicht, wurden

1. die Gemeinsamkeiten spezifischer Krisensituationen unter Vernachlässigung der Wirkungen,
2. die Gemeinsamkeiten der Prozessverläufe mit unterschiedlichen Wirkungen unter Vernachlässigung der Krisensituation und
3. Zusammenhänge zwischen spezifischen Krisensituationen und berichteten/nicht berichteten Wirkungen

untersucht.

#### Gemeinsamkeiten in den Erstgesprächsprozessen aufgrund spezifischer Krisensituationen

fanden sich vor allem auf der Nanoebene, dort wo die Bedingungen für diese Erstgespräche verortet werden können. In dem Maße, wie der Prozess berücksichtigt wurde (Mikro-, Meso- und Makroebene) nahmen Unterschiede in Prozessverläufen zu. Jedoch fanden sich für zwei KlientInnengruppen auch einheitliche Prozesse auf allen Ebenen:

- (a) für KlientInnen, die über ausreichende Ressourcen verfügten, um aktiv und sicher zum Gelingen des Prozesses beizutragen (KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung) und
- (b) für KlientInnen, bei denen die BeraterInnen aufgrund der akuten Gefährdung der KlientInnen kein Risiko in der Beziehungsgestaltung eingehen und sich aus-

schließlich auf entlastende Beziehungsangebote beschränken wie sie in jedem Fall gewähren (KlientInnen in akuten suizidalen Krisen).

Die KlientInnengruppen spezifischen Gemeinsamkeiten nahmen unter zunehmender Berücksichtigung des gesamten Prozessverlaufes für die KlientInnengruppen dort ab, wo KlientInnen einerseits in ihren Beziehungsmöglichkeiten eingeschränkt und andererseits nicht akut suizidgefährdet waren. Letztlich scheinen Gemeinsamkeiten/Unterschiede in Prozessverläufen innerhalb von KlientInnengruppen in Zusammenhang mit

- den Ressourcen der KlientInnen, die Beziehung im Erstgespräch selbst aktiv zu gestalten bzw. auf eine breite Palette von Beziehungsangeboten passend reagieren zu können und
  - dem Umgang der BeraterInnen mit Risiko in der Beziehungsgestaltung, also Beziehungsangebote einzubringen, deren Folge Nichtpassungen mit negativen Auswirkungen auf die weitere Beziehungsgestaltung sein könnten,
- zu stehen.

Gemeinsamkeiten in Erstgesprächsprozessen aufgrund ähnlicher Wirkungen finden sich nicht auf der Nanoebene. Sie finden sich in dem Maße, wie der Prozess der Beziehungsgestaltung in die Analyse einbezogen wird. Gebildete Gruppen von Prozessmustern aufgrund ähnlicher Wirkungen unterscheiden auf Mikro- und Mesoebene vor allem darin, ob es gelingt, Passungen der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen herzustellen. Gelungene Erstgespräche seien vor allem bis ausschließlich von Passungen der Beziehungserwartungen gekennzeichnet. Je misslungener Erstgespräche seien, desto mehr nehmen Nichtpassungen zu. Jedoch scheinen Passungen und Nichtpassungen in den KlientInnengruppen auf unterschiedliche Weise entstehen (s. o.).

Unterschiedlich ist der Umgang mit Nichtpassungen durch BeraterInnen auf der Makroebene. KlientInnen reagierten dagegen in Gesprächen mit ähnlichen Wirkungen auf ähnliche Weise. BeraterInnen wögen beim Angebot von Passungen Verlauf und Zielstellungen ab. Dort wo KlientInnen akut suizidgefährdet seien, verlöre der Verlauf für diese Entscheidung an Bedeutung. Wenn keine akute Suizidalität vorliege, sei die Einschätzung des Gesprächsverlaufs für das Angebot der Fortführung/Nichtfortführung wesentlich.

In der Zusammenführung der Ergebnisse der getrennten Analyse von Erstgesprächsprozessen vor dem Hintergrund spezifischer Krisensituationen *und* spezifischen Wirkungen konnte auf strukturelle Zusammenhänge zwischen Krisensituation, Prozessverlauf und Wirkung geschlossen werden. Diese Zusammenhänge wurden für jede KlientInnengruppe auf allen Ebenen des Prozesses zusammengefasst:

1. Für Erstgesprächsprozesse *KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung* wurde festgestellt, dass sie ebenso wie die BeraterInnen aktiv passende Beziehungserwartungen einbringen. So profitieren sie aufgrund ihrer Ressourcen auf jeden Fall von den Erstgesprächen. Die Gestaltung des Prozesses der Beziehungsgestaltung könnte deshalb in den Berichten der BeraterInnen so wenig eine Rolle spielen. Kriseninterventionskonzepte, die auf das Vorgehen bei unterschiedlichen Krisenanlässen fokussieren (s. II.1.2.2.1), reichten hier aus, um BeraterInnen zu helfen, konkrete inhaltliche Angebote zu formulieren, die bereits auf die aktive Auseinandersetzung und Bewältigung der Krise orientierten. Einschränkungen in den Beziehungsmöglichkeiten (Bewältigungsmöglichkeiten) ständen hier in Form entlastender Beziehungsangebote nur am Anfang der Erstgespräche im Vordergrund. Die empirischen Ergebnisse zur Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen weisen große Gemeinsamkeiten mit allgemeinen Aussagen zur Beziehungsgestaltung in Beratungen auf (vgl. II.2.2). *Steinebach* (2006a) betont die Notwendigkeit einer symmetrischen Beziehungsgestaltung, als Voraussetzung für einen gelingenden Beratungsprozess.
2. Erstgesprächsprozesse mit *akut suizidalen KlientInnen* gelingen i. d. R. zumindest ambivalent (Verhinderung des Suizids), weil BeraterInnen, anders als in unspezifischen Krisensituationen und Gesprächen mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel, den suizidalen KlientInnen ausschließlich und auf jeden Fall Entlastung gewährten, auch wenn diese in aggressiver Form erfolgte. Im Gegensatz zu Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung bleibt die Aktivität allein bei den BeraterInnen. Der Fokus liegt ausschließlich auf der Lebensrettung. Damit bestätigen die Analysen der Prozessverläufe einerseits die von AutorInnen formulierten Zielstellungen und Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen bei suizidalen Krisen (s. II.1.2.3). Andererseits gehen sie über diese hinaus, indem gezeigt werden konnte, wie die Zielstellungen und Beziehungsgestaltung in einem transindividuellen Prozess umgesetzt werden.
3. Das Gelingen der *Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlichen chronifizierten Krisensituationen* mit längerfristigen Entlastungswünschen scheint in besonderen Maße von der „Kunst“ der BeraterInnen abzuhängen, sich durch parallele, ineinander verwobene Beziehungserwartungen der KlientInnen nicht verwirren zu lassen und sich im Erstgespräch auf entlastende Beziehungsangebote zu beschränken bzw. weiterführende nur begrenzt und erst gegen Ende des Erstgesprächs einzubringen. So würde die für das Gelingen des Erstgesprächs wichtige Passung am sichersten gewährt werden können. Der Fokus eines gelungenen Erstgesprächs ist auf den Aufbau einer stabilen Arbeitsbe-

ziehung gerichtet. Jedoch scheinen BeraterInnen bei diesen KlientInnen z. T. das Risiko einzugehen, frühzeitig weitergehende Beziehungsangebote in Richtung Bewältigung einzubringen. Damit würde sich der Fokus in Richtung einer inhaltlichen Bearbeitung ähnlich wie mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung und Beratungen verschieben (s. o.). Diese Verschiebung schließt in hohem Maße die Gefahr des Misslingens ein, vor allem wenn KlientInnen in Reaktion massiv aggressiv würden und Gespräche abgebrochen werden müssen.

Die Ausrichtung des Fokus auf den Aufbau einer Arbeitsbeziehung in gelungenen Erstgesprächen verweist wiederum auf Parallelen zur Beziehungsgestaltung in Therapieerstgesprächen (s.II.2, VI.1.3.1 und VII.1.2). Diese Parallelen implizieren den Gedanken, dass es für solche Gespräche sinnvoll wäre, therapeutisch geschulte BeraterInnen einzusetzen, um den Kreislauf der Chronifizierung zu unterbrechen und die KlientInnen in die Lage zu versetzen, weiterführende therapeutische Angebote zu nutzen (s. auch VII.1.2).

4. Das Gelingen der Gespräche mit *KlientInnen der Psychiatrischen Klientel* hinge einerseits davon ab, ob es gelinge, die unendlichen Wünsche nach Entlastung „zu verteilen“, so dass eine Begrenzung der Nutzung des BKD zur Entlastung durch die KlientInnen akzeptiert werden könnte. Andererseits scheinen die Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen teilweise soweit eingeschränkt, dass ausschließlich hoch aggressive Kommunikationsangebote an die BeraterInnen gemacht würden. BeraterInnen stehen im organisationalen Rahmen des BKD keine Möglichkeiten zur Verfügung, hier ausreichend Entlastung zu gewähren und sich selbst zu schützen. Deshalb akzeptierten sie hier ein Misslingen der Erstgespräche. Der auf den ersten Blick ähnliche Erstgesprächsprozess mit akut suizidalen KlientInnen (s. o.) unterscheidet sich genau darin, dass hier die akute Suizidalität fehlt. Würde sie jedoch, wie es nicht selten der Fall sei (vgl. Rupp, 2004, Zimmermann, 2001 und Baldwin & Wolbert Burgess, 1981), entstehen, würden BeraterInnen ihr Vorgehen an der akuten Suizidalität ausrichten (s. VI.1.3.2).

### Konklusion

Die besonderen Zugangsbedingungen des Berliner Krisendienstes, gekennzeichnet durch die Offenheit für KlientInnen mit sehr unterschiedlichen Problemen (Krisen) und Anonymität, verlangen von den BeraterInnen ein ebenso offenes, wie flexibles Herangehen an Erstgespräche, beraterische, therapeutische und psychiatrische Kompetenzen. Die Beziehungsgestaltung kann in Erstgesprächen nur bedingt geplant werden, da nur DauerklientInnen sofort einordenbar sind. Aber selbst dort ist Vorsicht geboten, um Veränderungen in der Situation dieser KlientInnen nicht zu übersehen. Die von den BeraterInnen beschriebene Grundhaltung, ent-



lastende Beziehungsangebote zu machen, erweist sich im Hinblick auf alle Prozesse als richtungweisend. Es erscheint sinnvoll, bei Unsicherheiten in der Wahrnehmung der Beziehungswünsche der KlientInnen sich auf entlastende Angebote zu beschränken. Werden Beziehungswünsche deutlich, die über eine kurzfristige Entlastung hinausreichen, könnten BeraterInnen sich zunächst auf die Installierung einer stabilen und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung konzentrieren. Angebote einer auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung ausgerichteten Beziehungsgestaltung sind dagegen höchst umsichtig einzusetzen. Nur KlientInnen ohne Chronifizierungen profitierten durchgehend von solchen Angeboten. Bei Zweifeln wäre es i. S. des Gelingens erfolgreicher solche Angebote auf ein Folgegespräch zu verschieben.

### ***VII.3 Diskussion der Methoden der Erhebung und Auswertung und ihre Implikationen für die Bewertung der Forschungsergebnisse***

Um die Rezeption der vorliegenden Forschungsarbeit zu erleichtern, werden der Forschungsprozess und seine Ergebnisse anhand spezifischer Kriterien qualitativer Forschung diskutiert. Die Forscherin schließt sich hierbei der Sicht derjenigen AutorInnen an, die vorschlagen, für die qualitative Sozialforschung eigene Bewertungskriterien zu entwerfen, um die Güte qualitativer Forschung im wissenschaftlichen Diskurs trotz der Ablehnung von Kriterien außerhalb der qualitativen Forschung verteidigungsfähig zu machen (vgl. Reichertz, 2000; Steinke, 1999; Lamnek, 1995; Flick, 1995, 1987, 2007 und Mayring, 2002). Die AutorInnen begründen die Notwendigkeit in der Begrenzung der Beliebigkeit wissenschaftlicher Forschung insbesondere aus pragmatischen Gründen, z. B. politischen, sozialen und ökonomischen Entwicklungen, die bestimmte Methoden, Untersuchungsgegenstände, Fragestellungen nahe legen bzw. unterstützen (Reichertz, 2000; Steinke, 1999). Die Forscherin orientiert sich in der folgenden Diskussion an dem von *Steinke* (1999) entworfenen Kriterienkanon, der umfassendsten ausgearbeitet wurde und andere Konzepte in sich aufnimmt (z. B. Mayring, 2002). Der gesamte Forschungsprozess wird nun unter dem Fokus seiner Güte betrachtet:

#### **VII.3.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit**

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist durch die Dimensionen der **Transparenz und Expliztheit** gekennzeichnet. Zuvorderst wird die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit in ihren Dimensionen durch die Dokumentation der Forschung auf allen Ebenen gewährleistet:

- Das *Vorverständnis* der Forscherin wurde im Rahmen des Zugangs zum Untersuchungsfeld (s. IV) und des Theorieteils (s. II) dargelegt.

- *Erhebungsmethoden* (s. V) und *Erhebungskontext* (s. IV) wurden beschrieben. Dabei wurden die besonderen Schwierigkeiten beim Zugang zum Untersuchungsfeld (IV.2) und die daraus folgende Wahl der Erhebungsmethoden (V.2) dokumentiert.
- *Transkriptionsregeln* (Anlage 10) und *Interviews* liegen vor. Die Interviews sind sowohl audiovisuell als in Schriftform einsehbar.
- Die *Informationsquellen* wurden im Rahmen der Stichprobenbeschreibung (s. V.3.1) offen gelegt.
- *Entscheidungen* im Rahmen des Forschungsprozesses wurden mit der Darstellung des Vorgehens in Erhebung (V.2) und Auswertung (V.3) expliziert.
- Die *Kriterien selbst* wurden bereits vor dem Forschungsprozess ausgewählt. Die Dokumentation wurde reflektiert auf eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit orientiert angelegt.

Zweitens wurde die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Forschungsergebnisse im gesamten Forschungsprozess durch begleitende Interpretationen in verschiedenen Gruppen unterstützt. Erhebungs- und Auswertungsmethoden wie Ergebnisse wurden im Rahmen von Dissertationscolloquien, Forschungswerkstätten und mehrmaligen Treffen mit den BeraterInnen des BKD in ihrer Nachvollziehbarkeit überprüft.

Drittens wurde die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit durch die Anwendung der Grounded Theory als kodifiziertes Verfahren gewährleistet. Die Dokumentation erfolgte umfassend mit Hilfe von MAXQDA und Graphiken, die in Dateiform vorliegen.

### **VII.3.2 Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien**

Die Prüfung der Indikation des Forschungsprozesses erfolgt über mehreren Dimensionen:

Die **Fragestellung** der vorliegenden Forschungsarbeit, die auf die Entdeckung der Struktur des Erstgesprächsprozesses im BKD und seine Wirkungen beinhaltet, ist eine die auf die Generierung einer Theorie mittlerer Reichweite abhebt. Der Erstgesprächsprozess im Rahmen der Krisenintervention und seine Wirkungen wurden bis jetzt in dieser Form nicht untersucht, so dass die vorliegende Arbeit eine explorative sein muss. Generierung einer Theorie über die Struktur, die keine Verteilungsanalyse sein kann, und der damit verbundene explorativer Charakter der Arbeit indizieren die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden.

Um die **Indikation der Methodenwahl** und damit ihre Gegenstandsangemessenheit einschätzen zu können, werden nach *Steinke* (1999) mehrere Unterkriterien geprüft:

- Der *ausreichende Spielraum für Äußerungen und Bedeutungen der Untersuchten* wurde einerseits auf Seiten der BeraterInnen durch die Problemzentrierten Interviews mit langen

narrativen Passagen gewährleistet. Andererseits konnten aufgrund des schwierigen Zugangs zum Feld keine Interviews mit KlientInnen geführt werden, so dass auf ihre Sichtweise verzichtet werden musste. Dem Kriterium wäre nach Ansicht der Forscherin erst dann vollkommen genügt worden, wenn BeraterInnen wie KlientInnen interviewt worden wären. Jedoch wird das Kriterium als hinreichend erfüllt angesehen, da die Interviews mit den BeraterInnen in großer Offenheit und mit Vertrauen in die Forscherin geführt worden (vgl. IV.2).

- Die Forscherin sah die gewählten Methoden als hinreichend an, weil sie durch ihre Vertrautheit mit dem Feld (Forschungspraktikum, Diplomarbeit und Hospitation – vgl. IV.2) über *längere Zeit im Feld* anwesend war.
- Das *Arbeitsbündnis zu den Informanten*, in diesem Fall den BeraterInnen, wurde durch die 3/4jährige Hospitation aufgebaut (s. IV.2).
- Die *Erhebungsmethode* des Problemzentrierten Interviews mit langen narrativen Passagen über konkrete Erstgespräche gestattete die Kommunikation in Erstgesprächsprozessen in ihren beiden Komponenten, Inhalt und Beziehung, zu erfassen. Damit erwies sie sich als geeignet, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Erstgesprächsprozessen und ihren Wirkungen zu entdecken, also als *gegenstandsangemessen*.
- Darüber wurden *Auswertungsmethoden entwickelt*, mit denen es möglich war, Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation im Prozess des Erstgesprächs abzubilden (vgl. VI.1 und Anlage 9).
- Die Möglichkeit der *Irritation des Vorwissens* wurde durch die Anwendung der Grounded Theory als Forschungsstrategie gewährleistet. Im Forschungsprozess wurden einerseits erste Vorannahmen über den Prozesscharakter der Bestandteile des Erstgesprächs revidiert (vgl. VI.1). Andererseits konnten aufgrund der Entdeckung von Gruppen von Prozessmustern Erstgesprächsprozesse jenseits vorangenommener KlientInnengruppen neu systematisiert werden.

Im Rahmen der Forschungsarbeit wurde auf **Transkriptionsregeln** zurückgegriffen, die dem Charakter Problemzentrierter Interviews mit langen narrativen Passagen entsprachen (s. Anlage 10). Sie ermöglichten auf der einen Seite verbale und paraverbale Äußerungen, wie Sprechpausen zu erfassen. Auf der anderen Seite wurde auf die besondere Darstellung der Interaktion verzichtet, da das Forschungsinteresse sich auf den Inhalt der Äußerungen der BeraterInnen konzentrierte.

Für die Untersuchung wurde die **Samplingstrategie** des Dimensional Sampling aufgrund der guten Vorkenntnisse der Forscherin über den BKD wie der Begrenztheit des Untersuchungs-

feldes gewählt. Ein zusätzliches fünftes Interview gewährleistete aber auch die notwendige Offenheit im Rahmen qualitativer Forschung (s. V.3.1). Im Rahmen des Problemzentrierten Interviews orientierten die Fragen darauf, die gesamte Variationsbreite KlientInnengruppen- und Kontaktartspezifischer Erstgespräche wie möglicher Wirkungen abzudecken (s. V.2 und Anlage 1).

Die **Indikation methodischer Einzelentscheidungen** wurde einerseits durch die Passung von Erhebungs- und Auswertungsmethoden gewährleistet: Die umfangreichen narrativen Passagen in den Problemzentrierten Interviews gestatteten die (Re)Konstruktion des Erstgesprächsprozesses und seiner Wirkungen. Die allgemeinen Aussagen der BeraterInnen bildeten die Grundlage hierfür, in dem sie der Forscherin ermöglichten das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung zu entdecken. Andererseits war die Forschungsarbeit mit dem dargestellten Forschungsdesign auch im Rahmen einer Dissertation qualitativ hinreichend bewältigbar.

Die **Indikation der hier dargestellten Bewertungskriterien** selbst ergibt sich aus dem qualitativen Design der vorliegenden Arbeit (s. o.).

### VII.3.3 Empirische Verankerung der Theoriebildung

Die empirische Verankerung der Theorien kann auf den Dimensionen der **Theoriebildung und –prüfung** dargestellt werden:

Die Güte der **Theorienbildung** erhöht sich mit der Verwendung kodifizierter Verfahren. Die Anwendung des Theoretischen Kodierens (s. V.2.2) in allen Auswertungsschritten auf der einen Seite und die Entwicklung der Methode der sequentiellen Prozessanalyse (s. VI.2.1) auf der anderen Seite erfüllten genau diesen Tatbestand. Sie ermöglichten datenbasierte Entwicklung des zentralen Phänomens aus den allgemeinen Aussagen ebenso wie die Untersuchung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Gesprächsprozessen mit KlientInnen in spezifischen Krisenaussagen.

Die **Theorieprüfung** erfolgte im Forschungsprozess zum einem durch die Unterlegung aller Aussagen durch umfangreiche Textbelege. Auch widersprüchliche Aussagen in den allgemeinen Aussagen zum Erstgespräch wurden in der Auswertung dargestellt. In der sequentiellen Analyse konkreter Erstgespräche wurden widersprüchliche Aussagen zu inhaltlichen und Beziehungsaspekten grundsätzlich erfasst und in Prozessmusterdarstellung einbezogen. Dies führte zur Differenzierung der KlientInnengruppenspezifischen Erstgesprächsprozesse und ihrer Wirkungen. Darauf aufbauend konnten Erstgesprächprozesse entlang der Gesprächsführung und deren Wirkungen systematisch dargestellt werden. Die Technik der analytischen Induktion zur Überprüfung von Prognosen aus der generierten Theorie war grundlegend für

die Forschungsarbeit. Das aus den allgemeinen fallunspezifischen Aussagen der BeraterInnen abgeleitete zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung und erste Aussagen zu seinen KlientInnen gruppenspezifischen Ausprägungen wurden einerseits zur Grundlage der Analyse konkreter Erstgesprächsprozesse. Andererseits konnten mit der Analyse konkreter Erstgesprächsprozesse die Aussagen zu zentralen Phänomen der Beziehungsgestaltung überprüft und dort, wo notwendig modifiziert werden (s. o.). Der ebenfalls geforderte Membercheck war Teil der partizipativen Forschungsstrategie. Ergebnisse wurden im Prozess der Auswertung mit den BeraterInnen diskutiert. Auf Grundlage der kommunikativen Validierung erfolgte die Planung und Ausführung weiterer Auswertungsschritte. Diese Strategie war jedoch auf die KlientInnen aufgrund des Forschungssettings und seiner Begrenzungen nicht möglich.

### VII.3.4 Limitation

Die Grenzen des Geltungsbereiches, resp. für die Verallgemeinbarkeit der Forschungsergebnisse ergibt sich zum einen aus der **Beschreibung der Kontexte** und zum anderen aus der **Identifikation von für das Untersuchungsphänomen relevanten Bedingungen und Kontexten**. Sich an Steinke (1999) anlehnend werden die Dimensionen der Limitation auf verschiedenen Wegen geprüft:

- Zunächst soll im Sinne des Fortdenkens<sup>56</sup> geprüft werden, „welche Elemente, Ursachen und Bedingungen letztlich essentiell sind und für das Hervorbringen des Idealtyps ausreichen“ (Steinke, ebenda, S. 229f). Dabei muss eingeschränkt werden, dass es in der Forschungsarbeit nicht um die Konstruktion von Idealtypen ging, sich diese Technik jedoch eignete, Kontexte und relevante Bedingungen zu überprüfen. Erstens wurden die InterviewpartnerInnen so ausgewählt, dass einerseits unterschiedliche Professionen und Zugänge zur Krisenintervention repräsentiert wurden. Andererseits wurden ausschließlich festangestellte MitarbeiterInnen interviewt, um eine Kontrastierung der Gesprächsführung in Erstgesprächen zwischen „BerufsanfängerInnen“ und „erfahrenen BeraterInnen“ zu vermeiden. Zweitens wurden maximale Fallkontrastierungen in den Berichten über konkrete Erstgespräche durch Fragen nach persönlichen und telefonischen Gesprächen mit KlientInnen in differenzierten Krisen, die von den BeraterInnen in ihrem Gelingen unterschiedlich eingeschätzt wurden, erreicht. Gleichzeitig wurden alle Berater nach diesen Kontrasten befragt, so dass auch minimale Kontraste gegeben waren. Die Elemente, Ursachen und Bedingungen wurden dabei aufgrund des Vorwissens und in Zusammenarbeit

---

<sup>56</sup> Diese Technik wurde im Rahmen der Typenbildung nach Gerhardt (1985) angewandt. Sie geht auf einen Vorschlag von Weber (1920, zit. nach Gerhardt, 1986) zurück.

mit den BeraterInnen entwickelt. Die Erhebung selbst wurde so gestaltet, dass zusätzliche Elemente aufgenommen werden konnten (s. V.2).

- Eine Erfahrungsprobe i. S. Weber (1920, zit. nach Gerhardt, 1986) sollten Idealtypen mit empirischen Fällen konfrontiert werden. Auch hier ist wiederum einzuschränken, dass dieses Verfahren angewendet wird, jedoch nicht unter der Zielstellung Idealtypen zu konstruieren. Die Erfahrungsprobe wurde im Rahmen des Forschungsprozesses umgesetzt, indem aufgrund der allgemeinen Aussagen der BeraterInnen angenommene KlientInnen spezifische Ausprägungen des zentralen Phänomens anhand konkreter Berichte der BeraterInnen überprüft und letztlich modifiziert wurden. Die Modifizierungen selbst jedoch könnten erst durch folgende Forschungen wiederum zur Empirie, d. h. in Erstgesprächen der ambulanten Krisenintervention, in Bezug gesetzt werden.
- Fallkontrastierung und die Suche von abweichenden negativen und extremen Fällen wurde bereits im Zusammenhang mit der Technik des Fortdenkens beschrieben. Sie können als gewährleistet angesehen werden.

Für das Kriterium der Limitation kann also festgehalten werden, dass die vorliegende Forschungsarbeit Erstgesprächsprozesse und ihre Wirkungen auf Grundlage der Beziehungsgestaltung in der ambulanten Krisenintervention unter den spezifischen Bedingungen des BKD (vgl. IV.1) beschreibt. Darüber hinaus wurde mit der Entwicklung des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung (s. VI.2.1, VI.2.2 und VII.2.1) ein Werkzeug entwickelt, das ermöglicht Gesprächsprozesse auf der Grundlage von Berichten zu (re)konstruieren.

### **VII.3.5 Reflektierte Subjektivität**

Reflektierte Subjektivität wird einerseits auf den gesamten Forschungsprozess bezogen und andererseits auf einzelne Elemente wie das Forschungsthema, die Beziehung zwischen Forscherin und InformantInnen und den Feldeinstieg. Zur Prüfung der **auf den gesamten Forschungsprozess bezogenen Reflexivität** wurden mehrere Kriterien herangezogen:

- Der Forschungsprozess sollte durch Selbstbeobachtungen begleitet werden. Dies wurde durch die Führung eines Forschungstagebuchs wie auch durch regelmäßige Treffen innerhalb verschiedenster Gruppen (s. unter Intersubjektive Nachvollziehbarkeit) gewährleistet. Forschungsniederschriften (Memos) innerhalb und außerhalb des Instrumentariums MAXQDA ermöglichten den Nachvollzug der Entstehung von Ideen und Irritationen.
- Die Reflexion der persönlichen Voraussetzungen für die Forschung erfolgte auf mehreren Ebenen. Die Forscherin war mit dem *Untersuchungsgegenstand* vertraut (vgl. IV. 2), e-

benso mit qualitativen Forschungsstrategien wie Methoden, mit welchen sie sich im Rahmen von Arbeitsgruppen und Weiterbildungen intensiv beschäftigt und diskutiert hatte. Die Forscherin orientierte sich in der vorliegenden Arbeit an ihrer Profession als klinische Psychologin mit den Spezialisierungen der Gemeindepsychologie aber auch an ihrer therapeutischen Ausbildung als Psychoanalytikerin. Die Wahl des Forschungsgegenstandes steht im Zusammenhang mit dem Arbeitsgebiet der Forscherin im Gemeindepsychologischen Kontext. Die Orientierung auf die Beziehungsgestaltung im Erstgespräch ist eben auch vor dem Hintergrund der Spezialisierung als Klinische Psychologin zu sehen. Die 3/4-jährige Hospitation im Feld und eigene Tätigkeit der Forscherin in einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung des gleichen Trägerverein führten zu einem guten gegenseitigen Verständnis des Handelns zwischen Beforschten und Forscherin.

- Gleichschwebende Aufmerksamkeit als Einstellung zum Untersuchungsgegenstand und zur Forscherin geht auf die gleichschwebende Aufmerksamkeit nach Freud (1912) zurück und meint, dass Gegenübertragungen wahrgenommen werden und damit Selbstreflexionen gefördert werden. Die Forscherin arbeitet in Therapien nach diesem Prinzip. Innerhalb der Forschung wurde es der Forscherin besonders präsent, wenn Konflikte mit KlientInnen in Erstgesprächen beschrieben wurden. Dort wurde die Forscherin irritiert durch das Wissen um die Professionalität der BeraterInnen auf der einen Seite und dem Unbehagen, KlientInnen die „Schuld“ am Scheitern von Erstgesprächen zu geben. Dieses Unbehagen war einer der Indikatoren für die genaue Analyse von Interaktionen in solchen konfliktreichen Erstgesprächssequenzen und trug auch zur Entdeckung des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch bei.
- Die Oszillation zwischen Annäherung und Distanz zum Untersuchten wurde durch den langen Aufenthalt im Feld (s. IV.2) und die folgende Erhebung (V.2) (Annäherung), die Auswertung innerhalb universitärer und außeruniversitärer Kontexte (Distanz, s. VI.3) und periodische Rückkehr in den BKD (Annäherung) erreicht.

**Einzelne Elemente der Forschung** (Forschungsthema, Beziehung zwischen ForscherInnen und InformantInnen, Feldeinstieg) wurden ebenfalls anhand verschiedener Kriterien geprüft:

- Das *Forschungsthema* wurde reflektiert gewählt. Die Forscherin wusste durch ihr Forschungspraktikum im Rahmen ihres Studiums, ihre Diplomarbeit und ihre eigene praktische Tätigkeit im gemeindepsychiatrischen System einerseits um die Relevanz des Themas für die Krisenintervention und konnte andererseits auf ihr Vorwissen zurückgreifen. Das Erstgespräch im BKD ist das „Nadelöhr“, welches alle KlientInnen passieren müssen und welches über das Gelingen/Misslingen der Erstgespräche entscheidet. Aber der Pro-

zess des Erstgesprächs in der ambulanten Krisenintervention war noch nicht untersucht worden. Aussagen darüber hatten eher allgemeinen (unverbindlichen) Charakter (vgl. II.1.2.3). Das Interesse an einer effektiveren Gesprächsführung ist im BKD ambivalent, einerseits von der Geschäftsführung gewünscht, andererseits in der Praxis äußerst schwierig zu untersuchen. Letztlich wurde das Thema auch so gewählt, weil das Untersuchungsfeld abgrenzbar und für die Forscherin bearbeitbar war (Beschränkung auf eine Region – s. V.3.1).

- Ebenso bestand eine *Vertrauensbeziehung zu den BeraterInnen* (s. o. und IV.2). Der *Einstieg ins Feld* (s. IV.2) wurde reflektiert, wie bereits mehrmals beschrieben wurde (Forschungstagebuch, in unterschiedlichen Gruppendiskussionen).

### **VII.3.6 Kohärenz**

Die Forderung nach Kohärenz bzw. Konsistenz einer Forschungsarbeit ist nach *Steinke* (1999, S. 239) „*ein wissenschaftstheoretisches Minimal Kriterium*“. Jedoch sei es allein nicht ausreichend. Um die Kohärenz einer empirisch generierten qualitativen Theorie zu prüfen, seien zwei Fragen zu beantworten:

1. Ist die generierte Theorie kohärent?
2. Wurden Widersprüche in den Daten und Interpretationen bearbeitet?

Die Forscherin bemühte sich, um die Herstellung einer konsistenten Theorie, um den Erstgesprächsprozess im BKD und seine Wirkungen beschreiben zu können. Dort wo Widersprüche entdeckt wurden, wurden sie beschrieben und versucht durch weitergehende Datenauswertungen aufzuklären:

- Erste Widersprüche fanden sich in der allgemeinen, fallunspezifischen Aussagen der BeraterInnen zu den Bestandteilen des Erstgesprächs (s. VI.1). BeraterInnen berichteten unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Umsetzung der Bestandteile (VI.1.1.2). Die unterschiedlichen Vorgehensweisen fanden eine erste Aufklärung durch die Einbeziehung Klientengruppen- und Kontaktartspezifischer Aussagen (VI.1.2 und VI.1.3). Auf dieser Basis wurde das für den Erstgesprächsprozess und seine Wirkungen zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung entdeckt.
- Das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung gestattete aber noch nicht, unterschiedliche Erstgesprächsprozesse zu verstehen. Deshalb wurde in einem nächsten Schritt das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung zu einem Prozessmodell weiterentwickelt (VI.2.1). Um dessen Struktur zu entdecken wurden in einem weiteren Auswertungsschritt die Berichte der BeraterInnen über konkrete Erstgespräche einbezogen. Auf dieser Grund-



lage konnten spezifische Wirkmechanismen für KlientInnen und BeraterInnen rekonstruiert werden (VI.2.2).

- Das generierte Prozessmodell gestattete die Erstgesprächsprozesse auf der Grundlage des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung zu beschreiben. Es wurden für alle KlientInnengruppen ähnliche wie differente Erstgesprächsprozesse gefunden, die in Prozessmustern zusammengefasst wurden. Gemeinsamkeiten und Differenzen im Erstgesprächsprozess und Wirkungen innerhalb von KlientInnengruppen konnten nun aus der Prozessgestaltung abgeleitet werden. Darüber hinaus wurden ähnliche Erstgesprächsprozesse für KlientInnen unterschiedlicher KlientInnengruppen entdeckt.
- Die Entdeckung ähnlicher Erstgesprächsprozesse und Wirkungen für KlientInnen unterschiedlicher KlientInnengruppen führte zu einer Neuordnung der Gruppen von Prozessmustern auf der Grundlage ähnlicher Prozessverläufe und Wirkungen. Mit dem systematischen separaten Vergleich der Gruppen hinsichtlich ihrer spezifischen Krisensituation und der Wirkungen, konnten letztlich Zusammenhänge zwischen spezifischen Krisensituationen, Prozessverlauf und Wirkungen aufgeklärt werden.

### VII.3.7 Relevanz

Bei der Prüfung der Relevanz der Forschungsarbeit folgt die Autorin der Ansichten jener AutorInnen (Steinke, 1999, Breuer, 1991, Westmeyer, 1987 u. a.), die davon ausgehen, dass Theorien nicht unmittelbar auf Praxissituationen übertragbar wären. Dies resultierte aus der Annahme struktureller Unterschiede zwischen Praxis und Wissenschaft. Von *Steinke* (ebenda, S. 245) wurden pragmatische Kriterien vorgeschlagen, um die Relevanz gerade dort zu prüfen, wo sie „nicht im Kontext von Aktions- oder Evaluationsforschung stattfindet und daher per se pragmatisch ist“:

#### Relevanz der Fragestellung

Die vorliegende Fragestellung der Forschungsarbeit umfasste zwei Teilfragen: Die erste bezog sich auf die Entwicklung einer Methodik, um den Gegenstand, den Erstgesprächsprozess im BKD und seine Wirkungen, beschreiben zu können. Die zweite beinhaltete den Gegenstand selbst. Hier sollten der Prozess des Erstgesprächs und seine unterschiedlichen Verlaufsformen dargestellt werden.

Die erste Fragestellung ist im Kontext der Prozessforschung relevant. Der von *Bänniger-Huber* (2001) beklagte Mangel an Prozessforschung bei gleichzeitig allgemein anerkannter Wichtigkeit hat nach Ansicht der Forscherin eine Ursache darin, dass entwickelte Modelle und Methoden nur mit großem Forschungsaufwand anwendbar sind. Mit der Entwicklung

eines Prozessmodells auf der Grundlage von Berichten über Erstgespräche stellte sich die Forscherin die Aufgabe, einen Beitrag zur Behebung dieses Mangels zu leisten.

Die zweite Fragestellung leitete die Forscherin aus der Kenntnis der Heterogenität der Erstgesprächsprozesse im Berliner Krisendienst und dem Interesse des BKD ab, einerseits die Qualität von Erstgesprächen zu verbessern und andererseits über die Kenntnis KlientInnengruppen spezifischer Formen des Erstgesprächs Qualifikation der BeraterInnen effektiv zugestalten. Darüber hinaus bestand ein Interesse der Geschäftsführung, vermutete Überschneidungen zu Psychotherapieerstgesprächen zu untersuchen, um empirisch fundiert zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten zu erschließen.

#### Relevanz der entwickelten Theorie: Welchen Beitrag leistet die entwickelte Theorie?

Auch die zweite Dimension des Kriteriums der Relevanz wird getrennt für die beiden Forschungsfragen beantwortet:

##### *Neue Deutungen durch die Theorie*

In Beantwortung der ersten Teilfrage wurde ein Prozessmodell auf der Grundlage der Beziehungsgestaltung anhand von Berichten über Erstgespräche entwickelt. Mit ihm wurde es möglich, den Erstgesprächsprozess detailliert und differenziert für KlientInnen und BeraterInnen über alle KlientInnengruppen hinweg zu beschreiben (vgl. VII.2.1). Mit der entwickelten Mehrebenenstruktur des Modells geht das Modell über den verbreiteten Forschungsansatz der „significant events“ (Rice & Greenberg, 1984) hinaus. Im Rahmen des entwickelten Prozessmodells können neben Augenblicksaufnahmen kumulative Wirkungen im Erstgespräch dargestellt werden.

Im Zusammenhang mit der zweiten Fragestellung konnten neue Deutungen in folgenden Zusammenhängen gemacht werden:

- Bestandteile des Erstgesprächs (Ausrichtung auf die Beziehungsgestaltung – vgl. VI.1. 2 und VII.1.1)
- Besonderheiten Kontaktart- und KlientInnengruppen spezifischer Besonderheiten (Unterschiede liegen hauptsächlich in der Beziehungsgestaltung – vgl. VI.1.2, VI.1.3 und VII.2)
- Entdeckung der Beziehungsgestaltung als zentrales Phänomen (VI.1.4 und VII.1.3) für das Erstgespräch und seine Ausgestaltung (VI.2.2 und VII.2.1) und
- Entdeckung Klientengruppenspezifischer Prozessmuster mit differenzierten Prozessverläufen und Wirkungen und Möglichkeit der Neuordnung von Erstgesprächsprozessen aufgrund phänomenologischer Gemeinsamkeiten (VI.2.3.1 und VII.2.2)

### *Anregung zur Lösung von Problemen*

Das Prozessmodell auf der Grundlage der Beziehungsgestaltung ermöglicht Gespräche unterschiedlichen Inhalts und Länge zu vergleichen, da als Vergleichsgrundlage die für Menschen gemeinsame Beziehungsgestaltung gewählt wurde. Damit eignet sich das Modell auch für die Erforschung von Gesprächsprozessen außerhalb des Erstgesprächs im BKD. Durch die Möglichkeit, Prozesse aus Berichten über Gespräche zu (re)konstruieren, könnte zum einen die Datenfülle und damit der Forschungsaufwand reduziert werden. Zum anderen könnten auch dort Prozessanalysen durchgeführt werden, wo ForscherInnen der direkte Zugang zu Gesprächsmitschnitten verwehrt ist.

Die Entdeckung und Systematisierung KlientInnengruppenspezifischer Besonderheiten von Erstgesprächsprozessen und ihren Wirkungen gibt BeraterInnen ein Werkzeug in die Hand, ihre Gesprächsführung an diesen Besonderheiten auszurichten (VI.2.3 und VII.2.2). Es könnte ebenso helfen, KlientInnengruppen spezifische Ziele anzusteuern wie Begrenzungen im Erstgespräch zu akzeptieren. Darüber hinaus könnte es eine Orientierung für notwendige Qualifikationen sein. Letztlich könnte die Entdeckung von weitgehenden Parallelen zwischen Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und PatientInnen in Therapieerstgesprächen dafür genutzt werden, das Angebot des BKD für diese KlientInnengruppe therapeutisch i. S. von Kurzzeittherapien zu erweitern.

### **VII.3.8 Konklusion**

Auf der Grundlage der umfangreichen qualitativen Bewertungskriterien von *Steinke* (ebenda) wird von der Forscherin die Qualität der vorliegenden Arbeit als hinreichend gewährleistet angesehen. Alle Kriterien wurden auf den vorgeschlagenen und dem Gegenstand angemessenen Dimensionen geprüft und als überwiegend erfüllt eingeschätzt. Einschränkungen aufgrund der spezifischen Zugangsbedingungen zum Feld mussten nur hinsichtlich der Indikation der Methodenwahl hingenommen werden (vgl. VII.3.2), da die subjektive Sichtweise der KlientInnen des BKD nicht in die Forschung einbezogen werden konnte. Anfänglich angenommene Einschränkungen hinsichtlich des zugrunde gelegten Datenmaterials (Berichte über konkrete Erstgespräche) konnten durch die Entwicklung geeigneter Analysemethoden ausgeglichen werden.

## VIII Zusammenfassung

Die Forschungsarbeit beginnt mit einem **Überblick über die Forschungsergebnisse** zur Krisen- und Kriseninterventionsforschung, zu Erstgesprächen in der Krisenintervention und dem verwandten Erstgespräch in Therapie und Beratung (vgl. II). Allen, für den Gegenstand des Erstgesprächs im BKD relevanten Aussagen ist gemeinsam, dass Erstgesprächsprozesse entscheidend durch die Beziehungsgestaltung strukturiert würden. Die Art und Weise der Beziehungsgestaltung wäre abhängig von den Bewältigungs- resp. Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen. Beziehung werde in einem gemeinsamen Kommunikationsprozess von KlientInnen und BeraterInnen hergestellt.

Erstgespräche sind ein Kernstück der Arbeit der BeraterInnen im BKD, zu dem sich der Zugang schwierig gestaltete (vgl. IV). Zugesicherte Anonymität der KlientInnen, Befürchtungen der BeraterInnen bei gleichzeitigem Interesse an der Verbesserung der Qualität des Erstgesprächs *auf der einen Seite* und der Mangel an Aussagen über Erstgesprächsprozesse und ihre Wirkungen *auf der anderen Seite* führten zu einem für Prozessforschungen ungewöhnlichen **qualitativen Design** (vgl. V). Der Forschungsarbeit lagen ausführliche Interviews mit erfahrenen BeraterInnen zum Erstgesprächsprozess allgemein und umfangreichen Berichten zu konkreten Erstberichten zugrunde. Aufgrund fehlender Methoden für das vorliegende Untersuchungsmaterial und fehlender, nicht passender Theorien über den Erstgesprächsprozess im BKD wurde die Entwicklung der Auswertungsmethoden selbst ein Teil der Auswertung.

Im Rahmen der **Auswertung** wurden in einem *ersten Schritt* die allgemeinen, fallunspezifischen Aussagen der BeraterInnen ausgewertet (VI.1). Im Ergebnis wurde die Beziehungsgestaltung als zentrales, alle Erstgespräche im BKD strukturierendes Phänomen entdeckt (VI.1.4). Das zentrale Phänomen der Beziehungsgestaltung wurde zunächst über die Beziehungserwartungen der KlientInnen und BeraterInnen und die, durch ihr Aufeinandertreffen entstehenden Passungen/Nichtpassungen beschrieben. BeraterInnen berichteten für die KlientInnengruppen differenzierte Beziehungserwartungen und Passungen/Nichtpassungen. In einem *zweiten Schritt* konnte auf der Grundlage des zentralen Phänomens ein Prozessmodell entwickelt (VI.2.1) und anhand der Berichte über die konkreten Erstgespräche ausgestaltet werden (VI.2.2). Es entstand ein Modell, welches differenzierte Prozesse der Beziehungsgestaltung für KlientInnen und BeraterInnen auf allen Ebenen des Erstgesprächs sichtbar machte. In einem *dritten Schritt* wurden aus allen Berichten über konkrete Erstgespräche Prozesse (re)konstruiert, in Prozessmustern zusammengefasst und verglichen. Es konnte gezeigt werden, dass Gemeinsamkeiten sich zunächst immer auf der Ebene der Bedingungen für die Beziehungsgestaltung verorten lassen. Gemeinsamkeiten aufgrund ähnlicher Prozessverläufe

seien nur dort zu finden, wo entweder BeraterInnen unter allen Umständen passende Beziehungsangebote machten (akute suizidale Krisen) oder wo die KlientInnen über ausreichende Ressourcen verfügten (KlientInnen in akuten Krisen ohne Chronifizierung). Wenn die Beziehungsmöglichkeiten aufgrund chronifizierter Krisensituationen bereits eingeschränkt seien, aber keine akute Suizidalität vorliege, differierten Prozessverläufe aufgrund eingebrachter passender bzw. unpassender Beziehungsangebote der BeraterInnen. In der Analyse der Prozessmuster innerhalb der KlientInnengruppen zeigten sich Ähnlichkeiten zwischen Prozessmustern unterschiedlicher KlientInnengruppen. Diese wurden in einem letzten, *vierten Auswertungsschritt* anhand Prozessverläufen und Wirkungen systematisiert und beschrieben.

In der **Diskussion** wurden die Ergebnisse der Auswertung in Bezug zu bisherigen Forschungsergebnissen gesetzt und Annahmen über ihre praktische Relevanz gemacht. Die Ergebnisse der Arbeit gehen in zwei Punkten über bisherige Forschungen hinaus. *Erstens* wurde ein Prozessmodell auf der Grundlage der Beziehungsgestaltung und darauf abgestimmtes Methodeninventar entwickelt, das gestattet, Erstgesprächsprozesse auf der Grundlage von ausführlichen Berichten zu (re)konstruieren. Damit könnte dort Prozessforschung ermöglicht werden, wo es keinen direkten Zugang zum Feld über Mitschnitte gibt oder der Aufwand dafür aus forschungspragmatischen Gründen nicht vertretbar ist. *Zweitens* wurden spezifische qualitative Zusammenhänge zwischen Beziehungsgestaltung im Prozess und Wirkungen im Prozess wie zum Outcome des Prozesses entdeckt. Die Entdeckung dieser Zusammenhänge erlaubt, Hypothesen über günstige und weniger günstige Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung in KlientInnengruppen abzuleiten, die in künftigen Forschungen auf der Grundlage des entwickelten Modells und Methodeninventars prüfbar wären, aber auch als Handlungswissen in die bestehende Praxis im BKD einfließen könnten.

## Literaturverzeichnis

Aguilera, D. C. (2000). *Krisenintervention. Grundlagen - Methoden –Anwendung*. Bern: Huber.

American Psychiatric Association (1994). A principal-component of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its constructs validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 890 – 902.

Angenendt, J., Nyberg, E. & Stieglitz, R.-D. (2004). Kognitiv-behaviorale Ansätze in der Krisenintervention. In A. Riecher-Rössler, P. Berger, A. T. Yilmaz & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Psychiatrisch- psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 175 – 187). Göttingen: Hogrefe.

Argelander, H. (2011). *Das Erstinterview in der Psychotherapie* (9. unveränderte Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Arnold, D. O. (1970). Dimensional Sampling: An Approach for Studying for a small number of cases. *The American Sociologist*, 5, 147 – 150.

Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M.A. Hubble, B.L. Ducan & S.D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie* (S. 41 – 81). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Bd. 1, Allgemeiner Teil* (S. 1195 -1212). Tübingen: dgvt

Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie. Behauptungen – Fakten . Trends. *Psychotherapeut*, 44. Berlin: Springer-Verlag, 139 -152.

Auckenthaler, A. (1994). Was wirkt in der klientenzentrierten Psychotherapie? Zur Abgrenzung der „therapeutischen Kernbedingungen“ vom „therapeutischen Basisverhalten“. *Psychologie in de Medizin*, 5(3), 3 – 12.

- Auhagen, A.E. (2008). Soziale Schlüsselkonzepte der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Bd. 1, Allgemeiner Teil* (S. 169- 204). Tübingen: dgvt
- Baldwin, B. & Wolbert Burgess, A. (1981). *Crisis Intervention Theory and Practice. A Clinical Handbook*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandelow, B. & Brooks, A. (2002). Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie*, 12, 205 – 215.
- Bänniger-Huber, E. (2001). Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. *Psychotherapeut*, 46, 348 – 352.
- Barnow, S. & Stein, M. (2010). Das Erstgespräch bei Persönlichkeitsstörungen. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 196 – 217). Bern Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Barker, C. & Pistrang, N. (2002). Psychotherapy and social support: Integrating research on psychological helping. *Clinical Psychology Review*, 22(3), S. 361 - 379
- Bastine, R. (2008). Vorwort. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Bd. 1, Allgemeiner Teil* (S. 11 -14). Tübingen: dgvt
- Bateson, G. (1935). Culture Contact and Schismogenesis. *Man*, 35, 178.
- Becker, H. & Senf, U. (Hrsg.). (1988). *Praxis der stationären Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme
- Bents, H. (2010). Das Erstgespräch bei Essstörungen. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 234 – 254). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Bergold, J. (1993). Klienten im Netz der Institutionen. In Bergold, J. & Filsinger, D. (Hrsg.), *Vernetzung psychosozialer Dienste: theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention* (S. 99 – 116). Weinheim, München: Juventa.

Bergold, J. & Schürmann, I. (2001). Krisenintervention – Neue Entwicklungen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 33.Jg. (1), 5-15.

Bergold, J. & Zimmermann, R.-B. (2003). *Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes*. Band 2. Berlin: Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health.

Beutel, M.E., Ademmer, K. & Rasting, M. (2005). Affektive Interaktion zwischen Patient und Therapeuten. Zum Einfluss auf den psychotherapeutischen Behandlungserfolg am Beispiel stationärer Kurzzeittherapie. *Psychotherapeut*, 50(5), 100 – 106.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Bion, W.R. (1990). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Breuer, F. (1991). *Wissenschaftstheorie für Psychologen*. (5. Aufl.). München: Aschendorff.

Brönisch, T. (2004). Krisenintervention bei Suizidalität. In A. Riecher-Rössler, P. Berger, A. T. Yilmaz & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Psychotherapeutische Krisenintervention. Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete* (S. 80 – 90). Göttingen: Hogrefe.

Brunner, E. J. & Schönig, W. (Hrsg.) (1990). *Theorie und Praxis von Beratung. Pädagogische und Psychologische Konzepte*. Freiburg i. Breisgau: Lambertus.

Brown, D. F., Kirk, A. K. & Stanley, G. V. (1988). Changes in patients' stress and arousal levels associated with therapists' perception of their requests during crisis intervention. *British Journal of Clinical Psychology*, 27 (11), 363 – 369.

Caplan, G. (1964). *Prevention of preventive psychiatry*. New York: Basic books.



Ciampi, L. (1993). Krisentheorie heute – Ein Überblick. In Schnyder, U. & Sauvant, J.-D. (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (S. 13 – 26). Bern: Huber.

Cooley, E.F. & Laloy, R. (1980). Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal for Clinical Psychology*, 57, 469 – 482.

Conrad, A. (2009). *Ein verhängnisvolles Zusammenspiel. Mislungene Psychotherapie aus Klientensicht* (Dissertation). Berlin: Freie Universität.

Dahlbender, R. W. & Kächele, H. (1994). Qualitativ-quantifizierende Analyse internalisierter Beziehungsmuster. In H. Faller & J. Frommer (Hrsg.), *Qualitative Psychotherapieforschung* (S. 228 – 245). Heidelberg: Ansanger.

Daser, E. (2000). Die Deutung aus der Gegenübertragung. Eine Möglichkeit psychoanalytischer Krisenintervention. *Psychotherapeut*, 45(5), 301 – 307.

Dobrawa, E. & Blankertz, St. (2002). *Einladung zur Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Dorrmann, W. (1996). *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. (2., erw. Aufl.). München: J. Pfeiffer Verlag.

Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.

Eckert, J. (2010a). Aufgaben und Ziele klinisch-psychologischer Erstgespräche. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 13 – 34). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Eckert, J. (2010b). Das Erstgespräch in der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 54 – 66). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Eckert, J. (2008). Empathie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Bd. 1, Allgemeiner Teil* (S. 435 - 456). Tübingen: dgvt

Everstine, D. S. & Everstine, E. (1985). *Krisentherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fiehler, R. (1990). *Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion*. Berlin: Walter de Gruyter.

Finzen, A (1997). *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Prävention – Behandlung – Bewältigung*. Bonn: Psychiatrieverlag.

Fischer, G. (1989). *Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Modell, Theorie und systematische Fallstudie*. Heidelberg: Ansanger.

Flick, U. (1987). Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. In J. Bergold & U. Flick (Hrsg.), *Ein-Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung* (S. 247 – 262). Tübingen: dgvt.

Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in der Psychologie und den Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt.

Flick, U (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. (vollst. U. erweiterte Neuauflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlts Enzyklopädie.

Fliegel, S. (1010). Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 67 – 83). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Fonagy, P. (2006). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Fonagy, P. (2006): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer

Fonagy, P. & Target, M. (2005). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung: Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung* (2. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Freikamp, U. (2008). Bewertungskriterien für die qualitativ und kritisch emanzipatorische Sozialforschung. In U. Freikamp, M. Leanza, J. Mende, S. Müller, P. Ullrich & H.-J. Voß (Hrsg.), *Kritik mit Methode?* (S. 215 – 232). Berlin: Karl Dietz Verlag.

Freikamp, U. (2002a). Krisentheorien. *Gemeindepsychologie Rundbrief*, 8, 34-54.

Freikamp, U. (2002b). *Klassifikation der Klientel des Berliner Krisendienstes hinsichtlich durchlebter Krise, erfolgter Krisenintervention und soziodemografischer Herkunft* (unveröffentl. Diplomarbeit). Berlin: FU.

Freud, S. (1969). Jenseits des Lustprinzips. In A. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke, Bd. 13* (S. 1 – 70). Frankfurt/M.: S. Fischer.

Freud, S. (1973). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *Gesammelte Werke, Bd. 8*. (S. 375 388) Frankfurt/M.: S. Fischer.

Frommann, A. (1990). Was geschieht eigentlich in Beratungen? Beratung zwischen Kunst und Methode. In E. J. Brunner & W. Schönig (Hrsg.), *Theorie und Praxis von Beratung. Pädagogische und Psychologische Konzepte* (S. 28 – 40). Freiburg i. Breisgau: Lambertus.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, S. 143 – 153.

Gerhardt, U. (1986). Verstehende Strukturanalyse: Konstruktion von Idealtypen als Analyseschritt bei der Auswertung qualitativer Forschungsmaterialien. In H. G. Soeffner (Hrsg.), *Sozialstruktur und soziale Typik* (S. 31 – 83). Frankfurt/M.: Campus.

Gerhardt, U. (1985). Erzähldaten und Hypothesenrekonstruktion. Überlegungen zum Gültigkeitsproblem in der biografischen Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 37, S. 230 – 256.

Giernalczyk, T. (2005). Suizidalität und ambulanter Erstkontakt. In E. Etzendorfer, R. Fartacek, P. Götze & M. Wolfersdorf (Hrsg.), *Fallstudien zur Suizidalität* (S. 85 – 102). Regensburg: S. Roderer Verlag.

Giernalczyk, T. (2003). Einschätzung der Suizidalität im ambulanten Erstkontakt: Ein diagnostisch-therapeutischer Prozess. In T. Giernalczyk (Hrsg.), *Suizidgefahr. Verständnis und Hilfe* (2. überarbeitete u. erw. Aufl.) (S. 75 – 84). Tübingen: dgvt.

Giernalczyk, T. (1997). Perspektiven der professionellen Krisenarbeit. In T. Giernalczyk (Hrsg.), *Suizidgefahr. Verständnis und Hilfe* (S. 9 – 19). Tübingen: dgvt.

Gilliland, B. & James, R. (1988). *Crisis Intervention Strategies*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

Glaserfeld, E. v. (1985). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus* (S.16-38). München, Zürich: Piper.

Golan, N. (1983). *Krisenintervention. Strategien psychosozialer Hilfe*. Freiburg: Lambertus.

Graieb, F.C. (2005). *Zugangs- und Umgangsmöglichkeiten mit Klienten in der Krisenintervention. Eine qualitative Forschung zur Beziehungsgestaltung aus der Sicht von in der Therapie ausgebildeten Beratern des Berliner Krisendienstes* (Dissertation). Berlin: Freie Universität.

Grawe, K. (1988). Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. In F. Pfafflin, H. Appelt, M. Krausz & M. Mohr (Hrsg.), *Der Mensch in der Psychiatrie* (S. 243 – 258). Berlin: Springer.

Greenberg, L.S. & Watson, J. (1998). Experiential Therapy of depression: Differential effects of client-centred relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210 – 224.

Grosse Holforth, M. & Castonguay, , L.G. (2005). Relationship and techniques in cognitive-behavioural Therapy – a motivational approach. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 42, S. 443 – 455

- Häfner, H. & Rössler, W. (1987). Die Begriffe des psychiatrischen Notfalls und der Krise. In Katsching, H., Kulenkampff & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), *Notfallpsychiatrie und Krisenintervention* (S. 31 – 48). Köln: Rheinland.
- Hartkamp, N. (1994). Sequentielle Strukturen in der psychotherapeutischen Interaktion: Ergänzung oder Konkurrenz qualitativer und quantitativer Methoden. In H. Faller & J. Frommer (Hrsg.), *Qualitative Psychotherapieforschung* (S. 277 – 296). Heidelberg: Ansanger.
- Heim, E. (1993). Der Bewältigungsprozess in Krise und Krisenintervention. In Schnyder, U. & Sauvant, J.-D. (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (S. 27 – 44). Bern: Huber.
- Hentschel, U. (2005). Die therapeutische Allianz. Teil 1. Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut*, 50(5), 305 – 317.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1. Allgemeiner Teil* (S. 15 - 108). Tübingen: dgvt
- Hoffmann, S. O. & Hochapfel, G. (1995). *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin* (S. 57). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Holzkamp, K. (1995). *Lernen. Eine Subjektwissenschaftliche Grundlegung*. Frankfurt: Campus.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139 – 149.
- Huber, D., Gastner, J., Maragos, M. & Schleu, A. (2003). Krisenberatungsgespräche unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsbeziehung. *Psychiatrische Praxis*, 30; 326 – 332.
- Jacobi, F. & Chaker, S. (2010). Das Erstgespräch bei Angststörungen. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 114 – 135). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Kernberg, O. (2000). *Borderline-Störungen und Pathologischer Narzissmus* (11. überarbeitete Aufl.). Frankfurt a. M: Suhrkamp.

Kind, J. (2003). Psychodynamische Aspekte von Suizidalität bei narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In T. Giernalczyk (Hrsg.), *Suizidgefahr. Verständnis und Hilfe* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 93 – 103). Tübingen: dgvt.

Kohut, H. (1996). *Wie heilt die Psychoanalyse* (3. Aufl.)? Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Kreis, S. (1985). *Die Kategorie „Beziehung“ in der Kommunikationsanalyse. Eine linguistische Untersuchung zur Bedeutung des Beziehungsaspekts*. Zürich: ADAG.

Kuhn, E. W. (2002). *Krisenkompetenz. Kreative Lösungen in der Psychotherapie*. Dortmund: borgmann publishing.

Kunz, S., Scheuermann, U. & Schürmann, I. (2004). *Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. Edition Sozial*. Weinheim: Juventa.

Laireiter, A.-R. (2008) Konzeptuelle Aspekte und Gestaltungsmöglichkeiten der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Bd. 2. Allgemeiner Teil. Tübingen: dgvt (S. 1129 - 1178)

Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Bd. 1. Allgemeiner Teil. Tübingen: dgvt (S. 109 - 140)

Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Bd. 1, Methodologie* (3., korr. Aufl.). Weinheim: Beltz – PVU.

Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Bd. 2, Methoden und Techniken* (3., korr. Aufl.). Weinheim: PVU.

Lauber, Ch. & Rössler, W. (2004). Bausteine der systemtherapeutischen Krisenintervention. In A. Riecher-Rössler, P. Berger, A. T. Yilmaz & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 190 – 197). Göttingen: Hogrefe.

Lauterbach, M. (1996). Systemische Aspekte selbsttötendem Verhalten. In K. Egedi & M. Boxbücher (Hrsg.), *Systemische Krisenintervention* (S. 45 – 70). Tübingen: dgvt.

Leenaars, A. A. (2003). Can a Theory of Suicide Predict All „Suicides“ in the Elderly? *Crisis*, 24(1), 7 – 16.

Legewie, H. & Paetzold-Teske, E. (1996). *Transkriptionsempfehlungen und Formatierungsan-  
gaben*. Berlin: TU Berlin, FB 07, Institut für Psychologie.

Leuzinger-Bohleber, M (1994). Veränderungen kognitiv-affektiver Prozesse in Psychoanalysen. Versuch einer Kombination von (qualitativer) On-Line- und (quantitativer) Off-Line-Forschung bei der Untersuchung psychoanalytischer Prozesse. In H. Faller & J. Frommer (Hrsg.), *Qualitative Psychotherapieforschung* (S. 195 – 228). Heidelberg: Ansanger.

Leuzinger-Bohleber, M (1989). *Veränderungen kognitiv-affektiver Prozesse in Psychoanalysen, Bd. 2. Fünf aggregierte Einzelfallstudien*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (S. 92 – 116). New York: Brunner/Mazel

Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. überarb. Aufl.). München: PVU.

Najavits, L.M. & Strupp, H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114 -123.

Orange, D.M., Atwood, G.E. & Stolorow, R.D. (2001). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.

Orlinsky, D. (2003). Störungsspezifische, personenspezifische und kulturspezifische Psychotherapie. Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung und Sozialwissenschaften. *Psychotherapeut*, 48, 403 – 409.

Orlinsky, DE, Grawe, K & Parks, BK (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin, AE & Garfield, SL (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Aufl.) (S. 270 – 376). New York: Wiley.

Ortiz-Müller, W. (2010). Theorie für die Praxis – Vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In W. Ortiz-Müller, U. Scheuermann & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention: Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S. 64 – 76). Stuttgart: Kohlhammer.

Parry, G. (1990). *Coping with crises*. Leicester: The British Psychological Society.

Preuss, U. W., Wong, J. W. M. & Watzke, A.-B. (2010). Das Erstgespräch bei Substanzmissbrauch und Abhängigkeit. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 218 – 233). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Rauchfleisch, U. (2006). Tiefenpsychologische Grundlagen der Beratung. In Ch. Steinbach (Hrsg.), *Handbuch Psychologischer Beratung* (S. 163 – 162). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rausch, K. (1996). Krisenintervention in suizidalen Krisen. In K. Egedi & M. Boxbücher (Hrsg.), *Systemische Krisenintervention* (S. 87 – 122). Tübingen: dgvt.

Reichertz, J. (2000). *Zur Gültigkeit von Qualitativer Forschung*. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00reichertz-d.htm>.

Reisch, T., Schlatter, P. & Tschacher, W. (1999). Efficacy of crisis intervention. *Crisis: the journal of crisis intervention and suicide prevention*, 20(2), 78 – 85.



Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie*. Pitt – Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Rice, L.N. & Greenberg, I.S. (1984). The new research paradigm. In R.N. Rice. & I.S. Greenberg (Hrsg.), *Patterns of change* (S. 7 – 25). New York: Guilford.

Richter, R. (2010). Das Erstgespräch in der Psychodynamischen Therapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 36 – 53). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Roberts, A. (1990). *Crisis intervention handbook. Assessment, Treatment and research*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.

Rogers, C. R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/m.: S. Fischer.

Roth, W. (2006). Humanistische Konzepte der Beratung. In Ch. Steinbach (Hrsg.), *Handbuch Psychologischer Beratung* (S. 195 – 217). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rudolf, G. (2008). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (1. unveränderter Nachdruck d. 2. Aufl. 2006). Stuttgart: Schattauer.

Rupp, M. (2004). Ambulante psychiatrische Notfall- und Krisenintervention. In A. Riecher-Rössler, P. Berger, A. T. Yilmaz & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 100 – 116). Göttingen: Hogrefe.

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W. & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures. A feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), S. 286 - 291

Safran, J. D. & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 3, S. 188 – 195.

Sauvant, J.-D. & Schnyder, U. (1993). Zur Unterscheidung von „Notfall“ und „Krise“ in der Psychiatrie“ In Schnyder, U. & Sauvant, J.-D. (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (S. 45 – 54). Bern: Huber.

Schäfer, J. (1995). *Glossar qualitativer Methoden*. Berlin: Veröffentlichungsreihe des Berliner Forschungsverbundes Public Health.

Schauenburg, H. (2004). Psychodynamische Aspekte der Krisenintervention. In A. Riecher-Rössler, P. Berger, A. T. Yilmaz & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Psychiatrisch- psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 153 – 164). Göttingen: Hogrefe.

Schauenburg, H. (2000). „Strength through diversity“ – wo steht die Psychotherapie heute? *Psychotherapeut*, 45(6), 380 – 381.

Schnyder, U. (1993a). Bern. Die Notfall- und Triagestation. In Wienberg, G. (Hrsg.), *Bevor es zu spät ist – Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modelle* (S. 134 – 144). Bonn: Psychiatrie- Verl.

Schnyder, U. (1993b). Ambulante Krisenintervention. In U. Schnyder & J.-D. Sauvant (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (S. 55 – 74). Bern: Huber.

Schönig, W. & Brunner, E. J. (1990). Beratung in pädagogischen, sozialpädagogischen und psychologischen Praxisfeldern – Rahmenbedingungen und Probleme. In E. J. Brunner & W. Schönig (Hrsg.), *Theorie und Praxis von Beratung. Pädagogische und Psychologische Konzepte* (S. 7 – 27). Freiburg i. Breisgau: Lambertus.

Schürmann, I. (1991). *Psychosoziale Hilfe in Notfällen und Alltagssorgen; Handlungskonzepte in der ambulanten Krisenintervention*. Wiesbaden: DVU.

Schürmann, I. (2001). Krisenintervention in der psychologischen Diskussion – Ein allgemeiner Überblick. In E. Wüllenweber. & G. Theunissen (Hrsg.), *Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 76 – 94). Stuttgart: Kohlhammer.

Seligman, E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965 – 974.

Simmich, T. & Reimer, C. (1998). Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention - Literaturüberblick unter besonderer Berücksichtigung der letzten 10 Jahre. *Psychotherapeut*, 43(3), 143 – 156.

Slaikau, K. (1990). *Crisis intervention. A handbook for Practice and Research* (2. Aufl.). Boston: Allyn and Bacon.

Skoeries, B. A. (2010). Das Erstgespräch bei Depressionen. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 136 – 159). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Schmidt, M. & Vierzigmann, G. (2006). Systemische Ansätze. In Ch. Steinbach (Hrsg.), *Handbuch Psychologischer Beratung* (S. 218 – 234). Stuttgart: Klett-Cotta.

Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.

Sonneck, G. (1997). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.

Spitzer, C. & Maercker, A. (2010). Das Erstgespräch bei Anpassungs- und Belastungsstörungen. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 177 – 195). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Stavemann, H. H. (2002). *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung. Eine Anleitung für Psychotherapeuten, Berater und Seelsorger*. Weinheim: Beltz PVU.

Stein, D. M. & Lambert, M. L. (1984). Telephone counselling and crisis intervention: A Review. *American Journal of Community Psychology*, 12 (1), 101 – 126.

Steinebach, Ch. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Psychologischer Beratung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Steinebach, Ch. (2006a). Beratung und Psychologie. In Ch. Steinbach (Hrsg.), *Handbuch Psychologischer Beratung* (S. 11 – 25). Stuttgart: Klett-Cotta.

Steinebach, Ch. (2006b). Verhaltens- und kognitionspsychologische Grundlagen der Beratung. In Ch. Steinbach (Hrsg.), *Handbuch Psychologischer Beratung* (S. 163 – 173). Stuttgart: Klett-Cotta.

Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung*. München: Juventa Verlag.

Straumann, U (1991). Personenzentrierte Beratung und Krisenintervention unter integrativen und kooperativen Aspekten – Ein Weiterbildungskonzept. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention* (S. 12 – 28). Köln: GwG.

Strauss, A. L. (1991). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink Verlag.

Streeck, Sabine (1989). *Die Fokussierung in der Kurzzeittherapie. Eine konversationsanalytische Studie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Streeck, U.(2004). *Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett-Cotta

Strupp, H.H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *J Consult Clin Psychol*, 61, 431 – 433.

Sullivan, H.S. (1983). *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Frankfurt/M.: Fischer.

Sydow, K. v. (2010). Das Erstgespräch in der Systemischen Therapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 84 – 101). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Theunissen, G. (2001). Krisenintervention – Herausforderungen für einen interdisziplinären Ansatz. In E. Wüllenweber & G. Theunissen (Hrsg.), *Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 49 – 75). Stuttgart: Kohlhammer.

Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (GbR) (1998). *Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin*. Berlin: Berliner Senat.

Tschacher, W. & Jacobshagen, N. (2002). Analysis of crisis intervention processes. *Crisis: the journal of crisis intervention and suicide prevention*, 23(2), 59 – 67.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2007). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien* (11. unveränd. Aufl.) (S. 157 – 182). Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber.

Weber, M. (1920). *Wirtschaft und Gesellschaft*, 2 Bde (Nachdruck von 1956). Tübingen: Mohr.

Wedler, H. (2003). Grundprinzipien der Krisenintervention. In T. Giernalczyk (Hrsg.), *Suizidgefahr. Verständnis und Hilfe* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 67 – 77). Tübingen: dgvt.

Wedler, H., Wolfersdorf, M. & Welz, R. (1992). *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch*. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Westmeyer, H. (1987). Möglichkeiten der Begründung theoretischer Entscheidungen. In F. Caspar (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie* (S. 20 – 31). Tübingen: dgvt.

Winnicott, D.W. (1971). *Transitional Objects and transitional Phenomena*. London: Tavistock

Winnicott, D.W. (1971). *Transitional Objects and transitional Phenomena*. London: Tavistock

Witzel, A. (1985). Das Problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227 – 255). Weinheim: Beltz.

Wolfersdorf, M. & Purucker, M. (2003). Suizidprävention in der Notfallpsychiatrie. In T. Giernalczyk (Hrsg.), *Suizidgefahr. Verständnis und Hilfe* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 115 – 138). Tübingen: dgvt.

Wüllenweber, E. (2001). Krise, Intervention: Schlüsselbegriffe der psychosozialen Versorgung. In E. Wüllenweber & G. Theunissen (Hrsg.), *Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 9 – 27). Stuttgart: Kohlhammer.

Zimmermann, R.-B. (2001). Was ist eine psychiatrische Krise und was ein psychiatrischer Notfall? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 33(1), 17-19.

Zimmermann, R.-B. & Bergold J. (2003). *Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes*. Band 1. Berlin: Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health.

Zureck, G. & Fischer, G. (2003). Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie mit Patienten mit PTBS. *ZPPM*, 1(2), 7 – 17.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krisenarten auf dem Kontinuum Krise.....	25
Abbildung 2: Differenzierung der Erstgespräche nach KlientInnengruppen.....	96
Abbildung 3: Einflüsse auf die allgemeine Gestaltung der Erstgespräche.....	109
Abbildung 4: Erste Vorstellungen über die Bestandteile des Erstgesprächs im Prozessverlauf.....	113
Abbildung 5: Phase der Kontaktherstellung aus Sicht der BeraterIn.....	117
Abbildung 6: Phase des Beendens des Kontaktes.....	124
Abbildung 7: Fokussierung im Erstgespräch.....	129
Abbildung 8: Situationsklärung im Prozess des Erstgesprächs.....	133
Abbildung 9: Vereinbarung des weiteren Vorgehens im Prozess des Erstgesprächs.....	139
Abbildung 10: Emotionale Unterstützung im Prozess des Erstgesprächs.....	142
Abbildung 11: Beziehungsaufbau und –erhalt im Prozess des Erstgesprächs.....	148
Abbildung 12: Allgemeine Grundsätze der Gesprächsführung.....	157
Abbildung 13: Persönliche und Telefonkontakte im Vergleich.....	173
Abbildung 14: Prozess des Erstgesprächs mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen.....	179
Abbildung 15: Prozess des Erstgesprächs bei KlientInnen aus dem Spektrum der Psychiatrischen Klientel... ..	184
Abbildung 16: Gespräche mit DauerklientInnen.....	189
Abbildung 17: Erstgespräche mit suizidalen KlientInnen.....	196
Abbildung 18: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung im Erstgesprächsprozess bezogen auf die Umsetzung seiner Bestandteile.....	200
Abbildung 19: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung in persönlichen und telefonischen Erstgesprächen....	201
Abbildung 20: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bei KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen.....	202
Abbildung 21: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bei KlientInnen in aus der Psychiatrischen Klientel mit manifesten psychischen Störungen.....	203
Abbildung 22: Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung mit DauerklientInnen in unspezifischen chronischen Krisensituationen.....	204
Abbildung 23: Beziehungsmöglichkeiten mit KlientInnen in Suizidalen Krisen.....	205
Abbildung 24: Binnenstruktur der Beziehungsmöglichkeiten und mögliche Passungen/Nichtpassungen.....	208
Abbildung 25: Zentrales Phänomen der Beziehungsgestaltung in Erstgesprächen im Berliner Krisendienst....	210
Abbildung 26: Makroebene des Prozessmodell der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch.....	212
Abbildung 27: Mesoebene des Prozessmodells der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch.....	212
Abbildung 28: Mikroebene des Prozessmodell der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch.....	213
Abbildung 29: Binnenstruktur der KlientInnenseitigen Bedingungen im Prozess der Beziehungsgestaltung innerhalb einer Sequenz.....	220
Abbildung 30: Binnenstruktur der BeraterInnenseitigen Bedingungen im Prozess der Beziehungsgestaltung innerhalb einer Sequenz.....	224
Abbildung 31: Einfluss der Beziehungserwartungen, basierend auf bestimmten Bedingungen, auf die entstehende Passung/Nichtpassung.....	236
Abbildung 32: Zusammenhänge zwischen Elementen aufeinander folgender Sequenzen (Mesoebene).....	244
Abbildung 33: Zusammenhänge zwischen den Elementen des Outputs (Mesoebene).....	253
Abbildung 34: Zusammenhänge zwischen Sequenzen des Prozesses der Beziehungsgestaltung und Output (Makroebene).....	257
Abbildung 35: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in akut psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung – Prozessmuster I.1.....	263
Abbildung 36: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in akut psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung – Prozessmuster I.2.....	265
Abbildung 37: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in akut psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung – Prozessmuster I.3.....	268
Abbildung 38: Überblick über mögliche Entwicklungen der Beziehungserwartungen der KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung im Erstgespräch im Berliner Krisendienst.....	270
Abbildung 39: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen – Prozessmuster II.1.....	274
Abbildung 40: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen – Prozessmuster II.2.....	277
Abbildung 41: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen – Prozessmuster II.3.....	279
Abbildung 42: Überblick über mögliche Entwicklungen der Beziehungserwartungen der KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen im Erstgespräch im Berliner Krisendienst.....	282

Abbildung 43: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) – Prozessmuster III.1 .....	285
Abbildung 44: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) – Prozessmuster III.2, erster Teil .....	288
Abbildung 45: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) – Prozessmuster III.3 (auch teilweise Prozessmuster III.2, zweiter Teil)..	290
Abbildung 46: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) – Prozessmuster III.4 .....	293
Abbildung 47: Überblick über mögliche Entwicklungen von Beziehungserwartungen der KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel) und DauerklientInnen im Erstgespräch im Berliner Krisendienst .....	296
Abbildung 48: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen suizidalen Krisen– Prozessmuster IV.1.....	299
Abbildung 49: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen suizidalen Krisen– Prozessmuster IV.2.....	301
Abbildung 50: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen suizidalen Krisen– Prozessmuster IV.3.....	304
Abbildung 51: Merkmale der Prozessgestaltung bei Erstgesprächen mit KlientInnen suizidalen Krisen– Prozessmuster IV.4.....	306
Abbildung 52: Überblick über mögliche Entwicklungen von Beziehungserwartungen suizidaler KlientInnen im Erstgespräch im Berliner Krisendienst.....	312

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zuordnung von Krisenaspekten zu Dimensionen des Krisenprozesses (Freikamp, 2002).....	18
Tabelle 2: Umfassendes Modell der Krisenintervention: Krisenintervention 1. und 2. Ordnung.....	30
Tabelle 3: Five Components of Psychological First Aid (PFA) (Slaikau, 1990, S. 108 ff) .....	47
Tabelle 4: Do's and Don'ts of Psychological First Aid (Slaikau, 1990, S. 127).....	49
Tabelle 5: Cluster A, B, C der PS (Barnow & Stein, 2010, S. 198) .....	60
Tabelle 6: Methoden der Auswertung .....	91
Tabelle 7: Übersicht über interviewte BeraterInnen.....	93
Tabelle 8: Übersicht der Zugehörigkeit der berichteten Erstgespräche zu Kontaktarten und KlientInnengruppen .....	98
Tabelle 9: Überblick über berichtete Erstgespräche nach den grundlegenden KlientInnengruppen: KlientInnen mit akuten psychosozialen Krisen, in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und aus der Psychiatrischen Klientel.....	99
Tabelle 10: Beziehungserwartungen resp. –angebote im Erstgespräch .....	199
Tabelle 11: KlientInnenseitige Bedingungen im Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch und ihre Eigenschaften.....	219
Tabelle 12: BeraterInnenseitige Bedingungen im Prozess der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch und ihre Eigenschaften.....	223
Tabelle 13: Übersicht über Beziehungserwartungen und ihre Eigenschaften .....	227
Tabelle 14: Übersicht über den Bestandteil Passung/Nichtpassung der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen .....	228
Tabelle 15: Systematische Darstellung des Einflusses der Bedingungen auf die Entstehung von Beziehungserwartungen der KlientInnen innerhalb einer Sequenz (Mikroebene).....	230
Tabelle 16: Systematische Darstellung des Einflusses der Bedingungen auf die Entstehung von Beziehungserwartungen der BeraterInnen innerhalb einer Sequenz (Mikroebene) .....	232
Tabelle 17: Eigenschaften und Dimensionen des Outputelements Fortführung des Erstgesprächs .....	246
Tabelle 18: Eigenschaften und Dimensionen der Zufriedenheit von KlientInnen mit dem Erstgespräch.....	248
Tabelle 19: Eigenschaften und Dimensionen des Gelingens eines Erstgesprächs aus Sicht der BeraterInnen	250
Tabelle 20: Übersicht über Prozessmuster bei KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung .....	260
Tabelle 21: Übersicht über Prozessmuster von Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen .....	271
Tabelle 22: Übersicht über die Merkmale von Erstgesprächen mit KlientInnen aus der Psychiatrischen Klientel .....	283
Tabelle 23: Übersicht über die Merkmale von Erstgesprächen mit KlientInnen in suizidalen Krisen .....	296
Tabelle 24: Neuordnung von Gruppen von Prozessmustern auf Basis der Sequentiellen (Re)Konstruktion konkreter Erstgespräche .....	314



## Anhang



## **Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht verwendet.

Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

---

Datum

Unterschrift

## **Anlage 1: Interviewleitfaden: Prozess des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst**

### **0 Vorrede**

- Ich möchte mit Dir ein Interview über den Prozess des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst führen.
- Unter Prozess verstehe ich das „Wie“ des Gespräches.
- Mich interessieren also keine Fälle an sich, sondern wie Du im Gespräch vorgehst, welche Empfindungen und Gedanken Dich während und nach dem Gespräch bewegen.

### **1 Einstiegsfrage**

Um uns auf das Thema einzustimmen, möchte ich Dich bitten, mir zunächst ein Dir gut erinnerntes Erstgespräch zu erzählen. Für mich sind alle Einzelheiten, Details interessant.

#### **Nachfragen zum Fall, wenn nicht in der Erzählung bereits ausgeführt:**

- Klient
  - Was war das für ein Mensch?
  - Mit welcher Krise kam er zu Dir?
  - Soziodemografische Herkunft?
  - Daten zur Person (Alter, Geschlecht, Beruf...)
- Kontaktart
  - telefonisch oder persönlich
- Kontaktherstellung
  - Begrüßung,
  - Begleitung ins Beratungszimmer,
  - erster Eindruck vom Klienten
  - Wirkung auf weiteren Gesprächsverlauf
- Beziehungsaufbau und -erhalt
  - Besondere Interaktionen (Knackpunkte)
  - Empathie
  - eigenen Betroffenheit
  - Umgang mit Beziehungskonflikten
  - Konfrontation und Beziehung
  - Möglichkeit der Auseinandersetzung
  - Entwicklung der Beziehung im Verlauf des Erstgesprächs
  - Wirkung auf den weiteren Gesprächsverlauf
- Situationsklärung
  - Wo im Erstgespräch
  - Zeitrahmen für Situationsklärung
  - Gesprächsstrategien (z. B. Fragen, Zuhören, Ermuntern etc.)
  - Konfrontation mit eigenen Sichten
  - Wirkung auf weiteren Gesprächsverlauf
- Emotionale Entlastung und Unterstützung
  - Wie (Redewendungen, Gesten, aktives Zuhören)?

- Wo im Gespräch war die emotionale Entlastung und Unterstützung besonders wichtig?
- Wirkung auf weiteren Gesprächsverlauf
- Fokussierung
  - Wurde sich auf einen gemeinsamen Fokus der Beratung geeinigt?
  - Woran erkanntest Du die Einigung/Misslingen der gemeinsamen Fokussierung?
  - Wie wurde sich auf einen gemeinsamen Fokus für das Gespräch geeinigt?
  - Gab es Veränderungen bzgl. des Fokus im Gespräch?
  - In welcher Phase des Gesprächs wurde der Fokus der Beratung besprochen?
  - Wirkungen des Gelingens/Misslingens der Fokussierung im Gespräch?
- Erarbeitung des weiteren Vorgehens
  - Vermittlung (Institutionen etc.)
  - Wurden Folgekontakte vereinbart?
  - Wie vereinbarst Du Folgekontakte?
  - Vereinbarung, dass es bei einem Kontakt bleibt (wie?)
  - Reaktion der Klientin zum Folgekontakt resp. der Beschränkung auf das Erstgespräch
  - Wirkungen auf Fortführung des Erstgesprächs
- Beenden des Kontaktes
  - Wann war für Dich klar, dass Du den Kontakt beenden wolltest?
  - Wie verhielt sich die KlientIn?
  - Von Wem ging der Wunsch nach Beendigung des Gesprächs aus?
  - Wie gingst Du dabei vor?
  - Beschreiben der Verabschiedung
  - Wirkung auf KlientIn
- Einschätzen des Erfolges des Erstgesprächs
- Erfragen der Dauer des Erstgesprächs

## 2 Misslungenes/Gelungenes Erstgespräch

Abhängig von der Erzählung des Einstiegsfalls erfolgt die nächste Frage nach einem für die Beraterin befriedigenden vs. unbefriedigenden Erstgespräch.

Nach dem wir so ausführlich über den ersten Fall gesprochen haben, möchte ich Dich bitten mir einen für Dich befriedigenden (unbefriedigenden) Fall zu erzählen. Dabei wären für mich wieder alle Einzelheiten wichtig.

### Nachfragen:

S. Frage 1

- Was kennzeichnet für Dich allgemein gelungene bzw. misslungenen Erstgespräche in den verschiedenen Phasen des Prozesses:
  - Kontaktherstellung
  - Beziehungsaufbau und –erhalt
  - Situationsklärung
  - Fokussierung
  - Vereinbarung des weiteren Vorgehen
  - Beenden des Kontaktes

### 3 Dauerklienten

Mich interessieren auch Erstgespräche mit Menschen mit chronischen Krisen. So möchte ich Dich nun bitten, über ein Erstgespräch mit einem solchen Menschen zu berichten.

#### Nachfragen:

S. Frage 1

Je nach Fallbeschreibung frage ich als nächsten Fall nach einem Klienten aus der typischen Psychiatrieklientel resp. einem Menschen, der den BKD immer wieder nutzt ohne dass eine akute Krise sichtbar, beziehungsweise sein ganzes Leben von einer Dauerkrise gekennzeichnet.

In Abgrenzung zum gerade geschilderten Fall, könntest Du mir von Erstgesprächen mit Menschen berichten, die schwer chronisch psychisch krank sind (die den Krisendienst immer wieder nutzen, ohne dass eine akute Krise sichtbar, bzw. deren ganzes Leben von einer Dauerkrise gekennzeichnet ist).

#### Nachfragen:

S. Frage 1

- Bitte versuche allgemein zu beschreiben, was den Unterschied in der Gesprächsführung mit typischer psychiatrischer Klientel vs. anderen Menschen mit chronischen Krisen ausmacht.
- Was kennzeichnet Deine Möglichkeiten im Kontakt mit typischen psychiatrischen Klientel im Gegensatz zum Kontakt mit anderen Menschen mit chronischen Krisen, um
  - den Kontakt herzustellen,
  - die Beziehung aufzubauen und zu erhalten,
  - die Situation zu klären,
  - sich auf den Fokus des Gespräches zu einigen,
  - das weitere Vorgehen zu vereinbaren und
  - den Kontakt zu beenden.

### 4 Akute Krisen

Diese Frage kommt nur, wenn in der Einstiegsfrage kein Erstgespräch mit einem Menschen in einer akuten Krise beschrieben wurde!

In den Krisendienst kommen auch Menschen, die sind in eine akute schwere Krise geraten, ohne dass sie zu unserem typischen psychiatrischen Klientel gehören, könntest Du mir ein Erstgespräch mit einem solchen Klienten/Klientin erzählen?

#### Nachfragen:

S. Frage 1

- Bitte, versuche allgemein zu beschreiben, was für Dich Unterschiede in Gesprächsführung in Erstgesprächen mit Menschen mit akuten vs. chronischen Krisen ausmacht.
- *Nachfragen:* Was kennzeichnet Deine Möglichkeiten im telefonischen Kontakt im Gegensatz zum persönlichen Kontakt, um

- den Kontakt herzustellen,
- die Beziehung aufzubauen und zu erhalten,
- die Situation zu klären,
- sich auf den Fokus des Gespräches zu einigen,
- das weitere Vorgehen zu vereinbaren und
- den Kontakt zu beenden.

## 5 Telefonkontakte vs. persönliche Kontakte

Hier werde ich explizit nach einem Telefonkontakt fragen, auch wenn bereits solche in den vorangegangenen Fragen beschrieben wurden.

Telefonkontakte machen einen großen Teil der Gespräche aus, deshalb möchte ich in diesem Abschnitt des Interviews diese mit Dir besprechen. Könntest Du, Du ahnst es bereits, einen typischen Telefonkontakt erzählen. Auch hier kommt es mir besonders auf die Gestaltung des Gespräches an.

### Nachfragen:

S. Frage 1

- Wenn eine typische chronische Krise geschildert wurde, noch einmal nach akuter Krise fragen!
- Bitte versuche allgemein zu beschreiben, was für Dich Unterschiede in der Gesprächsführung in persönlichen vs. telefonischen Kontakte sind.
- *Nachfragen:* Was kennzeichnet Deine Möglichkeiten im telefonischen Kontakt im Gegensatz zum persönlichen Kontakt, um
  - den Kontakt herzustellen,
  - die Beziehung aufzubauen und zu erhalten,
  - die Situation zu klären,
  - sich auf den Fokus des Gespräches zu einigen,
  - das weitere Vorgehen zu vereinbaren und
  - den Kontakt zu beenden.

## 6 Umgang mit Suizidalität

Könntest Du mir ein Erstgespräch beschreiben, indem die oft gegenwärtige Suizidalität eine entscheidende Rolle spielte?

### Nachfragen:

S. Frage 1

Was kennzeichnet Deine Gesprächsführung in Erstgesprächen in denen der Umgang mit der Suizidalität im Mittelpunkt steht, um

- den Kontakt herzustellen,
- die Beziehung aufzubauen und zu erhalten,
- die Situation zu klären,
- sich auf den Fokus des Gespräches zu einigen,
- das weitere Vorgehen zu vereinbaren und

- den Kontakt zu beenden.

## 7 Persönlicher Gesprächstil

- Gibt es Riten, Redewendungen, Gesten u. ä., die Du in bestimmten Situationen immer wieder einsetzt?
  - Kontaktherstellung
  - Beziehungsaufbau und –erhalt
  - Situationsklärung
  - Fokussierung
  - Vereinbarung des weiteren Vorgehen
  - Beenden des Kontaktes
- Hat sich Deine Gesprächsführung im Erstgespräch im Laufe Deiner Arbeit beim BKD geändert? Wenn ja, was kennzeichnet diese Änderung?
- Wie siehst Du Deine Profession wie psychotherapeutische Ausbildung in der Führung von Erstgesprächen?
  - z.B. Verhältnis zur stationären Krisenintervention,
  - Psychotherapie
  - zur Psychiatrie und
  - dem psychosozialen Netz

## 8 Ende des Gespräches

Gibt es noch Ergänzungen zum Erstgespräch, die Du machen möchtest?

Ich danke Dir für das Gespräch.



**Anlage 2: Kurzfragebogen – KrisendienstmitarbeiterInnen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Im BKD als  Hauptamtliche/r Mitarbeiter/in

Honorarmitarbeiter/in

→ Wenn ja, wie viele Dienste im Monat? .....

Zusätzliche Qualifikationen:  Psychologische/r Psychotherapeut/in

→ Wenn ja, welche Therapierichtung?

Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologie/Psychoanalyse

Gesprächspsychotherapie

Gestalttherapie

Systemische Psychotherapie

Psychodrama

Kinder- und Jugendpsychotherapie

Andere, welche?

.....

Ausbildungen und Weiterbildungen auf dem Gebiet  
der Krisenintervention:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Anlage 3: Tabellarischer Überblick über berichtete Erstgespräche

Interviewte BeraterIn	Name des Erstgesprächs	Verortung im Interview der BeraterIn	Berichtete Kontaktart	KlientInnengruppe	Angaben zur KlientIn (Geschlecht, geschätztes Alter)	Geschätzte Dauer des Erstgesprächs
FMA1	Fall FMA1_Studentin	Zeile 44 - 281	Persönliches Gespräch	KlientIn in akuter psychosozialer Krise ohne Chronifizierung	Weiblich, ca 25 J.	1 Std.
	Fall FMA1_Psychologin_Nichts mehr hören können	Zeile 282 - 468	Persönliches Gespräch	KlientIn in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	Weiblich, ca. 30 J.	1 Std. 30 min
	Fall FMA1_Depressiv	Zeile 528 - 602	Telefonkontakt	KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	Weiblich, zwischen 30 und 40 J.	10 min
	Fall FMA1_Ansprüchlicher Mann	Zeile 632 - 730	Telefonkontakt	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	Männlich, keine Angaben zum Alter	5 - 10 min? (Schätzung aus Gesprächsinhalt)
	Fall FMA1_Telefon_Sind sie noch da?	Zeile 764 - 890	Telefonkontakt	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	Männlich, keine Angaben um Alter	Zwei Teilgespräche: 1. 1 Std. 2. 5 min
	Fall FMA1_Suizidaler Mann	Zeile 957 - 1080	Persönliches Gespräch	KlientIn in Suizidaler Krise und in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	Männlich, zwischen 20 und 30 J.	1 Std. (Schätzung aus dem Gesprächsinhalt)

Ulrike Freikamp  
**Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen**

<b>Interviewte BeraterIn</b>	<b>Name des Erstgesprächs</b>	<b>Verortung im Interview der BeraterIn</b>	<b>Berichtete Kontaktart</b>	<b>KlientInnengruppe</b>	<b>Angaben zur KlientIn (Geschlecht, geschätztes Alter)</b>	<b>Geschätzte Dauer des Erstgesprächs</b>
FMA2	Fall FMA2_ Von Leipzig zum BKD	Zeile 34 - 471	Persönliches Gespräch	KlientIn in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	Männlich, ca. 35 J.	1 Std. – 1Std. 30 min
	Fall FMA2_Schon drei Monate in Berlin	Zeile 558 - 665	Persönliches Gespräch	KlientIn in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	Männlich, keine Angaben zum Alter	20 – 25 min
	Fall FMA2_Singen am Telefon	Zeile 707 - 729	Telefonkontakt	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	Männlich, keine Angaben zum Alter	5 - 10 min? (Schätzung aus Gesprächsverlauf)
	Fall FMA2_Schwierigkeiten in der Wohngruppe	Zeile 736 - 855	Telefonkontakt	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	Weiblich, aus dem geistig behinderten Bereich, keine Angaben zum Alter	20 – 25 min
	Fall FMA2_Also ich bin Borderlinerin	Zeile 906 - 1355	Persönliches Gespräch	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	Weiblich, zwischen 25 und 30 J.	ca 1 Std.
	Fall FMA2_Tabletten neben dem Telefon	Zeile 1390 - 1535	Telefonkontakt	KlientIn in Suizidaler Krise und in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation – Psychiatrischer Notfall	Weiblich, ältere Frau	10 – 15 min? (Schätzung aus Gesprächsverlauf)

Ulrike Freikamp  
**Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen**

<b>Interviewte BeraterIn</b>	<b>Name des Erstgesprächs</b>	<b>Verortung im Interview der BeraterIn</b>	<b>Berichtete Kontaktart</b>	<b>KlientInnengruppe</b>	<b>Angaben zur KlientIn (Geschlecht, geschätztes Alter)</b>	<b>Geschätzte Dauer des Erstgesprächs</b>
FMA3	Fall FMA3_Frau im Hotel	Zeile 49 - 409	Telefonkontakt	KlientIn in akuter psychosozialer Krise ohne Chronifizierung, Verdacht einer suizidalen Krise	Weiblich, keine Angaben zum Alter	10 min
	Fall FMA3_Künstler	Zeile 424 - 1064	Persönliches Gespräch	KlientIn in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	Männlich, nicht ganz junger Mann (?)	ca. 1 Std. 30 min
	Fall FMA3_Muttertag	Zeile 1316 - 1557	Telefonkontakt	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	weiblich	10 min
	Fall FMA3_Messerstecherei	Zeile 1666 - 1972	Persönliches Gespräch	KlientIn in akuter psychosozialer Krise ohne Chronifizierung	Männlich, ca. 30 J.	1 Std. 30 min
	Fall FMA3_Mann gestorben	Zeile 1999 - 3274	Telefonkontakt	KlientIn in akuter psychosozialer Krise ohne Chronifizierung	Ältere Frau (um die 50 J. alt)	ca. 45 min

Ulrike Freikamp  
**Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen**

<b>Interviewte BeraterIn</b>	<b>Name des Erstgesprächs</b>	<b>Verortung im Interview der BeraterIn</b>	<b>Berichtete Kontaktart</b>	<b>KlientInnengruppe</b>	<b>Angaben zur KlientIn (Geschlecht, geschätztes Alter)</b>	<b>Geschätzte Dauer des Erstgesprächs</b>
FMA4	Fall FMA4_Tod des Vaters	Zeile 28 - 417	Persönliches Gespräch	KlientIn in akuter psychosozialer Krise ohne Chronifizierung	weiblich, 22 J.	1 Std. 15 min
	Fall FMA4_Kindheit im Heim	Zeile 711 - 1071	Persönliches Gespräch	KlientIn in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	weiblich, 46 J.	ca. 1 Std.
	Fall FMA4_Gewaltphantasien	Zeile 1090 - 1181	Telefonkontakt	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	Junger Mann	5 min
	Fall FMA4_Klinikgeschädigt	Zeile 1132 - 1150	Telefonkontakt	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	männlich, keine Angaben zum Alter	5 - 10 min? (Schätzung aus Gesprächsverlauf)
	Fall FMA4_Frau aus der Pampa	Zeile 1208 - 1313	Telefonkontakt	DauerklientIn und KlientIn mit chronischer psychischer Störung (Psychiatrische Klientel)	weiblich, keine Angaben zum Alter	55 - 20 min?
	Fall FMA4_Ärger mit den Nachbarn	Zeile 1321 - 1538	Telefonkontakt	KlientIn in akuter psychosozialer Krise ohne Chronifizierung	weiblich, keine Angaben zum Alter	15 min
	Fall FMA4_Florettfechten (Schon zwei Suizidversuche)	Zeile 1733 - 1944	Persönliches Gespräch	KlientIn suizidaler Krise und in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	weiblich, 26 J.	ca. 2 Std.

Ulrike Freikamp  
**Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen**

<b>Interviewte BeraterIn</b>	<b>Name des Erstgesprächs</b>	<b>Verortung im Interview der BeraterIn</b>	<b>Berichtete Kontaktart</b>	<b>KlientInnengruppe</b>	<b>Angaben zur KlientIn (Geschlecht, geschätztes Alter)</b>	<b>Geschätzte Dauer des Erstgesprächs</b>
FMA5	Fall FMA5_HartzIV und Suizid	Zeile 44 - 514	Persönliches Gespräch	KlientIn in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	weiblich, ca. 30 J.	Etwas mehr als 1 Std.
	Fall FMA5_Wie kann mich meine Frau abhalten, gewalttätig zu sein (Paargespräch)	Zeile 527 - 762	Persönliches Gespräch	KlientInnen in Unspezifischen chronifizierten Krisensituationen (beide)	beide um die dreißig	30 – 40 min
	Fall FMA5_ Warum leb' ich überhaupt noch (oder die Entdeckung des eigenen Kindes)	Zeile 778 - 992	Persönliches Gespräch	KlientIn in Unspezifischer chronifizierter Krisensituation	männlich, zwischen 30 und 40 J.	über 1 Std.

## **Anlage 4: Deskriptionen von Erstgesprächen und ihren Wirkungen**

### **Anlage 4a: Deskriptionen von Erstgesprächen mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung**

Die BeraterInnen berichteten fünf Erstgespräche mit KlientInnen, die sie der o. g. Gruppe zuordnen, darunter sind drei persönliche Gespräche und zwei Telefongespräche. Ein sechstes Gespräch mit einer Klientin in einer suizidalen Krise (*Fall FMA3\_Frau im Hotel*) statt, weil in diesem Fall die Merkmale eines Erstgesprächs mit KlientInnen in einer suizidalen Krise überwiegen, wurde es dieser Gruppe zugeordnet.

In allen berichteten Erstgesprächen spielt die Darstellung der Beziehung keine explizite Rolle in der Narration. Die BeraterInnen konzentrieren sich in ihrer Darstellung auf den Inhalt des Gespräches. Der erste dargestellte Gespräch *Fall FMA1\_Studentin* ist ein typisches Beispiel für diese Berichte. Er wurde deshalb auch für die exemplarische Rekonstruktion eines, einem zeitlichen Ablauf folgenden Erstgesprächs mit einer KlientIn in einer akuten psychosozialen Krise ohne Chronifizierung ausgewählt (s. Anlage 5a).

#### *Fall\_FMA1\_Studentin*

Eine junge Studentin sei nach einer telefonischen Terminvereinbarung zum persönlichen Gespräch in den Krisendienst gekommen. Das Gespräch habe mit der Thematisierung der Angst der Klientin, eine Essstörung nach der Trennung von ihrer lesbischen Freundin zu entwickeln, begonnen. Im Gespräch sei ihre gesamte Lebenssituation (Essen, Studium, Wohnsituation) nach der Trennung zum Thema der Beratung geworden.

Die Klientin wurde von FMA1 als liebenswürdige ernste junge Frau beschrieben, die sich alle Äußerungen ihrer Ex-Freundin sehr zu Herzen genommen hätte. Trotz der Angst seit der Trennung vor einer Woche eine Essstörung auszuprägen, hätte die Klientin *gar nichts Magersüchtiges* (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 134) an sich gehabt. Auch habe sie vor der Trennung nie Essprobleme gehabt. Im Gespräch sei deutlich geworden, dass ihre Ex-Freundin sie entwertet habe, sie dies geschluckt und sich angenommen habe. FMA1 habe der Klientin dies versucht zu deuten: Sie habe zu viel geschluckt, introjiziert und *jetzt habe sie sich auf psychosomatischen Wege versperrt* (Fall FMA1, Zeile 51 – 52). Diese Deutung habe *für die Klientin Sinn gemacht* (Fall FMA1, Zeile 53). Das *Hauptthema* (Fall FMA1, Zeile 121) der Beratung sei die Auseinandersetzung mit der Ex-Freundin gewesen. In diesem Zusammenhang habe auch das Studium der Klientin eine Rolle gespielt. Das Gespräch habe sich auch der komplizierten Wohnsituation der Klientin zugewendet. FMA1 sei im Verlauf des Gespräches zu der Einschätzung gekommen, dass sich die Klientin in einer akuten Lebensveränderungskrise befinde. Sie habe den Bedarf für Folgegespräche gesehen, um die Klientin in der Bewältigung aktiv zu unterstützen. Es habe aber kein weitergehender Therapiebedarf bestanden.

Das Erstgespräch sei gleichbleibend freundlich verlaufen. Die Klientin habe ihre Situation reflektieren und Deutungen der Beraterin annehmen können. Daraus sei ein offenes und vertrauensvolles Gespräch entstanden.

Der zweite Fall *Fall\_FMA3\_Messerstecherei* zeigt, dass Erstgespräche im Berliner Krisendienst nicht zwangsläufig eine Krisenintervention erster Ordnung (Slaikau, 1990) sein müssen.

*Fall\_FMA3\_Messerstecherei*

Die Stationäre Krisenstation des benachbarten Krankenhauses habe einen jungen Mann beim Krisendienst angekündigt und gebeten, ihn nach seinem Aufenthalt dort ambulant weiter zu betreuen. Nach einem kurzen Vorgespräch, das der Terminabsprache gedient habe, sei der Klient in den Krisendienst zum persönlichen Gespräch gekommen.

Der junge Mann habe vor ca. zwei Wochen die Ermordung seines Freundes miterlebt. Dieser Freund sei in seinen Armen gestorben. Nachdem er in einer Zeitung sein Bild mit der Unterschrift entdeckt habe, er sei der Mörder, sei er sofort zur Polizei gegangen. Diese habe ihm nicht weiterhelfen können. Er sei nach Hause gegangen und *nicht mehr klar gekommen* (Fall, FMA3\_Messerstecherei, Zeile 39 - 41). Daraufhin sei er zum Krankenhaus gegangen und von dort auf die Krisenstation gekommen. Dort sei er ca. eine Woche geblieben, was ihm gut getan hätte. Er habe während der Zeit bereits wieder Kontakt mit seinem Arbeitgeber aufgenommen, sei aber im Augenblick noch krank geschrieben. Der Klient lebe getrennt von seiner Partnerin, habe aber eine kleines Kind, um das er sich regelmäßig kümmere.

Im Erstgespräch habe der Klient zunächst seine Geschichte erzählt, wobei FMA3 darauf geachtet habe, dies dem Klienten zu erleichtern. Er habe Tee angeboten, Pausen gemacht und nachgefragt, um die Erzählung zu erleichtern. Der Klient habe sich mit Hilfe des Beraters vom Anfang des Gespräches reflektiert mit dem Krisengeschehen und seiner Bewältigung der nächsten Wochen auseinandersetzen können. Berater und Klient hätten die nächsten Tage besprochen. FMA3 habe dabei die ganze Zeit darauf geachtet, dass der Patient sich nicht zu viel vornehme und ihn ein wenig gebremst.

Die besondere Art der Vermittlung habe dazu geführt, dass es bereits vor dem ersten Gespräch klar gewesen wäre, dass es einige Folgegespräche geben würde. Diese seien gegen Ende des Erstgesprächs konkret vereinbart worden, wobei FMA3 mit dem Klienten auch über Notfallpläne gesprochen hätte (wie wäre FMA3 erreichbar, Möglichkeit der Rückkehr in die Krisenstation). Nachdem FMA3 noch die Bewältigung des heutigen Tages angesprochen habe, sei es genug für das Erstgespräch gewesen. Mit der Akzeptanz des Klienten sei es nach ca. 1 1/2 Stunden beendet gewesen.

In der Folge des Erstgesprächs hätte es vier - fünf Folgegespräche gegeben. Der Klient hätte seine Arbeit wieder aufgenommen und sei allmählich in seinen normalen Alltag zurückgekehrt.

Das telefonische Erstgespräch *Fall FMA3\_Mann gestorben* habe mit einer Frau aus einer anderen Region Deutschlands stattgefunden, was gewöhnlich angestrebte persönliche Folgegespräche unmöglich machte. Käme die KlientIn aus Berlin, wäre bei Art der Krise die Vereinbarung von Folgekontakten sicher eine wahrscheinliche Option gewesen.

*Fall\_FMA3\_Mann gestorben*

Eine Frau habe im Nachtdienst angerufen. FMA3 habe sie eingeladen zu erzählen. Die Frau habe unter Schluchzen berichtet, dass ihr Mann vor einigen Tagen überraschend gestorben sei. Wohl sei er schon länger krank gewesen, aber der Tod sei für sie überraschend gekommen. Ihr Mann wäre sehr schweigsam gewesen und hätte die Schwere seiner Erkrankung teilweise vor ihr verborgen.

FMA3 habe der Klientin signalisiert, dass sie Zeit hätten und vorsichtig nachgefragt. Die Klientin habe an diesem Abend, 2 Tage vor der Beerdigung, Unterlagen geordnet und dabei ein Bild ihres Mannes gefunden. Da seien Trauer und Schmerz so unerträglich geworden. Sie habe gemeint, nicht mehr weiter zu wissen und auch die Beerdigung nicht zu schaffen.

Der Berater habe die Klientin erzählen lassen und nur vorsichtig strukturierend eingegriffen. Es habe sich herausgestellt, dass es einen erwachsenen Sohn gebe. Die Klientin habe den Sohn nicht zusätzlich mit ihrem eigenen Kummer belasten wollen. Dadurch habe die Klientin auch nicht genau gewusst, wie es ihrem Sohn gehe. Die Klientin habe berichtet, dass der Sohn ihr nahe stünde und sich um sie rührend kümmere. FMA3 habe der Klientin vorgeschlagen, am nächsten Tag in Ruhe mit ihrem Sohn zu reden. Sie könnten über ihre und seine Gefühle und Ängste sprechen, aber auch über die anstehende Beerdigung. Die Klientin habe diesen Vorschlag annehmen können und sei sichtlich ruhiger geworden.

Durch weitere Nachfragen habe FMA3 erfahren, dass die Klientin z. Z. krankgeschrieben sei, aber guten Kontakt zu ihren Kolleginnen hätte. Sie habe auch ein Medikament bekommen, welches sie vor dem Schlafen einnehme. Zur Beerdigung würden die Verwandten kommen, so dass die Klientin und ihr Sohn diese nicht allein bewältigen müssten.



Nachdem FMA3 mit der Klientin noch besprochen habe, was sie in der heutigen Nacht tun würde (Medikament nehmen und schlafen gehen) und sie auch ermuntert habe, den BKD bei Bedarf in den nächsten Tagen wieder zu nutzen, hätten Berater und Klientin einvernehmlich das Gespräch beendet. Die Klientin habe sich noch bedankt.

Für FMA4 war es wichtig das folgende Gespräch *Fall FMA4\_Ärger mit den Nachbarn* im Interview zu berichten, weil es ihn im ersten Moment in die Irre führte. Eingeschränkt durch den telefonischen Kontakt vermutete hinter dem Problem zu Anfang eine typische Problematik von KlientInnen der psychiatrischen Klientel. Aber die Darstellung des Problems durch die Frau hätte ihn sehr schnell erkennen lassen, dass es sich hier um eine KlientIn ohne Chronifizierung gehandelt hätte. Es ist somit einerseits ein gutes Beispiel für die Gefahr, vor schnell KlientInnen zu klassifizieren und andererseits, das „Wie“ der Kommunikation mit den damit verbundenen Beziehungserwartungen der KlientInnen trotz Einschränkungen (Telefon) zu erfassen und zu reflektieren.

*Fall\_FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn*

Die Klientin habe angerufen, und sie sei unsicher gewesen, ob sie beim Krisendienst richtig aufgehoben wäre. Sie habe Ärger mit einem Nachbarn. FMA4 habe gesagt, der BKD könne keine Mieter- oder Rechtsberatung leisten, sie solle doch erzählen, worum es eigentlich ginge. Zunächst habe die Klientin sachlich Fakten zu ihrem Problem berichtet:

Ein 50jähriger Nachbar würde sie und ihren 13jährigen Sohn zunehmend bedrohen. Ihr Sohn mache Musik. Darüber würde sich dieser Nachbar beschweren, aber auch täglich an die Decke klopfen, wenn sie abends mit ihrem Sohn zu Hause wäre. Vor einigen Tagen hätte es ein Gespräch mit dem Vermieter gegeben, und sie sei vollkommen verzweifelt und wisse nicht, wie sie sich verhalten solle. Noch nie habe sie mit anderen Nachbarn so etwas erlebt.

FMA4 habe ihre Not gespürt und weiter nachgefragt. Dabei sei deutlich geworden, dass die Klientin sehr unsicher gewesen sei, ob ihr Problem ein wirklich ernstzunehmendes sei, und ob ihr Verhalten korrekt gewesen sei. Ihre Sicht sei durch den Berater bestätigt worden. Die Klientin habe nun persönlicher und intensiver erzählen können. Sie habe sich in ihrer Sicht bestärkt gefühlt.

Als FMA4 die Entlastung der Klientin gespürt habe, sei er mehr in die „Beraterrolle“ geschlüpft und psychoedukativ vorgegangen. Er habe empfohlen, keinen direkten Kontakt mehr zum Nachbarn zu haben und dies auch begründet. Wenn sich Kontakt als nötig erweisen sollte, sollte dieser nur über den Vermieter oder die Mieterberatung angebahnt werden. Die Klientin habe auf die Empfehlungen positiv reagiert. So hätten sie das Gespräch nach ca. einer viertel Stunde gemeinsam beenden könne. Er hätte keine Folgegespräche vereinbart, wohl aber die Klientin eingeladen, bei Bedarf noch einmal anzurufen.

Das letzte berichtete Erstgespräch *Fall FMA4\_Tod des Vaters* ist ebenso wie das erste (*Fall FMA1\_Studentin*) typisch für die KlientInnengruppe.

*Fall\_FMA4\_Tod des Vaters*

Die Klientin, eine junge Frau, sei unangekündigt zu einem persönlichen Gespräch in den BKD gekommen. Sie habe sich sehr langsam bewegt und sich im Gesprächsraum in die hinterste Ecke gesetzt. Das Gespräch habe mit der Vorstellung des Beraters, der anwesenden Praktikantin und des BKD mit seinen Möglichkeiten begonnen. Die Klientin habe geweint und leise *mit piepsiger Stimme* (Fall FMA4\_Tod des Vaters, Zeile 75) begonnen, vom Tod ihres Vaters vor einigen Monaten zu erzählen. FMA4 habe sie weinen lassen, ihr ein Taschentuch gegeben und darauf geachtet, dass sie auch atmet. Auch habe er sie gebeten, lauter zu sprechen. Über vorsichtige Nachfragen sei die Klientin in der Lage gewesen, weiter zu sprechen. Ihr Vater sei an Krebs erkrankt gewesen. Sie habe ihn zusammen mit der Mutter begleitet. Nach seinem Tod, der ihr sehr nahe gegangen sei, bekäme sie nichts mehr *richtig in die Reihe* (Fall FMA4\_Tod des Vaters, Zeile 84 – 85), würde immer wieder weinen. Es gäbe Konflikte mit der ebenfalls sehr traurigen und belasteten Mutter. FMA4 habe zugehört und der Klientin zurückgemeldet, dass ihre Trauerreaktionen an-

gemessen seien. In einem psychedukativen Teil sei er darauf eingegangen, welche Trauerreaktionen Menschen haben könnten. Dabei habe der Konflikt mit der Mutter noch einmal eine Rolle gespielt, wie auch mögliche Trauerrituale. Auch hätten sie über den Umgang mit der Krebserkrankung des Vaters ihres Freundes gesprochen. Auf der einen Seite wolle die Klientin ihren Freund unterstützen, genauso wie er ihr geholfen hätte. Auf der anderen Seite könne sie sich noch nicht vorstellen, wieder in ein Krankenhaus zu gehen. Gemeinsam hätten sich FMA4 und die Klientin mit ihren Grenzen und Umgang mit ihnen auseinandergesetzt.

Danach habe FMA4 das Gefühl gehabt, das Gespräch könne beendet werden und habe in diesem Zusammenhang Folgegespräche angeboten. Die Klientin hätte das Angebot angenommen. Am Ende des Gespräches sei die Klientin sichtlich erleichtert gewesen.

## Anlage 4b: Deskriptionen von Erstgesprächen mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen

Die Gruppe der Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen ist mit insgesamt 11 berichteten Fällen die größte, wobei die drei KlientInnen, die gleichzeitig suizidale Krisen durchlebten, gesondert beschrieben werden. KlientInnen in chronifizierten Krisensituationen scheinen die BeraterInnen in besonderem Maß zu beschäftigen. Die Narrationen dieser Gespräche waren die umfangreichsten. Ihre Binnenstruktur erwies sich als kompliziert. Vielfalt und Parallelität von widersprüchlichen Kommunikationswünschen erschwerten die zeitliche Rekonstruktion. Zunächst wird ein Überblick über alle Gespräche gegeben:

Das von FMA1 berichtete Erstgespräch *Fall FMA1\_Psychologin\_Nichtsmehr hören können* wurde von der BeraterIn als Beispiel für ein für sie unbefriedigendes Gespräch ausgewählt. Im Bericht der BeraterIn wird deutlich, dass die KlientIn Angebote zur Gesprächsgestaltung nicht annimmt, und die Beraterin zumindest paraverbal gereizt über die KlientIn reagiert. Letztlich bricht die BeraterIn das Gespräch ab.

### *Fall\_FMA1\_Psychologin\_Nichts mehr hören können*

Eine junge Frau (Mitte dreißig) habe sich telefonisch beim BKD, Region Mitte gemeldet. Sie habe zu einem persönlichen Gespräch kommen wollen. Im Vorgespräch zur Vereinbarung des Termins mit einer Beraterin (nicht FMA1) habe sich herausgestellt, dass die Klientin schon Gespräche in einer anderen Region des BKD gehabt hätte. Dort sei sie unzufrieden gewesen. Vom BKD, Region Mitte hätte sie aber viel Gutes gehört. Die Beraterin habe FMA1 über den Gesprächswunsch und den vereinbarten Termin informiert. Auch habe sie ein gewisses Misstrauen gegenüber der Klientin zum Ausdruck gebracht. Die entwertenden Äußerungen zu den Kollegen wie die Idealisierung des BKD, Region Mitte ließen FMA1 kein einfaches Gespräch erwarten.

Die Klientin, die Psychologie studiert habe, sei seit einem Jahr krankgeschrieben, und das Arbeitsamt (AA) habe sie zu drängen begonnen, wieder aktiv zu werden. Die Klientin überlegte in einem Monat nach Irland zu gehen, da sie dort eine Arbeit in Aussicht hätte. Dass AA dagegen habe ihr folgende Alternativen vorgeschlagen: erstens eine Reha zu beginnen oder zweitens HartzIV zu beantragen oder sich drittens befristet früh berentet zu lassen. Eine Reha habe die Klientin abgelehnt. HartzIV sei für sie unter ihrem Niveau gewesen. Die Frühberentung würde sie als Überbrückung erwägen.

Ihr Anliegen an den BKD sind *Überbrückungsgespräche* (Fall FMA1\_Psychologin\_Nicht mehr hören können, Zeile 22), bis sie in einem Monat nach Irland gehen würde. Als die Beraterin versucht habe, Widerspruch zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung durch das AA anzusprechen, habe sich die Klientin dagegen energisch verwehrt. Sie habe begonnen, die Beraterin massiv zu entwerten. Der Konflikt mit der Klientin habe sich nicht auflösen lassen und so habe die Beraterin das Gespräch abgebrochen.

FMA2 beschreibt das Gespräch *Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin* als langwierigen Aushandlungsprozess bei dem die Erwartungen des Klienten an das Erstgespräch lange unklar bleiben. Im Ergebnis können Klient und Berater jedoch erste Schritte in Richtung Bewältigung und Vereinbarung von Folgekontakten zur Begleitung des Weges in eine langfristige Bewältigungschance vereinbaren. Dieses Gespräch wird in Anlage 5b textnah expliziert.

*Fall\_FMA2\_Von Leipzig nach Berlin*

Ein junger homosexueller Mann (35 J.) habe sich telefonisch aus dem Zug von Leipzig nach Berlin beim BKD gemeldet. Er habe zum persönlichen Gespräch kommen wollen, direkt nach seiner Ankunft aus Leipzig. Der das Telefongespräch führende Kollege habe dann den Termin vereinbart.

Der Klient habe in der Immobilienbranche gearbeitet, z. Z. schwarz und habe parallel HartzIV bezogen. Seine freiberufliche Tätigkeit habe er in Leipzig ausgeübt. Er lebe aber hauptsächlich in Berlin, wo er HartzIV beziehe und von dem schwarz erarbeiteten Geld eine teure Wohnung in Mitte bezahle. Er sei in diese Lage gekommen, weil er Schwierigkeiten mit seinem Unternehmen gehabt hätte (Kredite nicht bekommen) und dieses habe aufgeben müssen. Dadurch habe er auch hohe Schulden gemacht. Z. Z. habe er aber keine stabile Beziehung. Seine langjährige und erste Liebe sei vor Jahren zerbrochen. Der Klient habe sich zunehmend depressiv gefühlt, was er bereits gekannt haben würde. Er sei bereits vor Jahren wegen Depressionen in medikamentöser Behandlung gewesen.

Nachdem die Umstände des Gespräches geklärt gewesen seien, habe der Klient von sich und seiner Geschichte erzählt. Dabei habe sich der Klient schwer begrenzen lassen. FMA2 habe durch Nachfragen versucht, das Ganze zu strukturieren. Von Anfang an sei es darum gegangen, ihn als Berater abzuchecken. Während von Seiten des Klienten das Abchecken des Beraters im Mittelpunkt gestanden habe, habe FMA2 versucht, herauszufinden, was der Klient wolle und über welche Ressourcen er verfüge. Der Klient habe sich ambivalent verhalten. Auf der einen Seite sei er ein Mensch, der vermittelt, er habe alles in der Hand. Auf der anderen Seite habe er auf FMA2 regressiv kindlich gewirkt. Diese Ambivalenz im Beziehungsangebot des Klienten habe sich auch im Wunsch etwas zu ändern widerspiegelt. Er habe zwischen Psychotherapie und medikamentöser Therapie geschwankt.

Aus der Ambivalenz der Wünsche des Klienten habe FMA2 Vorschläge für unterschiedliche Handlungsalternativen entwickelt. Er habe mit dem Klienten einen Folgegesprächstermin vereinbart und Adressen für Ärzte wie Psychotherapie herausgesucht. Der Klient habe dies annehmen können. Der Klient habe sich für das Gespräch bedankt und sei aktiv in der Suche nach Ärzten und Therapie geworden. Er sei zu zwei weiteren Folgegesprächen gekommen.

Das Erstgespräch *Fall FMA2\_Schon drei Monate in Berlin* wird von FMA2 als ein für Berater wie Klient unbefriedigendes Gespräch geschildert. Der Klient hätte Beziehungserwartungen an FMA2 gehabt, die im Rahmen des Settings des BKD unerfüllbar gewesen seien.

*Fall\_FMA2\_Schon drei Monate in Berlin*

Der Klient sei abends (gegen 22.00 Uhr) unangekündigt zu einem persönlichen Gespräch in den BKD gekommen. Er habe sein Hab und Gut mitgebracht, ebenso wie seinen Schlafsack. Es habe sich herausgestellt, dass der Klient vor drei Monaten aus Westdeutschland nach Berlin gekommen sei, weil er gehofft habe, hier Arbeit zu finden. Schon in Westdeutschland hätte er sein Leben nicht in den Griff bekommen und seine ganze Hoffnung auf einen Neubeginn in Berlin gerichtet. In den vergangenen drei Monaten hätte er keine Arbeit gefunden und seine Ersparnisse aufgebraucht. Nun sei er am Ende (versteckte Suizidalität?) und wisse nicht mehr weiter. Der Krisendienst solle nun etwas für ihn tun. Dies entspreche schließlich seiner *gesellschaftlichen Verantwortung* (Fall FMA2\_Schon drei Monate in Berlin, Zeile 19).

Der Klient habe von Beginn des Gespräches an frustriert gewirkt. FMA2 habe ihm, wie bereits andere Beratungsstellen, die der Klient schon aufgesucht habe, kein Angebot machen können, bei dem der BKD für den Klienten handeln sollte. Der Klient habe kein Interesse an einer aktiven Auseinandersetzung mit seinen Problemen gehabt. In dem Maße wie für den Klienten deutlich wurde, dass der BKD nicht für ihn handeln würde, und er auch nicht im BKD schlafen könnte, sei er aggressiver geworden. Er habe nicht gewusst, wo er in dieser Nacht bleiben könnte. Im dem Obdachlosenheim, wo er bis jetzt übernachtet, sei das nicht mehr möglich für ihn. FMA2 habe die Not des Klienten erkannt, aber angesichts der fortgeschrittenen Stunde keine Obdachloseneinrichtung mehr nennen können, die den Klienten hätte aufnehmen können.

Da FMA2 kein Hilfeangebot machen können, und der Klient an nichts anderem interessiert gewesen wäre, habe er das Gespräch daraufhin beendet. Der Klient sei frustriert, mürrisch und ohne einen weiteren Blick samt Gepäck gegangen.

Ebenso wie das vorige Gespräch wird von FMA3 auch das Erstgespräch *Fall FMA3\_Künstler* als unbefriedigend empfunden. Er beschreibt in seinem Bericht ausführlich die unterschiedlichen Erwartungen des Beraters und Klienten und daraus entstehenden Folgen.

*Fall FMA3\_Künstler*

Ein nicht mehr ganz junger Mann aus einem südeuropäischen Land sei ohne Vorankündigung zum BKD gekommen. Er lebe seit Jahren in Deutschland. Nach Deutschland sei er wegen einer Frau gekommen, die er auch geheiratet und mit welcher er ein gemeinsames Kind habe. Der Klient habe ein künstlerisches Fach studiert, jedoch keinen Berufseinstieg gefunden. Er sei in eine andere Stadt gegangen, um einen Schauspielworkshop zu belegen. Seine Ehe sei über die Jahre in die Brüche gegangen. Er habe zunehmend Schuldgefühle gegen seine Familie in seinem Heimatland ausgeprägt, der er falsche Tatsachen vorgegaukelt hätte. Mit den Schuldgefühlen seien depressive Phasen verbunden gewesen. Inzwischen wohne er allein in einem Studentenwohnheim in Berlin. Wohl hätte er Freunde, doch der Kontakt zu ihnen schliefe immer mehr dadurch ein, dass er beruflich nicht Fuß fassen könne. Sein Antrieb sei mit der Zeit immer weniger geworden und er habe zunehmend finanzielle Probleme.

Der Klient habe seine Geschichte als *kleine Performance* (Fall FMA3\_Künstler, Zeile 354) erzählt. Damit habe sich eine unterschwellige Handlungsaufforderung an den BKD verbunden. Er habe sich kaum unterbrechen lassen und nur unwillig auf Nachfragen reagiert. FMA3 habe versucht über Fragen, den Klienten zu einer aktiven Auseinandersetzung mit seinen Problemen zu bewegen. Dies habe beim Klienten Unwillen ausgelöst. Erneut habe der Berater den Klienten ermuntert, selbst aktiv zu werden. Die Klient habe sehr unzufrieden reagiert. Er habe auf seiner Sichtweise beharrt und begonnen FMA3 massiv zu entwerten. Der Klient habe die Aufgabe des Beraters und des BKD darin gesehen, für ihn zu handeln. FMA3 habe dies abgelehnt und auch zunehmend selbst unwillig geworden, das Gespräch so weiter fortzusetzen.

Um etwas Abstand zu gewinnen und die Situation zu deeskalieren, habe er versucht, die über die Erwartungen des Klienten an das Gespräch und die Möglichkeiten des BKD zu sprechen. Der Klient habe aggressiv und entwertend wiederum reagiert. Daraufhin habe FMA3 beschlossen, das Gespräch zu beenden. Er habe dies mit der unverbindlichen Aufforderung verbunden, den BKD wieder zu nutzen. Der Klient habe gemeint, dies Gespräch habe ihm nichts gebracht, dann noch einen Moment gezögert und sei gegangen.

FMA4 berichtet von einem Erstgespräch (*Fall FMA4\_Kindheit im Heim*), bei dem er über ein augenblickliches unreflektiertes Erzählen der KlientIn kaum hinauskommt. Ihm sei es jedoch gelungen, die KlientIn zu Folgegesprächen einzuladen, so den Kontakt zu halten und schließlich die KlientIn in langfristige Angebote überzuleiten.

*Fall FMA4\_Kindheit im Heim*

Die Klientin sei nach einem kurzen telefonischen Vorgespräch bei einer Kollegin zu einem persönlichen Gespräch zu FMA4 gekommen. Nach einem kurzem Aufenthalt im Wartezimmer, habe das Gespräch mit seiner Vorstellung und der Darstellung der Möglichkeiten im Rahmen des BKD begonnen. Er habe die Klientin gebeten, über ihr Anliegen zu sprechen. Die Klientin habe fast emotionslos und routiniert über ihre vor ein paar Wochen zerbrochene zweijährige Beziehung erzählt. Beziehungen würden bei ihr immer ähnlich ablaufen. Die Männer würden sie ausnutzen und schließlich betrügen. Über erste vorsichtige Nachfragen, sei die Klientin auf ihre Kindheit im Heim und ihren späteren Aufenthalt bei der Mutter, dem Stiefvater und den Stiefgeschwistern zu sprechen gekommen. Dabei habe sie sich ausschließlich als Opfer gesehen.

FMA4 habe versucht, diese Opferhaltung wie die Wünsche der Klientin zu hinterfragen, was schwierig gewesen wäre, weil die Klientin ihn nicht habe verstehen können. Erst über die Erzählung des Lebenslaufes, sei bei ihr eine vorsichtige Ahnung aufgeblitzt, was der Berater meinen könnte.

Trotzdem habe sich FMA4 im Erstgespräch ratlos gefühlt. Ihm sei klar gewesen, dass die Klientin etwas Längerfristiges bräuchte. Daraus wie die Idee entstanden, der Klientin Überbrückungsgespräche anzubieten und mit Hilfe dieser sie an eine Psychotherapie heranzuführen. Neben dem Angebot von Folgegesprächen, habe FMA4 die Klientin gebeten, für sich ihren Lebenslauf aufzuschreiben. Die Klientin habe seine Angebote angenommen.

In den Folgegesprächen sei das Schreiben des Lebenslaufs für die Klientin der Ausgangspunkt für Ansätze gewesen, starre Denkmuster in Frage zu stellen.

Das Erstgespräch *Fall FMA4\_HartzIV und Suizid* gehört zu den Gesprächen, deren Wirkung die BeraterInnen ambivalent einschätzen, ebenso ihre Zufriedenheit mit einem solchen Gespräch. Das gesamte Gespräch habe das Austesten der BeraterIn gekennzeichnet, in dem die Gefahr eines Gesprächsabbruchs immer latent spürbar gewesen sei. Obwohl Suizidalität im Gespräch eine wichtige Rolle gespielt habe, wurde es nicht zur Gruppe von Erstgesprächen mit suizidalen KlientInnen zugeordnet. Erstens schätzte FMA5 die Klientin nicht als akut suizidal ein. Zweitens kennzeichnet das Gespräch die typische Gesprächsführung mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen, nicht aber mit suizidalen KlientInnen.

*Fall FMA5\_HartzIV und Suizid*

Eine junge Frau, Anfang dreißig, habe sich beim BKD gemeldet. Sie habe bereits im Mai (jetzt ist Juli) ein Gespräch mit einer Beraterin gehabt. Für FMA5 sei es nicht mehr nachvollziehbar gewesen, bei welcher Kollegin. Zunächst habe die junge Frau über ihren gerade beendeten Urlaub berichtet, über Bekanntschaften, die sie dort gemacht habe und die dadurch geweckte Erinnerung an ihre verstorbene Mutter. FMA5 habe die Klientin ermuntert, weiter zu erzählen, nachgefragt und zugehört.

Die Erzählung über den Urlaub habe schließlich dazu geführt, dass die Klientin über ihre Bewerbung kurz vor dem Urlaub berichtet hätte. Noch vor dem Urlaub habe sie eine Absage erhalten. Die drohende Arbeitslosigkeit und ihre Bedeutung für die Klientin hätten jedoch in dieser Phase des Gespräches im Mittelpunkt gestanden. Die Bearbeitung habe die Klientin in Tränen ausbrechen lassen. FMA5 habe gespürt, dass, wenn es ihr nicht gelänge die Klientin ins Gespräch zurückzuholen, ein Kontaktabbruch gedroht hätte. Sie habe der Klientin angeboten, über die Bedeutung der Arbeitslosigkeit nachzudenken, was diese habe annehmen können und in den Kontakt zurückgekehrt sei.

Mit dem Bericht über die drohende Arbeitslosigkeit sei ihre gesamte augenblicklich Lebenssituation zur Sprache gekommen. Auch sei sie bei einer Therapeutin, die z. Z. im Urlaub sei, wegen schon länger anhaltender Depressionen in Behandlung. Die Klientin habe über die Bedeutung der Arbeit für ihre Lebensqualität reflektieren können.

FMA5 habe die sich bereits abzeichnende Suizidgefährdung der Klientin aktiv hinterfragt. Die Klientin habe immer wieder den Wunsch gehabt, sich umzubringen. Sie habe mit ihrer Therapeutin vereinbart, dass sie sich bis September (!) nicht umbringe. Beim Thema Suizidalität wäre bei der Klientin eine Entschlossenheit sichtbar geworden, sich umzubringen, wenn es ihr nicht gelänge, in den nächsten zwei Jahren Arbeit zu finden. Nach Nachfragen habe sie dieses Thema nicht weiterverfolgt. Auch hier sei für die Beraterin die Gefahr eines Kontaktabbruches virulent gewesen.

Das Gespräch sei mit einer gemeinsamen Bilanz von Beraterin und Klientin und dem Angebot von Folgegesprächen zu Ende gegangen. FMA5 hätte Folgegespräche zur *Überbrückung* bis zur Fortführung der Therapie (in drei Wochen) anboten, weil sie kein klares Gefühl über die Erleichterung der Klientin gewonnen habe.

Das berichtete Erstgespräch *Fall FMA5\_Wie kann meine Frau mich abhalten, gewalttätig zu werden (Paargespräch)* stellt aufgrund des Settings (ein Paar) einen Sonderfall dar. Aber sein Verlauf erscheint doch typisch für unspezifische chronifizierte Krisensituationen. Die Möglichkeiten zur Bewältigung der chronifizierten Krisensituation des Paares seien bereits eingeschränkt gewesen. FMA5 sei es zum einen nicht möglich gewesen, unmögliche Beratungswünsche des Mannes zu erfüllen. Zum anderen seien die Wünsche der Frau über eine augenblickliche Entlastung nicht hinausgegangen. So habe das Gespräch für alle Seiten unbefriedigend geendet.

*Fall\_FMA5\_Wie kann meine Frau mich abhalten, gewalttätig zu werden (Paargespräch)*

Ein Paar, ein Mann und eine Frau, seien nach telefonischer Voranmeldung zu einem persönlichen Gespräch in den Krisendienst gekommen. Der Mann habe im Gespräch dominiert, während die Frau zunächst nach unten geblickt und nicht beteiligt habe. Zunächst habe der Mann von den Ereignissen der letzten Nacht berichtet. Er habe zu viel gearbeitet und Alkohol getrunken. Wie schon oft seien seine Frau und er in Streit geraten. Dabei sei er wieder einmal gewalttätig geworden und habe seine Frau gewürgt. Seine Frau habe daraufhin die Wohnung verlassen wollen. Er habe stattdessen vorgeschlagen, zum Krisendienst zugehen.

Dem Mann sei es darum gegangen, dass FMA5 seiner Frau sage, wie sie ihn davon abhalten könne, gewalttätig zu werden. Dies habe FMA5 abgelehnt. Seine Frau hätte keine Chance in einer gewalttätigen Situation als diese zu verlassen. FMA5 sei es nun auch gelungen, die Frau mehr am Gespräch einzubeziehen. Die Klientin habe sagen können, wie sehr sie unter dem Verhalten ihres Mannes leide, und wie schwierig alles sei. FMA5 habe das Gefühl gehabt, dass die Klientin gewünscht habe, dass sie sich mit ihr solidarisch erkläre. Sie habe sich bemüht neutral zu sein. So habe sie den Beiden vorgeschlagen, sich hier aktiv im Gespräch mit Problemen in ihrer Partnerschaft, z. B. typischen Konfliktmustern, und möglichen Lösungen auseinanderzusetzen. Der Mann habe gemeint, dafür würde er gerade eine Analyse beginnen. Die Beratung im BKD solle sich darauf beschränken, seiner Frau zu sagen, wie sie ihn abhalten könne, gewalttätig zu sein. Auch bei seiner Frau habe FMA5 keinen Widerhall gefunden. Ihr sei es darum gegangen, eine Öffentlichkeit herzustellen, um sagen zu können, was für ein fruchtbarer Typ ihr Mann wäre.

Mit der Nichtbereitschaft von FMA5 auf die Wünsche des Klienten einzugehen, habe dieser begonnen, ihr jegliche Kompetenz abzusprechen. Er habe gemeint, dass die Beratung nichts bringe und seine Frau zum Gehen aufgefordert. FMA5 habe noch versucht, dem Mann vorzuschlagen, zu einer KollegIn zu gehen, und der Frau, allein zu weiteren Gesprächen zu kommen. Der Mann sei daraufhin gegangen und seine Frau sei ihm gefolgt. Beide seien nicht wiedergekommen.

In dem von FMA5 als anstrengend, aber letztlich befriedigend beschriebene Erstgespräch *Fall FMA5\_Warum leb' ich überhaupt noch? (oder die Entdeckung des eigenen Kindes)* sei es ihr gelungen, dem Klienten einerseits den gewünschten Raum für seine Wünsche nach Erzählen zu gewähren, andererseits aber auch, ihn zu Folgegesprächen einzuladen und damit die Möglichkeit einer weitergehenden Bewältigung offen zu halten.

*Fall\_FMA5\_Warum leb' ich überhaupt noch? (oder die Entdeckung des eigenen Kindes)*

Der Klient sei zum persönlichen Gespräch in den BKD gekommen. Er habe zunächst von Depressionen und drohender Arbeitsunfähigkeit berichtet. Als höherer Beamter habe er keine Chance mehr auf Beförderung. Er stecke beruflich wie privat in einer Sinnkrise und könne sich vorstellen, seinem Leben ein Ende zu setzen.

Auf FMA5 habe der Klient einerseits sehr redegewandt, eloquent und im Gespräch dominierend gewirkt, andererseits aber auch in seiner schonungslosen Offenheit sympathisch. Dabei sei aber auch eine große Kränkbarkeit spürbar gewesen, die die Beraterin sehr vorsichtig gemacht hätte.

Der Klient habe von ambivalenten Therapieerfahrungen erzählt. Seine komplizierte Beziehung zu seiner Frau, die von ihm nur ein Kind haben wollen, aber keine Familie mit ihm. Ihm sei diese Konstellation recht gewesen, da er sowieso „beziehungsunfähig“ sei. Allerdings habe er vor kurzem sein Kind, einen Sohn im Alter von 4 – 5 Jahren besucht. Der Besuch habe ihn sehr gerührt. Sein Sohn habe ihn Papa genannt und sei wie selbstverständlich mit ihm in Kontakt getreten. Dies habe seine Überzeugungen hinsichtlich Kindern und Familie erschüttert und sei der letzte Anlass gewesen, den Krisendienst aufzusuchen.

FMA5 sei kaum zu Wort gekommen, höchstens wenn der Klient eine direkte Bestätigung gewünscht habe. Sie habe dies auf humorvolle Weise angesprochen. Das habe der Klient akzeptieren können. Nach über einer Stunde vorwiegenden Monologs des Klienten sei FMA5 mit ihrer Konzentration am Ende gewesen, hätte nicht mehr gekonnt und die Beendigung des Gespräches angekündigt. Sie habe dem Klienten in diesem Zusammenhang Folgegespräche angeboten, da sie seinen großen Redebedarf gespürt habe. Aber gleichzeitig ihm auch ihr Verständnis seiner Situation gespiegelt und vorgeschlagen, sich in den Folgegesprächen damit auseinanderzusetzen, wie es weitergehen könnte.

Wenn der Klient hätte entscheiden können, wäre das Gespräch nicht beendet worden. Noch in der Tür habe er weitergeredet. FMA5 sehr unsicher gewesen, ob der Klient wiederkommen würde. Aber er sei zu drei Folgegesprächen gekommen. Zusammen wären sie letztlich zu dem Ergebnis gekommen, dass der Klient erneut eine Psychotherapie begönne.

## **Anlage 4c: Deskriptionen von Erstgesprächen mit KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel mit chronischen psychischen Störungen**

Die meisten Berichte über Erstgespräche mit KlientInnen aus der psychiatrischen Klientel mit chronischen psychischen Störungen sind kurz und ähneln einander. Aufgrund der sich immer wiederholenden Kontakte, fällt es den BeraterInnen schwer, sich an konkrete Gespräche zu erinnern. In ihren Berichten unterscheiden die interviewten BeraterInnen drei Gruppen von DauerklientInnen aus der psychiatrischen Klientel:

- KlientInnen, mit denen es Regeln zur Nutzung des BKD gebe, die den KlientInnen meist auch von ihnen akzeptiert würden (fünf berichtete Erstgespräche),
- KlientInnen, die keine Regelungen zur Gesprächsgestaltung akzeptierten und
- KlientInnen, mit denen nach einer langen Zeit der Nutzung des BKD ohne Akzeptanz von Regeln für die Gesprächsgestaltung möglich würde, Regeln zu akzeptieren

Die erste Gruppe könne im Gespräch gut begrenzt werden, und die Gespräche konzentrierten sich auf meist auf eine Entlastung durch Erzählen von Alltagsproblemen. Von den Gesprächen mit KlientInnen, die keine Regelungen akzeptierten seien dagegen vier von sechs berichteten Gesprächen mit aggressiven Formen der Entlastung verbunden gewesen.

### **(a) Erstgespräche mit DauerklientInnen aus der psychiatrischen Klientel, mit denen es Regeln zur Nutzung des BKD gibt, die den KlientInnen bekannt sind und meist auch von ihnen akzeptiert werden**

Bei den Erstgesprächen *Fall FMA1\_Depressiv* und *Fall FMA2\_Schwierigkeiten in der Wohngruppe* handelte es sich um Gespräche mit KlientInnen aus der Gruppe Geistig behinderter Menschen, die ebenfalls eine Zielgruppe des BKD darstellen. Beide KlientInnen gehörten überdies zur Gruppe von KlientInnen mit chronischen psychischen Erkrankungen. Sie seien beide den BeraterInnen bekannt und das Vorgehen bei Gesprächen mit ihnen geregelt. Die KlientInnen akzeptierten dies auch. Das Gespräch *Fall FMA1\_Depressiv* wird als typischer Vertreter dieser Gruppe von Erstgesprächen und ausführlich erinnert in Anlage 5c ausführlich vorgestellt. Die Erinnerung an das Gespräch ist insofern entscheidend für die Auswahl, weil bei einigen anderen Berichten über Gespräche mit DauerklientInnen die BeraterInnen ein einziges kaum aus ihrem Erinnerungsfluss extrahieren konnten. I .d. R. vermischten sich Erinnerungen an einzelne Gespräche zu einer Typisierung.

#### *Fall\_FMA1\_Depressiv*

Die Klientin ruft an. FMA1 erkennt. Die Klientin sei chronisch psychisch krank und auch geistig behindert. FMA1 meint, die Klientin wäre zwischen dreißig und vierzig. Sie lebe ein Leben lang in Einrichtungen, wäre aber vor kurzem in eigene Wohnung gezogen. Dieser einschneidende Umbruch ist z. Z. Thema der Gespräche. Da die Klientin von einer Einzelfallhelferin betreut würde



und auch in einem tagesstrukturierenden Angebot verankert sei, beschränke sich die Aufgabe des BKD auf die augenblickliche Entlastung für den Resttag.

Die Entlastung habe sich notwendig gemacht, weil die Klientin einen hohen Leistungsanspruch an sich habe, dem sie selbst niemals gerecht werden könne. Da sie dazu neige, sich ein riesiges Hilfesystem aufzubauen, sei jeder Kontakt auf fünf bis zehn Minuten beschränkt worden. Das beschriebene Gespräch habe die augenblickliche Unzufriedenheit, Unruhe und Depression zum Thema gehabt. FMA1 erzählt, dass sie ihr zugehört und entlastet habe. Sie habe die Gefühle der Klientin bestätigt und versucht gleichzeitig zu zeigen, was diese gut mache. Eine aktive Unterstützung in ihrem Leistungsanspruch dagegen habe FMA1 als "kontraindiziert" eingeschätzt. Es sei gut gelungen, die Klientin zu begrenzen, da diese fein wahrnehme, wann die Beraterin das Gespräch beenden wolle. Sie sei darauf eingegangen, und das Gespräch könne, wie mit ihr vereinbart, beendet werden.

#### *Fall\_FMA2\_Schwierigkeiten in der Wohngruppe*

Die Klientin aus dem geistig behinderten Bereich sei am Wochenende zu einem persönlichen Gespräch in den BKD gekommen. FMA2 habe sie hereingebeten. Die Klientin habe ihren Namen genannt, und KollegInnen des Beraters hätten die Klientin als Dauerklientin erkannt. FMA2 habe sich noch vor dem Gespräch in der Dokumentation zu Dauerklienten über die Klientin informiert. Sie käme in regelmäßigen Abständen zu Gesprächen, wohne in einer Wohngruppe und sei gut im psychosozialen Netz verortet. Die Gespräche, so habe die Übereinkunft der BeraterInnen gelautet, sollten sich deshalb auf die Entlastung und Unterstützung der "Resttagesgestaltung" begrenzen. Mit diesem Wissen sei FMA2 in das kurze, zwanzig- bis fünfundzwanzigminütige Gespräch gegangen. Das Gespräch habe mit Fragen zur augenblicklichen Situation begonnen, die auch der Abklärung gedient hätten, ob vielleicht nicht eine über das übliche Anliegen hinausgehende psychosoziale bzw. psychiatrische Krise vorliegen würde. Dabei sei deutlich geworden, dass die Klientin etwas loswerden wollte. Sie habe Schwierigkeiten mit ihrer Wohnbetreuerin gehabt. Sie habe von diesen erzählt und die Bestätigung für ihre Sicht durch FMA2 gewollt. Darüber hinausgehender Handlungsbedarf habe nicht bestanden. Der Klientin sei klar gewesen, dass eigentlich alles bzgl. ihres Umzuges schon geregelt gewesen sei. So sei das Gespräch mit einer kleinen Unterstützung bei der Organisation des heutigen Tages durch Fragen dazu zu Ende gegangen.

Die beiden Gespräche sind sich hinsichtlich der KlientInnenbeschreibung so ähnlich, dass einerseits vermutet werden könnte, dass es sich hier um die gleiche Klientin in zwei Gesprächen handelt. Andererseits betonten die BeraterInnen, dass die DauerklientInnen sich sehr ähnelten, so dass eine eindeutige Identifizierung oft schwer falle. Auch das folgende Gespräch *Fall FMA3\_Muttertag* ist ähnlich gelagert, auch wenn eine geistige Behinderung nicht explizit erwähnt wird und es ein persönliches Gespräch gewesen sei.

#### *Fall FMA3\_Muttertag*

Die Klientin habe sich mit Namen gemeldet. FMA3 habe sie auch sofort als Dauerklientin aus der Psychiatrischen Klientel erkannt und ihr dies auch gesagt. Sie sei ins psychosoziale Netz eingebunden. Da sie beim BKD als Dauerklientin registriert sei, auch FMA3 habe bereits mehrmals mit ihr gesprochen, gäbe es einheitliche Vereinbarungen für die Gesprächsführung. Die Gespräche würden zeitlich auf zehn bis fünfzehn Minuten begrenzt und sich alleinig auf das aktuelle Tagesgeschehen konzentrieren. Die Klientin kenne diese Vereinbarungen.

Die Klientin habe sofort begonnen zu jammern. Sie wisse nicht, was sie tun solle. Solle sie zum Muttertag ihre Mutter und Familie besuchen oder nicht? FMA3 habe sich zunächst den Sachverhalt schildern lassen und vorsichtig nachgefragt. Dann habe er sehr strukturiert versucht, Hilfe bei der Entscheidungsfindung zu geben, Alternativen und Konsequenzen aufgezeigt. Die Entscheidung jedoch habe die die Klientin allein treffen sollen. Die Klientin habe sich mit Hilfe nicht entscheiden können. Zunehmend sei sie maulig und deprimiert geworden.

Nach ca. zehn Minuten habe FMA3 das Gespräch restriktiv beendet, was die Klientin akzeptiert habe und sich sogar bedanke.

Das folgende Gespräch (*FMA4\_Gewaltphantasien*) habe sich auf das anfängliche Anhören der Wahnideen des Klienten, das energische Unterbrechen und Verweisen auf die Alltagsrealität des Klienten beschränkt, was dem Klienten gut getan hätte.

*Fall FMA4\_Gewaltphantasien*

Der junge chronisch schizophrene Mann sei ein bekannter Dauerklient und rufe fast jeden Abend im BKD an. Er wohne in einer betreuten Wohneinrichtung. Gewaltphantasien und Verfolgungsängste würden die Gespräche mit ihm bestimmen. Die BeraterInnen im BKD würden seine Not spüren. Es sei möglich mit ihm Entlastungsgesprächen für 5 – 10 Minuten zu führen. Dann bleibe es auch bei einem Gespräch pro Abend.

FMA4 kenne den Klienten gut, so dass in die Rekonstruktion des Gespräches seine Erfahrungen und die seiner Kollegen einfließen. So entsteht eher ein „Durchschnittsgespräch“ als ein konkretes.

Der Klient habe sich am Telefon gemeldet. FMA4 habe ihn sofort erkannt, daraufhin angesprochen und auf seine Geschichten verwiesen. Es sei zunächst kein Kontakt zu dem Klienten entstanden. Dieser habe begonnen, seine Wahnideen zu erzählen, denen FMA4 zunächst zuhört. Er sei jedoch nicht auf die Wahnideen eingegangen, sondern hätte sich von diesen abgegrenzt und habe versucht, den Bezug zur Alltagsrealität des Klienten (WG und Betreuer) wieder herzustellen. Darüber sei er mit dem Klienten in Kontakt gekommen. Der Klient habe das Gespräch nun selbst beendet.

FMA4 habe über alle Gespräche hin den Eindruck gewonnen, dass diese dem Klienten nützten.

**(b) Erstgespräche mit KlientInnen, die keine Regelungen zur Gesprächsgestaltung akzeptieren**

Das berichtete Erstgespräch (*Fall FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?*) ist insofern ein Sonderfall unter den berichteten Gesprächen mit DauerklientInnen aus der psychiatrischen Klientel, da die Beraterin vom gewöhnlichen Vorgehen, das unter den MitarbeiterInnen für diesen Dauerklienten vereinbart ist, abgewichen sei. FMA1 habe das Gespräch über eine kurze Entlastung hinaus erweitert. Vordergründig sei bei ihr das Gefühl entstanden, dass dies dem Klienten gut getan hätte, vielleicht sogar für einen längeren Zeitraum. Die veränderte Gesprächsführung sei nicht erfolgreich gewesen.

*Fall\_FMA1\_Telefon\_Sind sie noch da?*

Ein Klient habe angerufen, und FMA1 habe ihn als Dauerklienten erkannt. Dieser nerve gewöhnlich die BeraterInnen durch die ständige Nachfrage "Ja!?" oder "Sind sie noch da?". Er werde i. d. R. sehr schnell unterbrochen. Er reagiere auf diese Unterbrechungen verbal aggressiv und das Gespräch würde dann abgebrochen.

Das geschilderte Gespräch habe jedoch einen anderen Verlauf genommen. FMA1 schätzte ein, dass sie vielleicht an diesem Tag "gute Laune" hätte und deshalb den Klienten nicht sofort unterbrochen hätte. Sie habe ihn erzählen lassen. Seine traurige Lebensgeschichte, die er, wie er gesagt habe, loswerden wollte, habe sie berührt. Der Klient sei dankbar für die Aufmerksamkeit und die Zeit gewesen, die sie ihm gewidmet habe. Am Ende des Gespräches sei er in der Lage gewesen, vorsichtige Deutungen von FMA1 zu seiner Lebensgeschichte anzunehmen. Er habe auch die Beendigung des Gespräches nach ca. einer Stunde akzeptiert.

Die Entlastung des Klienten sei leider nur sehr (!) kurzfristig möglich gewesen. Bereits nach zehn Minuten habe er wieder angerufen. Er habe eigentlich nicht mit FMA1 sprechen wollen, sei aber aufgrund einer Telefonumstellung von einem anderen Standort (wegen eines Notfalleinsatzes) wieder bei ihr "gelandet". Nachdem er zunächst leugnet habe, mit ihr gesprochen zu haben, konnte er sich jedoch letztlich entschuldigen und legte auf.

In den folgenden vier Gesprächen (*Fall FMA1\_Ansprüchlicher Mann*, *Fall FMA2\_Singen am Telefon* und *Fall FMA4\_Frau aus der Pampa*) wird die Verbindung von Aggressionen und

der Unmöglichkeit, Regelungen für Gespräche zu vereinbaren, deutlich. Die ausschließliche aggressive Beziehungsgestaltung der KlientInnen verhindere, eine wie auch immer geartete Begrenzung zu akzeptieren. Die verbalen Aggressionen seien für die BeraterInnen nur bedingt ertragbar. Der Wunsch nach Entlastung in nicht ertragbarer Form wäre unstillbar. Die berichteten Gespräche sind nur eine Momentaufnahme einer sich wiederholenden Kommunikation.

*Fall\_FMA1\_Ansprüchlicher Mann*

Der Klient ist ein der Beraterin bekannter Dauerklient. Der Mann ruft in der Nacht an. Er erzählt zunächst weich und einschmeichelnd. Nachfragen der Beraterin lässt er nicht zu, da er nach Aussage der Beraterin, keinen Einfluss dieser zulassen möchte. Er möchte das Gespräch kontrollieren, worauf die Beraterin sich nicht einlässt. Darauf reagiert er mit Beschimpfungen, Kritik und Abwertung der Beraterin. Die Beraterin blockt das Gespräch relativ schnell ab (nach ca. 5 min), sagt, dass dies hier keinen Sinn machen würde. Dann kündigt sie an, dass sie das Gespräch nicht weiter führen würde und legt den Hörer auf.

*Fall\_FMA2\_Singen am Telefon*

Der Klient rufe an und beginne zu singen, ohne sich vorzustellen und ohne zu reden. Der Berater erkenne ihn als Dauerklienten und wisse, wie diese Anrufe gewöhnlich verlaufen. Der Klient habe aggressiv und entwertend nach einem bestimmten Berater gefragt. Er sei immer alkoholisiert. Dann habe er begonnen, FMA2 zu beschimpfen. Die BeraterInnen am BKD hätten für diesen Klienten ein einheitliches Vorgehen vereinbart. Dem Klienten würde kein Gesprächsangebot mehr gemacht und das Gespräch umgehend beendet, was FMA2 auch getan hätte.

*Fall\_FMA4\_Frau aus der Pampa*

Die Klientin sei eine bekannte Dauerklientin. Sie rufe öfter an, so dass es FMA4 schwer falle, sich an ein konkretes Gespräch zu erinnern. In die Rekonstruktion seines ersten Gespräches mit der Klientin fließen Erfahrungen folgender eigener Gespräche wie Erfahrungen von KollegInnen ein. Die Klientin habe bevor FMA4 mit ihr zum ersten Mal gesprochen habe, schon mehrmals angerufen. Damit sei ihr Profil als Dauerklientin bereits bekannt gewesen. Sie rufe aus Westdeutschland an, wahre strikt ihre Anonymität und sei zu keinen Vereinbarungen bereit. Oft werde sie aggressiv und rufe mehrmals pro Abend an. Dabei nutze sie alle Regionen des BKD. Damals habe die Klientin das Gespräch mit einer Frage nach dem Motto „Sind sie Psychologe?“ (Fall FMA4\_Frau aus der Pampa, Zeile 5 – 6) begonnen. Doch sie sei nicht an den Antworten des Beraters interessiert gewesen. Vielmehr habe sie alles besser gewusst und sich über die Qualität früherer Gespräche mit MitarbeiterInnen des BKD ausgelassen. Sie habe aber auch von ihren Problemen erzählt. Darauf sei FMA4 eingegangen, um die konkrete Situation dieses Abends einschätzen zu können. FMA4 habe die Klientin bald damit konfrontiert, dass er sie als Dauerklientin erkannt habe. Auch habe er sich gegen die Entwertungen seiner KollegInnen verwehrt. Stattdessen habe er ihr vorge schlagen, sich gemeinsam anzusehen, wie Gespräche mit BeraterInnen für die Klientin hilfreich seien könnten. Dabei habe er mögliche Beziehungsangebote durch den BKD thematisiert. Die Klientin habe dies abgelehnt und begonnen zu schimpfen und wütend das Gespräch beendet.

*Fall FMA4\_Klinikgeschädigt*

Der Klient ist ein bekannter Dauerklient, der öfter anruft und hin und wieder auch vorbeikommt. Er ist Psychotiker und geht davon aus, dass ihn Klinik und Psychopharmaka kaputt machen. Dabei sind diese Gedanken konkretistisch und psychotisch gefärbt.

Die Gespräche mit ihm sind sehr kurz, denn er wird *leicht pampig* (Fall FMA4\_Klinikgeschädigt, Zeile 11). So brechen alle BeraterInnen das Gespräch schnell wieder ab. Oft ruft er an einem Abend mehrmals an. Diese weiteren Gespräche werden bei Erkennen des Klienten sofort abgebrochen.

**(c) KlientInnen, mit denen nach einer langen Zeit der Nutzung des BKD ohne Akzeptanz von Regeln für die Gesprächsgestaltung möglich würde, Regeln zu akzeptieren**

Das von FMA2 berichtete Erstgespräch (*Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin*) fällt unter den berichteten Gesprächen mit DauerklientInnen auf. Die Klientin sei entgegen zu der sonstigen telefonischen Kontaktaufnahme, persönlich zum Gespräch in den BKD gekommen. Ihr Gesprächsinteresse schien über den Wunsch nach einer kurzfristigen Entlastung hinauszudeuten. Im Erstgespräch sei es ihm gelungen, die KlientIn zu entlasten und im Kontakt zu halten (Folgegespräche zu vereinbaren), insofern sei es für ihn erfolgreich gewesen. Aber es sei ihm auch über 10 Folgegespräche nicht gelungen, die KlientIn von einem weiterreichenden Therapieangebot zu überzeugen. Auch ob die Dauernutzung des BKD eingeschränkt worden sei und auf ihn als Berater zu konzentrieren, wie es vom BKD angestrebt werde, sei ungewiss geblieben.

*Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin*

Die Klientin kommt zum persönlichen Gespräch in den BKD. Sie habe zunächst vordergründig wissen wollen, ob ihr Freund, mit dem es Beziehungsprobleme gäbe, wirklich im Krisendienst gewesen sei. FMA2 habe dies natürlich unter Verweis auf die zugesicherte Anonymität abgelehnt. Es habe sich herausgestellt, dass die Klientin dies wisse, da sie häufige telefonische Nutzerin sei und auch schon persönliche Einmalkontakte zustande gekommen seien. Sie habe ihr Pseudonym preisgegeben.

Die Klientin habe zu Anfang geweint. FMA2 habe sie getröstet. Darüber habe sich zunächst das Gespräch über ihrer Freund und ihre Probleme mit ihm entsponnen. Für FMA2 sei ein großer Wunsch nach Entlastung bei gleichzeitigen Misstrauen gegen die Helferszene deutlich geworden. Zunehmend seien auch andere Probleme in den Fokus der Beratung gerückt, so dass die Klientin Probleme in ihrem Medizinstudium und bei ihrer Arbeit auf einer Borderlinerstation (!) als Nachtwache habe. Über die Nachfragen des Beraters zur Entstehungsgeschichte ihrer Störung sei deutlich geworden, dass die Patientin stationäre Aufenthalte und eine Therapie bereits hinter sich gehabt habe.

Letztlich sei das Beziehungsproblem in der Beratung dominierend geblieben, so dass FMA2 vorgeschlagen habe, den Partner der Klientin zu einem Folgegespräch mitzubringen. Dies akzeptiert die Klientin und das Gespräch endet nach ca. einer Stunde. Die Klientin sei zu ca. 10 Folgegesprächen gekommen. Ihr Partner sei jedoch nur bei dem zweiten Gespräch dabei gewesen. Nach den Gesprächen wäre es möglich gewesen, dass die KlientIn sich erst in ca. einem halben Jahr wieder bei FMA2 direkt meldete. Jedoch hätte die KlientIn Therapievorschlüsse abgelehnt.

Sichtbar wird, dass die Wünsche der Klientin zumindest ansatzweise über eine kurzfristige Entlastung hinausgegangen seien. Hier wird also ein Erstgespräch beschrieben, das den fließenden Übergang zwischen den KlientInnengruppen der Psychiatrischen Klientel und Menschen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen sichtbar macht, denn die Gruppengrenzen sind notwendigerweise unscharf.

## Anlage 4d: Deskriptionen von Erstgesprächen mit KlientInnen in suizidalen Krisen

BeraterInnen berichteten vier Gespräche mit suizidalen KlientInnen. In einem Gespräch (*Fall FMA3\_Frau im Hotel*) sieht der Berater die Klientin gleichzeitig in einer akuten psychosozialen Krise. Dieser Zuordnung wird gefolgt, obwohl die Klientinnenbeschreibung auch eine Chronifizierung wahrscheinlich erscheinen ließe. An dieser Stelle wird wiederum deutlich, dass die Zuordnung zu KlientInnengruppen notwendigerweise unscharf ist. Die drei anderen Gespräche hätten mit bereits chronifizierten KlientInnen stattgefunden.

### (a) KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung und suizidalen Krisen

Das berichtete telefonische Erstgespräch *Fall FMA3\_Frau im Hotel* sei vom Berater FMA3 hinsichtlich Suizidalität und Beziehungserhalt als so fragil erlebt worden, dass er noch in der gleichen Nacht die Möglichkeit eines Außeneinsatzes nutzt, in dessen Ergebnis die KlientIn in eine stationäre Krisenstation geht.

#### *Fall\_FMA3\_Frau im Hotel*

Ein Mitarbeiter der Telefonseelsorge habe FMA3 gebeten, eine Frau anzurufen, mit der er eben gesprochen hätte. Er sei sich nicht sicher, inwieweit bei dieser Klientin ein psychiatrischer Hintergrund und akute Suizidalität vorlägen. Mit der Klientin hätte er vereinbart, dass der Berliner Krisendienst sich bei ihr melden würde.

FMA3 habe vom Mitarbeiter der Telefonseelsorge erste Informationen und die Telefonnummer der Frau bekommen. Die Frau aus einem osteuropäischen Land sei aus einer Stadt in Westdeutschland, wohne aber seit Tagen (Wochen?) in einem Hotel in Berlin. Ihren Wohnort habe sie nach Problemen mit ihrem Partner (verbunden auch mit körperlicher Gewalt) verlassen. Sie wirke etwas desorientiert, habe seit Tagen nicht geschlafen, Alkohol getrunken und auch Medikamente genommen.

Mit diesen Informationen versehen, habe FMA3 bei der Klientin angerufen. Zunächst habe er sich und seine Hintergrund (BKD) vorgestellt. Die Klientin sei bereit gewesen, mit ihm zu reden und habe begonnen zu weinen. Durch vorsichtiges Fragen zu ihrer augenblicklichen Situation habe FMA3 versucht, das Gespräch in Gang zu bringen und mit der Klientin in Kontakt zu kommen. Die Klientin habe von ihrem Aufenthalt im Hotel und ihrer Verfasstheit erzählt. FMA3 habe in dieser Phase des Gespräches vermutete Suizidalität und psychiatrischen Hintergrund bewusst nicht angesprochen. Erst als er das Gefühl gehabt hätte, es bestehe Vertrauen auf Seiten der Klientin, habe er nach Suizidabsichten gefragt. Die Klientin sei desorientiert in der Zeit gewesen, durch ständige Anrufe ihres Partners nicht zur Ruhe gekommen. Sie hätte Alkohol getrunken und Tabletten eingenommen, ohne dass sie darüber genaue Angaben machen können.

FMA3 habe sich entschieden, dass eine wirklich gute Einschätzung durch ein Telefongespräch nicht zu treffen sei. Er habe ein persönliches Gespräch im Hotel für notwendig gehalten und dies der Klientin angeboten. Die Klientin habe eingewilligt und auch zugestimmt, dass FMA3 einen Kollegen mitbrächte.

Das Gespräch habe ca. zehn Minuten gedauert. Er habe noch angedeutet, dass die Klientin vielleicht einen temporären Schutzraum, wie die Stationäre Krisenstation, benötige. Auch habe er sie gebeten, keine Anrufe ihres Partners anzunehmen, um etwas zur Ruhe zu kommen. Es habe ganz im Zeichen der Kontaktherstellung und –erhalts vor dem Hintergrund der emotionalen Entlastung der Klientin gestanden. Dem telefonischen Erstgespräch habe sich das persönliche Gespräch im Hotel in der gleichen Nacht angeschlossen. Im Ergebnis hätten die Klientin, FMA3 und der begleitende Kollege sich für einen Aufenthalt der Klientin auf der Krisenstation entschieden und sie dahin begleitet.

## **(b) KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen und suizidalen Krisen**

Im folgenden Erstgespräch *Fall FMA1\_Suizidaler Mann* sei es der BeraterIn FMA1 nicht gelungen, mit dem Klienten über das Erstgespräch hinaus in Beziehung zu bleiben. Auch habe der junge Mann Alternativen, wie die Aufnahme in die stationäre Krisenstation abgelehnt. Da die Selbstgefährdung jedoch nicht als so akut eingeschätzt wurde, dass eine Zwangseinweisung<sup>57</sup> in Erwägung gezogen werden müsste, habe FMA1 die Entscheidung des Klienten akzeptiert.

### *Fall\_FMA1\_Suizidaler Mann*

Ein junger suizidaler Mann sei von seinen Freunden (einem Pärchen) in den KD gebracht worden. Seine Freunde wären wahrscheinlich (?) beim Gespräch dabei gewesen.

Der Klient hätte Schulden und große Probleme auf dem Arbeitsmarkt gehabt. FMA1 sei sehr schnell zu der Einschätzung gekommen, dass eine akute Suizidgefährdung vorliege. Ihr erster Fokus habe zunächst darauf gezielt, den jungen Mann zu überzeugen, in die Klinik zu gehen. Darauf habe sich der Klient auf keinen Fall einlassen wollen, was FMA1 akzeptiert habe

Der junge Mann sei dem Angebot, über seine Suizidabsichten zu reden, zunächst gefolgt. Aber im Versuch, ihn zu überzeugen weitere Hilfe zu suchen, Verantwortlichkeiten zu finden, die ihn ans Leben binden, sei FMA1 gescheitert. Er habe Folgegespräche und Behandlung (Therapieangebot?) abgelehnt. Seine Freunde würden sich weiter um ihn kümmern. Dabei gehe die Aktivität von ihnen und nicht vom Klienten aus.

Im berichteten Erstgespräch *Fall FMA2\_Tabletten am Telefon* sei die Grenze zum psychiatrischen Notfall, im Gegensatz zum vorangegangenen Bericht, überschritten worden, und FMA2 habe das Notwendige eingeleitet.

### *Fall\_FMA2\_Tabletten am Telefon*

Eine ältere Frau habe abends beim BKD angerufen. Der Berater sei aufgrund eines Noteinsatzes seiner KollegInnen allein gewesen. Die Klientin sei am Telefon schwer zu verstehen gewesen, und FMA2 habe öfters nachfragen müssen. Die Klientin habe von ihrer schwierigen Lebenssituation erzählt. Sie habe gemeint, dass sie sich bei FMA2 aufgehoben fühle. Relativ schnell habe sie gesagt, dass sie vorhabe, sich umzubringen. Sie habe schon Tabletten gesammelt. Bevor der Berater wirklich etwas sagen können, habe er gehört, wie die Klientin die Tabletten eingenommen habe.

FMA2 habe die Klientin darauf hin gefragt, ob sie meine, er würde bei ihrem Selbstmordversuch tatenlos bleiben. Er habe seine Gesprächsführung konsequent an dieser Stelle geändert und versucht, die Adresse und Telefonnummer der Klientin zu erfahren. Dies sei ihm gelungen. Daraufhin habe er der Klientin mitgeteilt, dass er die Polizei informieren würde. Er hätte die Klientin gern im Gespräch gehalten, habe jedoch aufgrund der Ausnahmesituation (allein im Standort), sich entschieden aufzulegen und das Notwendige zu veranlassen. Die Polizei sei gerade noch rechtzeitig bei der Klientin gewesen und habe sie ins Krankenhaus gebracht. Dies habe er durch die Rückmeldung der Polizisten erfahren.

Das berichtete Erstgespräch *Fall FMA4\_Florettfechten* wurde für die ausführliche Deskription in Anlage 5d ausgewählt, weil in ihm zum einen Schwierigkeiten und das besondere Bemühen des Beraters um den Beziehungserhalt gut nachvollziehbar dargestellt wurden.

---

<sup>57</sup> Für die stationär-psychiatrische Behandlung in bedrohlichen Krisensituationen, v. a. wenn die Behandlung zum Schutz des Betroffenen vor auto- oder fremd aggressiven Impulsen geht, sind die stationären Abteilungen bzw. Fachkrankenhäuser zuständig, die in Deutschland mit den Hoheitsrechten der Unterbringung nach Landesgesetzen (PsychKG) bzw. BGB (Betreuungsgesetz, BetrG) belien sind.

*Fall\_FMA4\_Florettfechten*

Eine junge Frau (26. J., Studentin) sei zu einem persönlichen Gespräch in der Krisendienst gekommen. Sie habe bereits zwei Suizidversuche in jahrelangen Abstand, die relativ unbemerkt geblieben sein, hinter sich, berichtete FMA1. Zum Gespräch sei sie wegen einer Trennungsgeschichte und damit wieder erwachter Suizidabsicht gekommen. Sie habe ihre Lebensgeschichte erzählt, wobei ein großes Misstrauen zur *Helferszene* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 141) deutlich wurde. FMA4 habe den Eindruck gewonnen, *ein falsches Wort und sie haut beleidigt ab* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 132 - 134). Am besten sei das Arrangement des Gespräches durch die Metapher des *Florettfechtens* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 21) zu beschreiben.

Nach Aussage von FMA4 habe es die Klientin vordergründig darauf angelegt, in die stationäre Kriseninterventionsstation gebracht zu werden. Über den vordergründigen Fokus der gewünschten Klinikeinweisung habe die Klientin *testen wollen* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 192), ob eine vertrauensvolle Beziehung zu FMA4 möglich sein könnte. Einerseits sei der Wunsch, die Verantwortung für ihr Handeln abzugeben, für FMA4 deutlich geworden. Andererseits habe die Klientin in der folgenden Woche unverschiebbare Prüfungen zu absolvieren gehabt. So habe FMA4 letztlich den Eindruck gewonnen, dass eine Einweisung auf die Krisenstation für die Klientin nur bedingt eine Entlastung gewesen wäre, weil sie mit dem Gefühl der Klientin einhergegangen wäre, wieder *was nicht gepackt* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 58) zu haben. Von dieser Verantwortung habe sich die Klientin dadurch ausweichen wollen, indem diese FMA4 tragen sollte. FMA4 habe die Verantwortung in die Krisenstation bei der Klientin gelassen (keine Empfehlung seinerseits). Das Vertrauen von FMA4 in die Klientin scheint diese zu stärken und auch zu ermöglichen, dass sie in Beziehung zu FMA4 bleibt.

FMA4 habe aber auch die Suizidabsichten der Klientin ernst genommen. Er habe sich um die fragile Beziehung zur Klientin Sorgen gemacht, vor allem wenn das Erstgespräch vorüber gewesen sein würde. Daraufhin habe er der Klientin einen Stein (als Übergangsobjekt) angeboten, damit sie sich an das Gespräch erinnern könne. Diesen hätte er ihr aber nur geliehen. Damit sei die Klientin einverstanden gewesen.

Zur Bewältigung der Krise habe FMA4 der Klientin Folgegespräche angeboten. Wegen der ernstzunehmenden Suizidgefährdung habe man das erste bereits für den nächsten Tag vereinbart. Die Klientin habe das Angebot von FMA4 annehmen können und sei zu drei - vier Folgegesprächen gekommen. Den Stein (das Übergangsobjekt) habe sie nach Ende der Krisenintervention noch ca. ein halbes Jahr behalten und dann per Post mit einer netten Karte zurückgeschickt. Inzwischen habe sie eine Therapie begonnen.

## **Anlage 5: Textnahe (Re)Konstruktion von ausgewählten Erstgesprächen**

### **Anlage 5a: Fall FMA1\_Studentin als Beispiel für ein Erstgespräch mit einer Klientin einer akuten Krise ohne Chronifizierung**

Eine junge Studentin (Anfang 20) sei nach telefonischer Ankündigung und Vermittlung an die festangestellte Krisenberaterin FMA1 in den Berliner Krisendienst gekommen.

„... die hat doch vorher angerufen und ist dann auch an mich verwiesen worden ...“ (Fall FMA1, Zeile 17 – 18)

Sie sei von FMA1 am Eingang empfangen worden, da sie die Klientin erwartet habe, und sie sogleich ins Beratungszimmer geführt worden.

„... ich hab' das auch gewusst und dann ähm in den Raum gebeten ...“ (Fall FMA1, Zeile 19)

Das Gespräch habe mit der Schilderung des Anliegens der Klientin begonnen. Sie habe von ihrer Furcht, magersüchtig zu werden, berichtet.

„sie kam eben - also sie hat - ich glaube sie hat auch relativ schnell am Anfang gesagt, dass sie - äh, äh - wegen ihres Essens da -äh, äh- Angst, dass sie da Magersucht entwickeln könnte“ (Fall\_FMA1\_Studentin; Zeile 33 - 36)

Die Furcht vor einer Magersucht sei durch die Trennung von der Freundin entstanden, die für die Klientin eigentliches Problem und Ursache der entwickelten Furcht gesehen werden würde. Alle weiteren Themen kreisten letztlich um die Trennung von der Freundin und ihre Folgen.

„Äh, dass das ihr Anliegen ist und dann ging's - des das - den Großteil des Gesprächs um ihre Situation aktuelle, ihre Beziehung, also beziehungsweise ihre Nichtmehr-Beziehung und äh das sie da ausziehen will und <--> weiß nicht mehr, was sie alles erzählt hat, aber jedenfalls wurde dann im Laufe des Gesprächs deutlich, weil sie ja eigentlich wegen des Essens ähm ansprach ...“ (Fall\_FMA1\_Studentin; Zeile 36 -42)

Dabei habe zunächst Bestätigung für ihre Vermutung gesucht, dass ihre Probleme mit der Trennung zusammenhängen, und andere Menschen das Verhalten ihrer Freundin ähnlich empfinden würden wie sie selbst (*zu merken, andere finden das auch*).

„Und es war so, die erzählt es aber immer noch so so ernsthaft sich damit auseinandersetzend. Ähm, und <--> äh, ja unglaublich, die hat es dann ganz gut getan irgendwie zu merken, andere finden das auch eher äh dreist.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 148 – 151)

FMA1 habe die Sicht der Klientin auf ihre Freundin geteilt und sie damit bestätigt (*die Freundin ... teilweise demotivierend und verschämt*).

„Also die hat ja immer - die Freundin hat - die tat das auch ganz schön- die Dinger rein äh, äh sozusagen also teilweise unverschämt und sehr demotivierend ...“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 45 – 47)



Gleichzeitig sei bei der Klientin aber schon der Wunsch spürbar gewesen, sich mit den Ursachen ihrer Krise auseinanderzusetzen und diese zu verstehen (*ernsthafte sich damit auseinandersetzend*). FMA1 hätte wie folgt reagiert: Zunächst habe sie *nachgefragt*, um zu *verstehen*.

„Warum jemand da ist. und bei - und stell dann Nachfragen, wenn ich was hab oder nicht verstehe ...“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 119 – 120)

Nachfragen hätten auch dazu gedient, herauszufinden, ob die Essstörung i. S. einer psychischen Störung (*ob sie schon immer so reagiert hat*) vorliege:

„für mich auch zu klären, ob sie da tatsächlich – also gibt es da Hinweise ähm von Körperbild, von weiß ich was allem, ähm. dass sie äh da ne Kandidatin is und auch ob sie schon vorher und ob sie immer so reagiert hat, wie auch immer. (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 127 – 131)

Erst als sich FMA1 sicher gewesen sei, dass die Essstörung im Zusammenhang mit der Trennungskrise entstanden sei (*sie isst eigentlich ganz gerne und sonst war so gar nichts Magersüchtiges an ihr* (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 133 – 134), sei sie über Nachfragen hinausgegangen und habe erste eine *Deutung* versucht (*zuviel introjiziert*):

„dann irgendwann das so ihr widergespiegelt hab' oder gedeutet hab', dass sie ähm zuviel introjiziert, also dass sie zuviel aufnimmt.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 43 -45)  
„... das erstmal aufnimmt und für sich überlegt und an nicht schlechtes glaubt so, so ungefähr. Und hatte einfach zuviel - im wahrsten Sinne - zuviel gefressen und auch auf psychosomatischen Wege sozusagen sich dann versperrt.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 48 – 52)

Hier habe FMA1 erste eigene Sichtweisen über Konfrontationen<sup>58</sup> Klarifizierungen<sup>59</sup> und Deutungen<sup>60</sup> als aktive Intervention in die Situationsklärung eingebracht. Die KlientIn habe Sichtweise der BeraterIn auf ihre mit der Krise verbundenen Essstörung folgen können.

„Und das machte ihr auch Sinn ...“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 52 – 53)

Das Gespräch habe sich nun Lebensumständen der Klientin zugewandt. Die Klientin habe *motiviert, strukturiert* und *interessiert* von ihrem Studium erzählt.

„wenn sie über ihr Studium gesprochen hat, ähm das auch ganz motiviert und strukturiert und interessiert klang ...“ Fall FMA1\_Studentin, Zeile 70 – 71)

Sie habe für sich eingeschätzt, dass sie bereits vor der Trennung (*nicht nur durch die Trennung*) ihr Studium habe *schleifen lassen*, um sich ihrer Freundin anzupassen:

---

<sup>58</sup> Ich beziehe mich hier auf Konstrukte aus psychoanalytischem Kontext. Die KrisenberaterIn konfrontiert die KlientIn mit dem Inhalt des Gesagten oder auf die Art und Weise, wie es gesagt wird, aber auch mit Schweigen oder gelegentlich mit einer Körperhaltung. Dieses Aufmerksammachen wird im psychoanalytischen Kontext Konfrontation genannt. Indem die KrisenberaterIn die KlientIn aufmerksam macht zeigt sie ihr, das was für die KlientIn selbstverständlich oder unwichtig ist oder was sie nicht bemerkt, ins Gespräch kommen soll. Konfrontationen haben meist das Ziel eine Deutung vorzubereiten.

<sup>59</sup> Man spricht vom Klarifizieren, wenn etwas Bewusstes klarer gemacht werden soll, also z. B. Informationen, über die die KlientIn bereits verfügt, in einen anderen Zusammenhang gebracht werden, der ihre Bedeutung verändert. Der Übergang vom Klarifizieren zum Deuten ist dabei fließend. An eine Klärung kann sich wieder eine Deutung anschließen.

<sup>60</sup> Deutungen verknüpfen Informationen. Sie können einen neuen Zusammenhang zwischen bekannte Informationen, dann überschneiden sie Deutung und Klarifizieren. Durch eine Deutung könnte die KrisenberaterIn die KlientIn anregen, aus mehreren bekannten Informationen auf eine Unbekannte zu schließen, im psychoanalytischen Sinn also auf Vorbewusstes oder Unbewusstes.

„Nicht nur durch die Trennung sondern auch vorher. Also diese Freundin war wohl son 'ne Partylöwin äh, die wohnen zu dritt - die andere Mitbewohnerin wohl auch. Und die Klientin war sich eigentlich klar, dass sie da dazu nicht gehört, dass das eigentlich gar nicht ihr Interesse ist und ihr Ding ist ähm, aber dass da sie nur die beiden Freundinnen kennt und hat hier in Berlin hat sie dann versucht sich ein bisschen anzupassen und ist dann auch immer auf irgendwelche Partys und was nicht ging, abgedriftet. und hat ihr Studium einfach schleifen lassen. [I: Hm.] Also, so, einfach so etwas orientierungslos, etwas düpiert, etwas einsam und dann ein bisschen auf Abwege geraten.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 80 – 91)

Die Klientin sei *wohl auf Abwege geraten*, habe aber auf FMA1 ansonsten einen *stabilen Eindruck* gemacht. Dies könnte dahingehend verstanden werden, dass noch keine Chronifizierung vorgelegen hätte. Mit der Überwindung der Trennungskrise würde somit auch wieder ihr Studium besser gelingen (*zu sich zurückkommen*).

„Machte aber ansonsten auf mich einen ganz stabilen Eindruck. Was ich ihr auch gesagt. Ich fand, sie hat eine Seitenweg eingeschlagen und muss wieder zu sich zurückkommen, zu dem, was was sie ausmacht und was sie wer sie ist.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 92 – 96)

Dies habe die Beraterin gegenüber der Klientin auch zum Ausdruck gebracht (*Was ich ihr auch gesagt*). FMA1 hätte des Weiteren versucht, Vorschläge zur Bewältigung (*Motivation und Unterstützung brauchte*) zu machen:

„... ich hab' auch gesagt, dass ich das Gefühl hätte, dass sie da eigentlich, dass sie eben da also Motivation und Unterstützung brauchte, dass sie <unverständlich- auffängt?> , sie hat es abgebrochen, ist dann aber nicht hingegangen.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 72 – 76)

Die Klientin wäre an dieser Stelle des Erstgesprächs noch nicht auf die Vorschläge zur Bewältigung eingegangen, sondern habe von ihrer unhaltbaren Wohnsituation erzählt. *Studien- und Wohnsituation* im Zusammenhang mit der Trennungskrise seien die *Hauptthemen* des Erstgesprächs gewesen.

„Hauptthema blieb oder war äh ihre Studiensituation und diese Situation mit der äh- ähm mit der Freundin.<--> Also, weil dann auch da also weil auch deutlicher das wurde auch, je mehr sie davon erzählt hat ...“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 122 – 125)

Die komplizierte Wohnsituation der Klientin in einer Wohngemeinschaft mit ihrer Expartnerin und einer weiteren Mitbewohnerin habe die Trennung zusätzlich erschwert:

„Die haben irgendwie 'ne Wohnung, wo ein Durchgangszimmer ist, und das Durchgangszimmer ist da ihrer Freundin, das heißt sie muss da durch das Zimmer ihrer Freundin durch, um in ihr Zimmer zu kommen. Das, wenn man sich grad' getrennt hat äh, kann man sich vorstellen, vollkommen daneben ist und zumal die Freundin nach ein paar Tagen meinte, naja jetzt haben wir uns ja getrennt, jetzt wäre alles geklärt und wollte mal nachfragen, wie das denn so , wenn sie jetzt jemanden Neues mitbringt.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 135 – 144)

FMA1 habe die Situation genauso unhaltbar empfunden wie die Klientin und ihre Empörung geteilt (*das es auch etwas gemein ist*):

„... das ich das demotivierend finde und das es auch etwas gemein ist, äh ihr das in der Situation zu sagen und äh auch unverschämt oder so, je nach dem, was sie gerade eben gesagt hatte und daraufhin sagte ihr also, das mein Eindruck ist ...“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 64 – 68)

Sie habe in diesem Zusammenhang noch einmal die Studiensituation aufgegriffen und auch wieder den Zusammenhang zur Essstörung (*schluckendes Beziehungsmuster*) deutlich gemacht.

„Ja, dann hat eben - dann stellte sich sozusagen eben immer mehr ihr Muster des ähm des freundlichen und auch sich schnell anpassenden und so ernsthaft reflektierenden, aber damit immer wieder schluckenden äh <---> Beziehungsmusters sozusagen und äh dann wurd' die Bedeutung, der Hintergrund ihres Tuns deutlicher.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 155 – 160)

Klientin und Beraterin hätten nun, nach dem weiterführenden Erkunden der Krisensituation, den Blick nach vorn in Richtung Bewältigung (*"um-wie-weiter"*) lenken können.

„Das war relativ am Ende und dann ging's um eben "um-wie-weiter" und was macht sie weiter und ähm, äh noch mal mit dem weiteren um die mit dem Weiterstudieren.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 161 – 163)

Einerseits habe die Klientin ausziehen wollen (*Jetzt wenn sie ausgezogen ist*). Andererseits habe darüber nachgedacht, ob und wie sie ihr Studium fortführen sollte (*mit dem Weiterstudieren*), weil sie von ihren Freundinnen aus dem Umfeld ihrer Expartnerin auch den Ratsschlag, *das Studium abzubrechen*, erhalten habe.

„... noch mal mit dem weiteren um die mit dem Weiterstudieren. Jetzt wenn sie ausgezogen ist und wie sie es auch einschätzt, äh, ob sie das kann, weil die Freundinnen ihr 'freundlicher Weise' gesagt haben, dass sie gar nicht studieren kann, dass sie soll lieber nach Hause fahren sozusagen wieder in ihr Örtchen und irgendwie das Studium abrechen, was anders machen - so.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 162 – 169)

FMA1 habe versucht die Aussagen der „Freundinnen“ *zu relativieren* und die KlientIn zu *motivieren*, weiterzustudieren. Dabei habe sie sich auf die Aussagen der Klientin zu ihrer Studienmotivation bezogen.

„Und äh <---> das sozusagen wieder ähm also das zu relativieren, wieder rauszunehmen, äh, ähm dass mein Eindruck eben. Das habe ich auch geschildert, warum sie nicht ihr Studium abbrechen soll oder muss, weil sie eben ganz motiviert sprach davon, ähm und auch ganz vernünftig so, also wusste, dass die ersten beiden Semester irgendwie langweilig sind und es danach erst irgendwie interessant wird und dass sie da eben auch durch muss und also alles sehr eigentlich sehr klar geschildert und man merkt also ähm emotional auf Abwege geraten.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 169 – 179)

Sie habe der Klientin Folgegespräche vorgeschlagen, wobei die Initiative von der Klientin ausgehen sollte. Falls ihr das Erstgespräch Orientierung gegeben habe, könne sie wieder kommen, was die Klientin auch getan hätte.

„Das ich das Gefühl habe, dass sie wenn sie nach dem Gespräch das Gefühl hat, dass ihr das gut getan hat, ihr Orientierung gegeben hat, dann soll sie einfach anrufen und nen Termin machen. Das hat sie auch gemacht. (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 101 – 105)

Danach sei das Gespräch beendet worden.

FMA1 schätzt das Gespräch als gelungen ein. Einerseits macht sie dies am *Wiederkommen* der Klientin fest, da sie dieses aktiv von der Klientin gestalten ließ (*sie entscheiden lassen*).

Sie habe davon ausgehen können, dass die Klientin nur aktiv werden würde, wenn sie das Gespräch als *effektiv* und *wertvoll* erlebt habe.

Äh, sie kommt ja wieder. Also ich hab es sehr offen gelassen - das Wiederkommen – also weil - ich weiß nicht mehr genau warum, ich glaube, ich wollte sie entscheiden lassen, ob sie für sich das Gespräch eben für effektiv, wertvoll wie auch immer ne weiterkommend erlebt und dann, dass sie auch motiviert ist, ähm weiterzumachen ...“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 206 – 212)

Andererseits sei es ihr gelungen, der Klientin zu vermitteln, dass sie selbst in der Lage wäre, die Krise zu bewältigen (*sie für fähig halte*) und sie dabei *gern unterstützte*:

„... ich glaube, dass Gefühl hat sie bekommen, soweit gelang mir zu vermitteln, dass äh es sich lohnt sozusagen bei ihr und dass mein Interesse da ist und ähm, ähm sie gern unterstütze und ich sie für fähig halte.“ (Fall FMA1\_Studentin, Zeile 229 – 232)

## Anlage 5b: Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin als Beispiel für ein Erstgespräch mit einer KlientIn in einer chronifizierten Krisensituation

Das Gespräch habe eine für FMA2 bedeutsame Vorgeschichte gehabt. Der Klient hätte aus dem Zug aus Leipzig angerufen und mit großer Dringlichkeit ein Gespräch im Krisendienst haben wollen. Sofort nach seiner Ankunft sei er dann auch in den BKD gekommen.

„... aus Leipzig angerufen hatte, und sagte, er ist in einer Dreiviertelstunde in Berlin, und er braucht ein Gespräch, ob er vorbeikommen könnte. (xx) Vom Hauptbahnhof zum BKD-Mitte. A-der Kollege hat es angenommen, hatte nich großartig nachgefragt, um was es denn eigentlich gehen würde, sondern \* ja, es gab ne Dringlichkeit, und die Kapazität war da, und – er kam vorbei ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 8 – 14)

Der Kollege, der dass Gespräch entgegengenommen hätte, hätte jedoch das Gespräch nicht führen können, weil er zur gleichen Zeit in einem anderen Gespräch gewesen sei (*da gab's eine Überschneidung*). So habe FMA2 den Klienten übernommen.

„... er kam vorbei, und wie es dann so der Zufall wollte, gab's \* eine \* Überschneidung, dass der Kollege dieses Gespräch nich führen konnte ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 14 – 16)

Das Gespräch habe nicht in den üblichen Beratungszimmern stattfinden können, sondern man hätte auf das Wartezimmer ausweichen müssen, weil die Beratungszimmer belegt gewesen wären. Die *Wohnzimmer-Atmosphäre* des Warteraums habe die Gesprächsführung des Gespräches beeinflusst (*was Salopperes hatte*).

„... die Besonderheit war auch noch mal der Raum, weil es dann der, der Warteraum war, weil die anderen Räume \* belegt waren, das war dann auch noch mal wichtig, dass es noch mal so'ne andere Atmosphäre hat, von der Raumsprache her, dass es 'n bisschen, mit dieser Ledercouch, 'n bisschen was – Salopperes hatte, //hmm// (oder?) Wohnzimmeratmos- \* -phäre ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 18 – 24)

Die Wahl des Raumes habe es dem Klienten erleichtert, sich zu entspannen (*konnte locker sein*), was eine erste Entlastung bewirkt haben könnte:

„Dazu war es glaub ich ganz gut auch tatsächlich diesen Raum zu ham. Das hatte die Möglichkeit tatsächlich, ne äh, 'n bisschen, er konnte locker sein ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 214 – 218)

Gleichzeitig habe der Klient etwas Selbstsicheres ausgestrahlt (*Hallo, hier komm ich*), was bei FMA2 von Anfang an den Eindruck erweckt habe, der Klient wolle ihn *austesten*.

„Wo ich dachte, so, jetzt hallo, hier komm ich, und ich bin, und ich hab 'n Termin gemacht ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 29 – 30)  
„... ich hatte das Gefühl, er, er checkt ab, er testet mich, er kuckt, sag ich mal, was hat der eigentlich drauf, also das sind dann immer die Fragen, „was machen Sie, was für'n// was iss Ihr beruflicher Hintergrund, ham Sie damit Erfahrung, geht das ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 193 – 197)

Er habe dies über Fragen zum *beruflichen Hintergrund* des Beraters und seiner *Erfahrung* getan.<sup>61</sup> Doch es sei nicht nur um das Austesten des Beraters gegangen, gleichzeitig habe FMA2 eine große Not und das Bedürfnis sich mitzuteilen gespürt (zu *erzählen*).

„... es war dann relativ deutlich sozusagen, dass es ne ähm, zuerst mal irgendjemand bedurfte, wo er was erzählen konnte.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 52 – 54)

Der Klient habe viele Themen angeboten und sei *schwer zu begrenzen* (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 90) gewesen. Dabei sei beim Erzählen immer wieder die Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Entlastung und dem Versuch, den Berater zu testen deutlich geworden.

„... „ich wirf dir jetzt mal hin, und kuck mal, was du davon aufnimmst“...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 226 – 227))

Der Klient habe von einer Häufung von Problemen berichtet, die auf eine Chronifizierung hindeutet hätten: Der Klient habe in der Immobilienbranche gearbeitet, z. Z. schwarz, und habe parallel HartzIV bezogen. Seine freiberufliche Tätigkeit habe er in Leipzig ausgeübt. Er lebe aber hauptsächlich in Berlin, wo er HartzIV beziehe und von dem schwarz erarbeiteten Geld eine teure Wohnung in Mitte bezahle. Er sei in diese Lage gekommen, weil er Schwierigkeiten mit seinem Unternehmen gehabt hätte (Kredite nicht bekommen) und dieses habe aufgeben müssen. Dadurch habe er auch hohe Schulden gemacht. Der Junge Mann sei homosexuell gewesen. Z. Z. habe er aber keine stabile Beziehung. Seine langjährige und erste Liebe sei vor Jahren zerbrochen. Gegenwärtige Beziehungen zu jungen Männern seien FMA2 von Entwertung gekennzeichnet erschienen. Der Klient habe sich zunehmend depressiv gefühlt, was er bereits gekannt haben würde. Er sei bereits vor Jahren wegen Depressionen in medikamentöser Behandlung gewesen. Über seine Entwicklung habe der Klient berichtet, dass seine Mutter geistig behindert gewesen wäre und ihn deshalb nicht habe aufziehen können. Seinen reichen Vater habe er lange Zeit nicht gekannt und erst als Jugendlicher getroffen. So sei er im Kinderheim, Pflegefamilie und betreuten Wohnen aufgewachsen. FMA2 beschreibe den Klienten als intelligenten jungen Mann. Er habe sein Abitur abgelegt und begonnen zu studieren. Das Studium habe er abgebrochen. Danach habe er eine Bankkaufmännische Ausbildung machen wollen, was ihm aber nicht gelungen wäre.

Für FMA2 sei es angesichts der Häufung der Probleme im Leben des Klienten schwierig gewesen zu erkennen (*nicht so richtig durchschauen*), was der Klient von ihm *erwarte*, worauf er sich konzentrieren solle.

---

<sup>61</sup> Allein aus der inhaltlichen Aussage des Klienten wäre es nicht möglich gewesen auf das dahinter liegende Beziehungsangebot zu schließen. Erst die Konnotation des Beraters ermöglicht dem Inhalt ein spezifisches Beziehungsangebot zuzuordnen, hier das Austesten des Beraters.

„... es \* baute sich am Anfang gleich so'ne Situation auf, also wo ich dachte, „mein Gott, das ist so ein Berg, was der da// (irgendwie?) konnt ich eigentlich noch gar nicht so richtig durchschauen, was mich da eigentlich erwartet.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 46 -49)

Er habe versucht durch *Verständnisfragen*, sich ein möglichst umfassenderes Bild vom Klienten zumachen, über seinen biografischen *Hintergrund*, seine Erfahrungen wie über seine Ressourcen.

„... Verständnisfragen, also wo \* wo iss er denn eigentlich gerade, oder wo \* also da glaub ich eher ihn auch 'n bisschen für mich \* fassbarer zu machen. Das war auch der Punkt so, wo ich gesagt habe, also ich möchte irgendwie nicht da ein bisschen was und da ein bisschen was, sondern ich möchte mir ein Bild von Ihnen machen, und das versuche ich weitgehendst zu umfassen, also \* wie sieht Ihre private Situation, Ihre berufliche, was ist Ihr Hintergrund, was bringen Sie mit, was für Erfahrungen ham Sie, und möglicherweise dann auch zu kriegen, was für Ressourcen \* gibt's denn, die er \* HAT, er oder in seinem Umfeld ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 383 – 394)

Die Schwierigkeiten für FMA2, das eigentliche Anliegen des Klienten zu erkennen wären auch dadurch entstanden, dass der Klient bei der Darstellung seiner komplizierten Lebensgeschichte versucht habe, den Eindruck zu vermitteln, dass er alles unter Kontrolle hätte (*ich steuere und lenke*).

„... aber es war immer so, er vermittelte immer dieses Gefühl, „na, ich hatte irgendwie die Fäden in der Hand, und ich steuere und ich lenke ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin)

Er habe vermittelt, dass er das psychosoziale System seit seiner Kindheit im Heim und betreuten Wohnen kenne (*Sozialisation*).

„Und da drüber kam ja auch \* noch mal deutlich heraus, dass er \* ja auch äh, eine Sozialisation hatte, die schon ganz viel mit \* ähm, zumindestens Heimerziehung oder Wohnbetreuung zu tun hatte.“ (Fall FMA2\_Leipzig nach Berlin, Zeile 250 – 254)

FMA4 habe sich seinerseits darauf auf den Versuch konzentriert hinter Anhäufung von Problemen und vordergründig zur Schau gestellter Selbstsicherheit, die eigentlichen *Möglichkeiten* und *Wünsche* der Klient auszuloten.

„... kucken, okay, was sind Ihre Ideen, Möglichkeiten, die Sie ham, also was sind die Ressourcen ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 402 – 403)

Der Klient hätte verschiedene, z. T. gegensätzliche Ideen angeboten. So habe er FMA2 von *medikamentösen Therapien* ebenso erzählt wie vom Wunsch eine Psychotherapie (*was aufarbeiten*) zu machen. Dabei habe FMA2 weiterhin das Gefühl virulent gewesen, nicht die Suche nach Bewältigung stehe bei den Ideen im Vordergrund, sondern es ginge dem Klienten nach wie vor darum, ihn auszutesten (*sozusagen ein bisschen der Köder, den er ausgelegt hat*).

„... ich möchte eigentlich ne Therapie machen, ich weiß nicht, welche Therapie, also möchte ich eine medikamentöse Therapie machen, die hab ich eigentlich schon mal gemacht, und (jetzt versuch ich/das war sag ich?) mal diese \* Middelchen, also ich nehm was, und dann ist alles wieder gut. Aber \* das möchte ich dieses Mal NICHT machen, ich möchte eigentlich was ändern, ich möchte die Krise, wenn's denn eine war oder ist, möchte ich nützen, um ah, was aufzuarbeiten. Und ähm \* das war sozusagen ein bisschen der Köder, den er ausgelegt hat ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 74 - 83)

FMA2 habe sich bemüht, herauszufinden, ob und welche augenblicklichen akuten Probleme bestehen (*die besondere Situation jetzt*) und welche bereits chronifiziert seien.

„... Frage, ob er denn so'ne Situation denn schon mal erlebt hätte, oder was so die besondere \* Situation jetzt wäre ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 67 – 69)

Die Ausführungen des Klienten seien für FMA2 *nebulös* geblieben:

„... weil er erzählte, er kenn// würde jemand kennen, und der hätte ihm irgendwas erzählt, das war so'n bisschen so nebbilös ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 416 – 418)

Sobald FMA2 konkret nachgefragt habe, wäre der Klient ausgewichen (*Umschiffung davon*), obwohl dies vordergründig als Wunsch vom Klienten formuliert wurde (*Konkretmachen*):

„... das war// wurde auch deutlich, ah, es geht um was Konkretmachen, aber gleichzeitig die Umschiffung davon. Dass er das NICHT \* konkret// also dass es vielleicht schon eine \* möglicherweise eine Arbeits(x) ist, dass, wenn es// er// wenn's konkret WIRD, dass er dann irgendwie aus'm Kontakt geht.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 423 – 428)

Hätte sich FMA2 allein auf die vordergründigen Wünsche nach Bewältigung eingelassen, ohne die hinter der zur Schau getragenen Selbstsicherheit verborgene Fragilität zu beachten, so schätzt er ein, wäre der Klient wahrscheinlich *aus dem Kontakt gegangen*. Dies habe bei FMA2 einen gewissen *Druck* erzeugt, so dass er sehr vorsichtig im Kontakt gewesen sei.

„Und eigentlich war das dann, w- wo ich mich so'n bisschen von ihm unter Druck gesetzt fühlte ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 161 – 163)

Aber er hätte auch einen großen Wunsch nach Entlastung und auch *Hilflosigkeit* beim Klienten gefühlt (*regressiv Kindliche*):

„Und \* gleichzeitig war das, war er eben vom Kontakt her, wo ich immer dachte, so'ne// war was// du bist 'n ganz armes, also 'n ganz armes \* Menschlein, (xxx) immer noch dieses regressive Kindliche, ganz hilflos in der großen Welt, der große Junge, der eigentlich nicht weiß, was er machen soll ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 167 – 172)

Während des gesamten Erstgesprächs hätte der Klient zwischen *Arroganz* und dem Wunsch nach Hilfe, der Möglichkeit eine vertrauensvolle Beziehung zum Berater (*Wunsch nach Beziehung*), geschwankt:

„das Andere war dieses wirklich Arrogante, Überhebliche, äh, Neureiche, also dieses \* jemand, der sich GANZ ähm erhöht hat da drüber, dass er mitteilte, in welchen Clubs er war, und wo er überall war, und das war so, so'n bisschen so High Society, also so bohemienhaft, und \* ähm, dann die Frage, Nachfrage, „na \* machen Sie das immer \* NOCH“, oder auch den Wunsch nach Beziehung, es war \* VOLLER Verachtung ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 173 – 179)

Erst nach einer langen und anstrengenden Phase der Klärung des biografischen Hintergrundes und Möglichkeiten wie Wünsche des Klienten habe FMA2 gewagt, konkrete Vorschläge zu machen. Schließlich sein seine Ressourcen erschöpft gewesen, deshalb habe die Beendigung des Gespräches vorgeschlagen.

„Was meine Schwierigkeit war, oder was ich schwierig fand, (es zu sagen?) auch gegen meine eigene äh \* Abfall anzukämpfen, wenn jemand so viel und gleichzeitig erzählt, und \* nicht unbedingt ne, ne Struktur im im \* im Aufbau hat ...“ (Fall FMA2, Zeile 218 – 221)



Er habe dem Klienten vorgeschlagen, zu *Folgegesprächen* wiederzukommen. Zuvor jedoch solle er erste Schritte in Richtung Therapie unternehmen und einen Arzt (*dass sie ... Kontakt zum Arzt kriegen*) aufzusuchen.

„Die Frage war natürlich auch, okay, ähm \* haben Sie denn irgendeinen Arzt, \* so, wie Sie// \* ähm, wo Sie möglicherweise in Behandlung \* sind oder gehen wollten. Das war \* dann halt (xxxx) das war so ein Ergebnis schon dann von dem Gespräch zu sagen, okay, dann kucken Sie doch mal, dass Sie ‘n, ‘n Kontakt zum Arzt kriegen, bevor wir denn weiter kucken, wir machen ‘n Folgegespräch (xx), A, ob es dann \* sag ich mal, \* was für ‘ne Therapie für Sie dann in Frage kommen sollte, wenn es das dann \* ist.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 126 – 135)

Für FMA2 sei das Geben von „Hausaufgaben“, eine Art Test gewesen, ob der Klient über die augenblickliche Entlastung hinaus, zu Beziehungserhalt und Bewältigung in der Lage sei.

„Also da hab ich dann auch \* letztendlich dann MEINE Beziehung zu ihm überprüft, als hältst du es aus, dass er diese, diese Aufgabe übernehmen kann, oder geht er dann raus, aber ich war wie gesagt mir ziemlich sicher, dass er wiederkommt.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 431 - 435)

Der Klient habe sich auf die „Hausaufgaben“, wie auch den Vorschlag von Folgegesprächen einlassen können.

„Und das war (xx), was ihn gezogen hat ...“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 207 – 208)

Um die „Hausaufgaben“ für den Klienten konkret zu machen, habe FMA2 ihm *Adressen* und *Telefonnummern* von Ärzten herausgesucht<sup>62</sup>.

„... das Ende des Gesprächs war eigentlich, dass ich sag, ich such ihm \* noch die Adresse raus, von, von dem, also dass ich \* äh, ihm zwei Adressen geben wollte. Die eine Adresse war von der Ärztin, die hab ich raus gesucht, und die Telefonnummer, und die andere war die Adresse vom Institut.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 336 – 340)

Der Klient habe dies auch das Signal zur Beendigung des Gespräches verstanden und akzeptiert.

FMA2 fasst zusammen, dass das Erstgespräch unter dem Zeichen des Beziehungsaufbaus gestanden hätte.

„relativ gut gelungen, auch im Gespräch dann herzustellen, zu sagen, okay, wir bauen ne Beziehung \* auf.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 212 – 214)

Dies sei FMA2 gelungen, weil es ihm einerseits gelungen wäre, dem Klienten Raum für die Entlastung zu bieten (*Möglichkeit ... konkret locker zu sein*), andererseits aber auch verbindliche Angebote zu machen (*Verbindlichkeit herstellen*).

„Dazu war es glaub ich ganz gut auch tatsächlich diesen Raum zu ham. Das hatte die Möglichkeit tatsächlich, ne äh, ‘n bisschen, er konnte locker sein, aber gleichzeitig wurde ne Verbindlichkeit hergestellt in diesem Raum.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 214 – 218)

---

<sup>62</sup> Der BKD verfügt über eine umfangreiche Datenbank zu den Angeboten des psychosozialen Systems Berlin und darüber hinausgehend. Es reicht von Adressen und Kontaktpersonen in diversen Beratungsstellen, Therapieinstituten bis hin zu niedergelassenen Ärzten.

„Verbindlichkeit herzustellen“ könnte auch als das Gelingen eines Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung beschrieben werden. Der Klient habe dies bestätigt, indem er sich für das Gespräch bedankt habe und auch zum Ausdruck gebracht hätte, dass er sich entlastet fühlte (*irgendwie bin ich was losgeworden*) und FMA2 vertraute (*ich weiß es hier gut aufgehoben*).

„... er hat sich so verabschiedet mit wirklich \* einem Danke, was überzeugend kam, es war \* so auch, da ist jetzt was, irgendwie bin ich was losgeworden. Ich bin was// äh, hab's zuerst mal \* platzieren können, und ich weiß es hier gut aufgehoben.“ (Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin, Zeile 294 – 298)

Der Klient sei zu den Folgekontakten gekommen und habe auch Kontakt zu Ärzten wie schließlich auch zu einem Therapieinstitut aufgenommen.

## Anlage 5c: Fall FMA1\_Depressiv als Beispiel für ein Erstgespräch mit einer KlientIn aus der psychiatrischen Klientel mit chronischen psychischen Störungen (gleichzeitige DauerklientInnen)

Die chronisch psychisch kranke und geistig behinderte Klientin habe beim BKD angerufen. FMA2 habe sie erkannt. Die Klientin sei stabil im psychosozialen System eingebunden. Es gäbe Regelungen für die Gespräche mit der Klientin in Absprache mit der Einzelfallhelferin:

„... 'ne Frau, die - weiss gar nicht wie alt die ist, glaube auch um die vierzig, Ende dreißig vierzig, um den Dreh rum, die ihr Leben lang in Einrichtungen gelebt hat, ein bisschen geistig behindert ist und jetzt aber das erste Mal, vor einigen Monaten das erste Mal ähm in 'ne eigene Wohnung gezogen ist, mit 'ner Einzelfallhelferin und mit tagesstrukturierten Angebot weiterhin (unverständlich) geht, aber weil es da so 'nen Umbruch gegeben hat und ähm vorher hatte sie auch öfters angerufen und ist immer stark depressiv und selbstabwertend und äh hat 'nen hohen Leistungsanspruch, dem sie dann nie gerecht werden kann und ist dann unruhig und äh so was alles. So - und die ruft immer mal wieder in Abständen an. Da gibt auch 'nen Kontakt mit ihrer äh Einzelfallhelferin, ihrer Betreuerin, dass sie das auch darf, aber in kontrollierten Maße (I: Hm.), also weil sie die Tendenz hat, äh dann sich immer ein Riesenhilfesystem aufzubauen, das da eben ständig zu nutzen. Ähm und das tut sie aber auch nicht. Da hält sie sich dran. Also sie ruft dann in größeren Abständen an und auch lässt sich auch ganz leicht begrenzen auf fünf bis zehn Minuten.“ (Fall FMA1\_Depressiv, Zeile 17 - 37)

Aufbauend auf dem Wissen über Regelungen und die augenblickliche Umbrüche im Leben der Klientin habe FMA1 ihr Gespräch geführt. Die Klientin habe begonnen zu erzählen, wie es ihr augenblicklich gehe (*unzufrieden, unruhig, depressiv*).

„... sie erzählt von dem, wie es ihr gerade geht und das sie eben gerade unzufrieden, unruhig, depressiv is' oder äh alles abrechnen will und traurig ist und was auch immer gerade los is' ...“ (Fall FMA1\_Depressiv, eile 40 – 42)

FMA1 entlaste die Klientin, indem sie ihr zugehört und ihre Sichtweise bestätigt habe. Dabei ginge es ihr darum, die Gefühle der KlientIn *ernst zu nehmen* und nicht abzuwiegeln (*halb so wild*).

„... und dann ist es meistens, dass ähm ich sie dann unterstütze oder ähm entlaste in dem Sinne, dass es gerade auch ganz schwer ist oder äh ähm oder ähm dass sie guckt wie sie - was sie da aber auch gut macht oder sie das auch so akzeptiert, dass das im Moment so is' und aber auch immer wieder auch weggeht (I: Hm.) so diese Gefühle. Hm – so was - 'ne Bestätigung ihrer Gefühle, also das ich die ihr nicht ausrede, das ich ihr nich' sag irgendwie, dass doch alles halb so wild oder (I: Hm.) und sie damit ja auch nicht ernst nehmen würde, sondern schon 'ne Bestätigung und Akzeptanz ihrer ähm misslichen Lagen oder Gefühle ...“ (Fall FMA2\_Depressiv, Zeile 42 – 52)

Das Zuhören und Ernstnehmen habe eine entlastende Wirkung auf die Klientin (*auch wieder weggeht*). Auch habe sie zusammen mit der Klientin angesehen, was diese *gut mache*. Aber gleichzeitig habe FMA2 vermieden, ihre *Ressourcen* zum Focus des Gespräches zu machen, weil dies, so wüsste sie aus früheren Gesprächen (*in der Vergangenheit*), dazu führe, dass die Klientin einen überhöhten *Leistungsanspruch* entwickle, was sich *negativ auswirke*.

„... gleichzeitig dann Ressourcen mäßig nu', dass sie in der Vergangenheit doch auch das und das geschafft hat und wo sie da steht und so, aber eigentlich in Maßen, weil sich schnell - würde man zu viel an äh Ressourcen sozusagen an, an positiven äh Aufzählen, was sie da so macht und sie kann äh, äh, dreht sie das um in Leistungsanspruch (I: Hm.). Das wirkt sich dann eigentlich nega-

tiv aus. (I: Hm hmm.) Von daher ist bei ihr eher kontraindiziert, da zu viel ähm, ähm zu aktive Unterstützung, 'ne zu betonen, was sie kann, das ist bei - das geht nach hinten los.“ (Fall FMA1\_Depressiv)

Nach ca. 10 Minuten habe FMA1 angekündigt, das Gespräch beenden zu wolle:

„... so dann einen Satz sagt, 'Ähm, weiss ich: 'gut, können wir das hierbei belassen, für heute' oder wenn man so sagt 'Okay' und mit der Stimmlage schon so ein bisschen nach unten geht.“ (Fall FMA1\_Depressiv, Zeile 76 – 70)

Die Klientin habe *dies sehr fein wahrgenommen* (Fall FMA1\_Depressiv, Zeile 67). Sie habe darauf reagiert, indem sie ihrerseits das Gespräch beendet habe.

„Ja, das ist dann vielleicht für heute erstmal in Ordnung' oder irgendwie so, macht dann also auch 'nen Angebot zurück (I: Hm.). Ähm und dann ja (I: Hm.) sag ich 'dann leg für heute Abend erstmal auf'.“ (Fall FMA1\_Depressiv, Zeile 72 – 75)

## Anlage 5d: Fall FMA4\_Florettfechten als Beispiel für ein Erstgespräch mit KlientInnen in suizidalen Krisen

Die Klientin, eine 25jährige Studentin sei zum persönlichen Gespräch in den Krisendienst gekommen. Nach der üblichen Begrüßung und Information über den BKD habe das eigentliche Gespräch begonnen. Die Klientin habe ihre *Lebensgeschichte erzählt* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 137 – 138). Neben dem Wunsch, über sich zu erzählen, hätte FMA4 ein tiefen *Misstrauen gegenüber der Helferszene* (Fall FMA4\_Florettfechten) gespürt. Diese habe ihn bewogen, einerseits *Interesse* zu bekunden (*Neugierde zeigen*), aber andererseits die Klientin *nicht zu bedrängen*.

„... Interesse zu zeigen, aber andererseits eine Neugierde \* ja? /mhm/ Und sie auch zu lassen, und sie einerseits nicht zu bedrängen ...“ (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 143 – 145)

FMA4 beschreibt einen Spagat zwischen Zurückhaltung (*sich dann zurückhalten*, Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 142) und einer Gesprächshaltung, die der KlientIn die Sicherheit gibt, dass FMA4 sie verbindlich zur Verfügung stände (*hier kommste nicht raus*).

„... andererseits auch klarzumachen, pass uff, so kommste hier nich raus. Wir brauchen irgendwie wat andres, ja? /mhm/ Und das war so'n ständiges \* ja, Hin und Her, also wie so'n, was ich eingangs gesagt habe, wie so'n Florettfechten, \* ja?“ (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 145 – 149)

Der ständige Wechsel zwischen Interesse und Zurückhaltung habe das gesamte Gespräch geprägt. Dies habe der Berater als *ziemlich anstrengend* empfunden. Es sei bei ihm der Eindruck entstanden, wenn er nur *ein falsches Wort* sagte, würde die Klientin aus dem Kontakt gehen (*das Gespräch entgleitet mir*).

„Ich weiß nur noch, dass es ziemlich anstrengend war und ziemlich äh \* ja, dass ich ziemlich vorsichtig \* das Gefühl habe, \* äh, das Gefühl hatte, ziemlich vorsichtig sein zu müssen, so nach dem Motto, ein falsches Wort, und sie \* äh \* (RÄUSPERT SICH) und das Gespräch entgleitet mir ...“ (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 129 – 133)

Dabei sei die Gefahr einer Kontaktunterbrechung immer latent gewesen, zum einen durch die Gefahr eines Gesprächsabbruches (*haut ... ab*) und zum anderen in einem möglichen Zusammenbruch der Klientin während des Gespräches (*geht ... in die Regression*<sup>63</sup>).

„Also entweder \* haut se dann beleidigt ab, oder sie geht irgendwo in die Regression und bricht zusammen, und das war so'n Gespräch, was sich so ziemlich auf der Kante bewegt hat ...“ (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 134 – 137)

Die Klientin habe über Suizidabsichten berichtet.

„... sie hat relativ schnell davon \* äh, darüber erzählt, dass sie überlegt, sich umzubringen ...“ (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 34 – 35)

---

<sup>63</sup> „Ein aktueller Konflikt („auslösende Situation“) führt zum Phänomen der Regression, und die Folge der Regression ist die Reaktivierung infantiler Ängste, soweit sie nicht durch eine stark gestörte Entwicklung überhaupt aktuell geblieben sind. (Hoffmann, S. O. & Hochapfel, G. (1995). Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. (S. 57) Stuttgart, New York: Schattauer)

Deshalb habe sie zunächst eine Einweisung in eine Krisenstation<sup>64</sup> (die sie schon kannte) gewünscht.

„... oder in ne Krise zu gehen, und dass sie irgendwo so das Gefühl hat, dass so die \* nächsten Tage (xxx) so in der Form nich übersteht. \*“ (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 36 – 38)

Im Grunde genommen sei es darum gegangen, herauszufinden, was sie wolle.

„Und \* im Grund genommen waren wir ziemlich schnell dabei zu// raus zu finden, äh \*2\* was sie will.“ (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 38 – 39)

FMA4 habe eruiert, wie akut die Suizidabsichten gewesen seien. Er hätte diese als eher latent eingeschätzt<sup>65</sup>:

„... sie hadde noch keene genauen Überlegungen, wie sie’s diesmal machen wollte ...“ (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 40 – 41)

Aufgrund dieser Einschätzung habe sich FMA4 einer Weitervermittlung auf eine Krisenstation nicht sofort zugestimmt. Auch sei bei ihm im Laufe des Gespräches immer mehr der Eindruck entstanden, dass die Einweisung keine wirkliche Entlastung der Klientin bewirkt hätte (*wieder ne Geschichte, wo sie es nicht gepackt hat*).

„... hatte dann eigentlich immer mehr den Eindruck, dass es nich darum ging, \* ihr ‘n Platz in der Krise zu vermitteln, also dass das nicht dann unbedingt ne Entlastung wäre, sondern eher ne \* ja \*2\* ja, wenn du so willst, ne weitere \* Geschichte, wo sie es nicht gepackt hat. \* Ja? \*“ (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 55 – 59)

Vielmehr habe den Eindruck gehabt, wenn er einer Klinikeinweisung zugestimmt hätte, wäre die Klientin weg gewesen (*wenn ich zu schnell auf die Klinik (xxx) dann iss sie weg, ja?* (Fall FMA4\_Florettfechten, Zeile 197 – 198)). Die letztliche Entscheidung habe er aber der Klientin überlassen.

„... ich habe das offen gelassen, dass sie in die Krise gehen KANN“ (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 67 – 68)

In einer langen und vorsichtigen Kommunikation durch FMA4 habe sich schließlich herauskristallisiert, dass es der Klientin eigentlich darum gegangen wäre, eine Entscheidung zwischen Aufenthalt in der Krisenstation (*Krise*) und Fortsetzung des *Studiiums* wie Teilnahme an den *Prüfungen* zu treffen. Genau diese Verantwortung habe ihr FMA4 nicht abgenommen.

„... irgendwie ging’s darum, ob sie in die Krise geht oder nich, oder ob sie lieber weiter ihr \* ihr Studium weiter macht, und das war auch// also in, in ner Krise wär es auch insofern bisschen schwierig geworden, weil es kurz vor ner Prüfung war. Und \*3\* im Grunde genommen ging’s so um ne \* äh, so ‘ne (xx) Verantwortungszuschubung, ja?“ (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 44 – 49)

FMA4 schätzt ein, dass das die Klientin über die Auseinandersetzung über den vordergründigen Wunsch nach Klinikeinweisung *ausgetestet* hätte.

---

<sup>64</sup> Krisenstationen gehören nicht zur psychiatrischen Pflichtversorgung, sondern sind Orte der stationären Krisenintervention.

<sup>65</sup> Aus der Suizidforschung wie aus der Erfahrung wissen die BeraterInnen, dass die Suizidgefährdung in dem Maße zunimmt, wie der Suizid konkret geplant wird.

„ Es ging sehr viel um Austesten, es ging sehr viel darum, äh \* was \* äh, was macht er jetzt, ja? Was macht er nicht, und \* äh \* weist er mich ein, bringt er mich in den Krisendienst, schickt er mich nach Hause, und \* was will ich, was will er, und \* ja, so \* es \* war ziemlich anstrengend.“ (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 22 – 27)

Seine Entscheidung gegen eine Weitervermittlung in die Krisenstation sei für FMA4 mit großer Unsicherheit behaftet gewesen (*unsicher ... ob richtige Entscheidung* (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 69 -70)). Er habe deshalb die Klientin einerseits zu *Folgegesprächen* eingeladen. Aber auch, um die Beziehung zu ihm bis dahin zu stärken, der Klientin ein *Übergangsobjekt*<sup>66</sup> mitzugeben.

„Und ich hab’s dann einfach anders gemacht, ich hab sie dann \* mm \* zum Folgegespräch bestellt, \* und ihr ‘n Übergangsobjekt (LACHT BISSCHEN) mitgegeben.“ (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 75 – 77)

Die Klientin habe sich darauf einlassen können, das Übergangsobjekt, hier einen Stein, genommen und den Folgegesprächen zugestimmt.

„Und der \* äh, erinnert sie in der Zwischenzeit, oder \* ja \*2\* und den hat sie dann so lange äh, genommen ...“ (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 83 – 84)

Der Stein sei für die Klientin bedeutsam gewesen, sie habe ihn auch nach den folgenden drei bis vier Folgegesprächen noch für ein halbes Jahr behalten. Erst nachdem sie in einer durch den Berater vorgeschlagenen Therapie angekommen sei, habe sie den Stein mit einem Dank zurückgeschickt.

„... ich weiß nicht, wir haben drei oder vier Gespräche gehabt, ich glaub, sie hat dann auch Therapie angefangen, wie gesagt, schon länger her, und dann ging’s dann darum, dass sie mir den Stein zurückgeben sollte, da hat sie gemeint, den braucht sie noch. Und da hab ich mit einem weinenden Auge gesagt, na ja gut, \*3\* und \* ein halbes Jahr später \*3\* ääh \* hat mir dann ne Kollegin ‘n Briefumschlag überreicht, \* wo \* der Stein drin war und ‘n Schreiben, okay, jetzt geht’s mir wieder gut, jetzt brauch ich det äh, nich mehr, und \* ja, ich hab schon überhaupt nich mehr dran gedacht, ja? \* Aber \* ja.“ (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 85 – 95)

Die Gesprächvereinbarung mit der Klientin sei relativ zeitnah (*also am nächsten Tag*) erfolgt, weil FMA4 die Klientin suizidal (*mir zu wacklig*), wenn auch nicht höchst akut, erschienen wäre. Auch hätte er besprochen, was die Klientin tun könnte, wenn sie den Eindruck gewonnen hätte, dass sie es nicht allein schafft.

„... kommt’s halt drauf an, äh \*\* diese Gesprächvereinbarung (xx) natürlich relativ zeitnah, also den nächsten Tag \* ja? Weil das war mir zu wacklig. Und da wollten wir dann noch mal kucken, und dann \* auch mit \* Ausblick darauf, was wir dann am nächsten Tag noch mal besprechen, dass das so`ne// ja, praktisch nich nur ne Gesprächvereinbarung, sondern auch, was passiert da konkret. Und \* was kann in der Zwischenzeit passieren, ja?“ (Fall FMA2\_Florettfechten, Zeile 174 – 180)

So sei das Erstgespräch nach ca. zwei Stunden beendet worden.

---

<sup>66</sup> Auf die Möglichkeit Übergangsobjekte zum Beziehungserhalt über das eigentliche Erstgespräch hinaus zu nutzen, wurde bereits in Kap.VI.1.3.4 (Erstgespräche mit suizidalen KlientInnen) eingegangen.

**Anlage 6: Sequentielle Rekonstruktionen ausgewählter Erstgespräche**

**Anlage 6a: Sequentielle Rekonstruktionen ausgewählter Erstgespräche mit KlientInnen in akuten Krisensituationen ohne Chronifizierung**

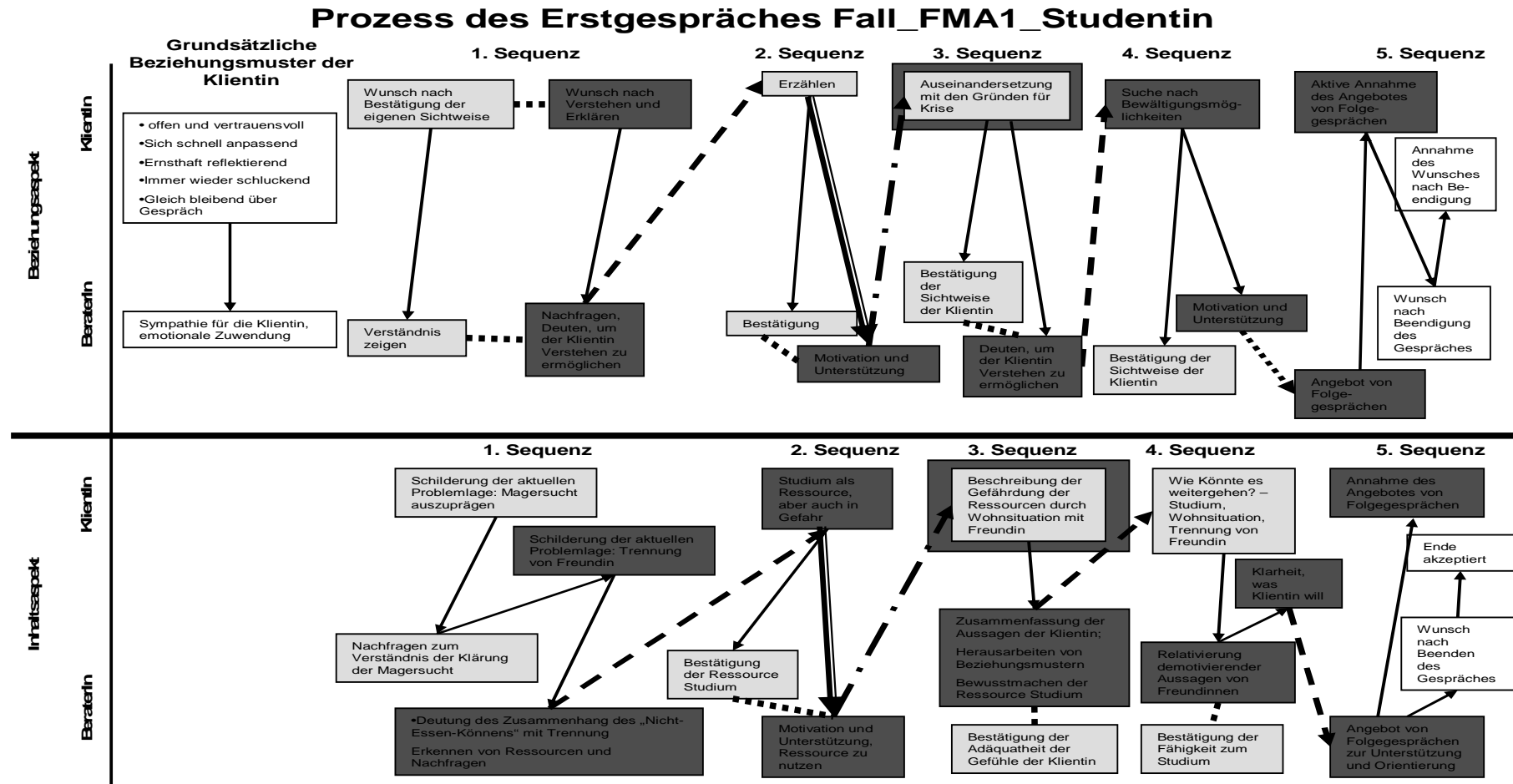


Abbildung 53: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FMA1\_Studentin*



## Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA3\_Messerstecherei

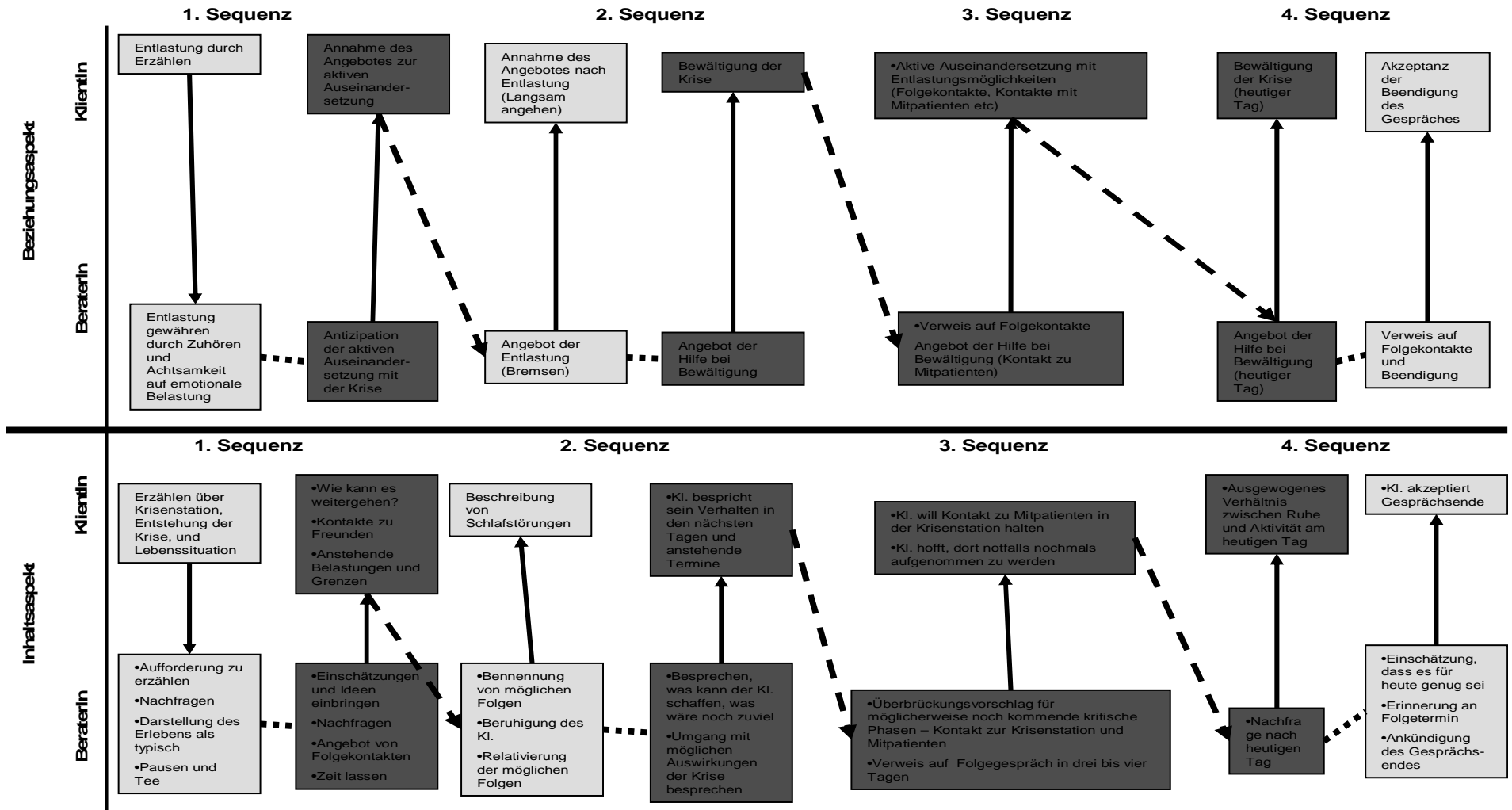


Abbildung 54: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs Fall FMA3\_Messerstecherei

## Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA4\_Ärger mit dem Nachbarn

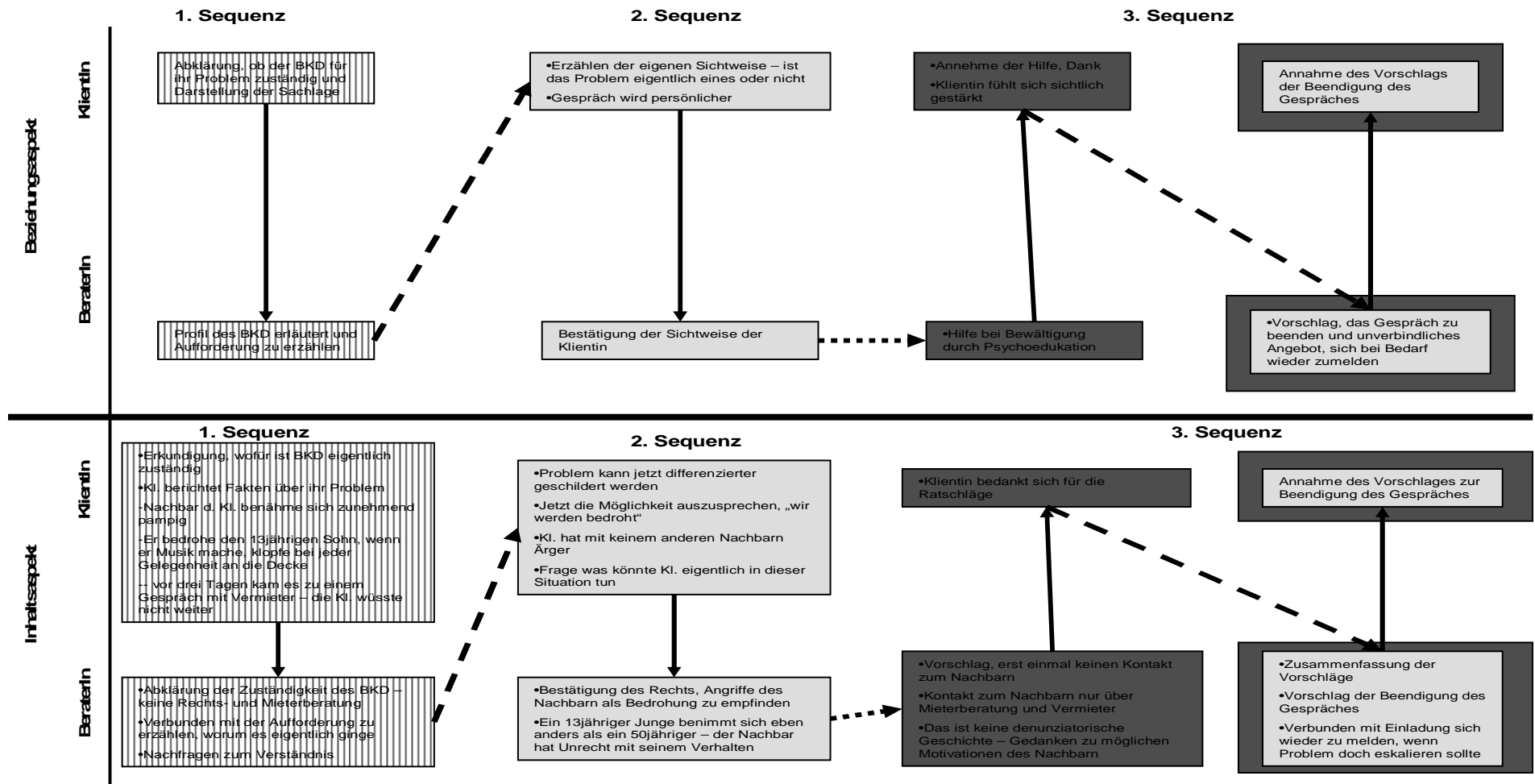


Abbildung 55: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FMA4\_Ärger mit den Nachbar*

Anlage 6b: Sequentielle Rekonstruktion ausgewählter Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen

Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA2\_Von Leipzig in den BKD

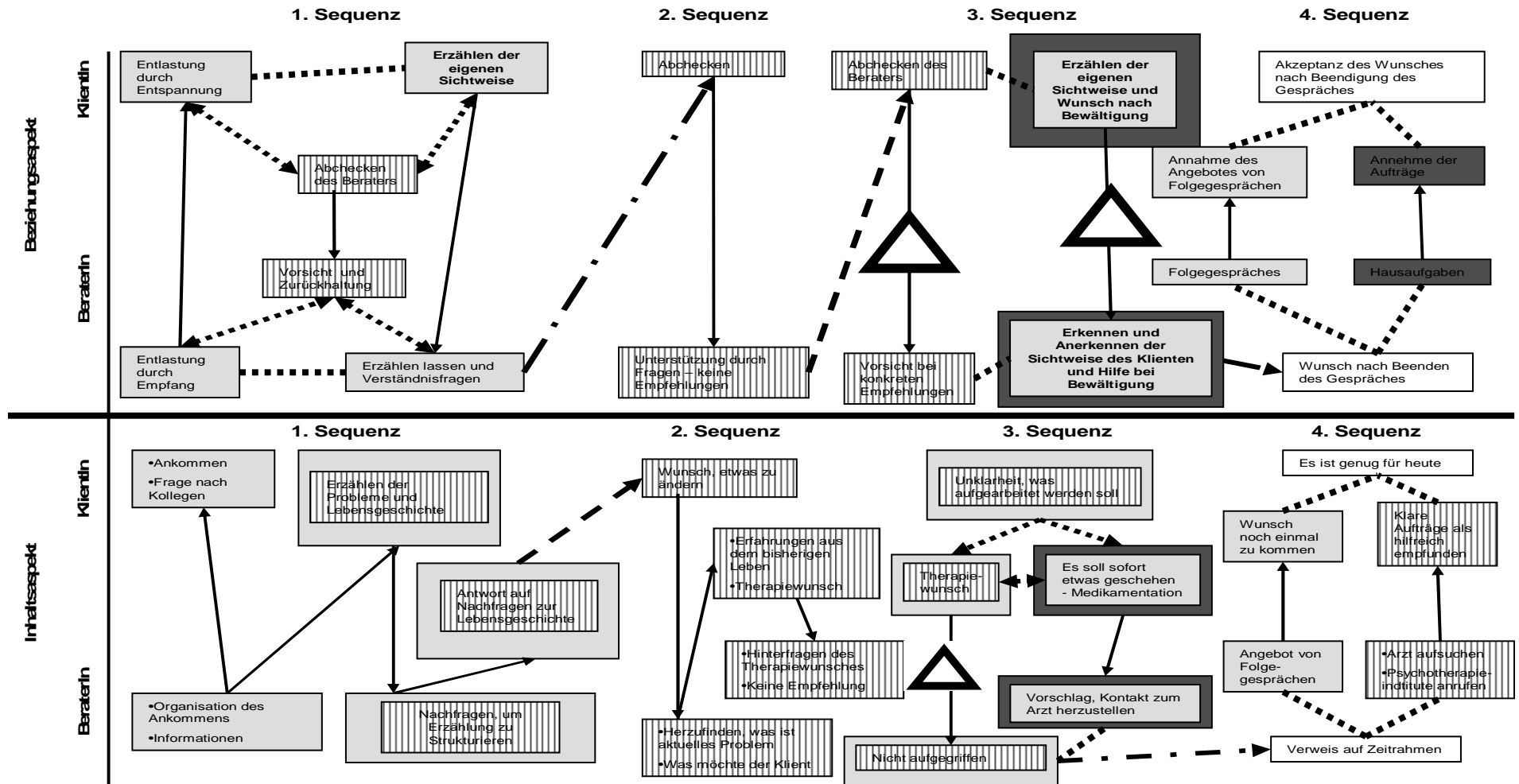


Abbildung 56: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs Fall FMA2\_Von Leipzig nach Berlin

## Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA5\_HartzIV und Suizid

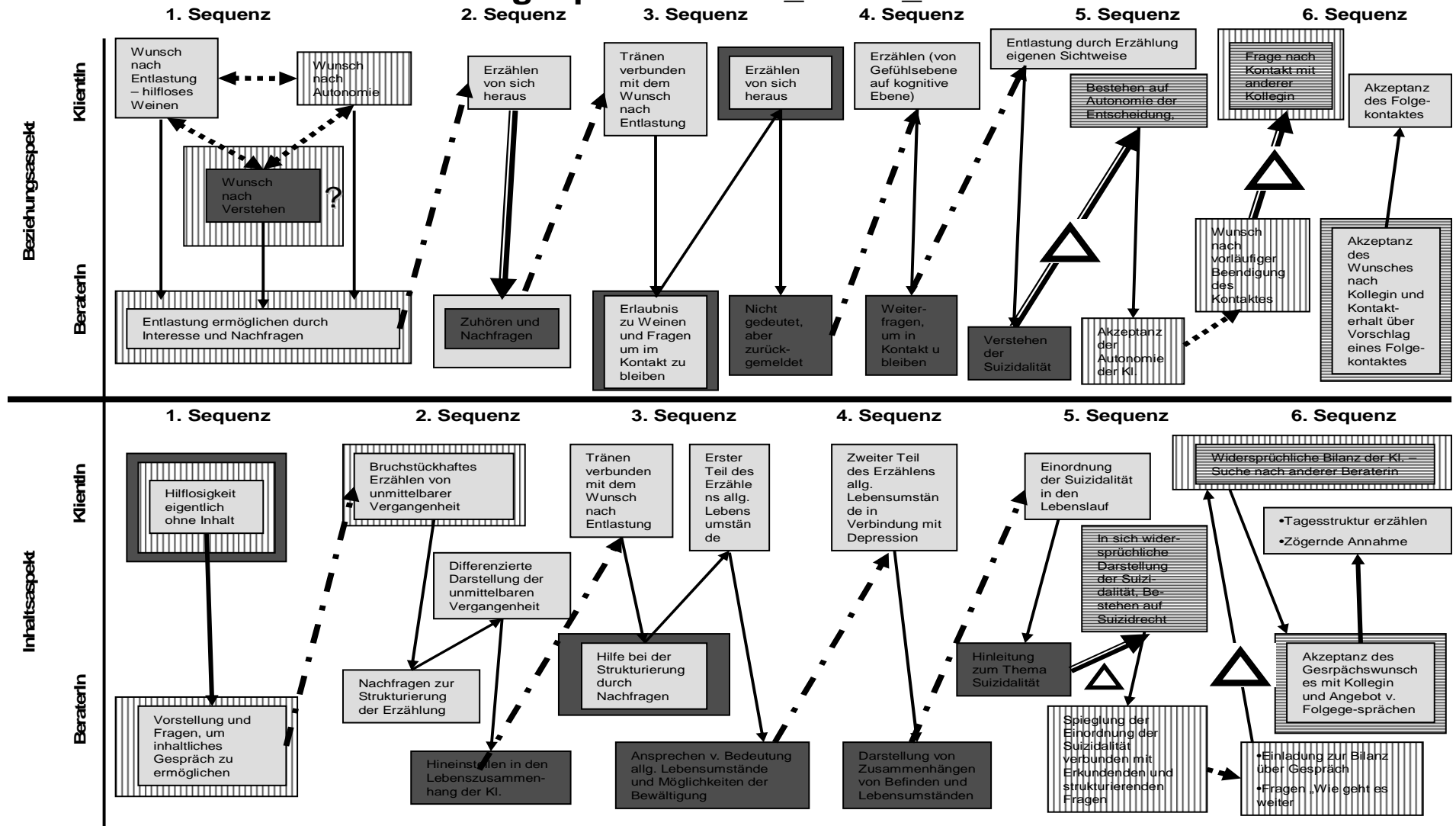


Abbildung 57: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FMA5\_HartzIV und Suizid*

# Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA1\_Psychologin-Nichts mehr hören können

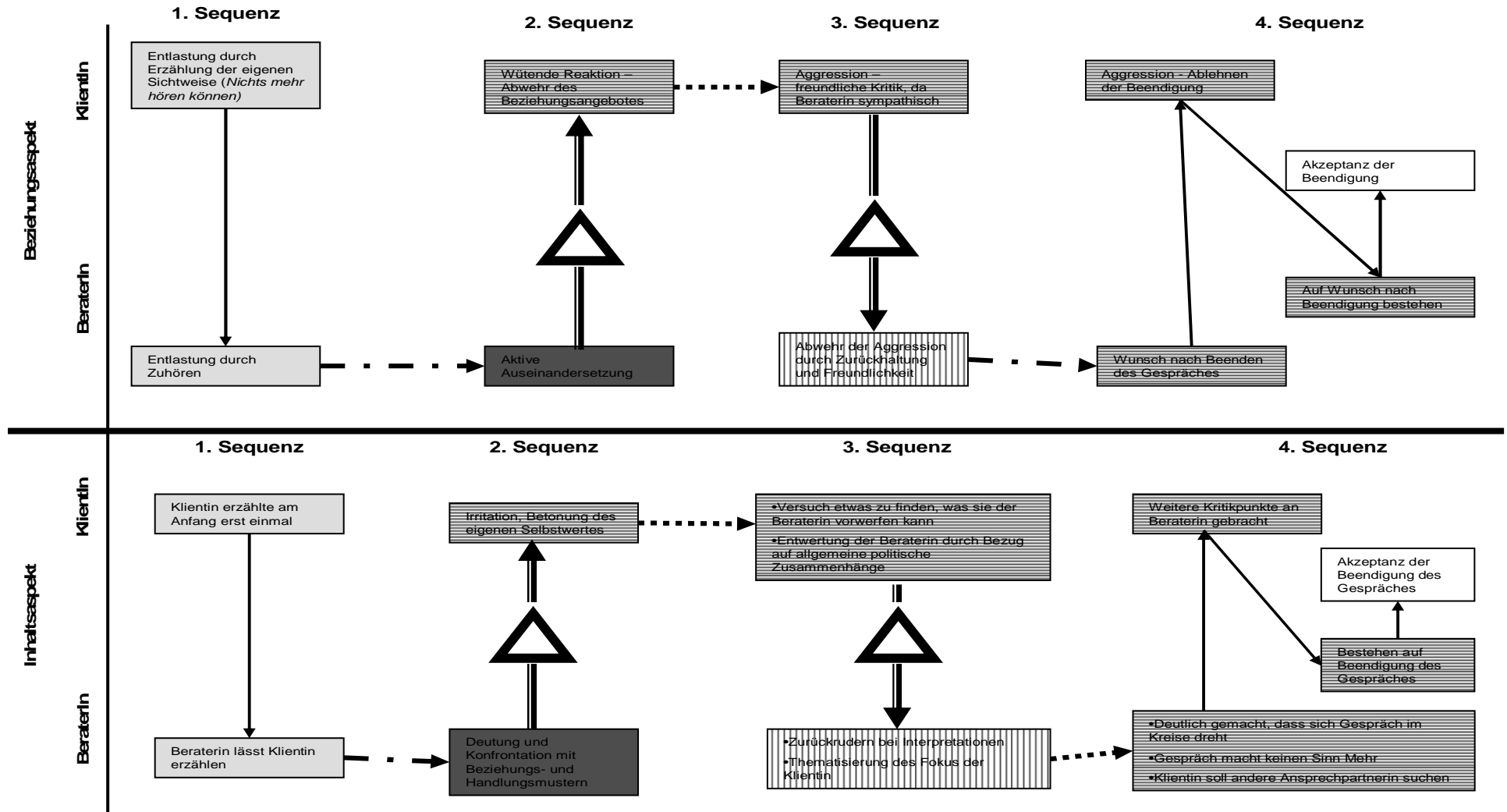


Abbildung 58: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs Fall FMA1\_Psychologin (Nichts mehr hören können)

Anlage 6c: Sequentielle Rekonstruktion ausgewählter Erstgespräche mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)

Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA1\_Depressiv

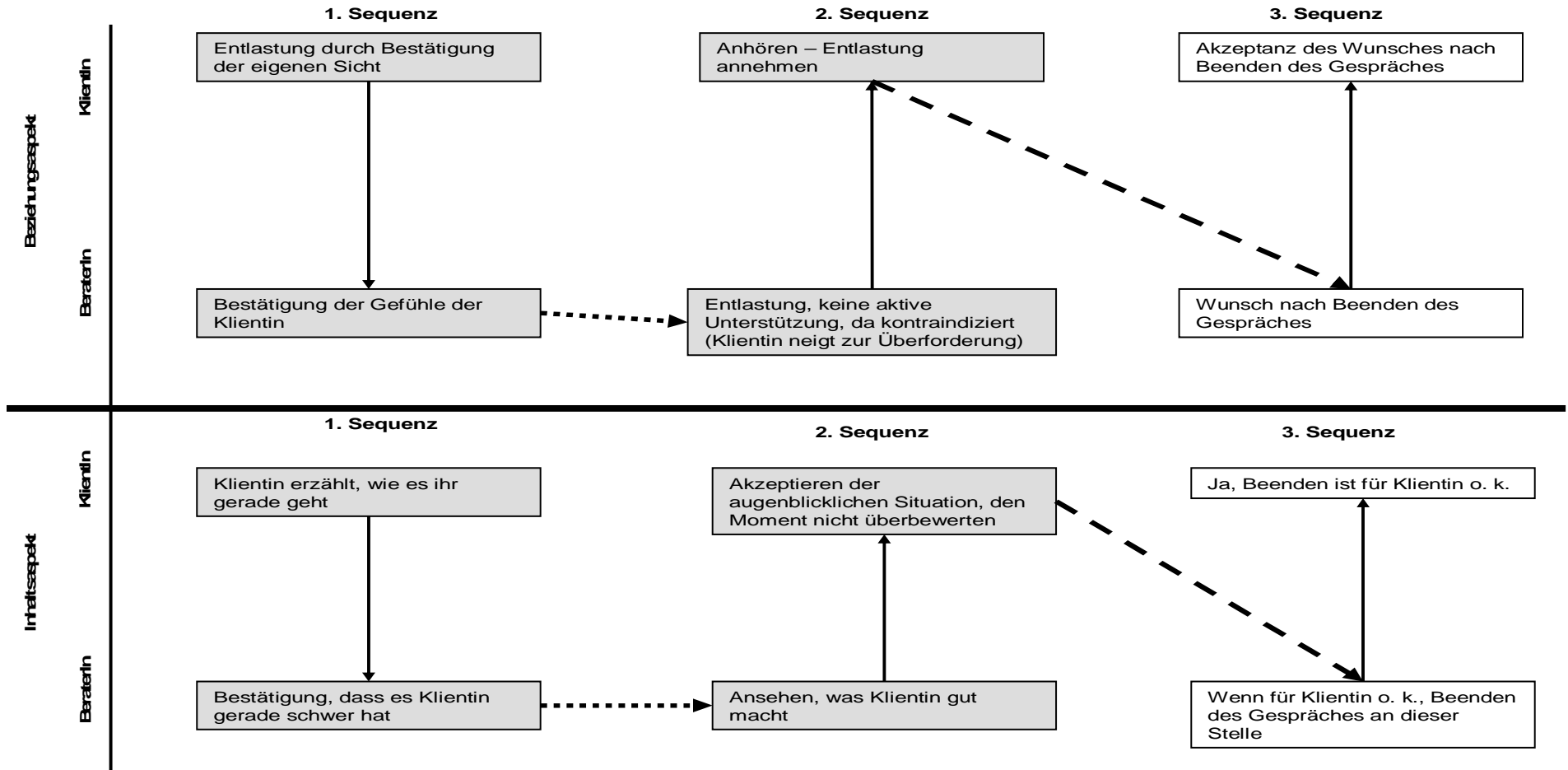


Abbildung 59: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FMA1\_Depressiv*

### Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA1\_Sind sie noch da?

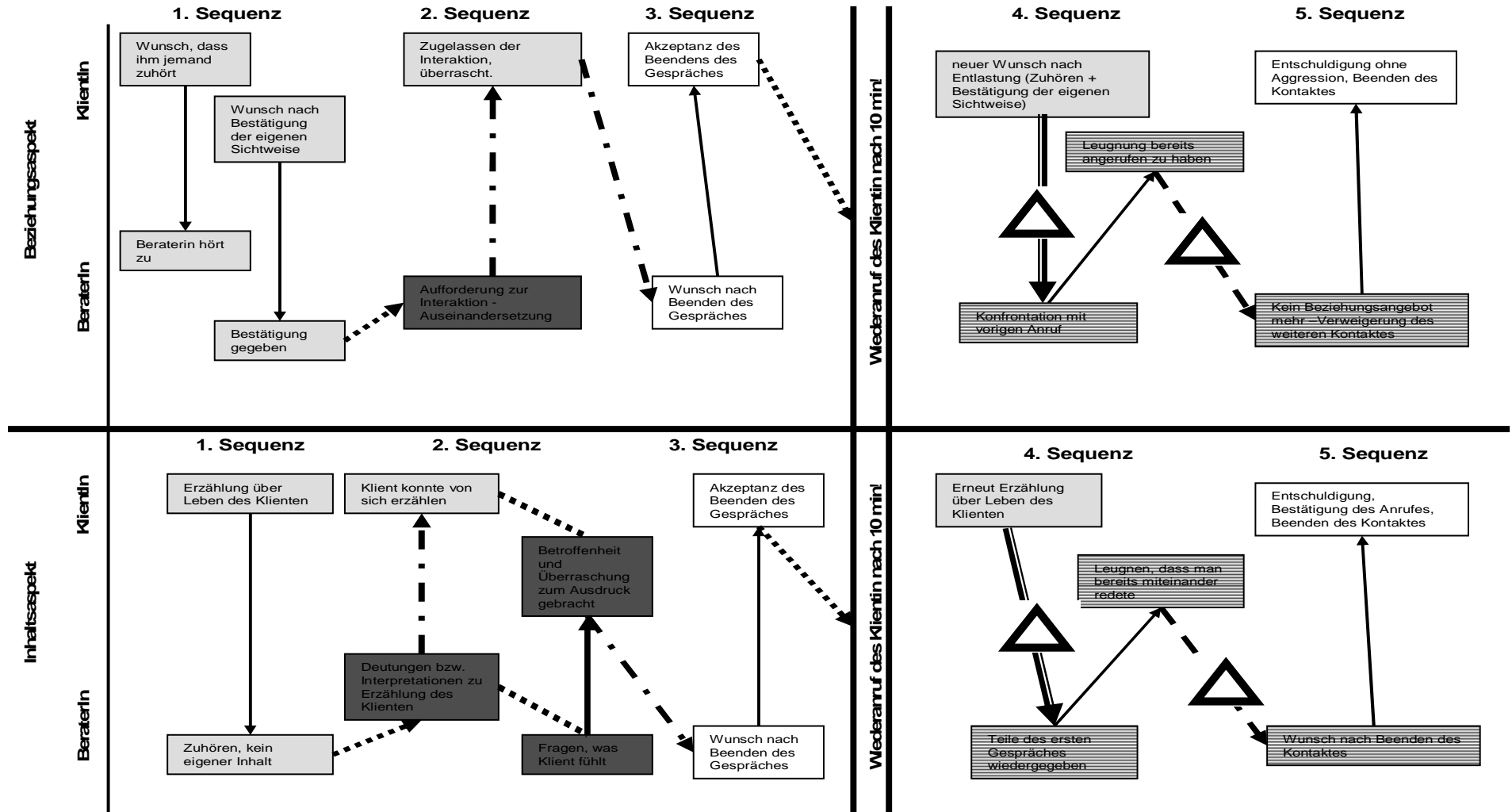


Abbildung 60: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FMA1\_Telefon-Sind sie noch da?*

## Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA4\_Frau aus der Pampa

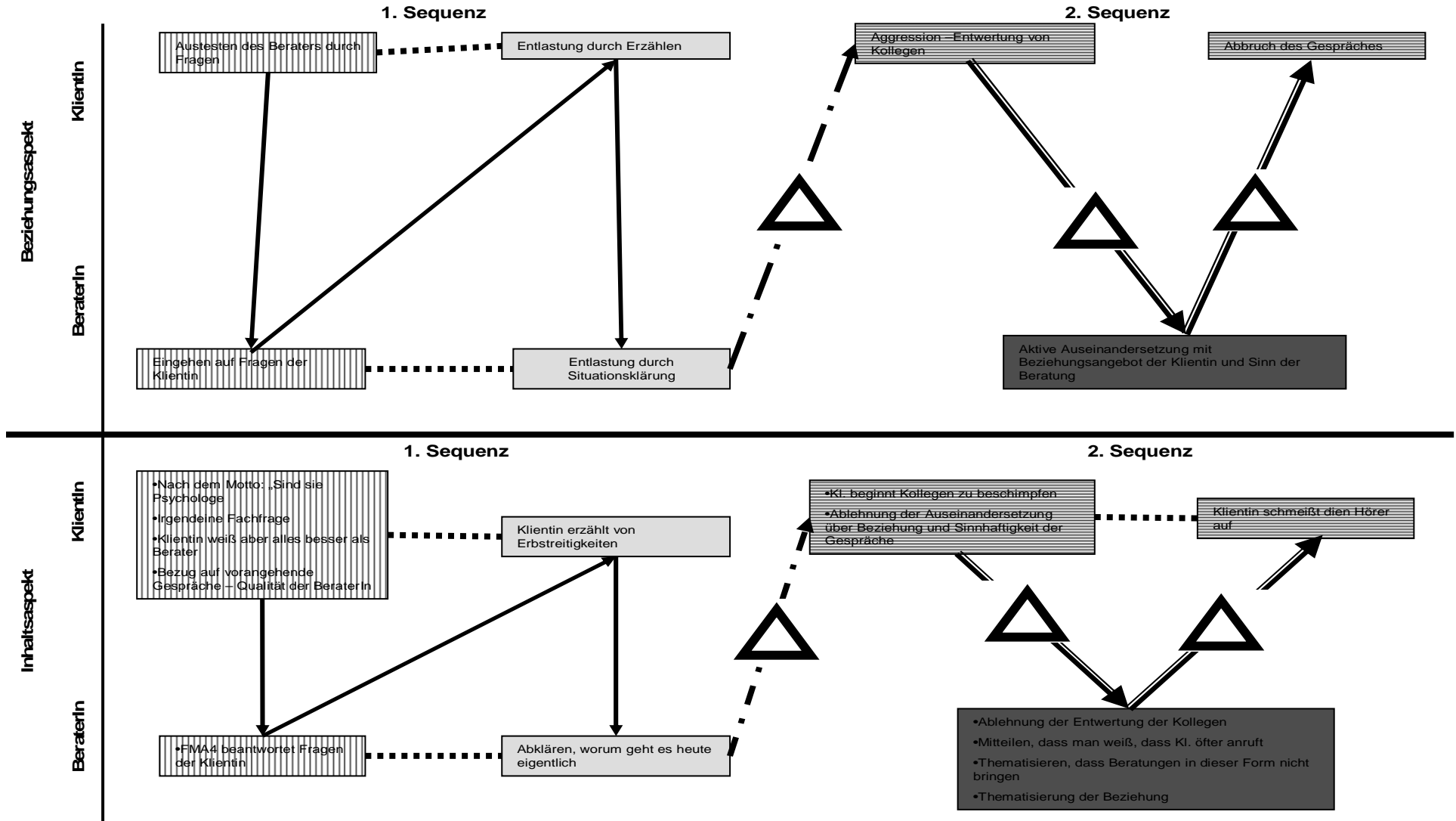


Abbildung 61: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FM4\_Frau aus der Pampa*



## Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA2\_Also ich bin Borderlinerin

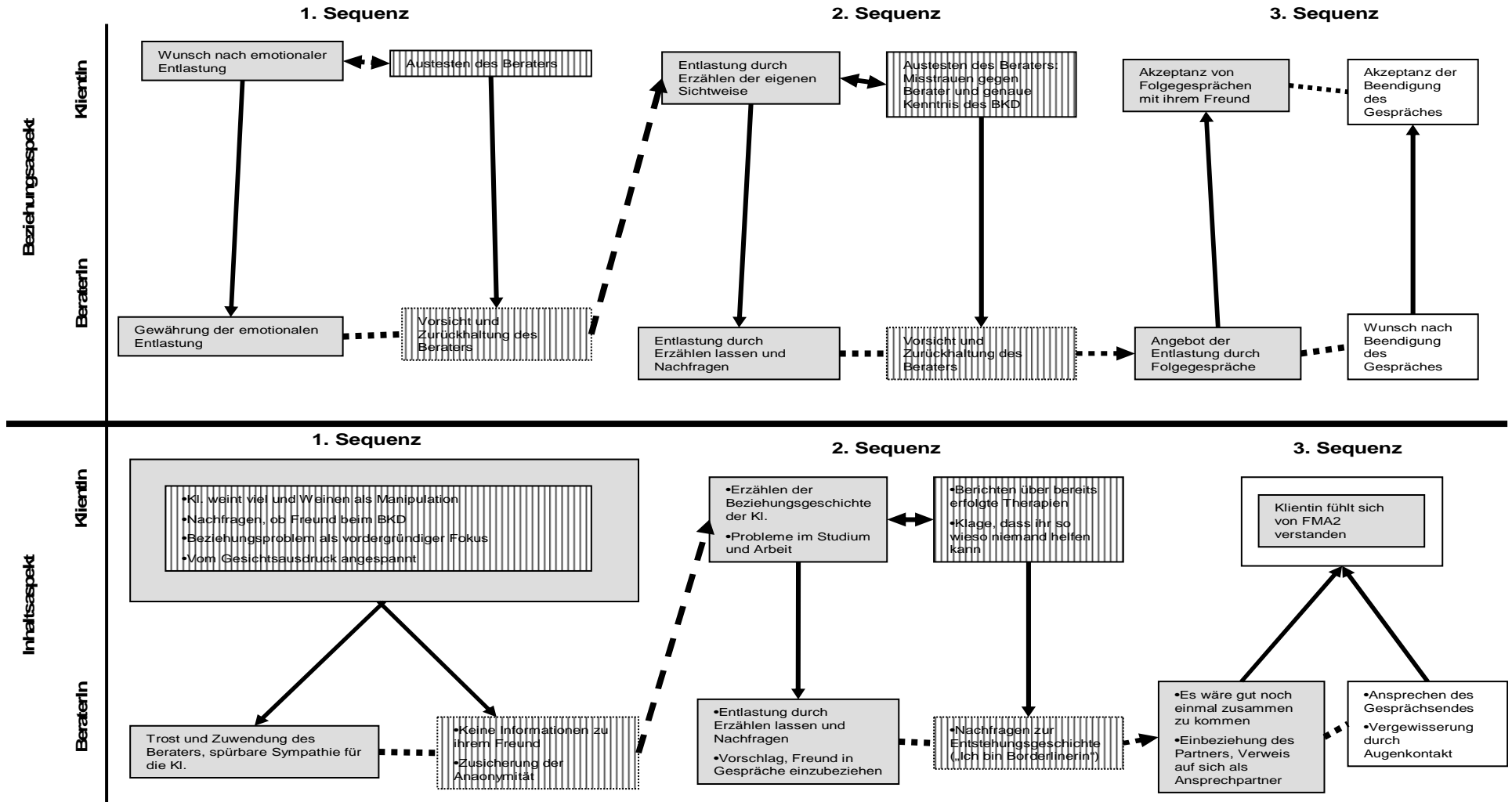


Abbildung 62: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FMA2\_Also ich bin Borderlinerin*

Anlage 6d: Sequentielle Rekonstruktion der Erstgespräche mit KlientInnen in suizidalen Krisen

Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA3\_Frau im Hotel

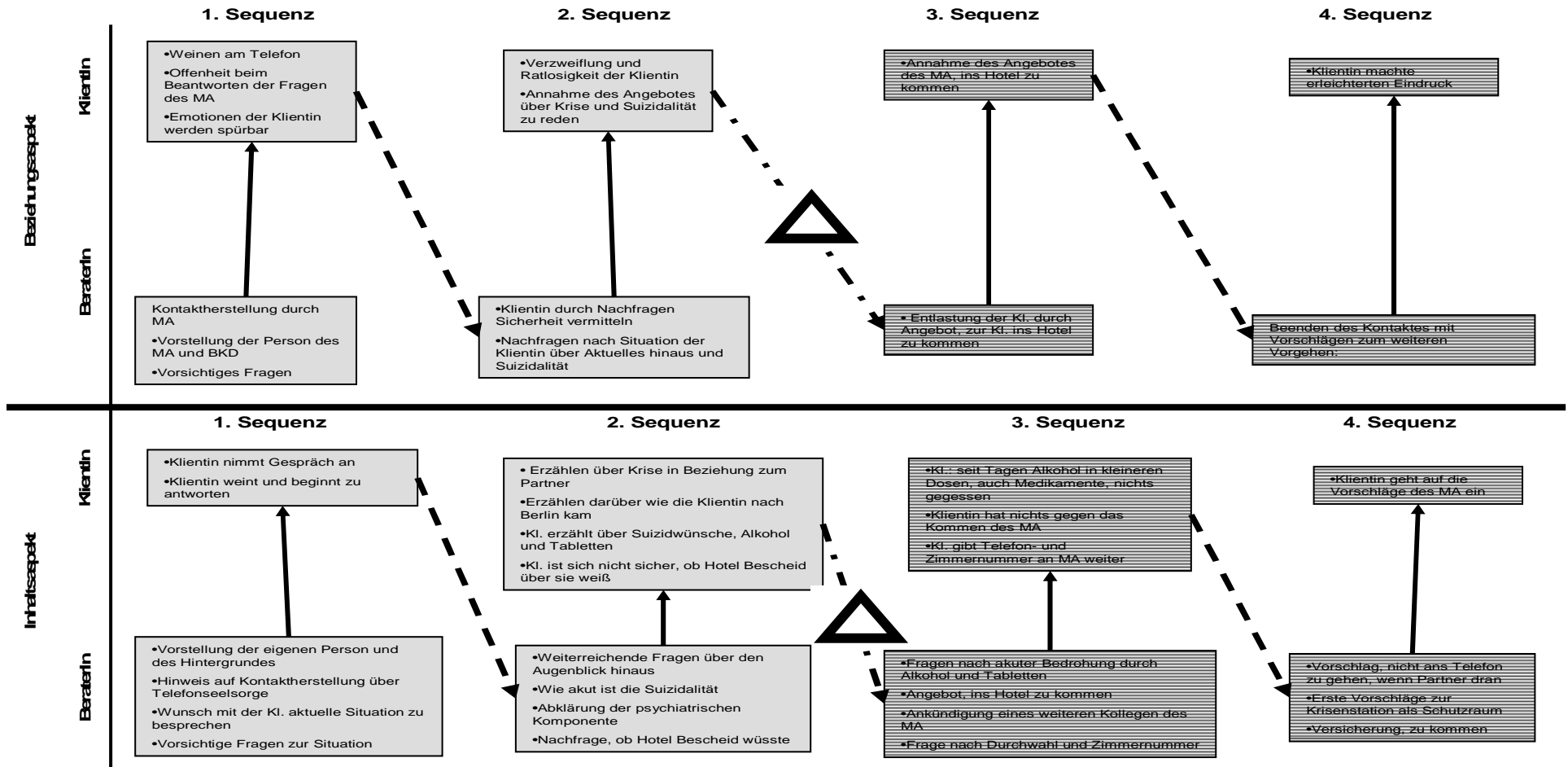


Abbildung 63: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs Fall FMA3\_Frau im Hotel

## Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA2\_Tabletten neben dem Telefon

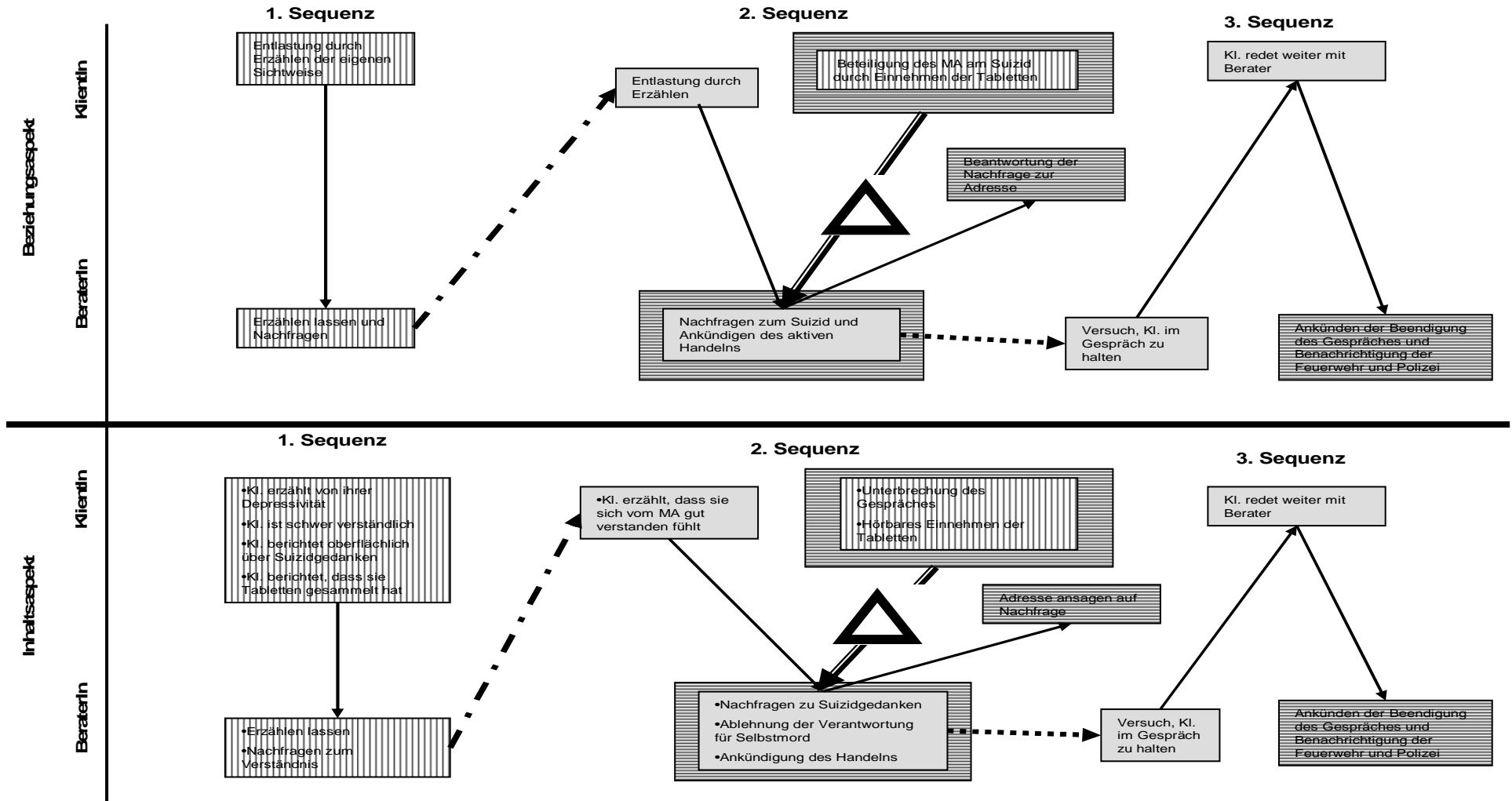


Abbildung 64: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FMA2\_Tabletten neben dem Telefon*

## Prozess des Erstgesprächs Fall\_FMA4\_Florettfechten

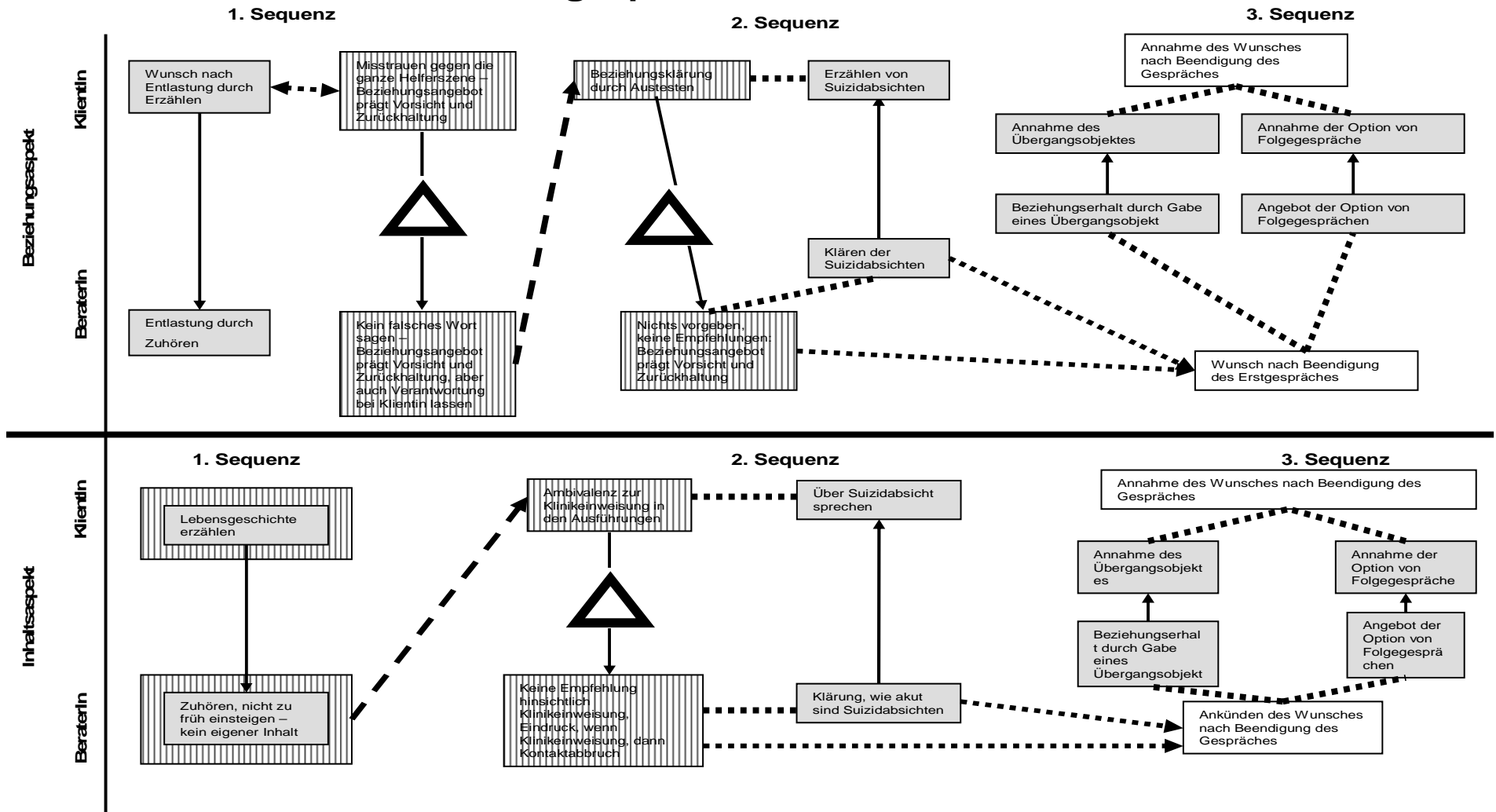


Abbildung 65: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgesprächs *Fall FMA4\_Florettfechten*

## Prozess des Erstgespräches Fall\_FMA1\_Suizidaler Mann

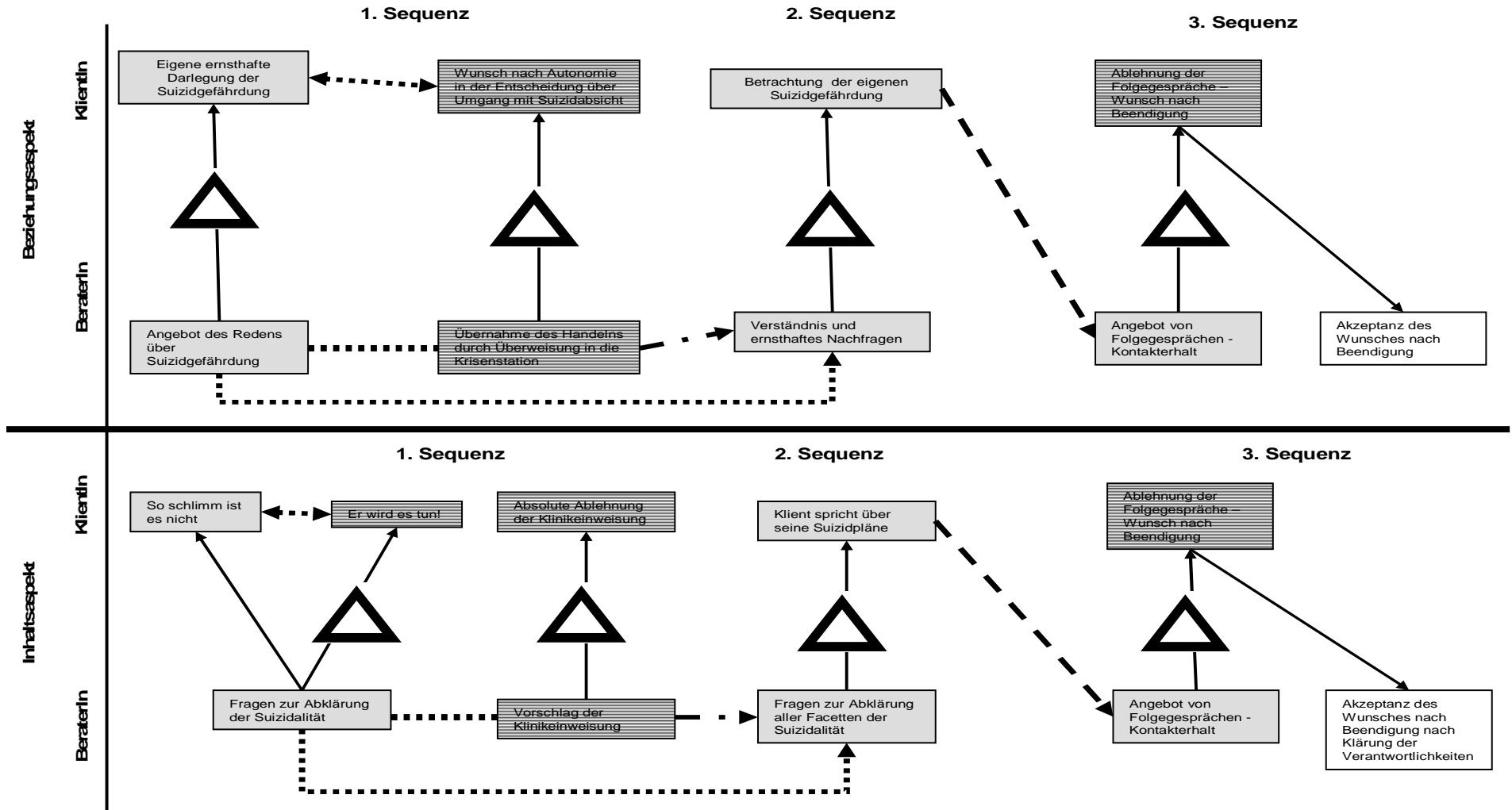
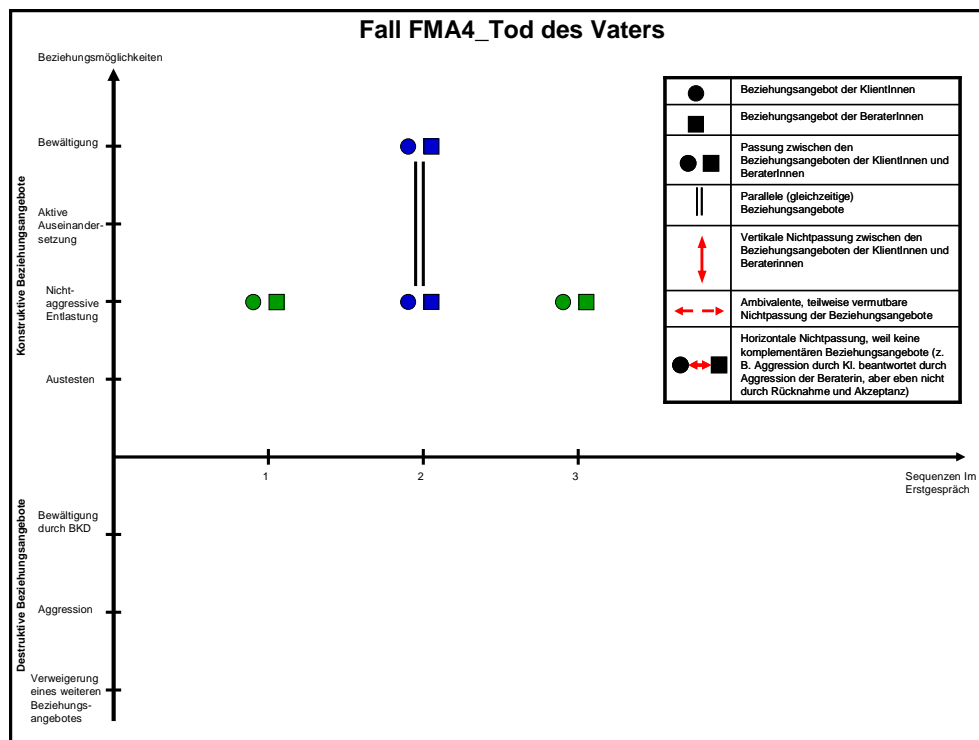
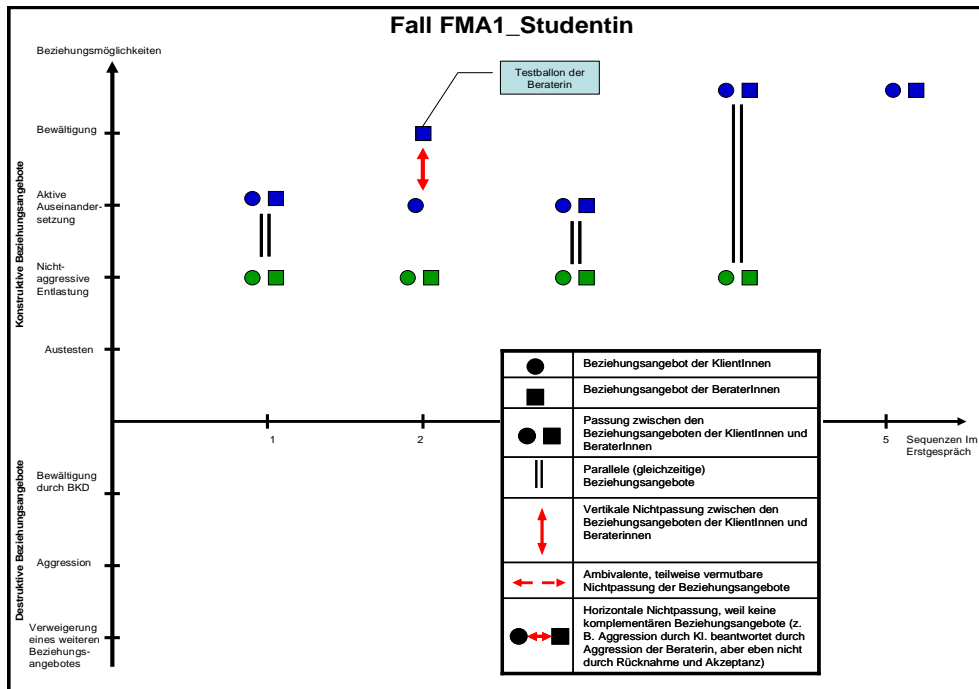


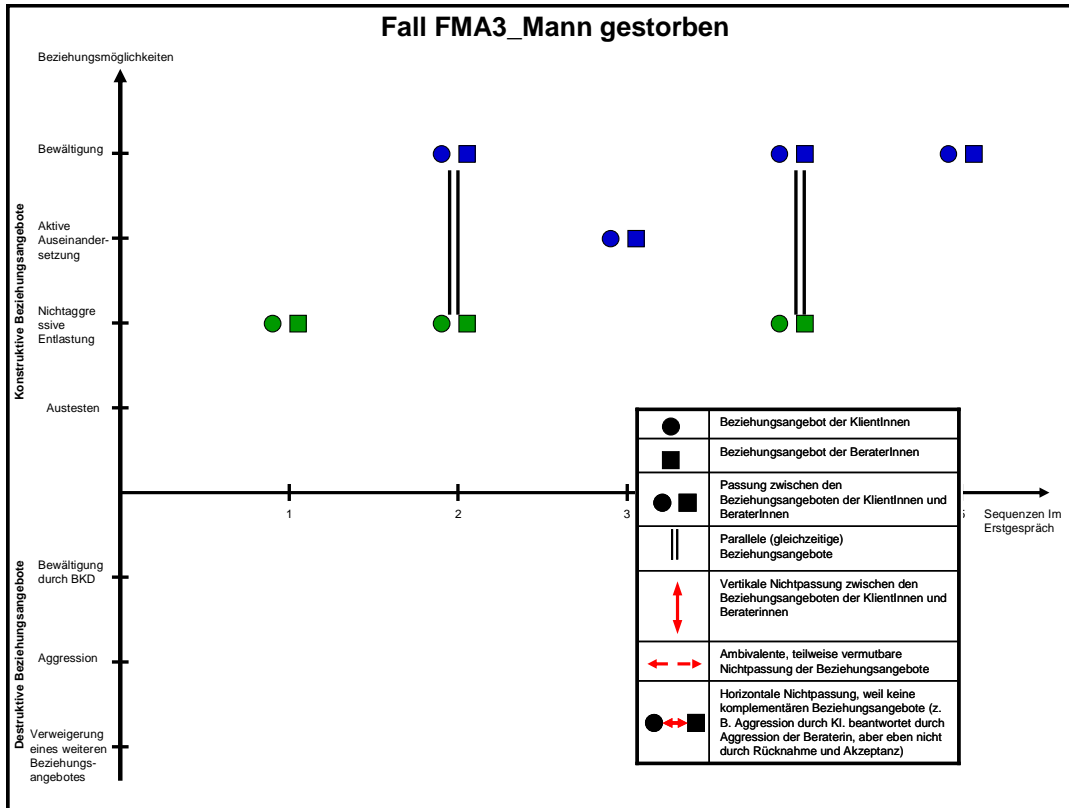
Abbildung 66: Sequentielle Prozessdarstellung des Erstgespräches Fall FMA1\_Suizidaler Mann

## Anlage 7: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse auf der Grundlage des zentralen Phänomens der Beziehungsgestaltung

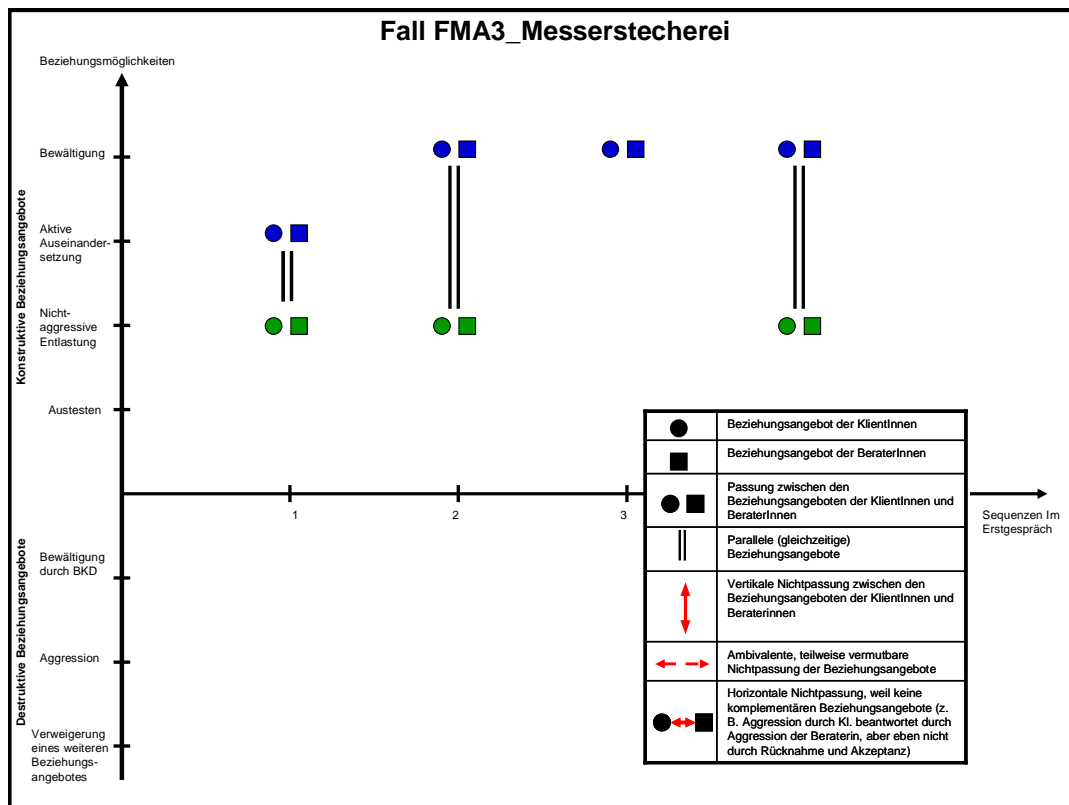
### Anlage 7a: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung

#### Prozessmuster 1: Gelungene persönliche und telefonische Gespräche und Kriseninterventionen 1. Ordnung ohne Unsicherheiten in Zuständigkeit des BKD und Focus

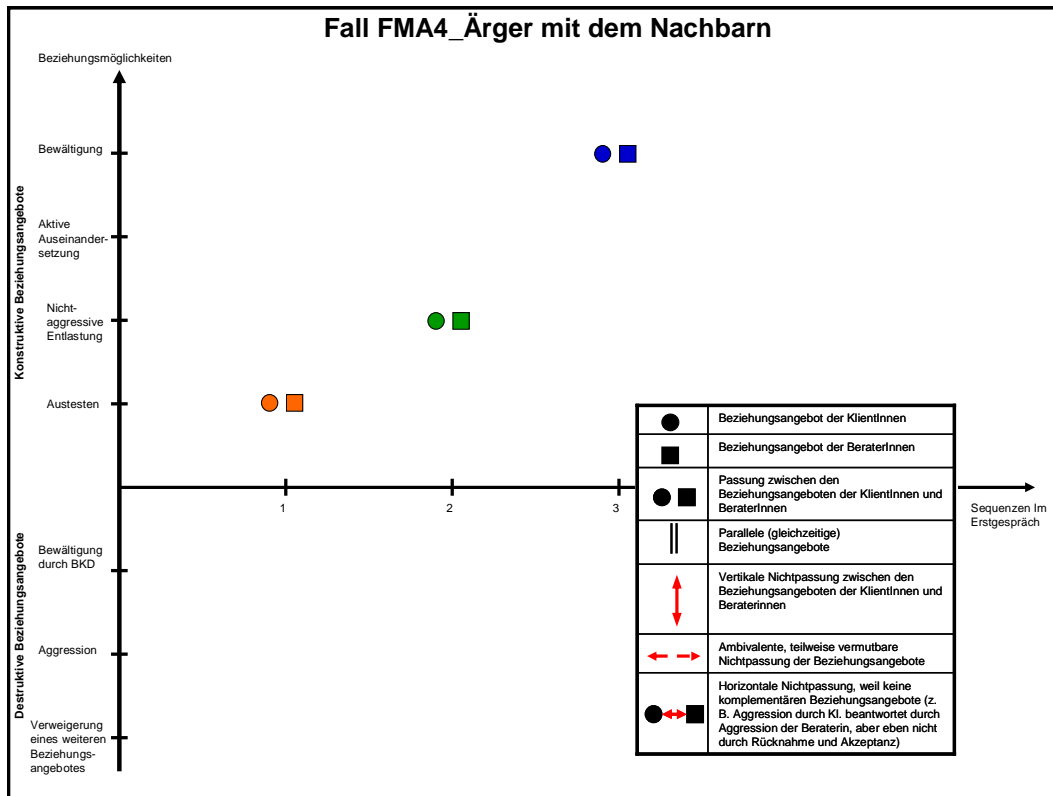




## Prozessmuster 2: Gelungene persönliche Gespräche und Kriseninterventionen 2. Ordnung



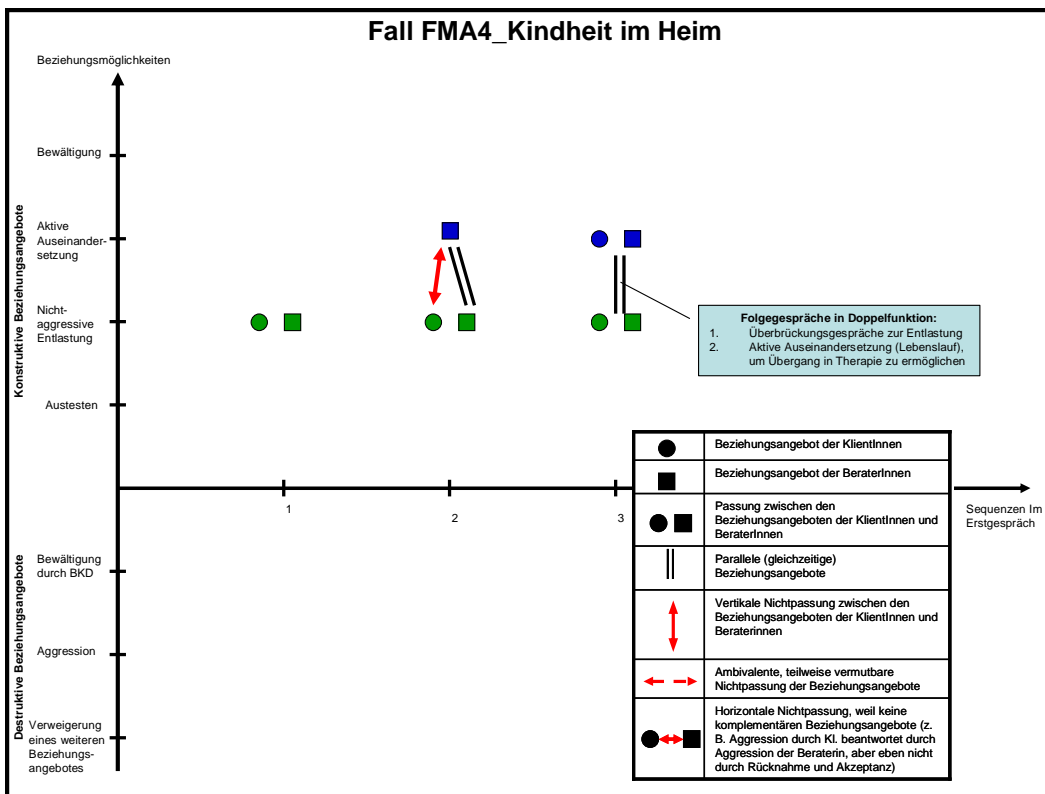
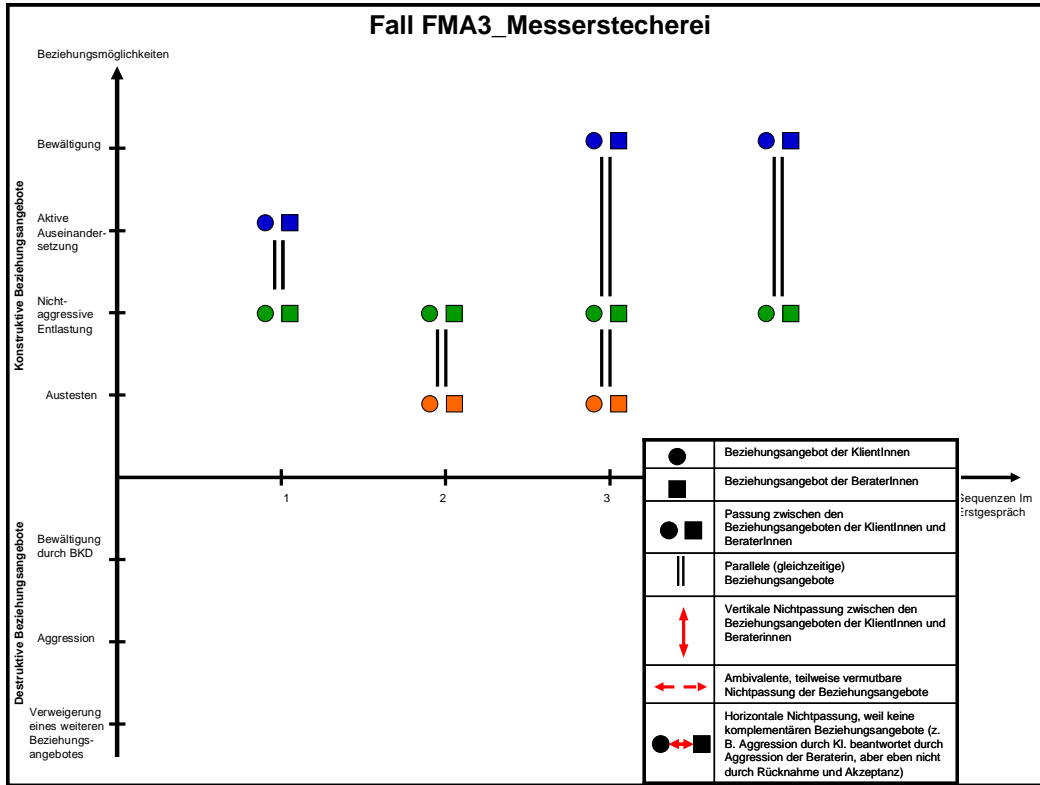
### Prozessmuster 3: Gelungen telefonische Gespräche und Kriseninterventionen 1. Ordnung mit Unsicherheiten in der Zuständigkeit des BKD und Focus

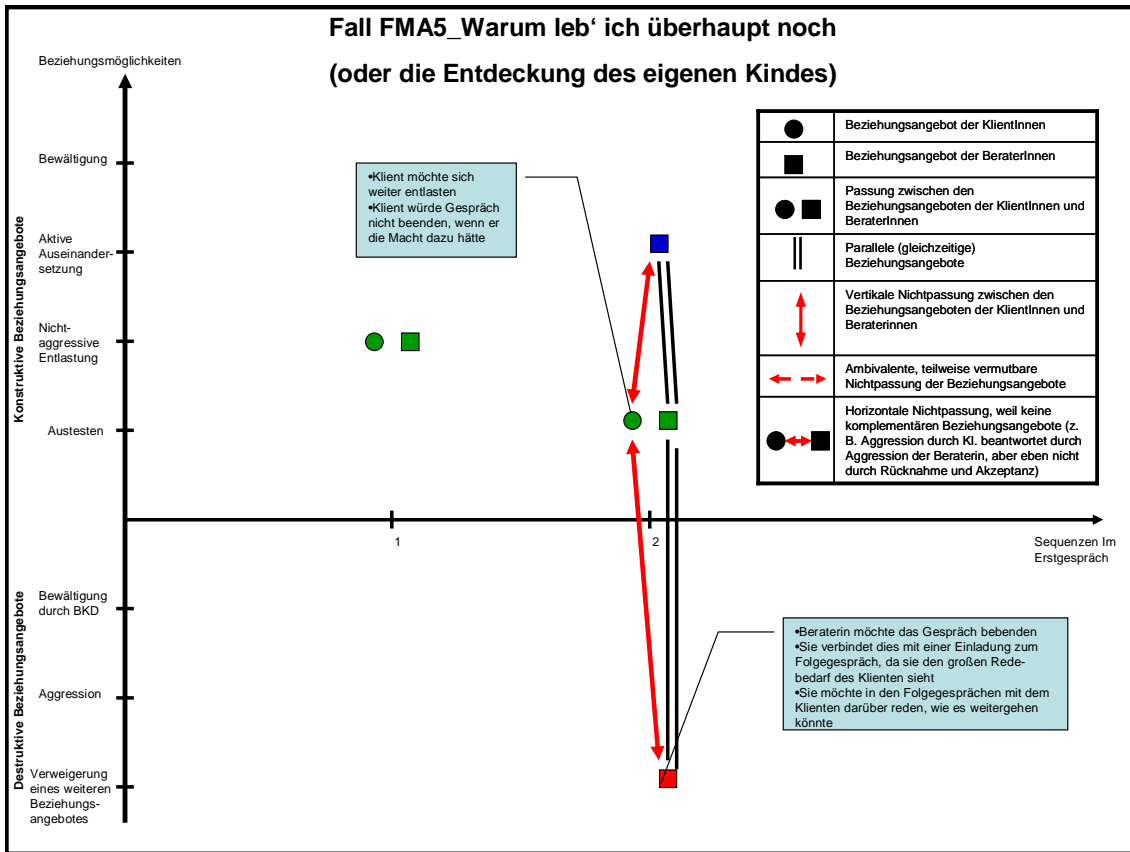




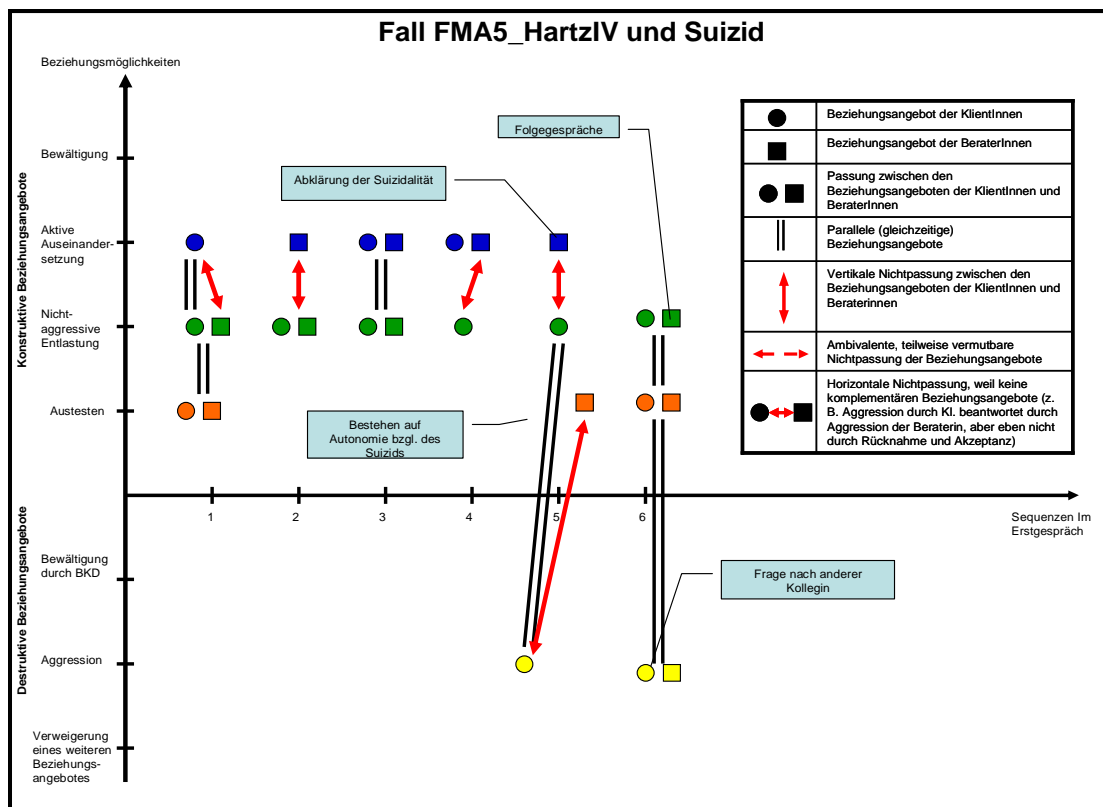
## Anlage 7b: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen

### Prozessmuster 1: Gelungene persönliche Gespräche

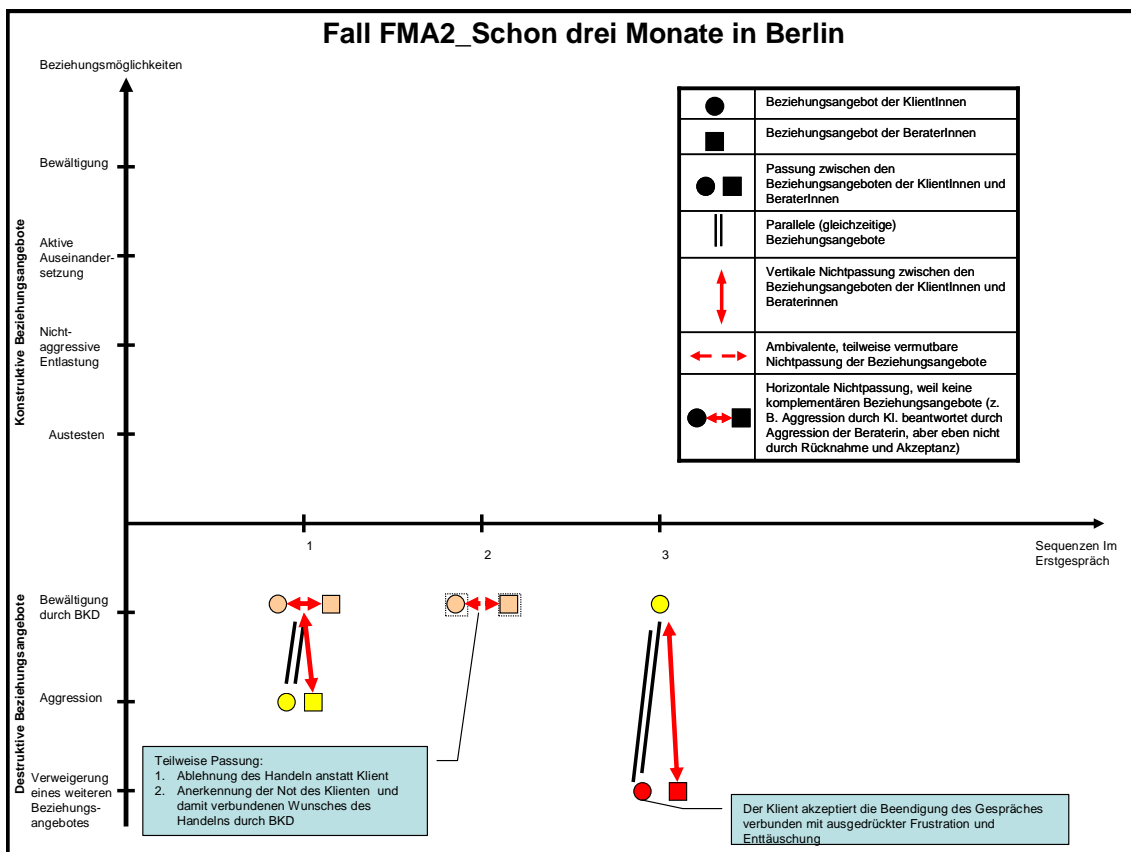
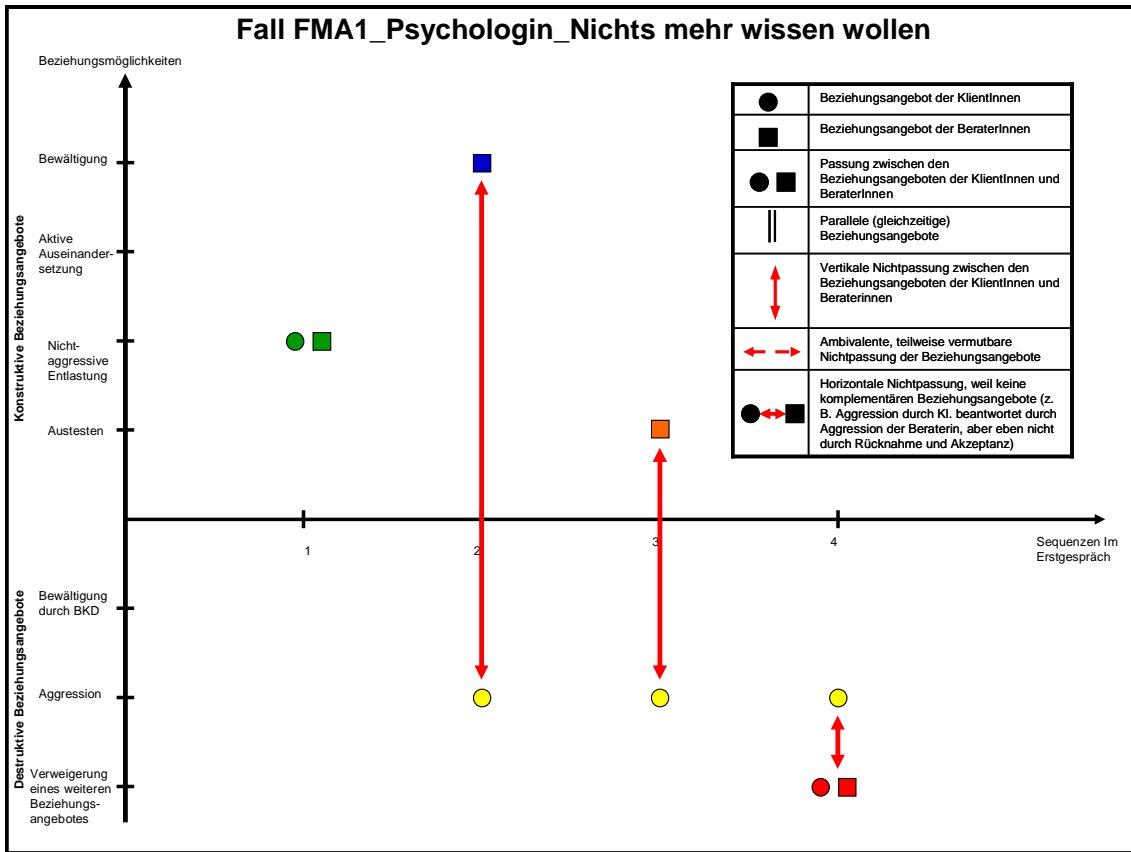


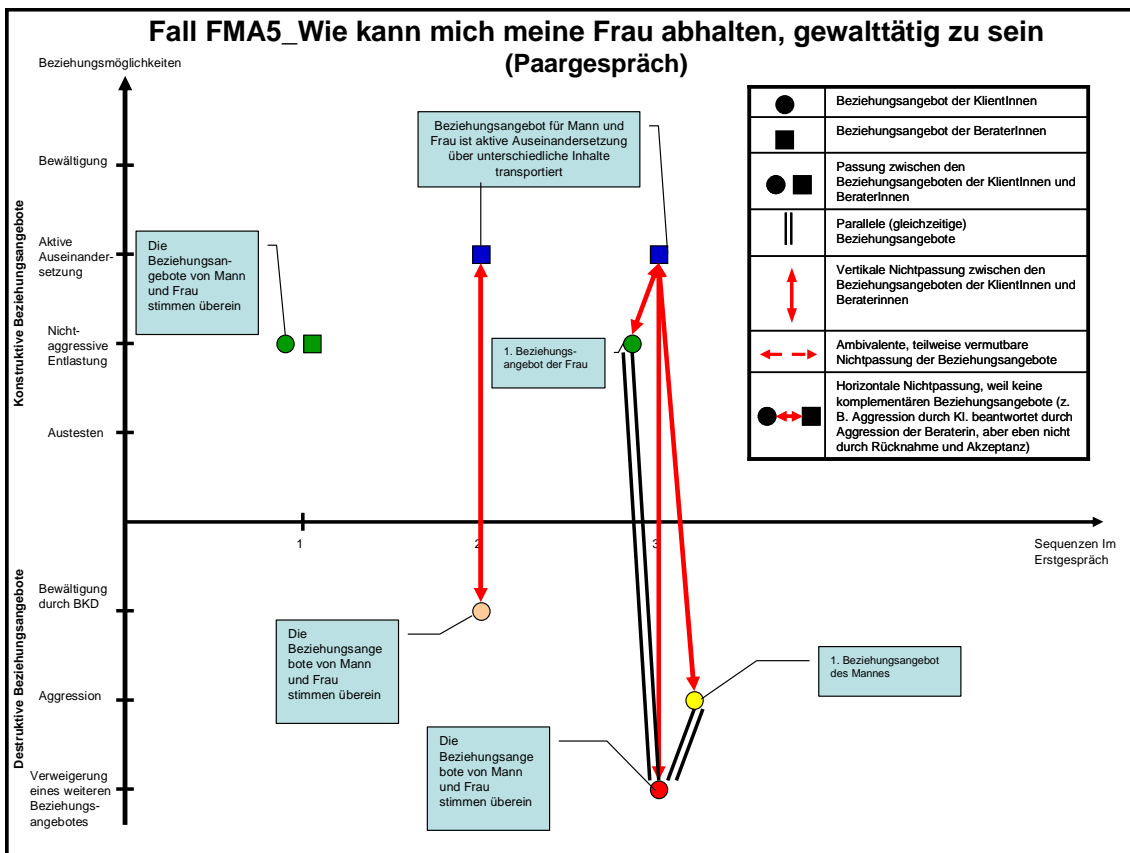
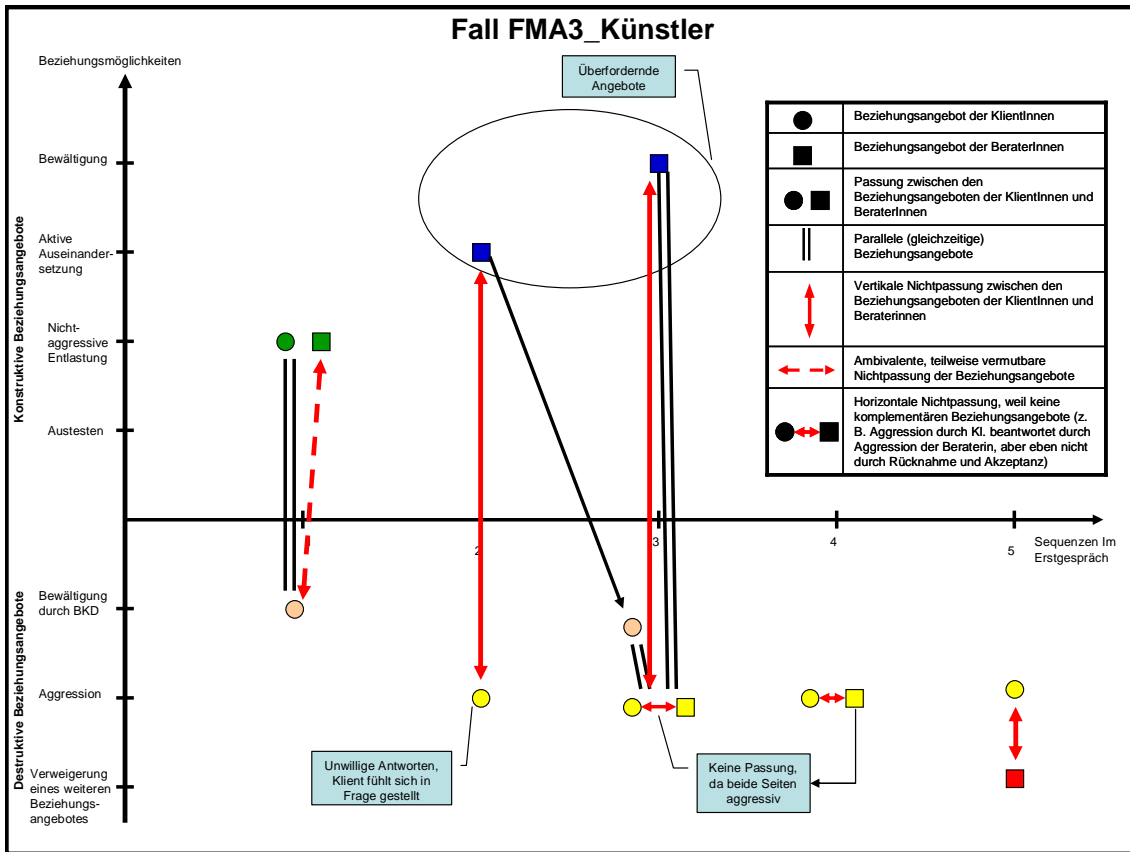


## Prozessmuster 2: Ambivalent gelungene/misslungene persönliche Gespräche



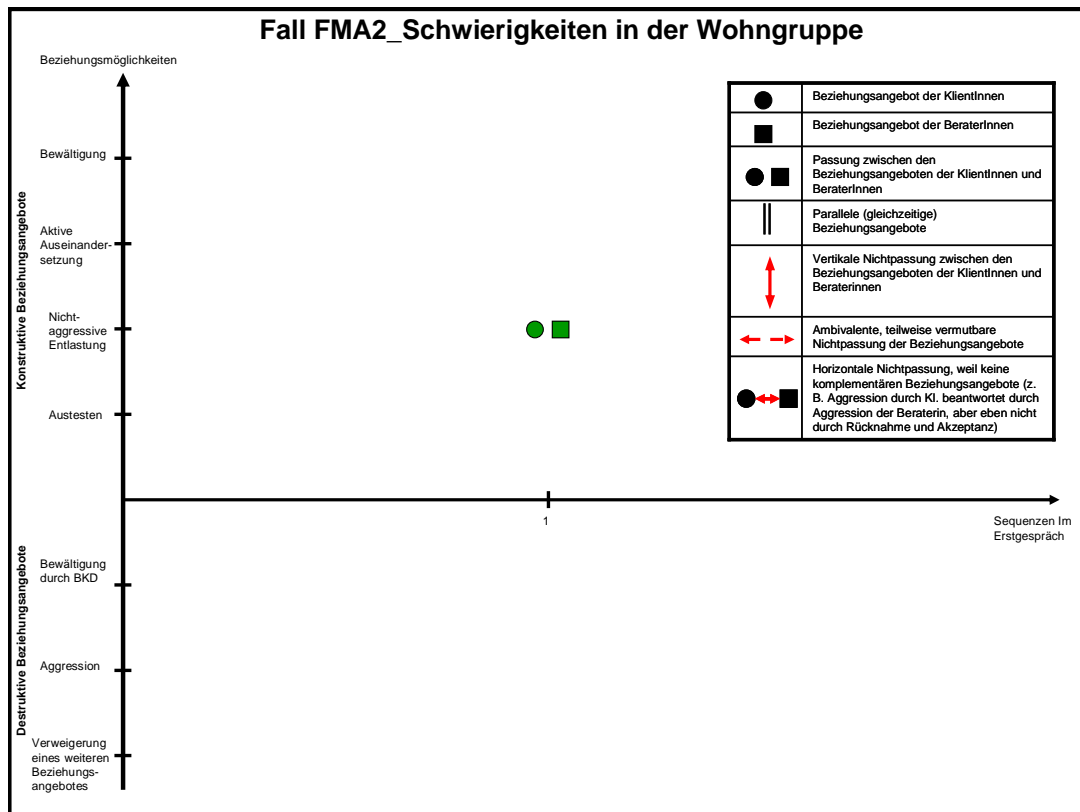
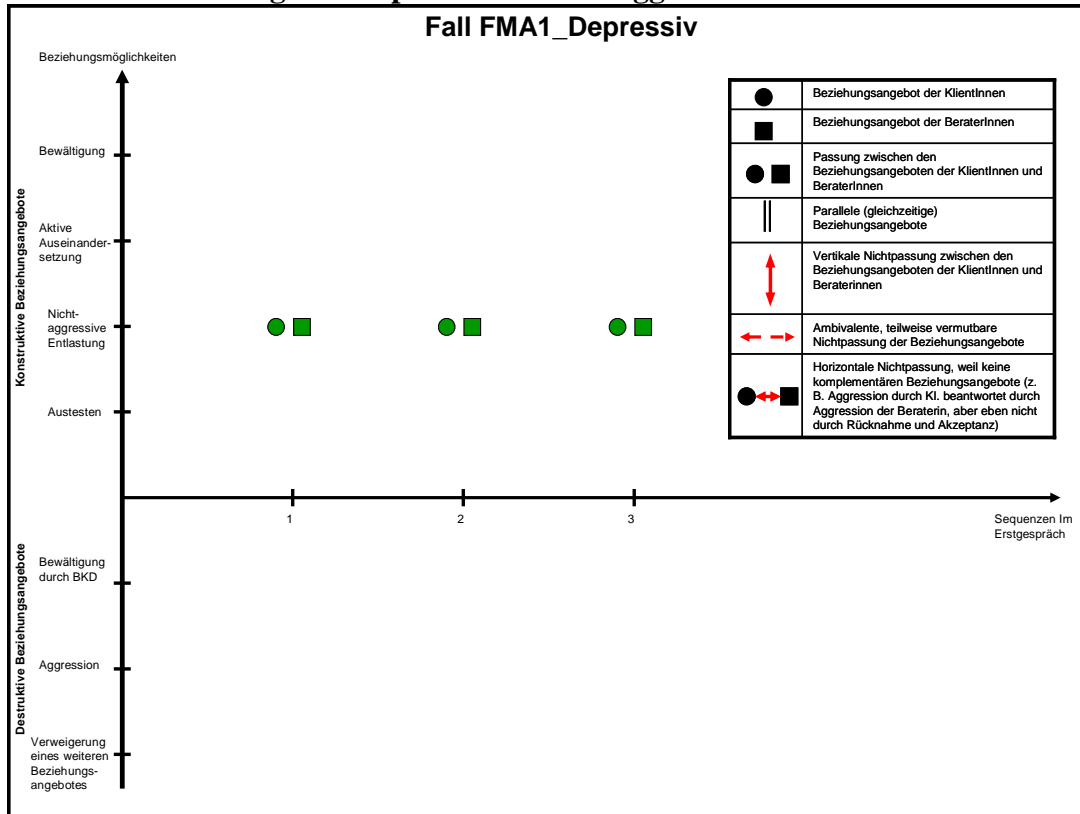
### Prozessmuster 3: Misslungene persönliche Gespräche

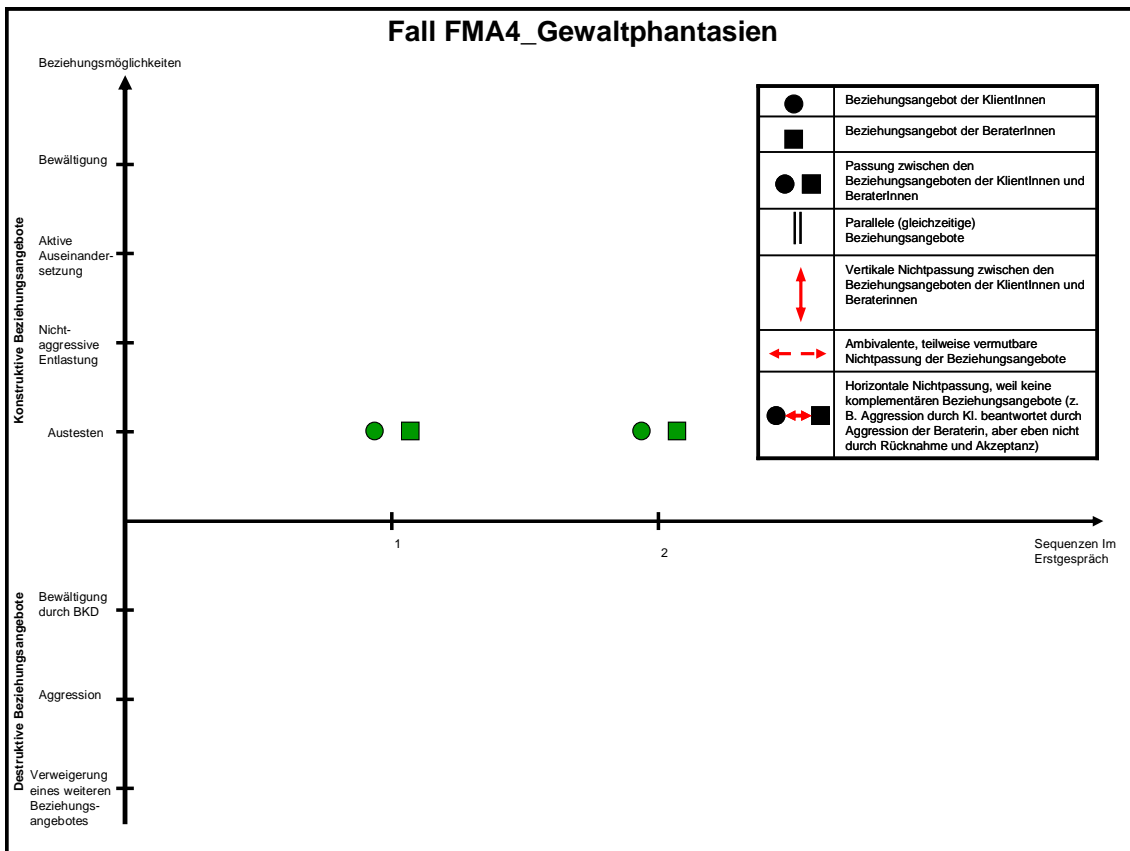
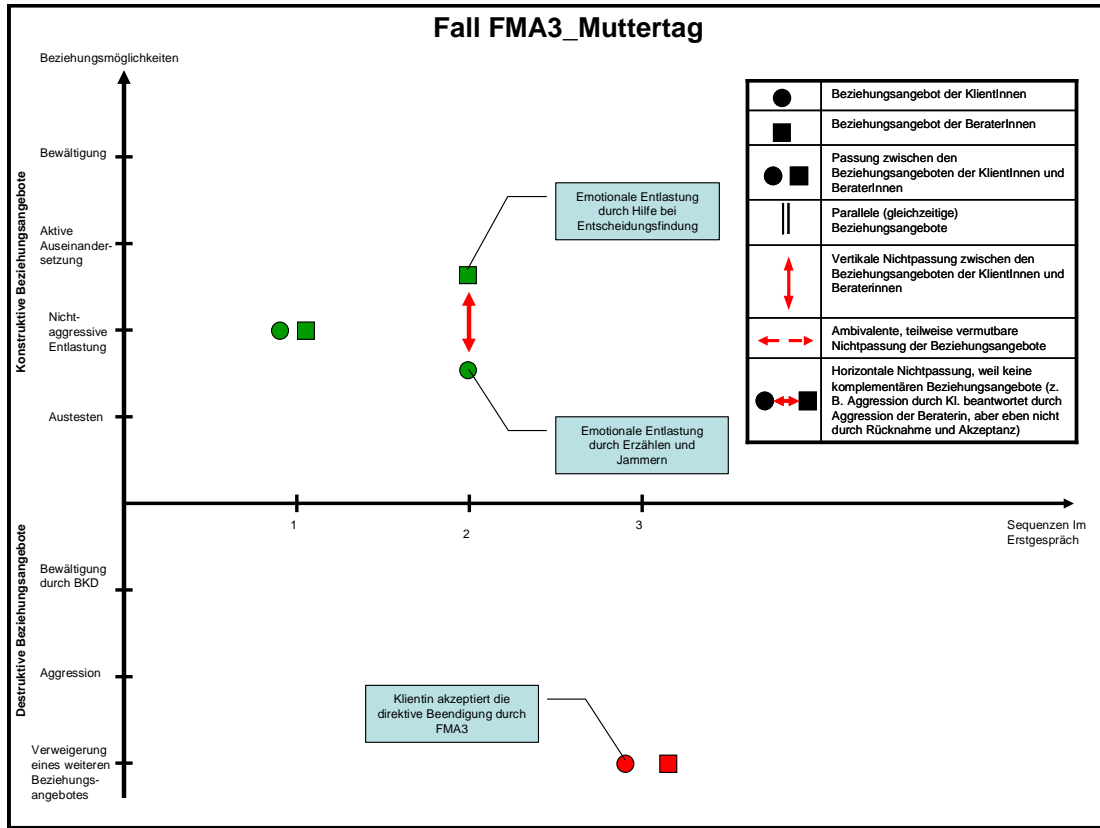




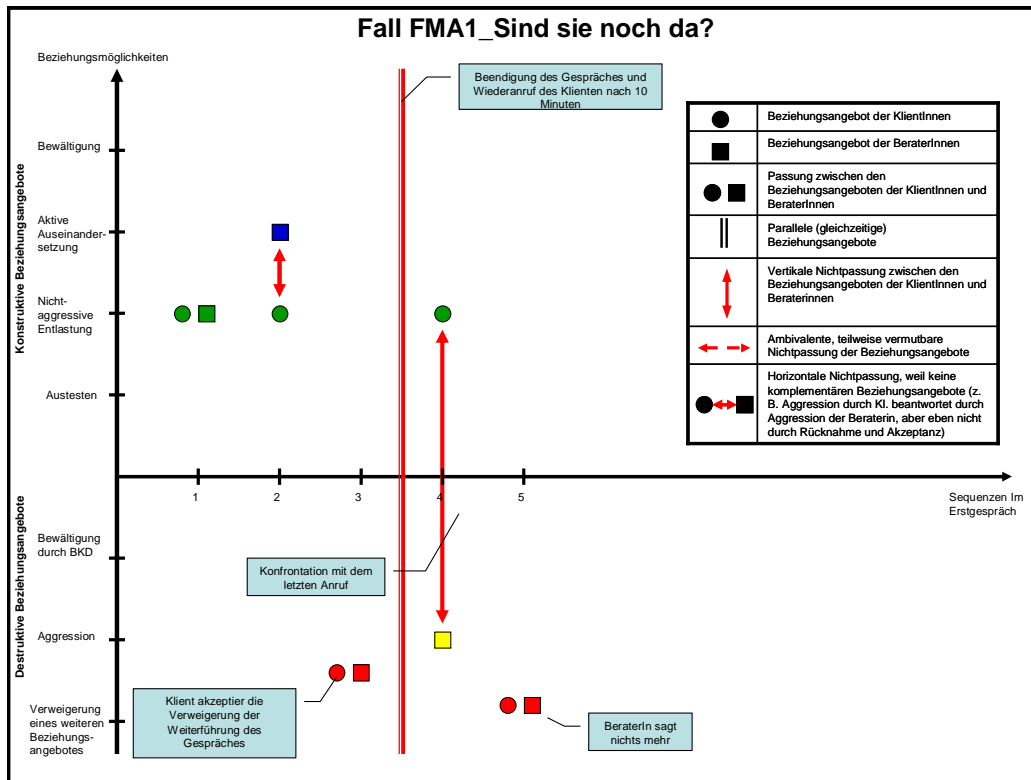
## Anlage 7c: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen mit manifesten chronischen psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel)

### Prozessmuster 1: Gelungene Gespräche mit nichtaggressiven DauerklientInnen

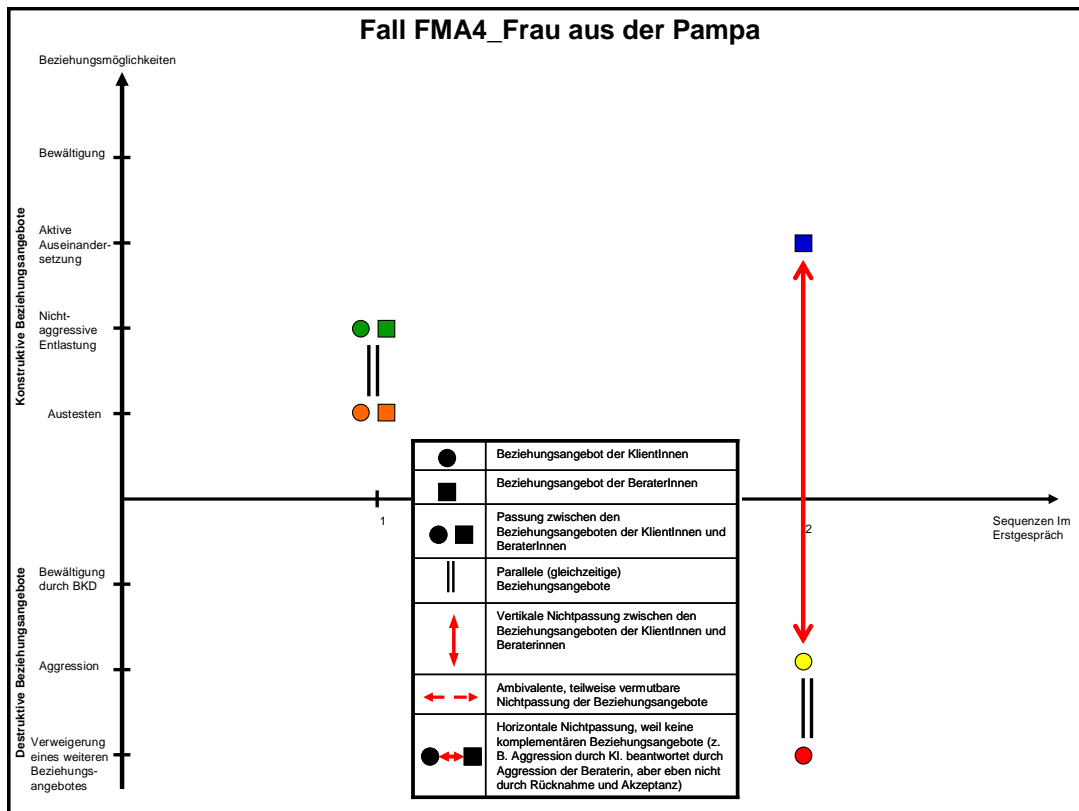


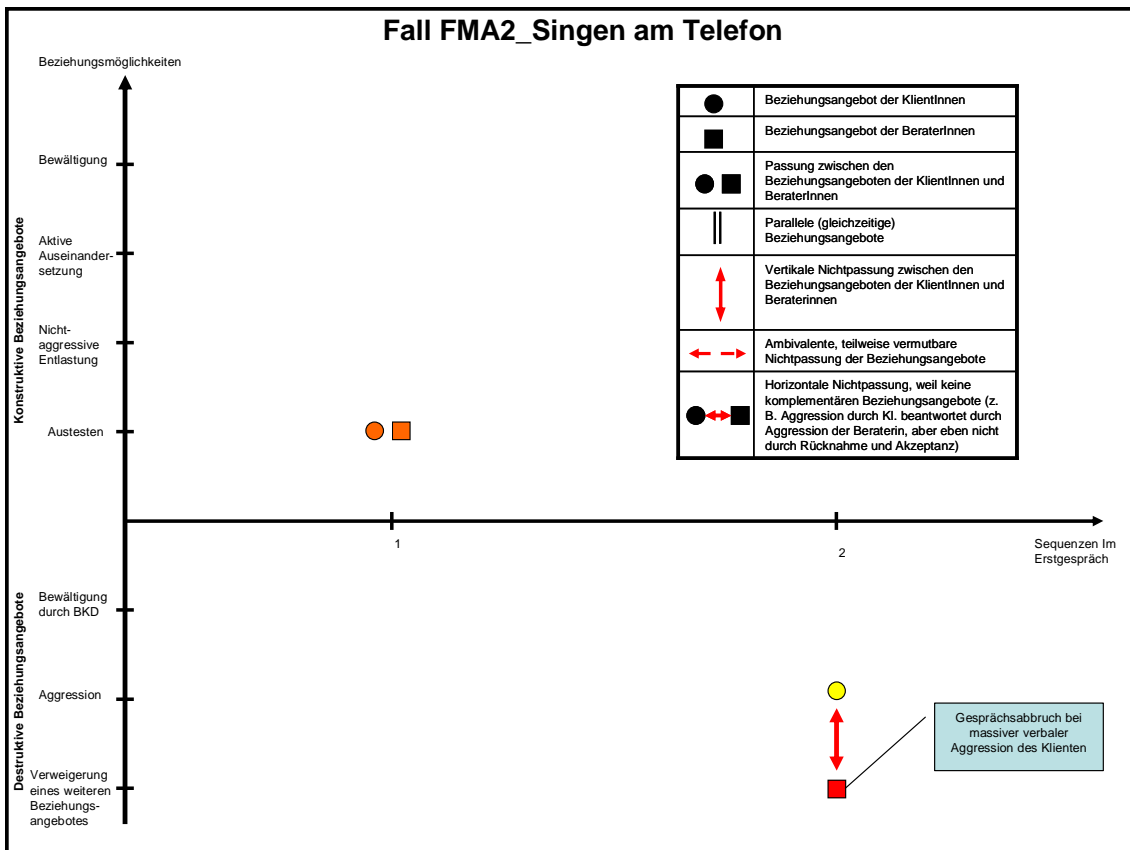
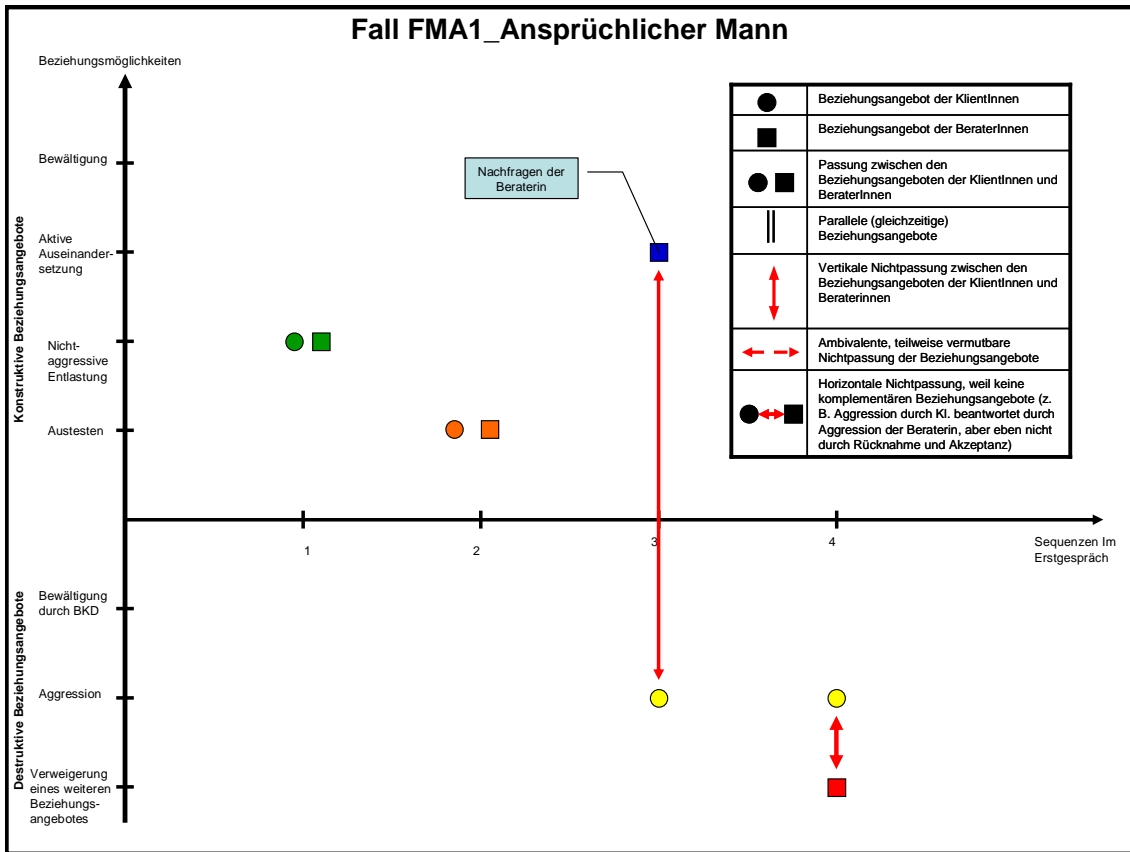


### Prozessmuster 2: Misslungene, aber nicht ausschließlich auf aggressiver Kommunikation beruhender Erstgespräche mit DauerklientInnen

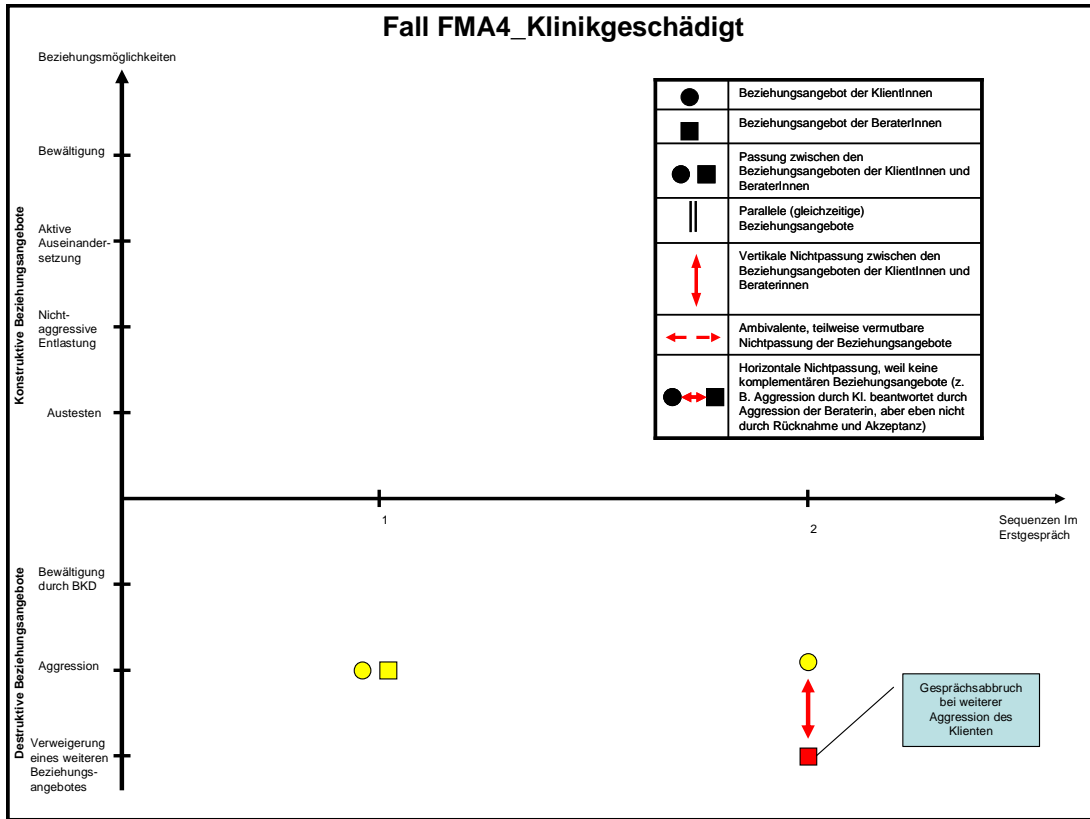


### Prozessmuster 3: Gespräche mit aggressiven DauerklientInnen

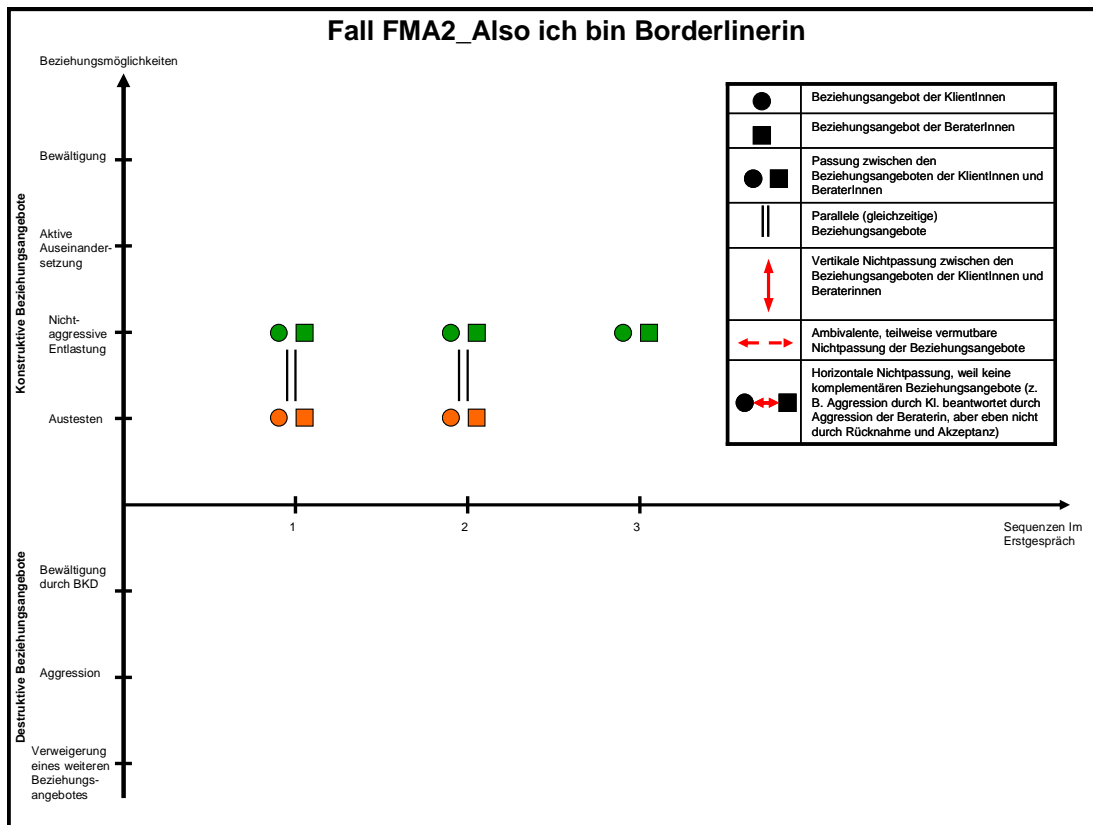






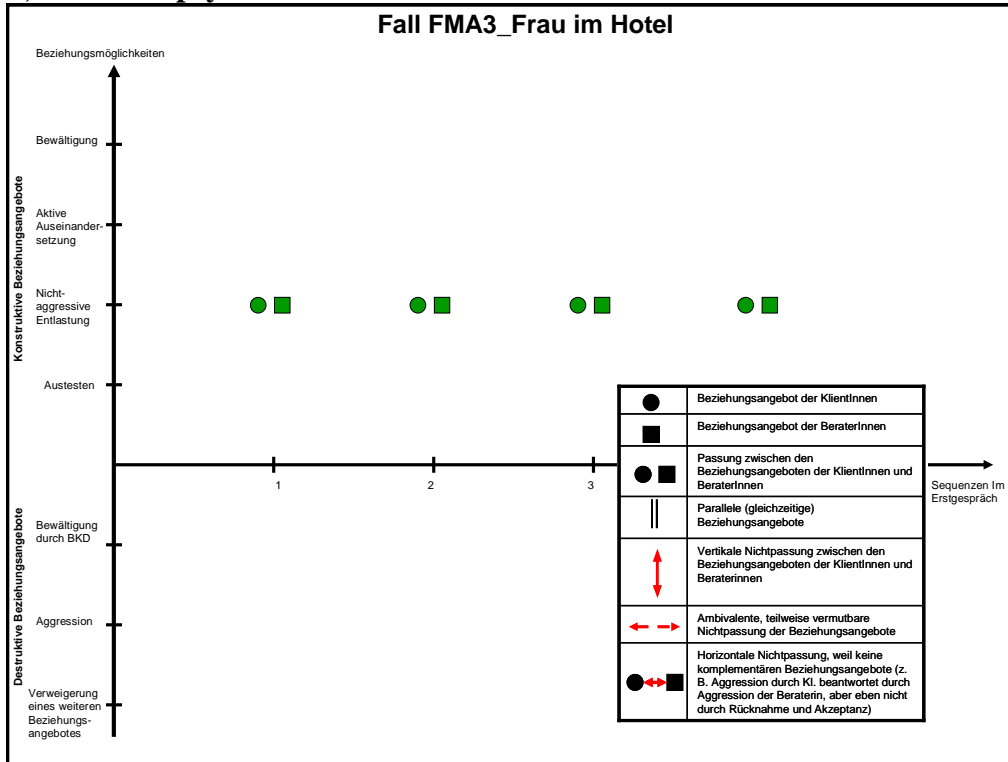


**Prozessmuster 4: Gelungenes persönliches Erstgespräch mit DauerklientIn in akuter psychosozialer Krise (über die kurzfristige Entlastung hinausreichend)**

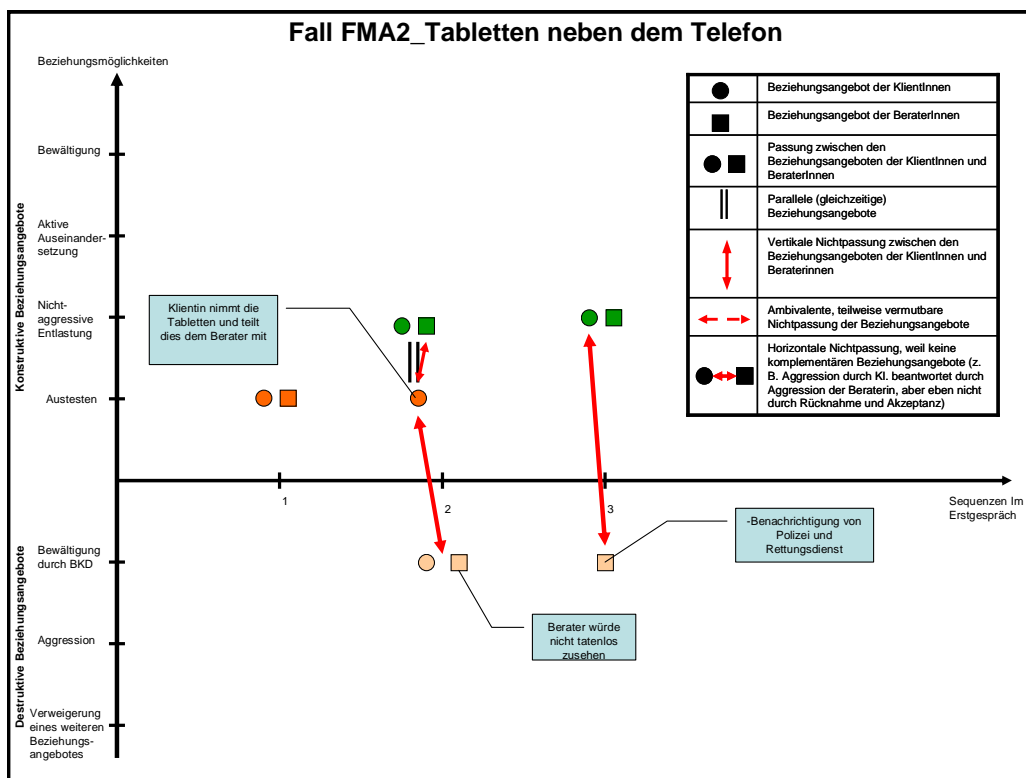


## Anlage 7d: Graphische Darstellung der Erstgesprächsprozesse mit KlientInnen in Suizidalen Krisen

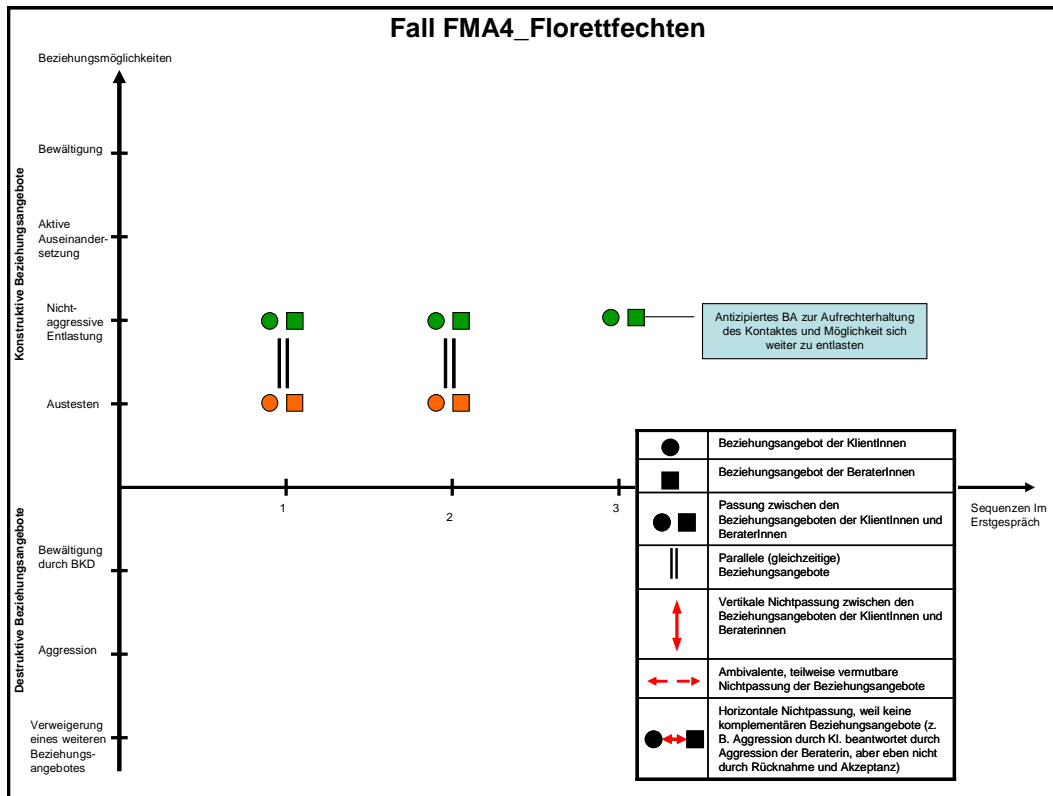
### Prozessmuster 1: Gelungenes telefonisches Erstgespräch mit einer akut suizidalen KlientIn, das einen psychiatrischen Notfall einleitet



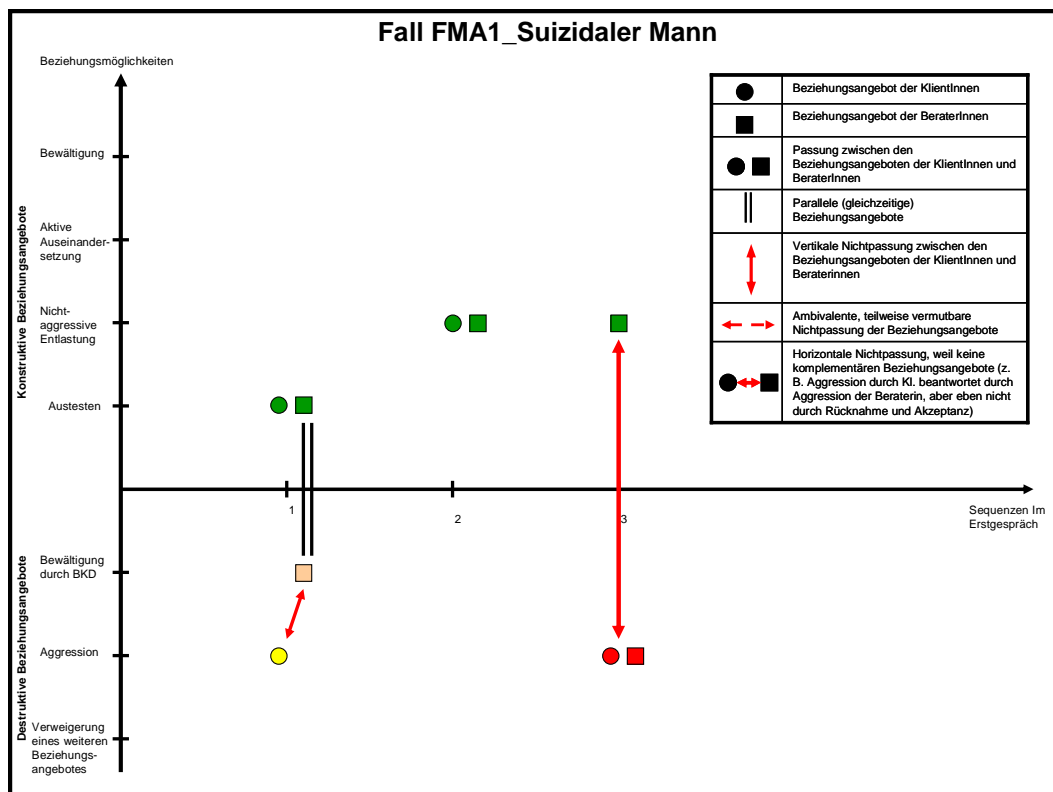
### Prozessmuster 2: Ambivalent gelungenes/misslungenes telefonisches Erstgespräch mit einer akut suizidalen Klientin, das einen psychiatrischen Notfall einleitet



### Prozessmuster 3: Gelungenes persönliches Erstgespräch mit einer latent suizidalen Klientin



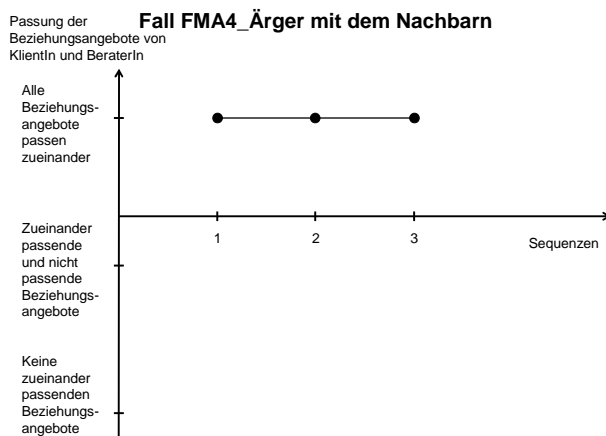
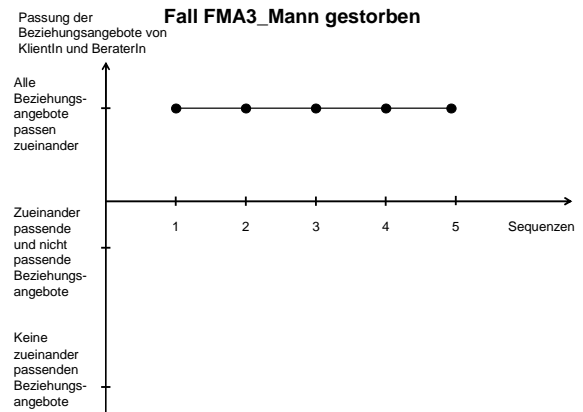
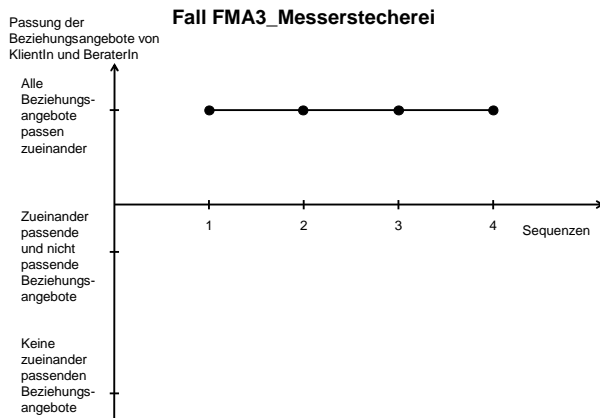
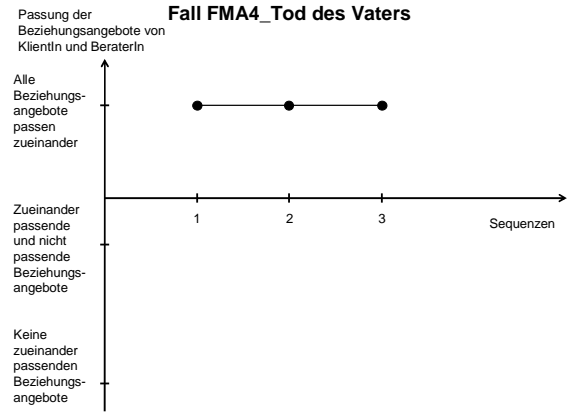
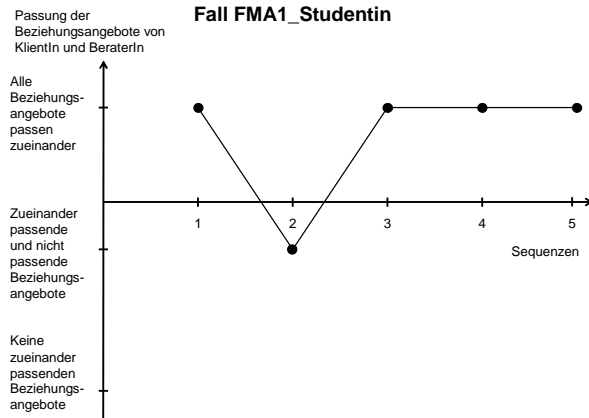
### Prozessmuster 4: Misslungenes persönliches Erstgespräch mit einem latent suizidalen Klienten



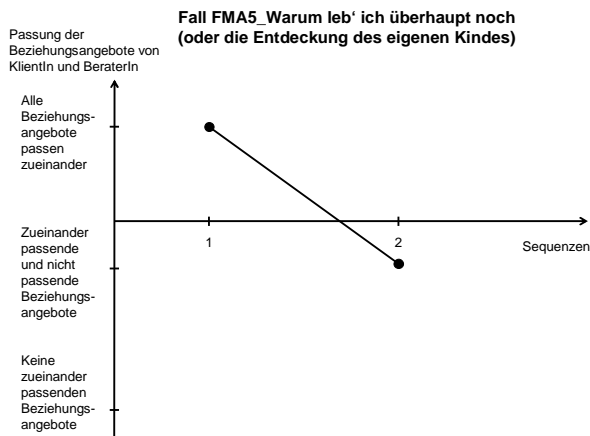
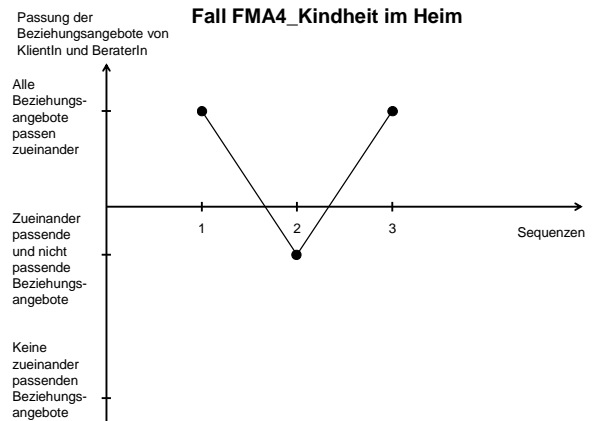
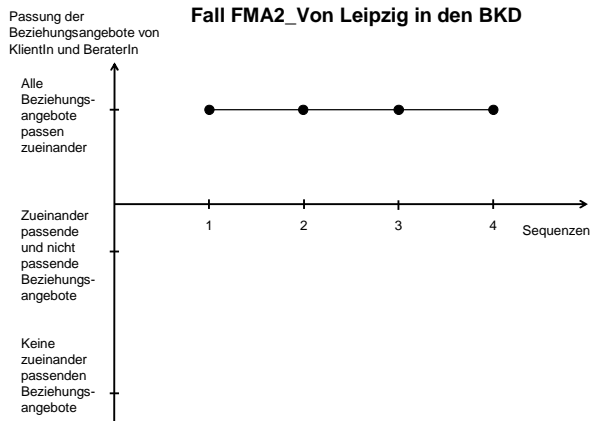
## Anlage 8: Graphische Darstellung der Passung/Nichtpassung der Beziehungsangebote in den Erstgesprächsprozessen

### Anlage 8a: Erstgespräche mit gelungener Passung

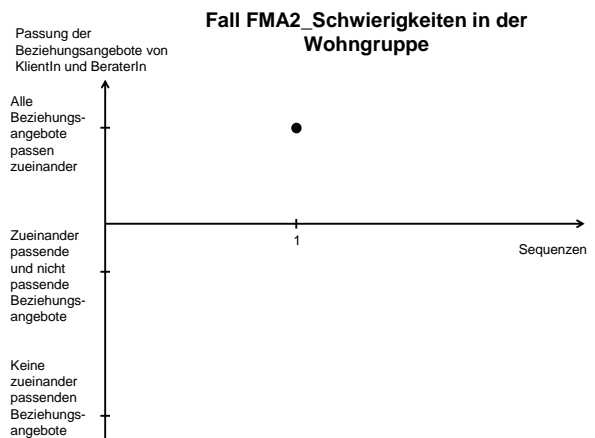
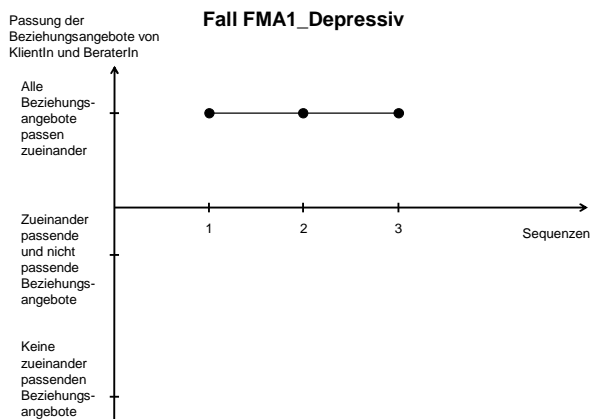
#### 1. Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung: Prozessmuster 1-3

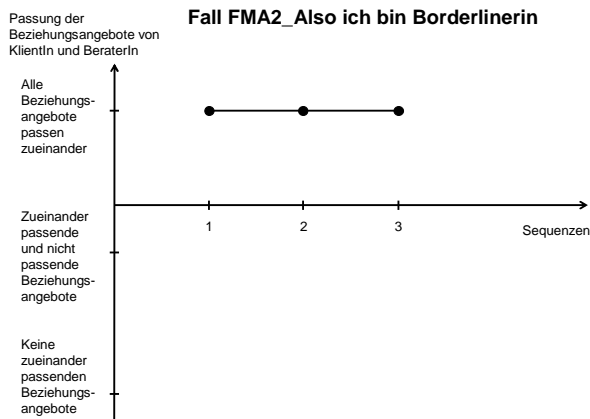
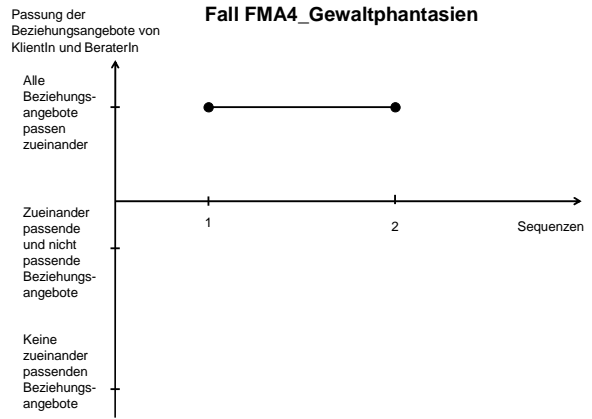
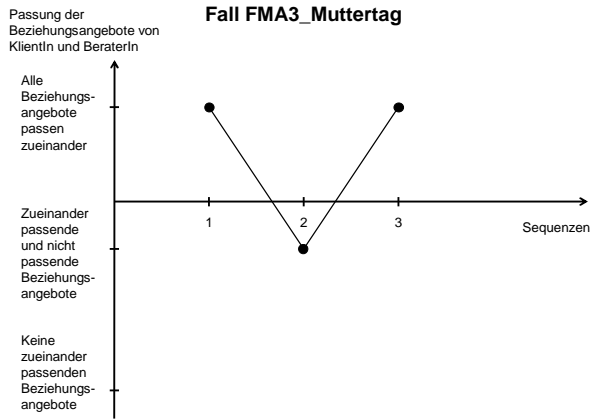


## 2. Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen: Prozessmuster 1

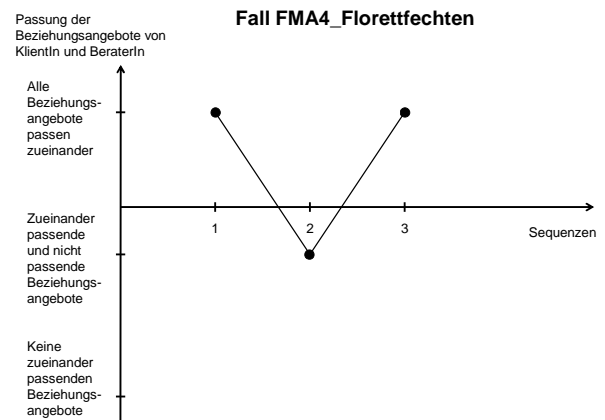
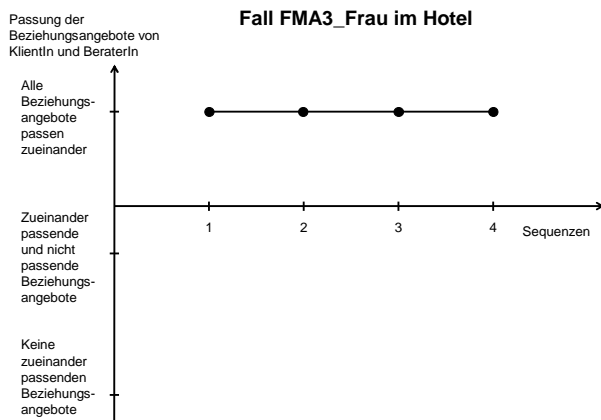


## 3. Erstgespräche mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel): Prozessmuster 1 und 4



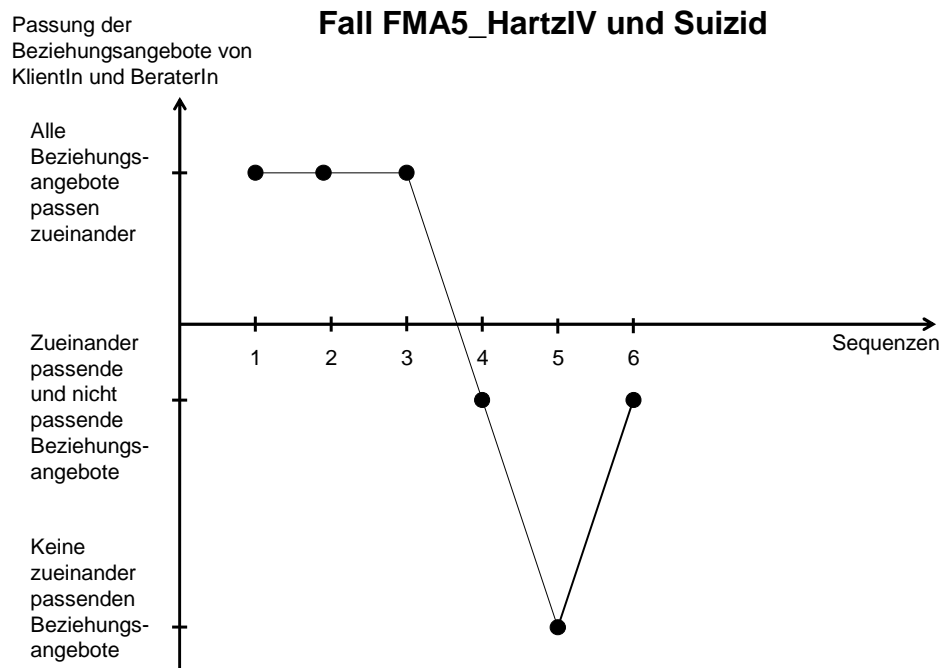


#### 4. Erstgespräche mit KlientInnen in suizidalen Krisen: Prozessmuster 1 und 3

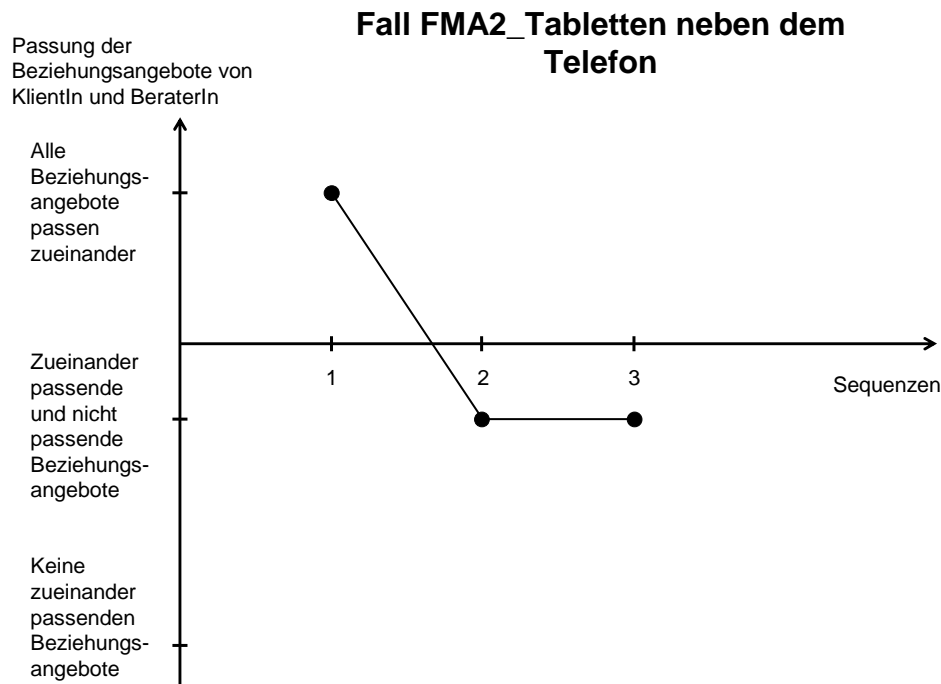


## Anlage 8b: Erstgespräche mit ambivalent gelungener/misslungener Passung

### 1. Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen: Prozessmuster 2

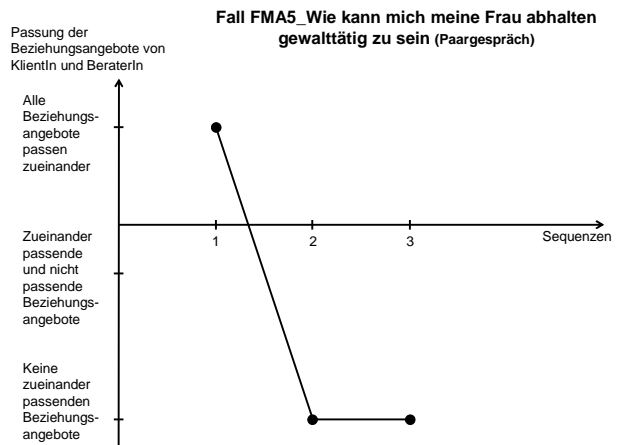
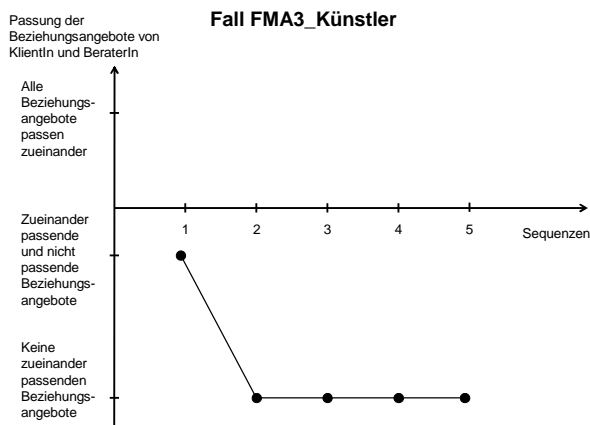
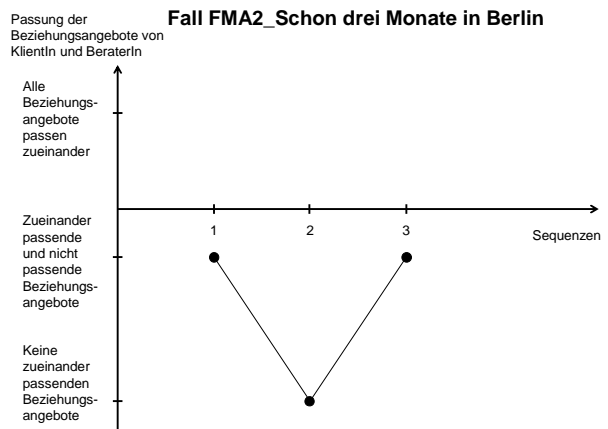
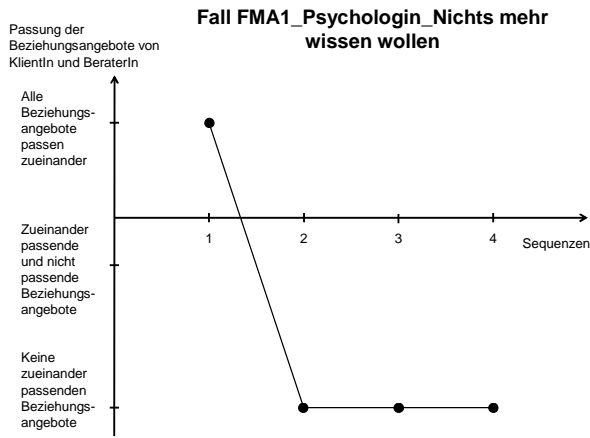


### 2. Erstgespräche mit KlientInnen in suizidalen Krisen: Prozessmuster 2

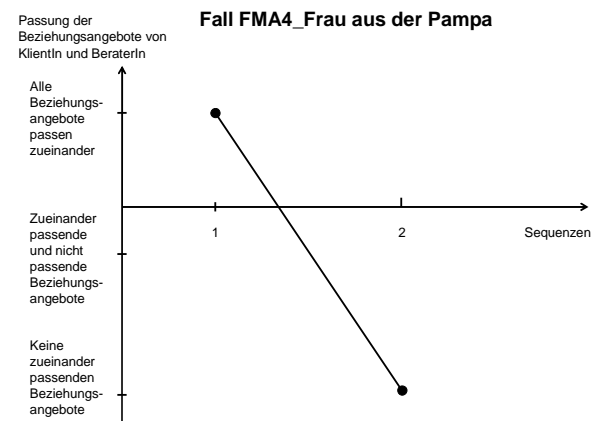
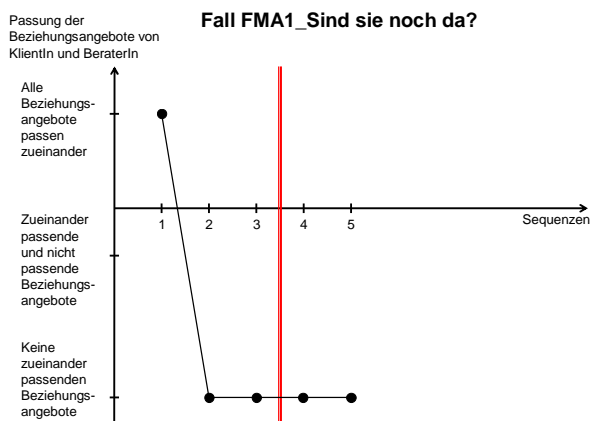


## Anlage 8c: Erstgespräche mit vorwiegend misslungener Passung

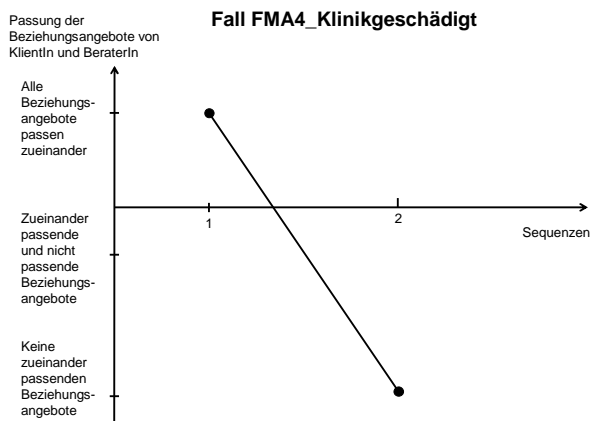
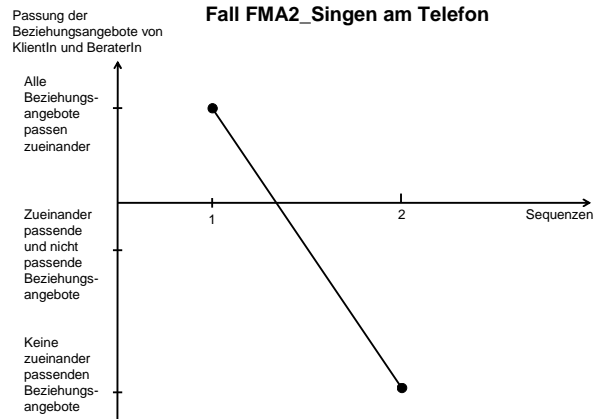
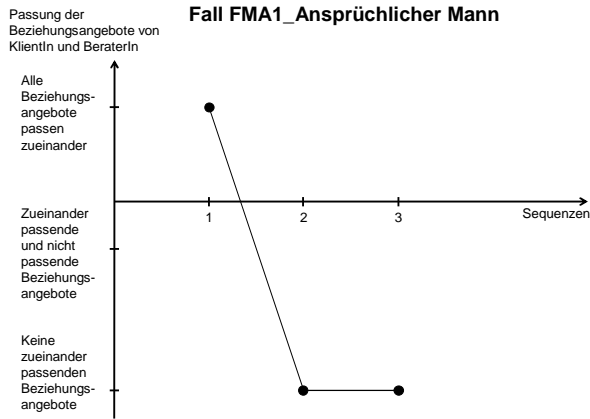
### 1. Erstgespräche mit KlientInnen in unspezifischen chronifizierten Krisensituationen: Prozessmuster 3



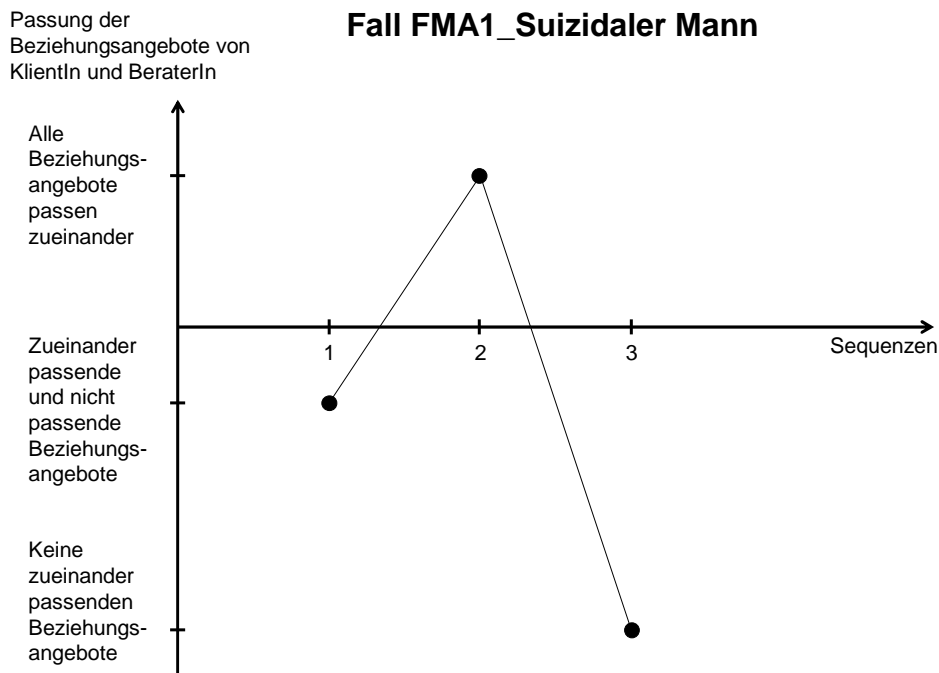
### 2. Erstgespräche mit KlientInnen mit manifesten psychischen Störungen (Psychiatrische Klientel): Prozessmuster 2 und 3







### 3. Erstgespräche mit KlientInnen in suizidalen Krisen: Prozessmuster 4

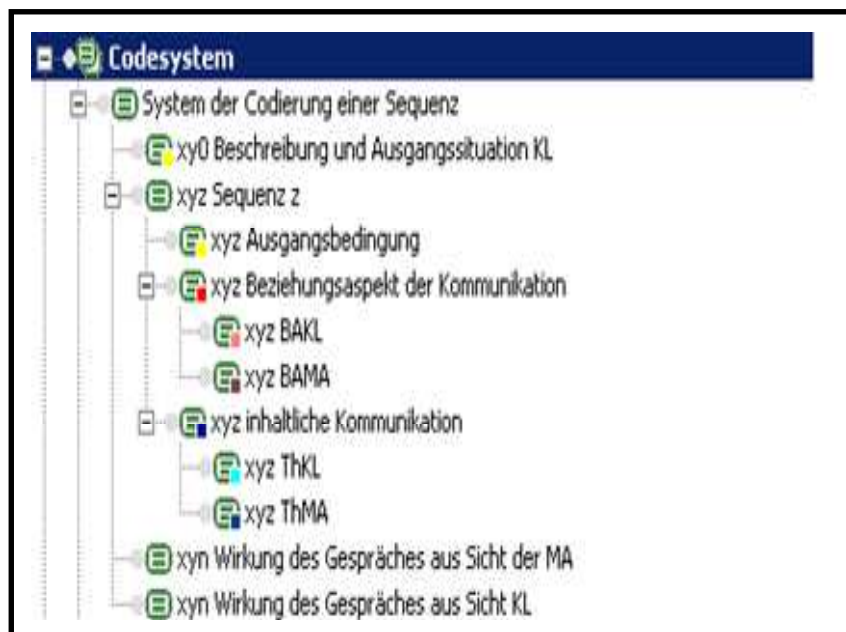


## Anlage 9: Methodische Grundlagen zur Anwendung des Prozessmodells auf konkrete Daten

### Anlage 9a: Zuordnungsregeln für Beziehungsangebote und inhaltliche Foki zu Sequenzen, Fällen und BeraterInnen

<p>x y z</p> <p>x...Code für Beraterin, x = 1 ... 5                  y...Code für Fall, y = 1 ... 5, 6                  z...Code für Sequenz, z = 1 ... n</p> <p>•jeder Fall sollte mit der Beschreibung der KlientIn und Ausgangssituation, beginnen, z = 0                  xy0 Beschreibung u. Ausgangssituation der Klientin</p> <p>•Wirkung des Gespräches aus Sicht der BeraterIn und der KlientIn, z = n                  xyn Wirkung des Gespräches aus Sicht der KlientIn                  xyn Wirkung des Gespräches aus Sicht der BeraterIn</p> <p>•Ausgangsbedingung für Beginn einer Sequenz</p> <p>•<b>Beziehungsaspekt der Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Beziehungsangebot der Klientin</li> <li>•Beziehungsangebot der der BeraterIn</li> </ul> <p>•<b>Inhaltliche Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Vorschlag eines inhaltliches Themas d. Sequenz durch KlientIn:</li> <li>•Vorschlag eines inhaltlichen Themas durch BeraterIn</li> </ul> <p>Die Codes sind als Obercodes (resp. vorläufige Kategorien) innerhalb einer Sequenz zu verstehen                  → darunter sollten möglichst Text nah (in vivo) codiert werden                  → Codierungen beginnen, um sie eindeutig zuordnen zu können mit der Nomenklatur x y z.</p>	<p>xyz Ausgangsbedingung</p> <p><b>xyz Beziehungsaspekt der Kommunikation</b></p> <p>xyzBAKL                  xyzBAMA</p> <p><b>xyz Inhaltliche Kommunikation</b></p> <p>xyzThKL                  xyzThMA</p>
---	---






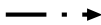



### Anlage 9b: Vorlage für Codierung einer Sequenz



### Anlage 9c: Grundkategorien zu erwartender Beziehungsangebote (resp. –wünsche, -inputs) und ihre graphische Kennzeichnung

1. Ebene:	2. Ebene:	3. Ebene:	4. Ebene: Konkrete Beziehungserwartungen (resp. –inputs)	Graphische Kennzeichnung
Auf aktive Auseinandersetzung und Bewältigung orientierte Beziehungserwartungen	Das Erstgespräch befördernde Beziehungsangebote	Auf Bewältigung der Krise orientierter Beziehungswunsch		
		Auf aktive Auseinandersetzung mit der Krise orientierte Beziehung		
Auf nicht aggressive Entlastung orientierter Beziehungswunsch				
Auf Austesten bzw. auf Zurückhaltung und Vorsicht orientierter Beziehungswunsch				
Auf Entlastung orientierte Beziehungserwartungen	Für das Erstgespräch schwierige Beziehungserwartungen	Auf Entlastung durch Handeln der BeraterInnen anstatt eigenem Handeln orientierter Beziehungswunsch		
		Auf Entlastung durch Aggression orientierte Beziehungswunsch		
		Durch Abbruch des Gespräches kein Beziehungsangebot mehr		

### Anlage 9d: Symbolik zur Darstellung der Bezogenheit von Beziehungserwartungen und damit verbundenen Inhalten

	<p><b>Auf Beziehungsangebote und damit verbundene Inhalte wird innerhalb einer Sequenz durch die KommunikationspartnerIn regiert</b></p> <p>- Beziehungsangebote und damit verbundene Inhalte werden angenommen</p>
	<p>Beziehungsangebote und damit verbundene Inhalte werden innerhalb einer Sequenz durch KommunikationspartnerIn abgelehnt</p>
	<p><b>Beziehungs- bzw. inhaltliche Erwartungen an die Kommunikation innerhalb einer Sequenz bei der Klientin bzw. BeraterIn stehen in Beziehung zueinander:</b></p> <p>-Sie ergänzen einander.</p>
	<p>-Sie stehen in einem Spannungs- bzw. gegensätzlichem Verhältnis zueinander.</p>
	<p>Die Beziehungs- bzw. inhaltliche Erwartung an die Kommunikation führen zu einem <b>Wechsel des Beziehungsangebotes und/oder Inhalte bei der KommunikationspartnerIn</b> (Beginn einer neuen Gesprächssequenz)</p> <p>-Der Wechsel des Beziehungsangebots und/oder Inhalte erfolgt ohne Gefährdung der Kommunikation.</p>
	<p>-Der Wechsel des Beziehungsangebotes und/ oder der Inhalte könnte für die weitere Kommunikation problematisch werden könnte durch die Wahl schwieriger Beziehungsangebote.</p>
	<p>Reaktion auf Beziehungserwartung bzw. inhaltliche Erwartung an die Kommunikation der Kommunikationspartnerin löst <b>Wechsel des Beziehungsangebots und oder Inhalte bei der Sprechenden</b> aus (Beginn einer neuen Sequenz, Aktivität bleibt bei der Sprechenden)</p> <p>-Der Wechsel des Beziehungsangebots und/oder Inhalte erfolgt ohne Gefährdung der inhaltlichen Kommunikation bzw. Beziehung.</p>
	<p>-Der Wechsel des Beziehungsangebotes und/ oder der Inhalte könnte für die weitere Kommunikation problematisch werden könnte durch die Wahl schwieriger Beziehungsangebote.</p>
	<p><b>Gefahr des Beziehungsabbruchs</b> ist diesem Beziehungsangebot immanent</p>

## **Anlage 10: Transkriptionsempfehlungen und Formatierungsangaben (Legewie, H.& Paetzold-Teske, E., 1996)**

(Interview-Anfang: Allgemeine Angaben zum Interview - Interview-Ende: Kontext-Protokoll als Postskript im gleichen Format der gleichen Datei anfügen.) Ausdruck mit fortlaufender Zeilen-Nummerierung (z.B. in WORD unter: *Datei - Seite einrichten - Seitenlayout - Zeilennummern, fortlaufend*)

<b>Thema</b>	<b>Darstellung im Transkript/Beispiel</b>	<b>Erläuterungen</b>
Absatz	Leerzeile bei Themaende und Sprecherwechsel!	Längere Interviewpassagen untergliedern (ca 2-3 Absätze/Seite!)
Anonymisierung (von Anfang an!)	A, B, C, ... (oder: Johanna -> Bettina)	auch Orte und Institutionen! (auf gleiche Silbenzahl achten)
Ausgelassene Buchstaben	Wie spät iss'n?	Auslassungen durch Apostroph ersetzen
Betonung	UNbedingt	Großschreibung der betonten Silbe
Dehnung	viiiiel	
Groß- und Kleinschreibung	Da möchte ich meinen Kollegen mal fragen.	
Interpunktion	, . ; : ! ?	konventionelle Benutzung
Kommentar	(SEUFZT) (TRINKT) (RAUCHT) (RÄUSPERT SICH)	Situationsbeschreibung in Klammern und Großbuchstaben
Lautgerechte Schreibung	Det is' keen Problem.	deutsche Orthografie
Pausen (mit Leerzeichen vom Wort trennen!)	* ** *3*	für kurze Pause für längere Pause evtl. Dauer in Sekunden
Simultansprechen	#und ging nach Hause# #Wann sind Sie# denn	Kennzeichnen der Passagen in Doppelkreuzen
Unsicherheit	(AB # NICHT EINDEUTIG)	Bemerkung im Kommentar mit Stellenangabe
Unverständliche Textpassagen	(10 SEK. UNV.) oder (UNV. ETWA: ...)	im Kommentar mit Zeitangabe oder ungefähren Text
Verschleifung	Da ham=se geklopft	zusammengezogene Worte mit diesem Zeichen verbinden: =
Wortabbruch	Fotopapp// Fotoapparat	an ein abgebrochenes Wort diese Zeichen anhängen: //
Zitat	Der sagte zu mir: "Wie meinst Du das denn?"	Anführungszeichen benutzen

## **Anlage 11: Überblick über Gemeinsamkeiten von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen**

### **Anlage 11a: Gemeinsamkeiten von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen auf der Nanoebene**

Elemente (Bestandteile) des Prozesses und des Outputs	Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (A)	Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen mit längerfristigen Zielen (B)	Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfristigen Entlastung (C)	Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen Prozessmuster (D)
<b>Bedingungen:</b>				
<b>1. Beziehungsmöglichkeiten</b> KlientInnen	Gesamtes Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten	Eingeschränkte Beziehungsmöglichkeiten	Beschränkung auf ausschließlich entlastende Beziehungsmöglichkeiten	Beschränkung auf ausschließlich entlastende Beziehungsmöglichkeiten
BeraterInnen	Gesamtes Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten	Gesamtes Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten	Gesamtes Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten	Gesamtes Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten
<b>2. Vorwissen/Wissen</b> KlientInnen	Relativ beschränktes Vorwissen über den BKD, da in der Regel kein vorheriger Kontakt, Orientierung zu Anfang oder während des Gespräches	Vorwissen über den BKD oder das psychosoziale Netz aus früheren Kontakten – Misstrauen gegen die „Helferszene“	Vorwissen über den BKD und das soziale Netz	Vorwissen über den BKD unklar
BeraterInnen	Entlastung und Bewältigung der Krise	Überleitung in längerfristige Angebote	Kurzfristige Entlastung	Kurzfristige Entlastung und Überführung in schützende Settings
<b>3. Wahl der Kontaktart</b> KlientInnen	Differenziert nach Zugangsmöglichkeiten zum BKD	Persönliche Erstgespräche	Bevorzugt telefonische Gespräche	Telefonische Erstgespräche
BeraterInnen	Bei Wahlmöglichkeit: persönliche Erstgespräche	Persönliche Erstgespräche	Bevorzugt telefonische Gespräche	Telefonische Erstgespräche
<b>4. Annahmen über Beziehungserwartungen aus der laufenden Kommunikation</b> KlientInnen	adäquat	teilweise adäquat, teilweise inadäquat	adäquat	adäquat
BeraterInnen	adäquat	teilweise adäquat, teilweise inadäquat	adäquat	adäquat

<b>Beziehungserwartungen:</b> KlientInnen           BeraterInnen	Entlastende wie auf Auseinandersetzung und Bewältigung gerichtete Beziehungserwartungen           Gesamtes Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten	Vorrangig entlastende Beziehungserwartungen, bzgl. spezieller Inhalte aber auch auf Auseinandersetzung und Bewältigung gerichtete Beziehungserwartungen           Vorrangig entlastende Beziehungserwartungen, bzgl. spezieller Inhalte aber auch auf Auseinandersetzung und Bewältigung gerichtete Beziehungserwartungen	Ausschließlich auf Entlastung gerichtete Beziehungserwartungen           Auf Entlastung gerichtete Beziehungserwartungen, bei Aggressionen nach anfänglicher Gewährung von Entlastung, Konfrontation und damit auf Auseinandersetzung gerichtete Beziehungserwartungen	Ausschließlich auf Entlastung gerichtete Beziehungserwartungen           Ausschließlich auf Entlastung gerichtete Beziehungserwartungen (Gewährung von Entlastung auch bei andauernden Aggressionen!)
<b>Passung/Nichtpassung:</b> KlientInnen           BeraterInnen	Komplementäre und kongruente Passungen, vertikale Nichtpassungen           Komplementäre und kongruente Passungen, vertikale Nichtpassungen	Komplementäre und kongruente Passungen, vertikale Nichtpassungen, seltener horizontale Nichtpassungen           Komplementäre und kongruente Passungen, vertikale Nichtpassungen, seltener horizontale Nichtpassungen	Komplementäre Passungen und vertikale wie horizontale Nichtpassungen           Komplementäre Passungen und vertikale wie horizontale Nichtpassungen	Komplementäre Passungen           Komplementäre Passungen
<b>Fortführung/Nichtfortführung des Erstgesprächs:</b>	Fortführung und Nicht-Fortführungen von Erstgesprächen	Fortführung und Nicht-Fortführungen von Erstgesprächen	Keine Folgekontakte	Kurzfristige, direkt an das Erstgespräch anschließende Folgekontakte
<b>Wirkungen des Erstgesprächs:</b> 1. Zufriedenheit der KlientInnen  2. Gelingen des Erstgespräch aus Sicht der BeraterInnen	Zufriedenen KlientInnen           Gelingene Erstgespräche	Zufriedenheit bis Unzufriedenheit           Gelingen bis Misslingen der Erstgespräche	Zufriedenheit bis Unzufriedenheit           Gelingen bis Misslingen der Erstgespräche	zufriedene und ambivalent zufriedene KlientInnen           gelungene und ambivalent gelungene Erstgespräche

## Anlage 11b: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen auf der Mikroebene

Stufen der Bezo- genheit der Ele- mente (Bestandtei- le) aufeinander im Prozess der Bezie- hungsgestaltung und Output	Erstgespräche mit KlientInnen in aku- ten psychosozialen Krisen ohne Chroni- fizierung (A)	Erstgespräche mit KlientInnen in unter- schiedlich chronifi- zierten Krisensituati- onen mit längerfristi- gen Zielen (B)	Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfris- tigen Entlastung (C)	Erstgespräche mit akut suizidalen Klien- Innen Prozessmuster (D)
<b>Prozess</b>				
<p>1. <i>Einfluss der Be- dingungen auf die Beziehungs- erwartungen von KlientIn- nen und Bera- terInnen:</i> KlientInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- da tendenziell vollständiges Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten ermöglicht tendenziell alle Beziehungserwartungen</li> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen ermöglichen die Einstellung der eigenen Beziehungserwartungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einfluss der Einschränkungen in den Beziehungsmöglichkeiten ist verbunden mit Vorwissen (Misstrauen gegen die Helferszene) bei gleichzeitigen Wunsch nach längerfristiger Hilfe entscheidend für persönliche Kontakte auf die Entstehung von Beziehungserwartungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einfluss der Einschränkungen in den Beziehungsmöglichkeiten ist verbunden mit Vorwissen (Möglichkeiten und Beschränkungen des BKD hinsichtlich Gesprächen) entscheidend für die Wahl des Telefonkontaktes auf die Entstehung von Beziehungserwartungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einfluss der Einschränkungen in den Beziehungsmöglichkeiten und des telefonischen Kontaktes ist entscheidend auf die Entstehung von Beziehungserwartungen</li> </ul>
BeraterInnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vollständiges Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten kein besonderer Einfluss dieser speziellen Bedingung</li> <li>- entscheidender Einfluss durch Vorwissen über Zielstellungen solcher Erstgespräche</li> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen ermöglichen die Einstellung der eigenen Beziehungserwartungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vollständiges Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten kein besonderer Einfluss dieser speziellen Bedingung</li> <li>- entscheidender Einfluss durch Vorwissen über Zielstellungen solcher Erstgespräche und der Wahl des persönlichen Kontaktes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vollständiges Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten kein besonderer Einfluss dieser speziellen Bedingung</li> <li>- entscheidender Einfluss durch Vorwissen über Zielstellungen solcher Erstgespräche und Wahl der telefonischen Kontaktaufnahme</li> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen ermöglichen die Einstellung der eigenen Beziehungserwartungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vollständiges Spektrum der Beziehungsmöglichkeiten kein besonderer Einfluss dieser speziellen Bedingung</li> <li>- entscheidender Einfluss durch Vorwissen über Zielstellungen solcher Erstgespräche</li> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen ermöglichen die Einstellung der eigenen Beziehungserwartungen</li> </ul>

Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen

<p>2. Einfluss eingebrachter Beziehungserwartungen auf die Herstellung der <i>Passung/Nichtpassung</i> KlientInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitgehend aktive Herstellung der <i>Passung</i> auf differenzierte Beziehungserwartungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einschränkung der Möglichkeiten aktiv <i>Passung/Nichtpassung</i> herzustellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einschränkung der Möglichkeiten aktiv <i>Passung/Nichtpassung</i> herzustellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einschränkung der Möglichkeiten aktiv <i>Passung/Nichtpassung</i> herzustellen</li> </ul>
<p>BeraterInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktive Herstellung der <i>Passung</i> auf differenzierte Beziehungserwartungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktive Herstellung der <i>Passung/Nichtpassung</i> auf differenzierte Beziehungserwartungen</li> <li>- <b>Keine Gemeinsamkeit hinsichtlich des Anstrebens von <i>Passung</i> bzw. <i>Nichtpassung</i></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktive Herstellung der <i>Passung/Nichtpassung</i> auf differenzierte Beziehungserwartungen</li> <li>- <b>Keine Gemeinsamkeit hinsichtlich des Anstrebens von <i>Passung</i> bzw. <i>Nichtpassung</i></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktive Herstellung der <i>Passung</i> auf differenzierte Beziehungserwartungen</li> </ul>
<p><b>Output</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Zusammenhänge der Elemente des Outputs:</i> KlientInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akzeptanz der Fortführung/<i>Nicht-Fortführung</i>, da KlientInnen zufrieden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akzeptanz der Fortführung durch KlientInnen, da zufrieden oder zumindest ambivalent zufrieden</li> </ul>
<p>BeraterInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akzeptanz der Fortführung/<i>Nicht-Fortführung</i> führt zur Einschätzung der BeraterInnen, dass Erstgespräche gelingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trotz Akzeptanz der Fortführung keine einheitliche Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs</li> </ul>





Teilprozesse	Ebenen des Mesoprozesses der Beziehungsgestaltung	Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (A)	Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen mit längerfristigen Zielen (B)	Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfristigen Entlastung (C)	Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen Prozessmuster (D)
1. Teilprozess: Zusammenhänge zwischen zwei Sequenzen	<p>Modifikation der Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen aus vorangegangenen Passungen/Nichtpassungen <i>KlientInnen</i></p> <p><i>BeraterInnen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen</li> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adäquate Annahmen über entlastende Beziehungsangebote der BeraterInnen</li> <li>- <b>darüber hinaus keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen</li> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen</li> <li>- i. d. R. adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der KlientInnen</li> </ul>
	<p>(c) Modifikation von Beziehungserwartungen aufgrund veränderter Bedingungen <i>KlientInnen</i></p> <p><i>BeraterInnen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KlientInnen streben passende Beziehungserwartungen an</li> <li>- BeraterInnen streben passende Beziehungserwartungen an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> <li>- Beziehungserwartungen unterscheiden sich je nach Prozessverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausschließlich unterschiedliche auf Entlastung orientierte Beziehungserwartungen</li> <li>- darüber hinaus keine Gemeinsamkeiten</li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> <li>- Beziehungserwartungen unterscheiden sich je nach Prozessverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausschließlich unterschiedliche auf Entlastung orientierte Beziehungserwartungen</li> <li>- darüber hinaus keine Gemeinsamkeiten</li> <li>- ausschließlich passende Entlastung gewährende Beziehungserwartungen</li> </ul>

Teilprozesse	Ebenen des Mesoprozesses der Beziehungsgestaltung	Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (A)	Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen mit längerfristigen Zielen (B)	Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfristigen Entlastung (C)	Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen Prozessmuster (D)
Teilprozess: Auswirkungen von aufeinander folgenden Sequenzen aufgrund vorangegangener Passungen/Nichtpassungen	<p>Kumulative Wirkungen von Passungen/Nichtpassungen über den Prozess des Erstgesprächs hinweg <i>KlientInnen</i></p> <p><i>BeraterInnen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kumulative Passungen ermöglichen KlientInnen zunehmend Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung anzunehmen</li> <li>- Beraterinnen bringen auf Grundlage von Passungen zunehmend Beziehungsangebote zur aktiven Auseinandersetzung und Bewältigung ein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kumulative Passungen ermöglichen KlientInnen Entlastung</li> <li>- Auftreten von kumulativen Nichtpassungen ist abhängig vom Verlauf, nicht von der spezifischen Krisensituation! Treten kumulative Nichtpassungen auf, führen sie zur Einschränkung der Beziehungserwartungen auf massive Aggressionen</li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kumulative Passungen ermöglichen KlientInnen Entlastung</li> <li>- Auftreten von kumulativen Nichtpassungen ist abhängig vom Verlauf, nicht von der spezifischen Krisensituation! Treten kumulative Nichtpassungen auf werden eventuelle aggressive Beziehungserwartungen verstärkt bzw. diese entstehen.</li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kumulative Passungen ermöglichen Entlastung und Annahme der Hilfe von außen (Handeln des BKD statt KlientInnen)</li> <li>- Auf der Grundlage von fortlaufenden Passungen wird Hilfe von außen vorgeschlagen (Handeln des BKD statt KlientInnen)</li> </ul>

### Anlage 11d: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang spezifischer Krisensituationen auf der Makroebene

Spezifische Prozesse der Kommunikationspartnerinnen auf der Makroebene der Beziehungsgestaltung	Erstgespräche mit KlientInnen in akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung (A)	Erstgespräche mit KlientInnen in unterschiedlich chronifizierten Krisensituationen mit längerfristigen Zielen (B)	Erstgespräche mit KlientInnen der Psychiatrischen Klientel zur kurzfristigen Entlastung (C)	Erstgespräche mit akut suizidalen KlientInnen Prozessmuster (D)
<p><i>KlientInnen</i> Wirkung des Prozesses auf Mesoebene auf die Zufriedenheit der KlientInnen</p> <p>Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prozess auf Mesoebene ist durch überwiegende Übereinstimmung der Intentionen der KlientInnen und BeraterInnen (Passungen) gekennzeichnet</li> <li>- Durchgängige Akzeptanz der Vorschläge zur der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prozess auf Mesoebene ist durch überwiegende Übereinstimmung der Intentionen der KlientInnen und BeraterInnen (Passungen) gekennzeichnet</li> <li>- Durchgängige Akzeptanz der Vorschläge zur der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</li> </ul>
<p><i>BeraterInnen</i> Wirkung des Prozesses auf Mesoebene auf das Angebot der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</p> <p>Angebot der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs aufgrund Krisensituation spezifischer Zielstellungen</p> <p>1. Einfluss der Einschätzung des Prozessverlaufs auf der Mesoebene auf die Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prozess hat, da immer durch angestrebte Passung gekennzeichnet keinen Einfluss auf Vorschläge der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</li> <li>- Angebot der Fortführung/Nicht-Fortführung erfolgt auf Grundlage differenzierter Zielstellungen, konkreter Problemlage und Setting</li> <li>- Durch vorwiegende Passung der Beziehungserwartungen führt zur durchgängigen Einschätzung gelungener Erstgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> <li>- Zielstellung hat keinen Einfluss auf das Angebot von Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Prozess hat keinen Einfluss auf das Angebot von Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</li> <li>- grundsätzliche Nichtfortführung des Erstgesprächs aufgrund der Zielstellungen</li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund der spezifischen Krisensituation!</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prozess hat keine Auswirkung auf unbedingten Vorschlag zu zeitnahen Folgekontakten</li> <li>- Angebot von Zeitnahen Folgekontakten aufgrund Zielstellung</li> <li>- Gelingen bis ambivalent gelungen aufgrund gelungener Entlastung</li> </ul>

## **Anlage 12: Überblick über Gemeinsamkeiten von Prozessmustern entlang spezifischer Wirkungen**

### **Anlage 12 a: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang Prozessverläufen mit ähnlichen Wirkungen auf Mikroebene**

Stufen der Bezogenheit der Element (Bestandteile) aufeinander im Prozess der Beziehungsgestaltung und Output	I Prozessverläufe von Erstgesprächen, die aus Sicht der BeraterInnen gelungen und die KlientInnen zufrieden	II Prozessverläufe von Erstgesprächen, die aus Sicht der BeraterInnen ambivalent gelungen und die KlientInnen ambivalent zufrieden	III Prozessverläufe von Erstgesprächen, die aus Sicht der BeraterInnen misslungen und die KlientInnen unzufrieden
<b>Prozess</b>			
<p>1. Einfluss der Bedingungen auf die Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen</p> <p style="text-align: center;">BeraterInnen</p>	<p>Adäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen (aus unterschiedlichen Gründen) führen zu für die BeraterInnen akzeptablen Beziehungserwartungen</p> <p>Da Zielstellungen für das Erstgespräch den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen entsprechen und adäquate Annahmen über Beziehungswünsche der KlientInnen erfolgen, werden Beziehungsangebote gemacht, die die KlientInnen nicht überfordern</p>	<p>Adäquate und inadäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen führen zu für die BeraterInnen akzeptablen und inakzeptablen Beziehungserwartungen</p> <p>Da Zielstellung für das Erstgespräch den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen z. T. nicht entsprechen und adäquate, aber auch inadäquate Annahmen über Beziehungswünsche der KlientInnen erfolgen, werden Beziehungsangebote gemacht, die KlientInnen auch überfordern</p>	<p>Überwiegend inadäquate Annahmen über Beziehungserwartungen der BeraterInnen führen zu für die BeraterInnen überwiegend inakzeptablen Beziehungserwartungen</p> <p>Da Zielstellungen für das Erstgespräch zunehmend nicht den Beziehungsmöglichkeiten der KlientInnen entsprechen und auch inadäquate Annahmen über Beziehungswünsche der KlientInnen erfolgen, werden Beziehungsangebote gemacht, die die KlientInnen zunehmend überfordern</p>
<p>2. Einfluss eingebrachter Beziehungserwartungen auf die Herstellung der Passung/Nichtpassung KlientInnen</p>	<p>Beziehungserwartungen der KlientInnen ermöglichen Passungen mit den Beziehungserwartungen der BeraterInnen</p>	<p>Beziehungserwartungen der KlientInnen ermöglichen Passungen mit den Beziehungserwartungen der BeraterInnen</p>	<p>Beziehungserwartungen der KlientInnen führen zunehmend zu Nichtpassung mit Beziehungserwartungen der BeraterInnen</p>





Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen

<p><i>BeraterInnen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vorangehende Passungen bestätigen Annahmen der BeraterInnen über Beziehungserwartungen der KlientInnen und führen wiederum zu adäquaten Annahmen über diese</li> </ul>	<p>rInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vorangehende Passungen bestätigen Annahmen der BeraterInnen über Beziehungserwartungen der KlientInnen und führen wiederum zu adäquaten Annahmen über diese</li> <li>- vorangegangene Nichtpassungen führen zur Modifikation der Annahmen in Richtung adäquater Annahmen über die Beziehungserwartungen der KlientInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vorangehende, vorwiegende Nichtpassungen führen nicht zur Modifikation von Annahmen über die Beziehungserwartungen der KlientInnen – dabei können die Annahmen sowohl adäquat wie inadäquat sein</li> </ul>
<p>(c) Modifikation von Beziehungserwartungen aufgrund veränderter Bedingungen <i>KlientInnen</i></p> <p><i>BeraterInnen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vorangegangene Passungen führen über mögliche Modifikationen der Bedingungen zu passenden Beziehungsangeboten</li> <li>- vorangegangene Passungen führen über mögliche Modifikationen der Bedingungen zu passenden Beziehungsangeboten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vorangegangene Passungen führen über mögliche Modifikationen der Bedingungen zu passenden Beziehungsangeboten</li> <li>- vorangegangene Nichtpassungen führen zur Beschränkung auf aggressive Entlastung</li> <li>- vorangegangene Passungen und Nichtpassungen führen über mögliche Modifikationen der Bedingungen zu passenden Beziehungsangeboten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vorangegangene, vorwiegende Nichtpassungen führen zur Beschränkung auf aggressive Entlastung</li> <li>- vorangegangene, vorwiegende Nichtpassungen führen nicht über die Modifikation der Bedingungen, nicht passende Beziehungserwartungen werden beibehalten</li> </ul>



Prozess und Wirkungen des Erstgesprächs im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen

<p><b>2. Teilprozess: Auswirkungen von aufeinander folgenden Sequenzen aufgrund vorangegangener Passungen/Nichtpassungen</b></p>	<p>(d) Kumulative Wirkung von Passungen/Nichtpassungen über den Prozess des Erstgesprächs hinweg <i>KlientInnen</i></p> <p><i>BeraterInnen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kumulative Passungen ermöglichen Entlastung der KlientInnen und Entstehung von Vertrauen gegenüber dem BKD</li> <li>- kumulative Passungen ermöglichen Umsetzung von Zielsetzungen für erfolgreiche Erstgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kumulative Passungen und temporäre Nichtpassungen führen zur Entlastung der KlientInnen, aber das Vertrauen gegenüber dem BKD bleibt beschränkt</li> <li>- kumulative Passungen und temporäre Nichtpassungen ermöglichen einerseits die Umsetzung von Zielstellungen für erfolgreiche Erstgespräche, bleibt eine Unsicherheit bei der Umsetzung von Zielstellungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kumulative Nichtpassungen führen zur Einschränkung von Beziehungserwartungen auf Aggressionen und tiefes Misstrauen gegenüber dem BKD entsteht</li> <li>- Kumulative Nichtpassungen führen zur Modifikation der Zielstellungen in Richtung des Selbstschutzes der BeraterInnen und Abbruch des Erstgesprächs</li> </ul>
--	--	---	--	--

## Anlage 12c: Gemeinsamkeiten von Gruppen von Prozessmustern entlang Prozessverläufen mit ähnlichen Wirkungen auf Makroebene

Spezifische Prozesse der Kommunikationspartnerinnen auf der Makroebene der Beziehungsgestaltung	I Prozessverläufe von Erstgesprächen, die aus Sicht der BeraterInnen gelungen und die KlientInnen zufrieden	II Prozessverläufe von Erstgesprächen, die aus Sicht der BeraterInnen ambivalent gelungen und die KlientInnen ambivalent zufrieden	III Prozessverläufe von Erstgesprächen, die aus Sicht der BeraterInnen misslungen und die KlientInnen unzufrieden
<p><i>KlientInnen</i></p> <p>1. Wirkung des Prozesses auf Mesoebene auf die Zufriedenheit der KlientInnen</p> <p>2. Akzeptanz der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- überwiegende Übereinstimmung der Intentionen von KlientInnen und BeraterInnen (Passungen der Beziehungserwartungen) auf Mesoebene</li> <li>- durchgängige Akzeptanz der Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung/Nicht-Fortführung der Erstgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übereinstimmungen und Nichtübereinstimmungen der Intentionen von KlientInnen und BeraterInnen (Passungen und Nichtpassungen der Beziehungserwartungen) auf Mesoebene</li> <li>- Akzeptanz der Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung/Nicht-Fortführung der Erstgespräche unter Vorbehalt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- überwiegende Nichtübereinstimmungen von Intentionen von KlientInnen und BeraterInnen (überwiegende Nichtpassungen der Beziehungserwartungen) auf Mesoebene</li> <li>- Nichtakzeptanz der Vorschläge der BeraterInnen zur Fortführung/Nicht-Fortführung der Erstgespräche</li> </ul>
<p><i>BeraterInnen</i></p> <p>1. Wirkung des Prozesses auf Mesoebene auf das Angebot der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs</p> <p>2. Angebot der Fortführung/Nicht-Fortführung des Erstgesprächs aufgrund Krisensituation spezifischer Zielstellungen</p> <p>3. Einfluss der Einschätzung des Prozessverlaufs auf der Mesoebene auf die Einschätzung des Gelingens des Erstgesprächs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- differenziert nach Krisensituationen</li> <li>- <b>keine durchgängigen Gemeinsamkeiten aufgrund ähnlicher Wirkungen</b></li> <li>- differenziert nach Krisensituationen</li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund ähnlicher Wirkungen</b></li> <li>- überwiegende Passungen der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen führen zur durchgängigen Einschätzung des Gelingens der Erstgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- differenziert nach Krisensituationen</li> <li>- <b>keine durchgängigen Gemeinsamkeiten aufgrund ähnlicher Wirkungen</b></li> <li>- differenziert nach Krisensituationen</li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund ähnlicher Wirkungen</b></li> <li>- Passungen und Nichtpassungen der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen führen zur Einschätzung eines ambivalenten Gelingens der Erstgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- differenziert nach Krisensituationen</li> <li>- <b>keine durchgängigen Gemeinsamkeiten aufgrund ähnlicher Wirkungen</b></li> <li>- differenziert nach Krisensituationen</li> <li>- <b>keine Gemeinsamkeiten aufgrund ähnlicher Wirkungen</b></li> <li>- überwiegende Nichtpassungen der Beziehungserwartungen von KlientInnen und BeraterInnen führen zur durchgängigen Einschätzung des Misslingens der Erstgespräche</li> </ul>