

## 11 Diskussion der Untersuchung im Rahmen ausgewählter Literatur

Die Diskussion der Ergebnisse möchte ich mit der Darstellung der Entwicklungsgeschichte der Fragestellung einleiten, denn der Einfluss der Lacanschen Perspektive, d.h. einer psychoanalytischen Theorie, auf mein Forschungsinteresse war wesentlich (11.1). Danach folgt die Diskussion der Ergebnisse in Auseinandersetzung mit relevanter Literatur über Beziehung und über den Umgang mit Emotionen im Kontext der Krisentheorie und von therapeutischen Erklärungsansätzen (11.2). Und schließlich möchte ich meine Ergebnisse über die allgemeine Ebene der von der Institution ausgehenden Beziehung zum Nutzer im Kontext weiterer Literatur diskutieren (11.3).

### 11.1 Der Einfluss der Lacanschen Perspektive auf die Entwicklung der Fragestellung

In diesem Abschnitt wird der folgenden Frage nachgegangen: Inwieweit haben die Konzepte der Lacanschen Psychoanalyse meine Fragestellung beeinflusst?

Die strukturelle Psychoanalyse ist von Lacan selbst nicht als Wissenschaft betrachtet worden, im Gegenteil, sie ist seiner Ansicht nach eher eine Praxis, weil sie die Subjektivität ins Zentrum stellt, die sich der Objektivierung widersetzt und weil sie auch normative Begriffe wie normal, anormal, gesund oder krank hinterfragt und in Frage stellt (vgl. Widmer, 1983). In diesem Rahmen soll nicht Lacan umfassend dargestellt werden, sondern die Prägnanz von Beziehungskonzepten in der Lacanschen Perspektive aufgezeigt werden, damit deutlich wird, wie ich zu der Fragestellung der vorliegenden Arbeit gekommen bin. Um diesem Vorhaben gerecht werden zu können, muss ich zunächst einige Lacansche Begriffe einführen.

Lacan schlug vor, zu Freud zurückzukehren, d.h. seine theoretischen Beiträge stehen in Differenz zu allen postfreudianischen Schulen. Er wollte zurück zur „Quelle“ und mit der Unterstützung linguistischer und anthropologischer Beiträge wie der von De Sauss-

sure (1916) bzw. Lévi-Strauss (1955) Licht in die grundlegenden freudianischen Begriffe bringen.

**Das Lacansche Konzept von Struktur:** Der Begriff bezieht sich schon in den ersten Schriften von Lacan auf *Sozialstrukturen*, unter denen er eine spezifische Kombination von Gefühlsbeziehungen zwischen Familienmitgliedern versteht (vgl. Lacan, 1938). *Struktur* dient Lacan als Aufhänger für seine eigene Auffassung von der „*relationalen*“ Natur der Psyche (vgl. Evans, 2002). Die Psyche wird konstruiert in bezug auf ihr Umfeld, in dem das Subjekt mit anderem interagiert. Lacan versteht unter dem Begriff Struktur nicht einen Gegensatz zwischen Oberfläche und Tiefe (zwischen direkt sichtbaren Phänomenen und Tiefenstrukturen). Einerseits verwirft er den Begriff des „*direkten sichtbaren Phänomens*“ mit dem Argument, dass Beobachtungen immer schon theoretisch sind.<sup>24</sup> Andererseits stützt er auch den Gedanken nicht, dass Strukturen irgendwie „*tief*“ sein können, indem er argumentiert, dass die Struktur im Feld der Erfahrung selbst präsent ist. Er sagt, dass das Unbewusste an der Oberfläche liegt. Es in der Tiefe zu suchen heißt, es zu verfehlen (vgl. Evans, 2002).

Lacan untersucht die strukturellen Beziehungen zwischen „dem Ich“, „dem anderen“<sup>25</sup> (das kleine andere ist der Mitmensch) und „dem Anderen“ (das große Andere ist das symbolische Register, das vor allem durch die Sprache und die Kultursymbole in den Menschen zu finden ist). Seine zentrale Aussage lautet, dass die „*Symbolische Relation*“ (zwischen dem Anderen und dem Subjekt) immer bis zu einem gewissen Grad von der imaginären Achse (d.h. zwischen dem Ich und dem Spiegelbild<sup>26</sup>) blockiert wird. „*Wenn ein Subjekt spricht, spricht es vom Ort des Anderen. Die Kommunikation mit anderen läuft über die spiegelbildliche Achse. Gebe es nur sie, verschwänden die Gegensätze von Ich und Du, von Anderen und dem Subjekt und alles würde zusammenfal-*

---

<sup>24</sup> Ich sehe hier eine Verbindung mit der „Brille“ und den „Vorkenntnissen“ im Sinne von Kelle (1999), siehe Kapitel 4.5.3.2 und 4.5.1

<sup>25</sup> Aus konzeptuellen Gründen wird andere klein geschrieben.

<sup>26</sup> Mit Spiegelbild meint Lacan die Spiegelung des eigenen Körpers im Spiegel, das Bild von einem selbst, das gleichzeitig das Selbst und der andere (der kleine andere) ist, der Mitmensch. Lacan entwickelte das Spiegelstadium, in dem der Säugling beginnt, sein Ich zu konstruieren (auch wenn es keinen Spiegel gibt, weil der Säugling sein Verhalten im imitierenden Verhalten der Erwachsenen oder in dem anderer Kinder reflektiert sieht). Nach Lacan ist der Mensch vom Spiegelbild völlig gefangen: Dies ist die Grundlage der Macht des Imaginären im Subjekt und er erklärt, warum der Mensch das Bild seines Körpers auf alle anderen Objekte seiner Umwelt projiziert (Lacan, 1975). Wenn ein Subjekt spricht, spricht es vom Ort des Anderen aus.

len“ (Widmer, 1990, S. 66). Die Opposition zwischen dem Imaginären<sup>27</sup> und dem Symbolischen ist für Lacans Konzeption der Psychoanalyse grundlegend. Es gibt eine direkte praktische Anwendung in der Analyse, da die Analytiker öfter im symbolischen Register als im imaginären Register intervenieren müssen.

Um die soziale Beziehung im symbolischen Register zu analysieren, entwickelt Lacan das Konzept vom Diskurs und die vier Matheme. Das Konzept „*Diskurs*“ bezeichnet für Lacan (1969-70) ein „*in der Sprache gründendes soziales Band*“ (Lacan, 1969/70, zit. nach Evans, 2002, S. 78). Lacan unterscheidet vier mögliche Typen sozialer Bindungen, vier mögliche Verknüpfungen des symbolischen Netzes, die *die intersubjektiven Beziehungen regeln*. (d.h. die imaginäre Achse). Diese sind der **Diskurs des Herrn**, der **Diskurs der Universität**, der **Diskurs des Hysterikers** und der **Diskurs des Analytikers**.<sup>28</sup> Damit wird deutlich, dass dieses Konzept vom Diskurs vor allem ein Beziehungskonzept ist. Der Diskurs, d.h. die sozialen Beziehungen werden nach Lacan durch 4 leere Plätze definiert, die aber sich zu einander beziehen, und durch 4 rotierende Ele-

<sup>27</sup> Der Terminus hat die Konnotationen von Illusion, Faszination und Verführung in Bezug auf die Duale Beziehung zwischen dem Ich und dem Spiegelbild. Trotz dieser Konnotationen ist das Imaginäre nicht synonym mit dem Illusorischen. Das Imaginäre steht für Lacan für eine der drei Ordnungen des Dreierschemas und ist das Gegenstück zum Symbolischen und zum Realen. Die Grundlage der imaginären Ordnung ist die Bildung des Ichs im Spiegelstadium.

<sup>28</sup> Alle diese vier Diskurse werden von Lacan mit je einem Algorithmus präsentiert, in dem die folgenden vier algebraischen Symbole aufscheinen: S1 = der Herrensignifikant, S2 = das Wissen (le savoir), \$ = das Subjekt und a = der Überschuss an Lust. Lacan übernimmt die Bedeutung von Signifikanten im Sinne von De Saussure (1916) Er verwendete den Terminus Signifikant als das Laut-Element des Zeichens, das geistige Bild dieses Lauts. Lacan meint, dass der Signifikant primär ist und das Signifikat (die Bedeutung) produziert. Der Signifikant ist ein bedeutungsloses, materielles Element in einem geschlossenen differenziellen System. Im Gegensatz zum Zeichnen, ist es das, was etwas für jemanden repräsentiert, stellt ein Signifikant (der Herrensignifikant, S1) das Subjekt für alle anderen Signifikanten (S2) dar. Der Signifikant S1 bleibt für sich allein ohne Bestimmung. Es bedarf der Prädikate (S2).

Das Subjekt wird von Lacan als „*was ein Signifikant für andere Signifikanten darstellt*“ definiert. Er entwickelte die These, wonach „das Unbewusste wie eine Sprache strukturiert“ sei. In den Algorithmen der vier Diskurse gibt es vier Positionen mit je einem eigenen Namen. Die Elemente treten immer in der selben Reihenfolge auf und rotieren.

Diskurs des Herrn	Diskurs der Universität
$\underline{S1} \rightarrow \underline{S2}$	$\underline{S2} \rightarrow \underline{a}$
\$ a	S1 \$
Diskurs des Hysterikers	Diskurs des Analytikers
$\underline{\$} \rightarrow \underline{S1}$	$\underline{a} \rightarrow \underline{\$}$
a S2	S2 S1

Abbildung 9: Die Vier Diskursformeln oder Matheme nach Lacan

mente, die diese Plätze besetzen können. Die vier Diskurse äußern vier strukturelle Beziehungsmodalitäten, je nach dem welchen Platz die Termini oder Symbole haben.

Die vier Plätze sind: der *des Agens*, der *des anderen*, der *der Wahrheit* und der *der Produktion*.<sup>29</sup> Was die o.g. vier Diskurse voneinander unterscheidet, ist die **Position** dieser Komponenten. Das wichtigste Merkmal strukturalistischer Analyse ist die Entdeckung dieser *festen Beziehungen* zwischen Termini (Elementen), die selbst leer sind und deshalb von verschiedenen Komponenten besetzt werden können. Die vier algebraischen Symbole sind: der *Herrensifikant* (S1), *das Wissen* (le savoir) (S2), *das Subjekt* (\$) und *das Objekt* (a) (oder der Überschuss an Lust).

Für Lacan werden soziale Beziehungen durch die Verbindungen dieser Elemente/Plätze erläutert. Die Logik der Beziehungen zu verstehen heißt, dass zwei Elemente (der Agent und der Andere) sich treffen und dass sich eine Resultante daraus ergibt (die Produktion). Die Wahrheit soll als Motiv oder als Ursache verstanden werden, die den Agenten dazu geführt hat, dem anderen zu begegnen. Das Interessante dabei ist, dass daraus verschiedene soziale Bindungen resultieren, je nach dem welche Komponenten diese Plätze besetzen.

Das Konzept „*intervenieren*“ ist zentral und diesem Begegnungsverständnis inhärent. Es gibt immer einen Agenten mit irgendeinem Motiv, der etwas auf einen Anderen wirken lassen will. Es gibt viele Beispiele: Die Medizin (nicht ein individueller Arzt, sondern die Medizin als Diskurs) setzt Interventionen ein, die die körperliche Gesundheit der Patienten ermöglichen. Die Schule erwartet die Erziehung und die Bildung ihrer Schüler. Es wird interveniert, um etwas in den Anderen zu erzeugen. Natürlich unterscheidet sich die Schüler-Lehrer-Beziehung von der Arzt-Patienten-Beziehung. Aber wie erklärt Lacan diesen Unterschied? Er fragt sich jedes Mal, welche Komponente den Wahrheitsplatz besetzt, den Platz des Agents, des Anderen und der Produktion.

---

<sup>29</sup> Für jeden Diskurs gilt es zudem, dass die Plätze gleich bleiben.

Die Plätze: <u>das Agens</u> <u>der andere</u> .
die Wahrheit     die Produktion

Abbildung 10: Die Plätze des Diskurses

Zum Beispiel liegt das Wissen in dem Platz des anderen oder in dem Platz des Agenten? Genau diese Frage unterscheidet den Diskurs des Herrn von dem der Universität.

In dem Diskurs des Herrn hat der andere das Wissen. Der Agent hat Auswirkungen auf das Wissen des anderen, um etwas zu produzieren. In dem Diskurs der Universität ist der Agent derjenige, der das Wissen hat oder es beherrscht und die anderen beeinflusst, damit die Subjekte dieses Wissen weiter produzieren, oder es werden Subjekte produziert, so wie es dieses Wissen sagt. Der Diskurs der Universität bezieht sich nicht nur auf die Universität. Es handelt sich vor allem um eine pädagogische Haltung, die außerhalb der Universität stattfinden kann. Damit konnte Lacan zum Beispiel zeigen, wann ein Analytiker beim Intervenieren eine pädagogische Haltung eingenommen hat, und zwar dann, wenn er sich mit dem Wissen identifiziert.

Jede Art und Weise von Behandlungsbeziehung impliziert eine soziale Bindung (Lazo Social) im Sinne von Galende (1998). Die psychosoziale Betreuung und Behandlung ist nichts anderes als der Vorschlag einer besonderen sozialen Bindung.

### **Wie bin ich zu meiner Fragestellung gekommen?**

Auf diesem Hintergrund der Lacanschen Theorie war für mich die Lacanschen Frage relevant: Welcher der Diskurse setzt sich im BKD durch? Selbstverständlich habe ich diese Frage anders formuliert: Wie verteilen sich das Wissen, die Krisenkenntnisse, die Kriseninterventionen, die Klienten, die Berater des BKD auf die Plätze im Lacanschen Modell? Liegt das Wissen im Platz der Wahrheit oder im Platz der Produktion?

Welche Stellung nehmen die Berater ein, wenn sie intervenieren? Machen sie es aus ihrer Subjektivität heraus (dann würden sie den Diskurs der Hysterikers mit dem Klienten etablieren), aus der Position des Objekts a (Diskurs des Analytikers), aus dem Wissen heraus (Diskurs der Universität) oder in der Position des Herrenschriftlichen (Diskurs des Herrn)?

Das waren meine Hintergrundfragen, die allerdings nicht „angemessen“ waren, um davon ausgehend eine empirische qualitative Sozialforschung durchzuführen. Trotzdem glaube ich, dass durch meinen Bezug zu Lacan der Beziehungsaspekt für meine Fragestellung wichtig wurde. Vielleicht ist es möglich, von meinen Daten und Ergebnissen

aus Verbindungen zu dem Lacanschen Modell zu knüpfen. Aber das zu tun, wäre eine neue Aufgabe.

Die im Kapitel 3 dargestellte Fragestellung ist von der Lacanschen Perspektive beeinflusst. Ich habe mich für die Analyse der Perspektive des Beraters entschieden und von Anfang an war ich offen für das Einbeziehen der Konzeption des BKD in die Untersuchung.

Es fiel mir nicht leicht, diese Fragestellung zu konzipieren und sie als Leitfaden meines Forschungsprozesses zu behalten.

Einerseits weil „Beziehung“ ein schwer zu fassendes und zu definierendes Konzept ist. Bei der Analyse und Kategorieentwicklung war der Horizont nicht immer klar und scharf im Blick zu behalten. Es erforderte eine enorme Mühe, über Beziehungen zu forschen bzw. Beziehungskonzepte zu entwickeln, ohne dass sich das Konzept auflöst. Während der Erstellung der Arbeit fühlte ich mich wissenschaftlich einsam, da ich im Forschungsprozess keinen Gesprächspartner hatte, der vom selben theoretischen Hintergrund ausging wie ich (s. 4.5.3.2).

## **11.2 Diskussion der Ergebnisse in Auseinandersetzung mit relevanter Literatur**

Die Diskussion möchte ich beginnen mit den relevanten Ergebnissen meiner Arbeit in bezug auf die konkrete Begegnung zwischen Klient und Berater.

Die zentralen zu diskutierenden Aspekte sind: die **essentielle Rolle der Beziehung** in der Krisenintervention, die **Beziehung als Teil des Kriseninterventionskonzeptes**, der **Zusammenhang zwischen der Beziehung und dem emotionalen Zustand des Klienten**, die **Schlüsselrolle der Berater** im professionellen Umgang mit Klienten und in der Beziehungsgestaltung (darunter wird die Kategorie der Positionierung des Krisenberaters verstanden) und die herausgearbeiteten **Klientengruppen bzw. Beziehungsmuster in der Krisenberatung**. Danach wird auch die **generelle Ebene der Beziehung der Institution zum Nutzer** noch diskutiert.

Obwohl alle diese Beziehungsaspekte in der Praxis nicht voneinander getrennt sind, werde ich aus didaktischen Gründen versuchen, sie nacheinander zu diskutieren. Die Diskussion erfolgt entlang der Ergebnisse und nicht entlang der Autoren, d.h. dass ich einen Autor mehrmals zitiere, je nach dem dargestellten Bezugspunkt.

In der vorliegenden Arbeit wurde deutlich, dass die Beziehung ein wesentlicher Bestandteil der Krisenberatung ist. Der gleichen Meinung ist Sonneck (2000), der *die Beziehung* als eine der vier wesentlichen Charakteristika des Umgangs mit Krisen (und Suizidalität) bezeichnet. Neben dem *Arbeiten an der Beziehung* werden in seinem Interventionskonzept „*die Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und allfälliger Suizidalität, die Konzentrierung auf den aktuellen Anlass und die Einbeziehung der Umwelt*“ (S. 61) berücksichtigt.

Die Beziehung als Intervention fängt bei der Kontaktherstellung und dem Kontaktaufbau an, indem der Berater dem Klienten aufmerksam und einfühlsam zuhört und ihm vermittelt, dass er ihn ernst nimmt und dass der Berater sich dessen Schwierigkeiten bewusst ist. In der Praxis unterscheidet sich nach Sonneck die telefonische Krisenintervention in Bezug auf das Arbeiten an der Beziehung, die Entlastung, das Einbeziehen anderer Personen oder die Aktivierung von Ressourcen nicht von der sonstigen Krisenarbeit. Sonneck (2000) beschreibt wie folgt die beziehungsfördernden Maßnahmen/Grundhaltung der Berater (S. 179):

„Ich nehme den anderen an, wie er ist  
Ich fange dort an, wo der andere steht  
Ich zeige, das ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte  
Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren  
Ich nehme dir in mir ausgelösten Gefühle wahr (worauf weisen sie mich hin?)  
Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe  
Ich orientiere mich an den Bedürfnissen  
Ich arbeite an Partnerschaft und vermeide objektivierende Distanz“

Zunächst stimmt das von mir entwickelte Beziehungskonzept mit der Krisenliteratur darin überein, dass eine Gesprächsatmosphäre geschaffen werden muss, in der der Helfer dem Klienten freundlich entgegenkommt, Interesse am Klienten äußert, durch Bemerkungen des Helfers zum Ausdruck kommt, dass er ihn in seiner Art wahrnimmt und seine Gefühle von Spannung oder Angst anspricht.

Weiterhin gibt es auch darin Übereinstimmung, dass die genannten Punkte als beziehungsfördernde Merkmale des Interventionskonzeptes zu betrachten sind. So nimmt auch Wedler (1997) eine ähnliche Perspektive ein: Er benennt Vertrauen als ein Beziehungsmerkmal und wichtiges Grundprinzip der Krisenintervention. Für ihn beginnt die Krisenintervention mit dem Gewinn an Vertrauen, d.h. durch „*Kommunikationssignale*“, dem Akzeptieren, dem Zuhören, dem Erzählen-Lassen, der Absicherung, der Abgrenzung der Vertraulichkeit, dem Zeit-Geben und dem Eingehen eines persönlichen Kontaktes. Ähnlich scheinen mir die Auffassungen sowohl von Reimer et al. (1996), die das Zuwendungsangebot im Krisengespräch als Arbeit an der Beziehung betont, als auch von Slaikeu (1983) zu sein. Letzterer empfiehlt im Kontext einer Krisenintervention sowohl die Tatsachen der Situation (Faktum) als auch die Gefühle des Klienten zu erfahren, d. h. seine Aufmerksamkeit sowohl auf das zu richten, was dem Klienten passiert ist, als auch auf das, was die Person in dieser Hinsicht empfindet. Für Slaikeu ist das Zuhören eine primäre Aufgabe des Beraters, um zu erfahren, wie der Klient seine Situation sieht und wie er kommuniziert. Bei der Zusammenfügung von theoretischem Wissen und praktischem Handeln über Krisen und Krisenintervention präsentieren Kunz et al. (2004) Lernfälle von Kriseninterventionen. Obwohl aus allen erzählten Fällen ein impliziter Beziehungsansatz abzuleiten ist, werden einige Beziehungsaspekte explizit als Intervention thematisiert. Die Darstellung der Fallbeispiele wird nach Themen oder Krisenarten geordnet, indem deren jeweilige Komplexität bearbeitet und auf die Besonderheit der Personen und der abgelaufenen Interaktionen geachtet wird. Eine explizite Thematisierung von Beziehung ist zunächst im dargestellten Fall „Trennung“ berücksichtigt. Hier wird die Ressourcenorientierung als Interventionsprinzip thematisiert. Obwohl die Autorinnen der Meinung sind, dass es bei jedem persönlichen Gespräch insbesondere darum geht, eine förderliche Gesprächssituation zu schaffen, wird dieser Beziehungsaspekt in diesem Fall als ein wesentliches Interventionsprinzip präsentiert. Ein weiterer thematisierter Beziehungsaspekt in diesem Fall ist die „*Unterstützung des Gefühlsausdrucks*“, die ebenso im Fall „akute Suizidalität“ neben einer anderen Intervention „*Hausbesuch*“ dargestellt wurde. Empathie und Aufklärungsarbeit in Bezug auf Gefühle bzw. Therapie, Beratung und Behandlungskontext treten bei den Fällen „Suizidalität“, „Angehörige eines Alkoholkranken in Sorge“ und „Depression“ auf. Besonders



bei dem Fall „Menschen mit schwerwiegenden Beziehungsproblemen“ werden die Interaktionen zwischen Klient und Berater kommentiert und thematisiert (s.u.).

Die Intervention wird immer in/durch eine Beziehung gemacht. Sie ist nicht abstrakt, sie definiert sich nicht nur durch eine isolierte Einschätzung von Symptomen, sondern innerhalb eines Beziehungskontextes (vgl. Giernalczyk, 1990).

Alle diese Merkmale wurden in der vorliegenden Arbeit unter der Kategorie „*Beziehung als Ermöglichung des Beginns und der Aufrechterhaltung des Interventionsprozesses*“ als Teil des Beziehungskonzeptes heraus gearbeitet.

#### Der Platz der Emotionen in der Krisenintervention:

In Bezug auf meine Ergebnisse über den zentralen Platz des emotionalen Klientenzustandes in der Krisenintervention und besonders in der Beziehungsgestaltung sind mit der Krisenliteratur Überschneidungen zu finden.

Erstens gibt es Übereinstimmung im Anstieg des Erregungsniveaus bei Krisenklienten. Die Autoren beschreiben die Äußerungen von verschiedenen Affekten in der Beratung. In der Auffassung von Dross (2001) ist die Krisensituation mit einem Anstieg des Erregungsniveaus, mit Angst und mit Anspannung verbunden. Reimer (1992) erwähnt, dass die Begegnung mit dem suizidalen Patienten in ein „*emotional hochgespanntes Feld*“ gerät (S. 95). Ciompi (1993) erwähnt die schweren emotionalen Erregungszustände, die in der Krisensituation auftreten können. Ihre Erscheinung kann von erhöhter Spannung, Nervosität, Aufregung, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Erregung, Irritation, Aggressivität oder Autoaggressivität, Depressivität, affektiv-kognitiver Verwirrtheit, zunehmend inadäquatem Verhalten, Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen, wahnhaften Projektionen, Beziehungs- und Verfolgsideen bis zur Halluzinationen gehen.

Zweitens sind die Autoren sich darin einig, dass in der Krisenintervention Entspannung und Beruhigung angeboten werden muss. Die Krisenintervention hat für Aguilera (2000) das Ziel, die Krise psychologisch aufzulösen und das psychische Gleichgewicht der Klienten wiederherzustellen. Der Berater solle den Klienten helfen, sich über ihre aktuellen Gefühle klar zu werden.

„Ein unmittelbares Interventionsziel besteht darin, die Anspannung des Patienten abzubauen, indem ihm die Gelegenheit gegeben wird, seine Gefühle zu erkennen und herauszulassen.“ (S. 52-53)

Bei einer akuten Krise soll nach der Meinung von Schnyder (1993) die erste Handlung der Berater darin bestehen, in die emotional hochgespannte Atmosphäre etwas Ruhe und Klarheit zu bringen. Der Autor ist der Meinung, zunächst sei die emotionale Ebene und die subjektive Befindlichkeit der Klienten anzusprechen.

„In aller Regel wird aber die Möglichkeit, sich emotional zu entlasten, als hilfreich erlebt. Es werden auf diese Weise auch erste Fäden einer therapeutischen Beziehung geknüpft und damit die Grundlage für eine konstruktive therapeutische Arbeit geschaffen.“ (S. 59)

Die emotionale Stabilisierung richtet sich nach Dross (2001) darauf, dass die Klienten trotz Schmerz und Erregung ihre Gefühle ohne Kontrollverlust ertragen und ihren Alltag bewältigen können. Milch (2001) weist darauf hin, dass „dabei schon das bloße Benennen der Belastung in der aktuellen Lebenssituation eine entlastende Funktion [hat]“ (S. 78).

Wenn Bastine (1992) das praktische Vorgehen in der Krisenintervention beschreibt, zeigt er, dass eine *tragfähige Beziehung* die wichtigste Leitlinie folgender Autoren wie Fiedler (1988), Finzen (1989), Häfner (1974), Reiter (1975) ist (alle zit. nach Bastine, 1992). Sie solle dem Ziel folgen, den Klienten von dem *emotionalen Druck* durch Aus- und Besprechen von Ängsten, Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken etc. zu entlasten; die Selbstwertproblematik zu thematisieren und das Selbstwertgefühl zu unterstützen.

Drittens besteht Übereinstimmung darüber, dass die Berater sich im Umgang mit Emotionen der Klienten an der Art und Intensität der Affekte orientieren. Dazu gehört nicht nur die genaue Exploration der Umstände und des Erlebens des Patienten, sondern auch die Ermutigung, die mit der Krise und ihren Anlässen verbundenen Gefühle auszudrücken (vgl. Reimer et al., 1996, S. 500).

Sonneck (2000) betont dabei die Einschätzung der Art der Emotionen: „[Wir] *schätzen das Ausmaß von Panik und Depression ein sowie deren mögliche Konsequenzen, wobei wir insbesondere das Suizidrisiko zu erhellen versuchen*“ (S.23). Die Beurteilung der

Klientensituation bezieht sich vor allem darauf, dass der Helfer aufmerksam auf Suizidgefährdung wird. In seiner Darstellung beschreibt Sonneck das „*Umgehen mit Emotionen*“ als das Auffangen, Eingehen und Akzeptieren von Gefühls- und Belastungsreaktionen des Klienten wie Zögern, längere Pausen, Weinen, Schreien etc. Die augenblickliche Gefühlslage der Klienten soll vom Helfer beschrieben, verdeutlicht, benannt oder erfragt werden. Sonneck (2000) empfiehlt den Helfern, die Emotionen anzusprechen und diese vom Klienten ausdrücken und berichten zu lassen, unabhängig davon ob es sich um „tabuisierte Gefühle“ wie Zorn und Wut handelt. Der Helfer solle beachten, dass die Gefühle angemessen kanalisiert werden (Sonneck, ebd., S. 75).

Ciompi (1993) zeigt, dass das Ausdrücken der Gefühle bzw. das Entlasten eine wichtige Phase der Krisenintervention ist. Er bemerkt, dass dynamisch orientierte Krisenforscher es als zentral ansehen, die Gefühle von Trauer, Schmerz, Kränkung, Scham, Angst und Schuld, Wut und Bitterkeit zur Verarbeitung bewusst ausdrücken zu lassen, und er moniert, dass dieser Punkt oft vernachlässigt oder unterdrückt wird. Auch Giernalczyk (1990) ist der Meinung, dass der Helfer den Klienten ermutigen solle, die schwer aushaltbaren Gefühle von Schmerz, Schuld und Aggression zu äußern. Er solle sich als eine Art Container verstehen, um die Situation und die widersprüchlichen Gefühle des Klienten aufzunehmen. Nachdem sich der Helfer in die Situation des Klienten eingefühlt habe, solle er den Klienten auch mit *seiner* Sicht der Realität konfrontieren und Tendenzen der Verleugnung und Realitätsverzerrung entgegen arbeiten. Kunz et al. (2004) differenzieren auch die Emotionen der Klienten nach ihrer Art und zeigen, dass das Ausdrücken-Lassen und die Aufklärung über Gefühlszustände als Umgangsstrategien der Berater wichtig sind. Mit der Aufklärungsarbeit in Bezug auf Angst nehmen die Berater eine pädagogische Haltung gegenüber den Gefühlen ein.

Zusammenfassend betrachten die Autoren – wie ich selbst – den Umgang mit Emotionen als einen wesentlichen Bestandteil des Interventionskonzepts. Die emotionale Entlastung spielt dabei eine wichtige Rolle.

Sie beschäftigen sich theoretisch auch mit der Einschätzung der Art und Intensität von Emotionen der Klienten und betrachten diese als eine wichtige Informationsquelle für

die Erwägung, ob eine akute Suizidalität, Bedrohung oder Selbstgefährdung in den Hilfe-Situationen vorliegt.

Es handelt sich um eine Einschätzung der Befindlichkeit der Krisenklienten, die sich an der Art und Intensität der Emotionen orientiert: Die alleinige Einordnung von Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung oder starken Schuldgefühlen, Angst, Verzweiflung, ohne sie in Verbindung mit Beziehungsaspekten der Person zu bringen, verliert meiner Analyse nach den individuellen Möglichkeitskontext sowohl für den Klienten als auch für den Berater. Denn diese Verbindung kann den Berater dabei unterstützen, den Beratungsprozess hilfreich zu gestalten und passende Interventionen zu entwickeln. Nach meiner Analyse und wie meine Herausbearbeitung von Klientengruppen zeigt, soll der Umgang mit Emotionen nicht für alle in der gleichen Weise erfolgen. Nach der Klassifizierung der Befindlichkeit der Klienten durch beziehungsspezifische Kriterien im Krisenkontext wurde deutlich, dass die Klientengruppen unterschiedliche emotionsspezifische Interventionen erfordern. Die Einschätzung der aktuellen Situation der Klienten soll meiner Analyse nach in Verbindung mit den Beziehungsaspekten der Klienten gebracht werden, um präzise Interventionsstrategien auswählen zu können.

#### Die Rolle der Emotionen in der Therapie – einige unterstützende Thesen über das Verhältnis von Emotion und Beziehung und deren diagnostischen Charakter:

Emotionen spielen eine wichtige Rolle in der Therapie. In der Literatur zur Emotions- und Therapieforschung gibt es immer mehr Belege dafür, dass in der Therapie oft *„Emotionen ausgelöst und verarbeitet werden müssen, damit sie verändert werden können“* (vgl. Greenberg, 2000, S.88). Neben dem emotionalen Erleben solle auch die *Regulation der Emotionen* gefördert werden. Greenberg (2000) ist der Meinung, dass bei der Emotionsregulation die Beziehung eine große Rolle spielt. Er erwähnt den Befund von Iwakabe et al. (2000), der zeigte, *„dass eine starke Erregung nur im Zusammenhang mit einer guten therapeutischen Beziehung ein gutes Sitzungsergebnis vorhersagt“* (S. 89). Auch die Arbeit von Beutler et al. (1999) zeigt, dass die emotionale Intensität in der Sitzung einer der *potentesten Prädiktoren* des Therapieerfolgs ist. Die Autoren haben gezeigt, dass *„die Wirkung einer starken Aktivierung der Gefühle in der Therapie durch die therapeutische Beziehung vermittelt wird“* (Greenberg, S. 89).

Zwischen den Theorien über Emotionen kristallisieren sich nach Greenberg (2000) Übereinstimmungen über die Natur emotionaler Prozesse heraus. Sie stimmen dahingehend überein, dass die Emotion *„ein unmittelbar aktiviertes, adaptives Steuerungssystem ist, das Menschen über die Relevanz von Umweltereignissen für ihr Wohlbefinden informiert, und dass die Emotion spezifische Handlungstendenzen in Reaktion auf diese Ereignisse bereitstellt“* (S. 87-88).

Sulz (2000) vertritt die These, *„dass Emotionen unmittelbare Bedeutung für psychosoziale Homöostase des Menschen haben und dass sie in dieser Hinsicht unmittelbar an der Selbst- und Beziehungsregulation beteiligt sind“* (S. 6). Für Sulz sind Emotionen nicht nur Bestandteil der Selbstregulation des Menschen, sondern auch Gegenstand der Regulation.

*„Sie [Emotionen] helfen nicht nur beim Regulieren, sie werden auch reguliert. Je mehr sie gedrosselt werden, um so weniger sind sie verfügbar als Hilfsmittel zur Optimierung der psychosozialen Homöostase. Je weniger sie gebändigt werden können, um so weniger wird ihr Beitrag zur Homöostase optimierend sein. Damit rückt die Art der Emotionsregulation in den Blickpunkt des psychodiagnostischen Interesses im Rahmen einer Therapieplanung.“* (S. 66)

Fiedler (2000) sagt, dass Emotionen durch Denken und Sprache abgeschwächt und verstärkt werden können. Diese Beobachtung ist entscheidend für die Psychotherapie, *„wenn in ihr emotionale Prozesse und emotionale Störungen beim Patienten stimuliert, gehemmt oder anderweitig verändert werden sollen“* (S. 173).

Ein meine Ergebnisse stützender Befund stammt von Fiedler (2000). Er hat am Beispiel von Angst festgestellt, dass sich selbst Emotionen mit gleicher Bezeichnung unterscheiden.

*„Je nach Unterschiedlichkeit der jeweiligen Anforderung werden bei gleicher Emotionsbezeichnung (nachfolgend: Angst) unterschiedliche innere wie interpersonelle emotionelle Prozesse aktiviert, die – wie gesagt – je nach Unterschiedlichkeit der Anforderung und damit jeweils für sich genommen eine je spezifische innere wie zwischenmenschliche Dynamik entfalten“* (S. 174).

Sein Befund, dass eine Emotion bei dem Betroffenen unterschiedliche innere Prozesse verursachen kann, unterstützt meinen Befund, dass die unterschiedlichen Klientengruppen unabhängig von der Art der Affekte, die sie erleben, eine differenzierte Intervention verlangen.

Fiedler (2000) beschreibt, wie bei der Zunahme von bedrohlich erlebten Emotionen, ein Prozess einsetzt, bei dem die Betroffenen ihre Emotionen zu bewältigen versuchen. Es handelt sich um einen auto-regulativen Prozess, d.h. für ihn „*um Tendenzen zur Angstminimierung gegenüber unangenehm aversiv oder bedrohlich erlebten Emotionen [...]*“ (S. 176).

Der Autor ist auch der Meinung, dass sich die therapeutische Emotionsforschung bisher leider nur sehr am Rande damit auseinandergesetzt habe und dass alles von den einzelnen Therapeuten abhängt.

*„Solange Forschungsarbeiten dazu ausstehen, werden die Persönlichkeit des Therapeuten, seine psychologische Orientierung und die persönlichen Weltanschauungen auch über Emotionen und Emotionsbedeutung entscheidenden Anteil an vielen Einzelprozessen der Therapie behalten – und damit daran, wie der Patient sich seiner selbst und seiner Probleme bewusst wird, sie in Besitz nimmt und sie eventuell überwinden kann.“* (S. 188)

Diese Diskussion wird unter dem Punkt Klientengruppe fortgesetzt (siehe S. 312).

### **Schlüsselrolle der Berater beim professionellen Umgang mit Klienten:**

Übereinstimmungen scheint es auch über die Schlüsselrolle der Berater auf der Beziehungsebene in der Kriseintervention zu geben. Eine aktive und direkte, jedoch nicht direktive therapeutische Haltung wird nach Schnyder (1993) von den meisten Autoren gefordert. Es wird versucht, die Klienten in ihrer aktuellen Lage und vor dem Hintergrund ihrer Biographie zu verstehen. Aguilera (2000) konzipiert grundlegende Einstellungen für Krisenintervention, beispielsweise dass der Berater bereit sein müsse, „*eine aktive und mitunter direktive Rolle zu übernehmen*“ (S. 51) und dass eine maximale methodische Flexibilität wünschenswert sei. Die Interventionsmethoden, die der konkrete Berater einsetzt, hängen von seiner Auffassung und von seinen Fähigkeiten wie Kreativität und Flexibilität ab. Auf der Grundlage von psychologischem Störungs- und Bewältigungswissen bezeichnet Dross (2001) die therapeutische Beziehung als den *zentralen Wirkfaktor* der Krisenberatung. Die Autorin betont eher die Rolle der Berater und deren „*Fähigkeiten, sich in Lebenslagen hineinversetzen zu können*“ (S. 21). Sie ist der Meinung, dass die meisten Krisenbetroffenen eher emotionale Unterstützung, Ermunterung und Zuspruch erwarten als dass Probleme gelöst werden.

„Auch wenn Problemlösungen anstehen und eine Bereitschaft der Betroffenen zu erkennen ist, Lösungen zu suchen, erwarten die meisten Klienten emotionale Unterstützung, Ermutigung und Zuspruch.“ (Dross, 2001, S. 21)

Ihrer Darstellung ist die Herstellung einer „komplementären Beziehung“ zu entnehmen, indem der Helfer sich an den erkennbaren persönlichen Zielen des Klienten orientiert und das Vertrauen gewinnt. Was nur dann möglich ist, wenn der Berater den Klienten einführend und interessiert begegnet, sie achtet, wertschätzt und ihren Erwartungen entspricht. Dross meint, dass, wenn der Helfer die Situation und die emotionalen Reaktionen der Klienten nicht nachvollziehen kann, er die Bedeutung des Geschehens auch nicht erfassen kann.

Simmich und Milch (2001) sind der Meinung, dass man sich auch in der Krisenintervention auf tiefenpsychologische Behandlungsansätze für den Aufbau einer hilfreichen Beziehung beziehen kann. Die Beziehung entfaltet sich nach ihrer Auffassung als ein dialektischer Prozess, in dem die Konfliktneigung der Patienten in der aktuellen Beziehung mit dem Therapeuten bewusst erlebt, verstanden und dadurch steuerbar wird.

Der Berater ist immer wieder mit dem Leiden von Menschen konfrontiert. Dabei muss er einen Punkt zwischen dem gefühlsmäßigen Eingehen auf die schweres Leiden erzeugenden Situationen der Klienten und dem Vermeiden eigener hoher Betroffenheit finden (vgl. Sonneck, 2000 und Dross, 2001). Die Art und Weise, wie der Berater auf die Befindlichkeit der Klienten reagiert und diese Situation löst, spielt eine wichtige Rolle in der Beziehungsgestaltung und im Umgang mit Klienten.

Sonneck (2000) hebt die *Betroffenheit des Helfers* in der Krisenintervention hervor. Die Beschäftigung mit Menschen in Krisen und mit Suizidgefährdeten kann auch den Berater selbst dazu bringen, seiner eigenen Krisenanfälligkeit, seiner *inneren Not* und der Wahrnehmung der eigenen Hilfsbedürftigkeit zu begegnen (S. 27). Gegen die Angst, die die Suizidklienten auf Grund ihrer Aggressionstendenzen im Helfer wachrufen, nennt beispielsweise Reimer (1992) Maßnahmen, um sich zu schützen. Es ist für den Autor denkbar, dass im Kontakt mit Suizidpatienten eine „latente eigene Suizidalität“ bei dem Helfer aktiviert wird und dadurch der Kontakt eine besondere affektive Färbung bekommt.

Überlegungen zu Lösungsmöglichkeiten dieser Situation sind in der Literatur zu finden. Dross (2001) sagt hierzu, dass die Betroffenen in einer Krisensituation in erster Linie Unterstützung und Verständnis für ihre Gefühle erwarten, die Berater hingegen in „*Balance bleiben und die richtige Mitte zwischen naher Anteilnahme und hilfreichem Überblick wahren*“ müssen (S.38). Müller (2004) weist darauf hin, dass Krisen bei den Klienten regelmäßig Ängste hervorrufen und dass diese den Berater während der Krisenintervention ebenfalls verunsichern können. Obwohl die Berater die eigenen Ängste nicht auf die Ratsuchenden übertragen sollen, meint der Autor, dass es wichtig sei, „*über die eigene Verunsicherung einen Zugang zum Erleben der Klienten zu suchen*“ (S. 56). Dabei empfiehlt der Autor die eigenen Unsicherheiten zu akzeptieren und auszuhalten. „*Unsere Fachkompetenz steht an letzter Stelle, an erster dagegen die persönliche Krisenkompetenz*“ (S. 56). Damit ist die Erfahrung in der Überwindung eigener persönlicher Krisen gemeint.

Das ist vereinbar mit meinem Befund, dass einerseits in der Krisenberatung der persönliche Einsatz des Beraters bei seinem professionellen Umgang mit Klienten bedeutend ist und dass andererseits entscheidend ist, wie der Berater seine eventuelle Betroffenheit löst.

Müller weist weiterhin darauf hin, dass die Subjektivität der Berater in das Interventionsmodell einbezogen werden muss.

„*Krisenintervention findet immer in der Begegnung (mindestens) zweier Menschen statt, des Ratsuchenden und des Helfers. Hilfreich können Schemata und Modelle nur dann sein, wenn sie den Blick darauf nicht verstellen, dass wir Helfer in unserer Subjektivität gefragt und gefordert sind*“ (Müller, 2004, S. 56).

Neumann (2002) betont, dass in der Regel der Berater in der Arbeit mit Menschen in Krisen selbst an seine Grenzen gerät. Er präsentiert ein Modell, mit Hilfe dessen der Berater, wenn er in den Zustand des „*Steckenbleibens*“ kommt, Hilfe suchen kann. Neumann erachtet es als sinnvoll, in dieser Situation die Kreativität und Kompetenzen der Helfer zu fördern. Seiner Meinung nach liegt die Professionalität der Krisenberater in der Herstellung eines produktiven Umgangs mit persönlichen Grenzen und in der Übernahme einer fördernden Haltung gegenüber dem (schwierigen) Klientel begründet.



Das heißt, sowohl die hohe Betroffenheit der Berater als auch das Hilfe-Holen sind Bestandteile dieses Interventionsmodells.

Reimer (1992) sagt, dass es auch bei erfolgreichen Interventionen mit Suizidpatienten Hindernisse gibt, die sich nicht „*primär mit Problemen der Compliance von Suizidpatienten erklären lassen, sondern die eher mit bestimmten Affekten und Einstellungen von Therapeuten zu tun haben*“ (S. 93). Er nennt diese Hindernisse Fehlerquellen, die die therapeutische Beziehung zu Suizidpatienten belasten.

Er konzentriert sich auf die Affektart in der Problemanalyse. Das „*Thematisieren*“ oder das „*Nicht-Thematisieren*“ eines Affektes im Gespräch kann seiner Ansicht nach durch eigene (möglicherweise traumatische) Erfahrungen der Therapeuten in dem jeweiligen Affektbereich beeinflusst sein. Der Autor zählt auf dem Hintergrund seiner Erfahrungen als Supervisor unterschiedlich schwerwiegende Situationen auf, in die die Berater kommen können. Er unterstreicht dabei „*das Übersehen von Affekten*“. Wenn der Berater seine eigenen Trennungsängste nicht bearbeitet habe, könne er diese Emotion bei einem Fall mit einer Trennungsthematik übersehen. Eine weitere Problemsituation ist die, eine „*Provokation persönlich zu nehmen*“ (S. 93). Den zweiten dieser beiden Aspekte konnte ich in meinem Datenmaterial herausarbeiten und in der Analyse die Merkmale der Umgangstendenz verdeutlichen. Meine Ergebnisse zeigen, dass – unabhängig von der Labilität oder der Persönlichkeit der Klienten – die Art des Umgangs der Berater entscheidend ist.

Der Autor sagt weiter, dass der Therapeut in der Begegnung mit labilen Menschen auf seine Standfestigkeit hin geprüft wird (vgl. Reimer, 1992). Dabei könne sich nach Meinung des Autors eine enorme narzisstische Empfindlichkeit des Therapeuten zeigen und die Möglichkeit, dass die Beziehung geschädigt wird. Gemäß seiner Auffassung behauptet er, dass „*dieser Testcharakter provokanten Verhaltens*“ (S. 93) von den Therapeuten häufig nicht gesehen wird und dass daraus ein Kontakt zwischen Suizidant und Helfer resultieren kann, der „*als eine Art ‚Schlagabtausch‘ mit dem unbewusst erwünschten Endziel einer möglichst raschen Beendigung der Beziehung zu sehen*“ ist (S. 93). Der Autor ist der Meinung, dass sich Schwierigkeiten in der Therapie von Suizidalen nicht aus der Psychodynamik ergeben, sondern „*wesentlich auch aus Verstrickungen in Interaktionsprobleme zwischen Therapeuten und Suizidanten*“ (S. 95).

In diesem Zusammenhang verweist Sonneck (2000) auf eine gewisse Beziehungsdynamik in Bezug auf die Haltung der Krisenberater, um die Schwierigkeiten auf der Beziehungsebene erklären zu können. Er ist der Auffassung, dass der Beziehung und „*natürlich auch [den] Schwierigkeiten der Beziehung in Krisen und Krisenintervention besonderer Stellenwert zukommt*“ (S. 21). Er erklärt die Beziehung durch das konträre Paar der *Nähe-Distanz-Relation*. Seiner Meinung nach sollen diese zwei Pole vom Berater vermieden werden, damit eine günstige *Nähe-Distanz-Relation* in der Krisenintervention gefunden und aufrecht erhalten werden kann. In seiner Darstellung betont er die *Identifikationsmöglichkeiten* des Helfers mit dem Betroffenen. Seiner Meinung nach bezieht sich die *Nähe-Distanz-Relation* darauf, ob der Mitarbeiter sich mit dem Betroffenen genügend oder gar nicht identifizieren kann. Entweder kann der Helfer sich nicht ausreichend identifizieren, und nimmt ihn in seinen Problemen nicht wichtig (der Pol der Distanz), oder aber er identifiziert sich so stark mit dem Betroffenen, dass er sich von seinen Bedürfnissen und Gefühlen zu wenig distanzieren kann (der Pol der Nähe).

Ich bin der Meinung, dass die Identifikationsmöglichkeiten des Beraters ein sehr wichtiger Aspekt bei der Beziehungsgestaltung sind. Eine ausführliche Erklärung dieses inneren Prozesses auf Seite des Beraters und auch seiner Zusammenhänge mit seinem Beziehungskonzept würde mehr Licht auf den komplexen Beziehungsbereich in der Krisenintervention werfen. Meiner Meinung nach zeigt das Konzept der „*Nähe-Distanz-Relation*“ von Sonneck die Relevanz der Subjektivität der Berater in der Kriseintervention. Nach meiner Auffassung umfasst diese Subjektivität noch weitere Aspekte, die ich unter der Kategorie des „*Positionieren des Beraters*“ herausgearbeitet habe (dazu gehören: Individualisierung des Konzeptes der Krisenintervention, individuelle Umgangstendenzen und Richtung der Bildkonstruktion des Gegenübers).

Meine Ergebnisse zeigen, dass die Beteiligung der Berater in der Beziehung sich nicht nur auf die Identifikationsaspekte beziehen. Die Beteiligung ist mehrteiliger. Ich habe die *Nähe-Distanz-Regulierung* im Beziehungskonzept als eine von zwei Zugangsmöglichkeiten zu Klienten beschrieben. Unabhängig davon, ob der Helfer sich mit dem Klienten identifizieren kann, wurde in der Analyse ein weiteres Zugangsprinzip deut-

lich, nämlich sich an die Denkweise oder das subjektive Weltbild und die innere Perspektive des Klienten anzunähern. Trotz der Fremdheit der Situation kann ein Berater jemandem, der sich in einer Krise befindet, übermitteln, dass er ihn verstehen bzw. seine Situation nachvollziehen möchte.

Therapeutische bzw. psychoanalytische Konzepte wie Empathie, Übertragung, Gegenübertragung können diese Situation noch weiter beleuchten helfen. An dieser Stelle möchte ich diese Konzepte nicht vertiefen, sondern nur darauf hinweisen, dass sie das dargestellte Phänomen der Betroffenheit des Helfers noch weiter erklären können.

In der Krisenliteratur wird von Milch (1992) das Mitgefühl und die Empathie in der Begegnung mit dem Klienten einerseits als eine wertschätzende Ressource für die Berater gesehen. Durch die Empathie des Beraters, „*seine Fähigkeit, sich in die Situation des Klienten hineinzusetzen und gemeinsame Gefühlsabstimmung (affect attunement) herzustellen, wird eine neuartige Interaktion mit korrigierendem Erleben möglich*“ (S.78). Das Ziel sei es, dass der Klient lernen könne, sich dem eigenen Erleben und Fühlen zu öffnen.

Andererseits bemerken Simmich und Milch (2001), dass es in Krisengesprächen nicht selten vorkomme, dass emotionale Bedürftigkeiten so anwachsen, „*dass Therapeuten schließlich empathisch ‚versagen‘ können*“ (S. 252). Das heißt, empathisch auf hochgespannte Emotionszuständen zu reagieren, kann seine Grenze finden. Das wurde in der vorliegenden Arbeit thematisiert.

Die Konzepte von Übertragung<sup>30</sup> und Gegenübertragung sind meiner Meinung nach im Kontext der Krisenintervention schwer einzubeziehen (s. 4.5.3.2). Sonneck (2000) führt die Konzepte Übertragung und Gegenübertragung im Kapitel über chronische Suizidalität ein. Er stellt seine Überlegungen und theoretischen Entwicklungen über Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen dar, da sie seiner Ansicht nach im Kontext einer Therapie mit chronisch Suizidalen öfter auftreten. „*Der Umgang mit chro-*

---

<sup>30</sup> Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass in den verschiedenen psychoanalytischen Schulen Konzepte benutzt werden, die unterschiedliche Bedeutungen haben oder sogar einander entgegengesetzt sind. Ein solches Konzept ist das der Gegenübertragung (s. 4.5.3.2). In dieser Arbeit werden die Konzepte Übertragung und Gegenübertragung im Sinne von Sonneck behandelt.

*nisch Suizidalen erfordert (ähnlich wie bei chronisch protrahierten Krisen) ein eigenes therapeutisches Vorgehen“ (S. 233).*

Gegenübertragungsreaktionen können nach Sonneck (2000) zwei unterschiedliche Wurzeln haben; entweder sind sie der Ausdruck von Schwierigkeiten, die beim Therapeuten liegen, oder sie stellen eine „angemessene“ emotionale Reaktion des Therapeuten auf den Klienten und dessen Übertragung dar.

Mit diesem Verständnis von den Konzepten ist die angemessene emotionale Reaktion des Therapeuten aus Sicht des Autors als ein wichtiges diagnostisches und therapeutisches Instrument zu verstehen. Er betont, dass es einen Unterschied zwischen Krisenintervention und Langzeittherapie gibt: Bei der Krisenintervention solle der Berater nur versuchen, *„die Übertragungs- Gegenübertragungskonstellation zu verstehen und so zu handeln, dass durch sie keine zusätzlich schädigende Auswirkung entsteht (z.B. Abbruch des Kontakts zum Helfer)“ (S. 231).*

Daser (2001) zeigt, dass Deutung auf der Grundlage der Gegenübertragung ein geeigneter Ansatz für Krisenintervention ist. Der Autor beschreibt, dass er zu diesem Zweck beim Krisengespräch genau auf alle Gefühle, Einfälle und Phantasien achtet, welche der Klient in ihm auslöst. Er zählt alle diese Eindrücke und Gefühle zur Gegenübertragung. Der Autor erklärt, dass er das Konzept der Gegenübertragung im weiten Sinne des Wortes benutze, d.h. als das Gesamt der vom Patienten in ihm provozierten Gefühle und Phantasien.

Unabhängig davon, was der Autor unter Gegenübertragung versteht, wird nach meiner Meinung damit gezeigt, dass die Reaktion oder der Einfluss der Emotionen der Klienten auf den Helfer in der Krisenintervention wichtig sind. Dies ist vereinbar mit meinem Ergebnis des persönlichen Einsatzes der Berater in der Krisenintervention. *„Denn“*, sagt Daser, *„es sind meine Eindrücke“ (S. 515).*

Schlussfolgerungen: Die Art und Weise, wie jeder Berater seine eigene Betroffenheit überwindet, ist ein Schlüsselaspekt für das Vorgehen in der Krisenberatung. Dieser Punkt ist vereinbar mit den von mir dargestellten verschiedenen individuellen Umgangstendenzen der Berater. Wenn der Berater sich mit der Hilflosigkeit der Klienten (d.h. mit der Akuität, der Bedrohlichkeit und Aussichtslosigkeit der Krisensituation)

beschäftigt, besteht die Möglichkeit, seiner eigenen (schon erlebten oder fantasierten) Hilflosigkeit und seinen eigenen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten zu begegnen. Das äußert sich in seiner individuellen Umgangstendenz. Ich habe gezeigt, dass der Berater über „Ressourcen“ verfügt, die ihn bei dieser Arbeit unterstützen: (therapeutische) Ausbildung, professionelle Erfahrung, eine Institution mit ganz präzisen Rahmenbedingungen, Krisenkonzepte und Theorien, die individuelle Sichtweise, Teambesprechungen und Supervisionen.

### **Klientengruppe:**

Die Analyse der von Beratern wahrgenommenen emotionalen Befindlichkeit der Klienten machte es möglich, beziehungsspezifische Kategorien zu entwickeln. Sie erfüllen eine diagnostische Funktion innerhalb der Klient-Berater-Beziehungsdynamik. Ein wichtiger Befund meiner Arbeit ist, dass die Krisenklienten unabhängig von der Problematik oder Krisenart sich anhand dieser Kategorien der Berater in vier Gruppen unterscheiden und klassifizieren lassen.

Aus dem Vergleich dieser Ergebnisse mit der kriseninterventions- und therapeutischen Literatur geht hervor, dass die Klassifizierung von Klienten bzw. Patienten durch den Kontext bedingt ist. Ich erachte es als relevant, im Folgenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich dieser Ergebnisse mit der kriseninterventions- und therapeutischen Literatur differenzierter zu diskutieren. Zunächst ziehe ich dazu zwei psychotherapeutisch orientierte Autoren heran und im Weiteren werde ich mich in Bezug auf die Ergebnisse mit Überlegungen von Autoren beschäftigen, die sich mit Kriseninterventionstheorien auseinander gesetzt haben.

Der amerikanische Kurzzeittherapeut De Shazer (1989) entwickelte eine Kliententypisierung innerhalb der Kurzzeittherapie.

De Shazer unterscheidet drei Typen von Therapeut-Klient-Beziehungen: „**Klienten**“ „**Besucher**“ und „**Kunden**“. *„Der allgemeine Begriff ‚Klient‘ wird gleichermaßen verwendet für ‚Besucher‘ (visitors), ‚Klagende‘ (complainants) und ‚Kunde‘ (customers)“* (ebd., S. 102).

Das Einordnungskriterium von de Shazer kann mit folgenden Fragen beschrieben werden: Wonach scheint der Klient zu suchen bzw. was braucht er? Was möchte eigentlich der Klient von einem Therapeuten?

Bei seiner Klassifikation ist es dem Autor wichtig herauszufinden, welche Absicht der Klient in der Therapiesituation hat. Der Beziehungsaspekt wird durch die Kombination dieser Intentionalität und die notwendige Anwesenheit einer Person hergestellt, die der Klient „braucht“, entweder um sie zu *besuchen*, sich bei ihr zu beklagen oder um von ihr etwas zu „kaufen. *Besucher' brauchen jemanden, den sie besuchen können, 'Klagende' jemanden, bei dem sie sich beschweren können und 'Kunden' jemanden, bei dem sie etwas kaufen können*“ (S. 104).

In der vorliegenden Arbeit wurden von den Beratern wahrgenommene Charakteristiken der Klienten herausgearbeitet und eine Gruppierung entwickelt, die einen Zusammenhang mit Beziehungsaspekten in der Krisenhilfe haben. Der Befund meiner Klientengruppierung ist vergleichbar mit der Kliententypologie von De Shazer, da sowohl die von mir herausgearbeitete Klientengruppierung als auch die Kliententypologie von De Shazer dazu beitragen, einerseits die Klienten nach einem ähnlichen Kriterium einzuordnen und andererseits dadurch die resultierenden Beziehungen zu differenzieren.

Zur Klientendifferenzierung scheint er einer ähnlichen Frage nachgegangen zu sein, wie ich in meiner Untersuchung. Bei ihm spielt die Frage nach der Bereitschaft der Klienten zur Therapie eine große Rolle. Nach meiner Untersuchung ist die Bereitschaft der Klienten aus dem Zusammenspiel der Vergleichdimensionen „Hilflosigkeitsgrad“ und „Zugangsgrad des Klienten zu sich selbst“ abzuleiten.

Die Beziehungen lassen sich in beiden Arbeiten durch die Merkmale der Bereitschaft der Klienten in Gesprächssituationen beschreiben, obwohl De Shazer den Klienten eine gewisse Intentionalität zuschreibt.

Ich bearbeitete die Bereitschaft zur Kriseninterventionen nach den Kriterien, die sich auf das emotionale Krisenerleben und auf die innere Bereitschaft des Klienten, sich mit

der Situation zu beschäftigen, beziehen. Diese werden durch die von den Helfern eingeschätzten Affektzustände des Krisenklienten bestimmt.

Bei der von mir herausgearbeiteten Gruppe 3 „*Klienten mit hohem Anspruch an Fremdhilfe*“ habe ich zwei Subgruppen identifiziert, die meiner Meinung nach dem von De Shazer beschriebenen „*klagenden*“ Typ entsprechen. Diese Klienten gehen seiner Darstellung folgend eine Beziehung ein, „*in welcher der Klient eine Lösung als Resultat des Interviews erwartet*“ (S. 105). Jede Beschwerde von klagenden Klienten (egal wie verschwommen, vage, global oder spezifisch sie sein mag) wird vom Autor als ein Zeichen verstanden, von dem ausgehend man eine Therapie beginnen kann.

An dieser Stelle kann der Krisenkontext eventuell eine große Rolle zu spielen, weil bei Menschen, die sich in einer Krisensituation befinden, innere Spannungen und Emotionen sich i. d. R. intensivieren. Im Kontext der Krisenintervention wird von den interviewten Beratern eine Forderungshaltung der Klienten hervorgehoben, die über die von De Shazer beschriebene Erwartungshaltung der Klienten an die Therapie hinausgeht.

Der Autor expliziert nicht die Schwierigkeiten mit dieser Gruppe, sondern zeigt in einer „*Landkarte*“ die Möglichkeiten auf, mit Klienten in der Kurzzeittherapie eine Beschwerde zu konstruieren. Wenn dies nicht gelinge, solle der Therapeut Komplimente machen und zum Start gehen. Dies könnte m.E. eine hilfreiche Anregung für den Umgang mit dieser Klientengruppe („*Klienten mit hohem Anspruch an Fremdhilfe*“) sein.

Klienten der Gruppe zwei „*Offen für akute Krisenintervention*“ und Klienten der Gruppe eins „*Information- oder Ratsuchende*“ zeigen Ähnlichkeiten mit De Shazers Kliententyp „*Kunden*“, die offen, bereit und motiviert für Therapie sind.

In meiner Analyse differenziere ich diese Gruppen und unterscheide die offenen Klienten in diejenigen, die offen für Information sind und diejenigen, die sich in einer akuten Situation befinden. Mit diesen *eigen-motivierten* Klienten ist es tendenziell leichter, einen Kontakt und eine qualitativ gute Beziehung herzustellen.

Da De Shazer die Klientenklassifizierung im Kontext der Kurzzeittherapie entwickelt, taucht bei ihm die Problematik der Dauerklienten nicht auf. Diese Problematik hängt nach meiner Analyse vom institutionellen Angebotsmodell ab (s. Kapitel 2).

Zusammenfassend stelle ich fest: Obwohl die Kontexte verschieden sind – und ebenfalls der Druck der Nutzer, der sich in ihrer vom Berater wahrgenommenen fordernden Haltung ausdrückt – gibt es Überschneidungen mit der Klientenklassifizierung von De Shazer.

Der Psychoanalytiker Argelander (1970) entwickelte eine Patientenklassifizierung innerhalb eines psychoanalytischen Kontextes. Aus Interviewprotokollen und Beobachtungen in seiner therapeutischen Praxis identifizierte Argelander (bewusste und unbewusste) Motivationen von Patienten als Kriterium für eine Patiententypisierung.

In seiner Darstellung präsentiert er vier Typen von Klienten: die „*vorgeschickten oder vorgeschobenen*“, die „*anspruchsvollen*“, „*anspruchswenigen oder unergiebig*“ und die „*aufgeklärten*“ Patienten.

Die Problematik der Dauerklienten kommt auch in seiner Arbeit nicht vor. Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass diese Problematik vor allem im Kontext der Krisenintervention eine Rolle spielt.

Ein anspruchsvoller Patient ist nach der Beschreibung von Argelander „*so mit sich beschäftigt, dass er sich in die Situation des Interviewers kaum hineindenken kann*“ (S. 30). Dieser Beziehungsaspekt stimmt mit den Klientenmerkmalen überein, die ich im Kontext der Krisenintervention in der Gruppe der „*Klienten mit hohem Anspruch an Fremdhilfe*“ auch gefunden und dargestellt habe. Dieses Merkmal zeigt sich in meiner Klassifizierung nicht nur bei den fordernden, sondern auch bei den klagenden Klienten. Sowohl Argelanders anspruchsvolle Patientengruppe als auch die in der vorliegenden Arbeit beschriebenen anspruchsvollen Krisenklienten werden von den Therapeuten bzw. den Beratern als unkontrollierbar, taktlos oder unsympathisch erlebt. Es handelt sich um Menschen, die sich schnell gekränkt oder enttäuscht fühlen.

In Argelanders Darstellung dieses Patiententypus werden weitere Merkmale genannt, wie die Neigung zum Agieren, der dramatische Charakter der Erzählung, die aus der Sicht des Autors keine wirkliche Krankheitseinheit zu sein scheint, und dass sie sich schwer darin tun, Enttäuschungen und Frustrationen zu verkraften. Argelander schildert, dass die Diskrepanz zwischen Anspruchsverhalten und persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten ein wichtiges Merkmal darstellt, diese Gruppe zu erkennen. Der Autor er-



klärt, dass sich hinter diesem Verhalten Menschen mit einem gestörten Realitätsbezug verstecken, die tendenziell eine erfolglose Behandlung hinter sich haben. Dieses Merkmal erscheint nicht so spezifisch in der von mir herausgearbeiteten Gruppe drei (*Klienten mit hohem Anspruch an Fremdhilfe*), weil es sich meines Erachtens um einen nur in der Therapie relevanten Aspekt handelt.

Aus meiner Analyse geht hervor, dass in einem Kriseninterventionskontext oft ein hoher Hilflosigkeitsgrad und ein niedriger Zugangsgrad zu sich selbst bei den Klienten zusammen gehören. Das gleichzeitige Auftreten dieser beiden Merkmale charakterisiert grundsätzlich die Klientengruppe vier *„Andauernder Zustand von Hilflosigkeit“*. Bei ihnen kann es vorkommen, dass der Berater feststellt, dass sie lange Therapieerfahrungen haben.

Im Gegensatz zu diesem „anspruchsvollen“ Typus präsentiert Argelander den Typus des *„anspruchlosen oder unergiebig“* Patienten, der *„farblos, spröde und in seinen unbewussten psychischen Gesprächsmanifestationen uninteressant und langweilig“* wirkt. Der Autor erklärt, dass die Isolierung der Symptomatik (Obstipation, Stottern oder Anorexie) der Patienten, *„die gesamte Emotionalität in diesem Symptom ein[zu]frieren“* (S. 32) scheint.

Von meinen Interviewpartnern wurden solche Situationen nicht berichtet. Möglicherweise spielen die von Argelander beschriebenen „anspruchlosen“ Patienten, die auf der Beziehungsebene nicht so emotional agieren, im Kontext der Krisenarbeit eine untergeordnete Rolle; dort stehen eher bedrohliche Zustände im Vordergrund.

Ein anderer von Argelander identifizierter Patiententypus, der *„aufgeklärte“*, ähnelt der von mir herausgearbeiteten Gruppe zwei *„Offen für (akute) Kriseninterventionen“*. Im Kontext der Krisenintervention ist die Differenzierung, die er vornimmt, nicht relevant. Er nennt den Typus *„aufgeklärter Patient“*, weil seine Motivation *„den Grad seines Aufgeklärtheits und sein Bedürfnis nach Wissen bestimmt“* (S. 33). Der Autor geht davon aus, dass es sich bei diesem Typus um Menschen handelt, die an sich selbst schon gearbeitet haben. Nach meiner Einschätzung betont er das Merkmal der starken intellektuellen Bedürfnisse dieser Klienten, um sie von den anderen Patienten zu unterscheiden. Im Kontext der Krisenintervention ist die Betonung dieses intellektuellen Aspekts nicht

entscheidend, obwohl die Gruppe zwei bereit, motiviert und offen ist, sich mit sich selbst und ihrer Situation auseinander zu setzen.

Wichtig für die Diskussion ist einerseits, dass Argelander ebenso wie ich in meiner Arbeit den diagnostischen Charakter der Einschätzung der Patienten durch den Therapeuten im ersten Gespräch beschreibt, die nicht auf Pathologien bzw. Krisen oder Problematiken fokussieren.

Andererseits wird in meiner Analyse deutlich, dass die o.g. beziehungsdiagnostischen Kriterien nicht nur eine Klassifizierung der Klienten, sondern auch eine Differenzierung von verschiedenen Dynamiken der Berater-Klient-Beziehung ermöglicht. Diese Beziehungskriterien gelten auch als prognostische Kennzeichen für den Interventionsprozess mit den jeweiligen Gruppen.

### **Innerhalb der Krisenintervention**

In der Krisenliteratur wird in der Diskussion um eine Differenzierung der Klienten eine Gruppe hervorgehoben: die „Daueranrufer“ (Bergold, & Schürmann, 2001; Bock & Lange 2002; Neumann, 2002; Müller, 2004; Sonneck, 2000; Schmidt, 1987; Katschnig, & Konieczna, 1987).

Müller (2004) bezieht sich auf die Unterscheidung von Katschnig, & Konieczna (1987) zwischen *gewollten und problematischen* Nutzern. Nach Müller wird diese Differenzierung nach *Art und Anlass der Inanspruchnahme* der Klienten vorgenommen. Die gewollten Nutzer einer niedrighschwelligigen Kriseneinrichtung sind nach den oben genannten Autoren Menschen mit akuten psychiatrischen Krankheitsbildern, in akuten psychosozialen Krisensituationen oder chronisch psychisch Kranke. Die problematischen Nutzer werden als Menschen mit *„geringfügigen Problemen, die ihre Selbsthilfefähigkeit einbüßen, wenn sie sich von professioneller Krisenhilfe abhängig machen, charakterisiert. Chronische Klientel sind: Dauer- und Wiederholungsanrufer, die quasi eine Not-situation zur Kontaktaufnahme benötigen“* (S. 54).

Dieses Unterscheidungskriterium ist interessant für eine Differenzierung auf der institutionellen Ebene, auf der von Nutzern und nicht von Klienten gesprochen wird. Bei die-

ser Unterscheidung handelt es sich um ein Ergebnis, das mit meinen Überlegungen über Beziehung auf der allgemeinen institutionellen Ebene vereinbar ist, jedoch nicht mit meiner konkreten Klientenklassifizierung.

Innerhalb der Kriseninterventionsliteratur sind sich die Autoren darin einig, dass Klienten ein „differenziertes Vorgehen“ erfordern (vgl. Bergold und Schürmann, 2001; Neumann, 2002; Schürmann et al., 2004; Sonneck, 2000), wobei sich diese Aufforderung nach Differenzierung auf die Art der Krise und der Problematiken bezieht.

Abgesehen von den identifizierten Dauernutzern gibt es bei den genannten Autoren keine theoretische Ausdifferenzierung von Klientengruppen und jeweils dazu passende Interventionsansätze.

Dennoch werden theoretische Überlegungen darüber angestellt, dass die vorgegebenen Handlungsmodelle an die individuelle Person angepasst werden müssen, weil sie vom Einzelfall abhängig seien (vgl. Müller, 2004).

Müller (2004) bemerkt, wenn er sich mit Kriseninterventionstheorien und Handlungsmodellen auseinandersetzt, dass die Krisenfälle in der Praxis oft nicht so „idealtypisch“ seien, wie sie in der Fachliteratur beschrieben würden. Er hebt die Individualität des Einzelfalles hervor und schlägt vor, „von Handlungsmodellen zur Praxis vor Ort“ (S. 54) zu kommen.

An dieser Stelle kann ich nur die Überlegungen über den Umgang mit der Gruppe der Daueranrufer diskutieren und nicht die Überlegungen zu den drei anderen Klientengruppen.

In Bezug auf den Umgang mit Daueranrufern entwickelt Sonneck (2000) Empfehlungen für den Helfer:

*„Der Umgang mit ihnen lässt sich dadurch wesentlich erleichtern, dass erstens jeder Telefonarbeiter genauestens über die Daueranrufer informiert sein muss, zweitens ein gemeinsames Konzept im Umgang mit diesen erarbeitet werden muss, das drittens hauptsächlich darin besteht, das Anliegen dieses Daueranrufers, das zumeist niemals klar herausgearbeitet wurde oder sich im Laufe der oft über Jahre gehenden Daueranrufe verloren hat, neu gesucht wird“ (S. 91).*

Neumann (2002) bezeichnet ebenfalls die Dauerklienten als „das Problem in der ambulanten Krisen- und Notfallversorgung“ (S. 411). Der Autor erwähnt, dass die Problematik der Dauernutzer darauf hinweist, dass es eine Lücke im Versorgungssystem gibt. Da

sie nicht ausreichend versorgt seien, vermehrten sich aus der Sicht des Autors die Kontakte mit ihnen in Krisenhilfeorganisationen. *„Das Klientel der Dauerklienten sind (wenn auch nicht sehr beliebte) Kunden von Telefonseelsorgen, Krisendiensten und Notrufnummern. Sie bringen quantitativ auswertbare Ergebnisse“* (S. 413).

Aus seiner Beobachtung und seinen Erfahrungen in Umgang mit Daueranrufern in der Krisenhilfe kommt er zu dem Schluss, dass das andauernde Telefonieren ein Suchtmittel für die Betroffenen ist, und dass sie darunter leiden, *„jeden Abend anrufen zu müssen“* (S. 412).

Aufgrund ihrer Kontakthäufigkeit und deren spezifischer Problematik werden sie von Helfern als schwierig erlebt.

Neumann (2002) ist der Ansicht, *„Kontakt zu machen, ist Aufgabe des Beraters, nicht des Klienten“* (S. 413). Es dürfe in der praktischen Krisenintervention nicht zur Voraussetzung gemacht werden, dass der Klient genau weiß, was er will und so reagieren muss, wie der Berater es gerne hätte.

Während in meiner Arbeit die Differenzierung der Interventionsstrategien bei diesen Klienten in der Hand der einzelnen Berater innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen liegt, richtet sich der Vorschlag von Neumann (2002) auf eine strukturelle Veränderung des institutionellen Angebots. Er schlägt u. a. vor, eine Ausdehnung des zeitlichen Interventionsangebotes vorzunehmen. So könne mehr Spielraum sowohl für den Berater als auch für den Daueranrufer gewonnen werden, der sich nicht nur auf zeitliche Aspekte, sondern auch auf eine Entfaltung des psychischen inneren Raumes und weiterer Ressourcen beziehe, wie z. B. von Kreativität.

Vereinbar mit meiner Arbeit ist die Anerkennung, dass die Berater in der Kriseninterventionsarbeit im Umgang mit Krisenklienten (und besonders mit Dauerklienten) an ihre persönlichen und fachlichen Grenzen kommen und dass sie sich damit auseinandersetzen müssen.

Anderer Meinung sind Kunz et al. (2004) in Bezug auf den Umgang mit diesen Klienten. Sie präsentieren das vor allem am Telefon vorkommende Phänomen der Dauernutzer und entwickeln andere Interventionsprinzipien und Interventionsziele als Neumann. Obwohl die Autorinnen den Lernfall „*Menschen mit schwerwiegenden Beziehungsproblemen*“ nur am Beispiel einer Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellen, sind Überschneidungen mit meinen Ergebnissen in Bezug auf die Charakteristiken der Klienten, den Umgang mit ihnen und die Reaktionen der Helfer zu finden.

Mein Befund über die Charakteristiken der Klientengruppe vier – „*Andauernder Zustand von Hilflosigkeit*“ – zeigt, dass diese Gruppe nicht nur Borderline-Klienten umfasst, sondern auch andere Menschen mit psychischen und psychosozialen Problemen.

In dem bei Kunz et al. (2004) dargestellten Lernfall werden die Beziehungsaspekte in der Interaktion zwischen Klient und Berater thematisiert. Es wird kommentiert, dass die Berater im Umgang mit diesen Klienten sich besorgt, manipuliert oder bedroht fühlen und entweder mit Ärger und Ablehnung oder mit ängstlicher Besorgnis reagieren. Dies wurde in meiner Darstellung als ein Teil der Dynamik der Klient-Berater-Beziehung mit dieser Klientengruppe gezeigt.

Der von mir herausgearbeitete, immer wieder dramatische Appell dieser Klientengruppe als auch die Interventionen auf der Basis eines komplexen Beziehungsmusters sind in bei Kunz et al. (2004) ebenfalls zu finden. In dieser Arbeit wird „Umgang mit Grenzen“ als das zentrale Interventionsprinzip mit dieser Gruppe benannt. Darunter müsse sowohl die zeitliche, inhaltliche, interaktionelle und institutionelle Begrenzung als auch die gefühlsmäßige Abgrenzung verstanden werden.

Ein wichtiges Ergebnis meiner Arbeit ist, dass die Bemühungen der Berater um eine Emotionsregulierung gegenüber den vier Klientengruppen unterschiedlich sind. Mein Beitrag bezieht sich vor allem auf das Erkennen, dass jede Gruppe differenzierte Interventionen zum Erreichen einer Emotionsregulierung erfordert. Oben wurden die Entwicklungen zu diesem Thema innerhalb der Literatur der Persönlichkeit- und Emotionsforschung erwähnt.

Wichtig, erneut zu erwähnen, ist der Bericht von Greenberg (2000) über Befunde innerhalb der Persönlichkeitsforschung: Sie zeigen, dass Menschen sich durch die Art und Weise ihres affektiven Erlebens und durch ihre Möglichkeiten, Emotionen zu regulie-

ren, unterscheiden. Der Autor sagt, dass Menschen sich auch unterscheiden, „*in der Art, wie sie ihre Emotionalität regulieren*“ (S. 92).

Abschließend kann ich sagen, dass die Emotionsregulation nicht nur für die Psychotherapie, sondern auch für die Krisenintervention ein sehr wichtiger Bereich ist. Im Kriseninterventionskontext ist die Emotionsregulierung ein Interventionsprinzip, das sowohl als Ziel als auch als Bedingung dafür angesehen wird, eine Krise bewältigen zu können.

### **11.3 Diskussion der allgemeinen Ebene der Beziehung der Institution zum Nutzer**

Die Perspektive eines Kriseninterventionsmodells als allgemeines Kontaktangebot bzw. Beziehungsangebot an den Nutzer wird in den Krisentheorie-Modellen implizit in der Darstellung und Entwicklung ihrer Handlungskonzepte und Zielsetzungen behandelt und nicht explizit konzeptualisiert.

Der Befund, das allgemeine Beziehungsangebot der Institution an den Nutzer nicht nur als Rahmenbedingung für die konkrete Begegnung zwischen Klienten und Beratern zu betrachten, sondern auch als eine soziale bzw. gesellschaftliche Beziehung der Institution mit (potenziellen) Nutzern, bezieht sich einerseits auf die Perspektive von Bergold & Schürmann (2001), dass der Begriff Krisenintervention als ein „Interventionsangebot“ zu verstehen ist. Für die institutionelle Ebene der Kriseninterventionsmodelle gilt diese Perspektive ebenfalls. Konzipiert eine Einrichtung ihre institutionellen Rahmenbedingungen wie u.a. Ziele, Zielgruppe und Interventionsangebot, situiert sie ihren Platz im sozialen Bereich, konstruiert ihr Klientel und definiert dadurch, *wie* mit ihnen umgegangen werden soll. Die institutionellen Interventionsmodelle konstruieren auch ihre Nutzer und die Beziehung mit ihnen. Müller (2004) äußert dazu z.B.: „*Da die jeweiligen Nutzer und das dazugehörige Krisen-Setting sich gegenseitig beeinflussen, wechselt das Erscheinungsbild der Krise je nach institutionellem Kontext*“ (S. 47).

Andererseits wird diese allgemeine Ebene der Beziehung zwischen einer Institution und ihren (potenziellen) Nutzern anhand der Gedanken deutlich, die sich Mitglieder einer Krisenhilfeorganisation über Öffentlichkeitsarbeit machen. Öffentlichkeitsarbeit ver-

folgt meiner Meinung nach das implizite Interesse, die existierende Beziehung der Institution mit ihren (potenziellen) Nutzern aufrechtzuerhalten und (aus einer quantitativen Perspektive) mehr Menschen einzubeziehen. Scheuermann (2004) betrachtet die Öffentlichkeitsarbeit als einen Teil des Managements einer Organisation und schreibt ihr aufgrund des aktuellen Umbruchs im sozialen Sektor sogar eine „*existentielle Bedeutung*“ (S. 34) zu. Mit der Öffentlichkeitsarbeit einer Organisation wird die Bevölkerung nicht nur informiert, sondern vor allem *sensibilisiert*, um diejenigen zu erreichen, die Krisenhilfe (dringend) brauchen, und so vielen Adressaten wie möglich die Angebote der Krisenhilfe nahe zu bringen. Das Bedürfnis einer Krisenhilfeeinrichtung, ihre potenziellen Nutzer durch Öffentlichkeitsarbeit zu erreichen, bezieht sich sowohl auf das Interesse der Einrichtung, sich dauerhaft zu etablieren als auch darauf, die soziale bzw. gesellschaftliche Beziehung (soziale Bindung) der Einrichtung zu den Zielgruppen (u.a. Klienten, Angehörige, Professionelle anderer Einrichtungen; politische Behörden, soziale Organisationen) herzustellen und sie aufrechtzuerhalten. Es handelt sich nicht nur um eine Kommunikationsstrategie der Institution, sondern auch um eine Beziehungsstrategie (*Public Relation*) mit dem „*Ziel, Beziehung auf[zu]bauen und Vertrauen [zu] schaffen*“ (S. 35). Das „*Was*“ des Angebotes prägt die Art dieser „*sozialen Beziehung*“.

Da in meiner Analyse der Beziehung (auf der konkreten Ebene) die Emotionsregulierung als wesentlich angesehen wird, sehe ich, dass die Affekte der Klienten in dieser Einrichtung eine große Rolle spielen. Diesen Aspekt möchte ich in der Diskussion der Beziehung auf der allgemeinen institutionellen Ebene berücksichtigen.

Im Kapitel 2 wurde gezeigt, dass das institutionelle Kontaktangebot auf dem Abschaffen von Kontaktbarrieren basiert. Durch die Niedrigschwelligkeit und kostenlose, unmittelbare Kontaktangebote begünstigt die Institution die Annäherung der Nutzer und fördert damit die Äußerung von Emotionen. Hier zitiere ich einen Teil eines Presstextes des Berliner Krisendienstes als Beleg dafür, dass sich das Angebot vor allem an die Emotionen der Nutzer richtet. Besonders deutlich wird dies durch die Art, wie Krisen darin definiert werden.

„Aus dem Presstext: Berlin braucht den Berliner Krisendienst“.

„Menschen haben Krisen – dafür sind wir da“.

[...]

„Unabhängig von Alter und Bildung, Sozialisation und Beruf, Familienstand und Einkommen geraten zunehmend mehr Menschen in schwere seelische Krisen.“

[...]

„Jeder Mensch durchlebt in seinem Leben Krisen. Gründe sind jedoch keinesfalls nur schwerwiegende, traumatische Ereignisse. Oft ist es die Häufung oder Zuspitzung belastender innerer und äußerer Erlebnisse, die die gewohnten Bewältigungsmöglichkeiten überfordern und überschreiten. Das geschieht aufgrund plötzlich veränderter Lebensumstände ebenso wie durch festgefahrene und lang anhaltende belastende Lebensbedingungen.“

„Befindet sich ein Mensch in einer Krise, wird die Situation von dem Betroffenen als äußerst bedrohlich empfunden. Ein Zustand tiefer emotionaler Erschütterung, Gefühle der Angst und Hilflosigkeit stehen im Vordergrund. Verluste und Kränkungen können häufig ebenso damit verbunden sein, wie eine Infragestellung bisheriger Werte und Ziele. Häufig kommt es zu einer zunehmenden sozialen Isolation. Mit steigendem emotionalen Druck sinkt die Belastbarkeit, so dass die Bewältigung des Alltags immer schwerer fällt. [...]“

(BKD-Presstext)

Die Nähe zwischen der Kriseneinrichtung und dem Nutzer wird durch die Rahmenbedingungen der Institution gefördert. Die Krisenintervention als Teil eines Versorgungskonzeptes interessiert sich für einen raschen und flexiblen Zugang zu den Klienten. Und umgekehrt sollen auch die Klienten einen leichten Zugang zu den Diensten haben (vgl. Schnyder, 1993).

Es wird einerseits von dem Berater auch zusätzlich in der konkreten Begegnung angestrebt, dass die Klienten sich öffnen und dass sie sich auf ein Gespräch einlassen. Die angebotene Nähe der Institution führt den Berater dazu, sich emotional und persönlich einzubringen, um der bedrohlichen oder schmerzlichen Situation der Klienten zu begegnen. Der persönliche Einsatz der Berater ist grundlegend, um die Institutionsziele zu erreichen, und für das Funktionieren der Institution. Aber andererseits wird auch gezeigt, dass dieses Angebot sehr attraktiv für Menschen mit Emotionsstörungen ist. Die Beziehungsdynamik ist besonders schwierig in den von mir entwickelten Gruppen drei „Klienten mit hohem Anspruch an Fremdhilfe“ – und vier – „Andauernder Zustand von Hilflosigkeit“. Der persönliche Einsatz der Berater kann zu einem individuellen Problem für die Person des Beraters in der Institution werden. In diesem Fall muss der Berater Abwehrsysteme entwickeln, um Distanz zu dieser schwierigen und komplexen Situation zu schaffen.

Da sich nach meiner Analyse das Interventionsangebot an den Nutzer auf die Emotionen richtet, bedeutet das, dass es in der Krisenhilfeeinrichtung ein institutionelles Affektregime gibt, das sowohl den Klienten als auch den Berater betrifft.



Zuletzt möchte ich den Befund „Individualisierung des Konzeptes für Krisenintervention“ diskutieren. Als Individualisierungsprozess ist der Befund vereinbar mit den Forschungsergebnissen von Thommen, Ammann und von Cranach (1988) über den Begriff der individuellen sozialen Repräsentation. Sie führen ein Konstrukt ein, das dem Befund der von mir dargestellten Kategorie „Individualisierung des Konzeptes für Krisenintervention“ ähnelt. In ihrer Darstellung zeigen die Autoren, dass individuelle Handlungen in ihren Funktionen und in ihrer Organisation nicht verstanden werden können, wenn deren soziale Herkunft und Verankerung nicht mitgefasst wird. Die Autoren unterscheiden soziale Repräsentationen von deren Abbildungen in der individuellen Erkenntnis und nennen sie „individuelle soziale Repräsentation“ (ISR). In ihrer Arbeit über den Einfluss der sozialen Vorstellungen zweier Psychotherapeutischer Schulen auf das konkrete therapeutische Handeln der einzelnen Therapeuten beschreiben sie den Prozess der Therapeuten, individuelle Vorstellungen zu entwickeln.

Die individuelle soziale Repräsentation steuert nicht nur Wahrnehmungen und Denken, sie schreibt auch Handlungsziele vor.

*„Soziale Repräsentationen bezeichnen den geordneten abstrahierten und typisierten Wissensvorrat einer Gesellschaft oder einer ihrer Untereinheiten (soziale Gruppe) [...] Sie beziehen sich auf bestimmte soziale Sachverhalte und enthalten die zentralen Vorstellungen über diese Sachverhalte in Form von Werten, Normen, Attitüden und Wissen“ [...] Individuelle soziale Repräsentationen bilden einen Teil der individuellen Wissensstruktur (S. 48).*

*„Entsprechend unserer Theorie der Handlungsorganisation wirkt sich ISR-Wissen auf die sequentielle und hierarchische Strukturierung von Zielen resp. Informationsverarbeitungsschlaufen aus. ISR-Wissen liefert dem Akteur damit Anweisungen über die Sequenzierung von Informationsverarbeitungsschlaufen und damit zusammenhängenden Zielen sowie Anweisungen über deren hierarchische Gliederung nach Allgemeinheit und Zentralität“ (S. 52).*

Von Cranach et al. (1988) zeigen, dass die individualisierte soziale Repräsentation die konventionalisierte und die privatisierte Repräsentation umfassen, und dass sie sich von dem individuellen Wissen unterscheidet, weil dieses nicht geteilt wird.

Das Konzept vom Individualisierungsprozess selbst bezeichnet zwei Aspekte: Der erste Aspekt benennt das, was Menschen miteinander verbindet (als Psychologen, Therapeuten, Wissenschaftler etc.). Ihm kommt eine Identifikationsfunktion durch Ausbildung von Merkmalen zur Festlegung einer Gruppenzugehörigkeit zu.

Der zweite (private) Aspekt zeigt auf, was Menschen von einander trennt, sie je einzigartig macht und eine Abgrenzung und Unterscheidung von anderen Mitgliedern der jeweiligen Gruppe ermöglicht.

Die Individualisierung des Konzeptes für Krisenintervention, das ich präsentiere, beinhaltet ebenfalls zwei Aspekte (den konventionellen bzw. den geteilten und den privatisierten). Einerseits habe ich gezeigt, wie Gestalttherapeuten und Psychoanalytiker in ihrer Funktion als Krisenberater das Interventions-Wissen teilen, wie sie sich in ihrer „*Behandlungsorientierung in der Krisenberatung*“ ähneln und wie sie sie privatisieren, indem sie „Interventions-Strategien“ differenzieren.

Der Aspekt des individuellen Wissens, der nach von Cranach et al. (1988) nicht geteilt wird, ist vereinbar mit der von mir entwickelten Kategorie „*individueller Umgang*“ der Berater mit Klienten.

Zusammenfassend: Überschneidungen bestehen in der Krisenliteratur insoweit, als die Beziehung eine essentielle Rolle im Kriseninterventionsbereich spielt, dass sie vor allem als ein Teil des Kriseninterventionskonzeptes betrachtet wird und dass dabei dem Berater eine Schlüsselrolle zukommt, den Emotionszustand der Klienten zu regulieren.