

Pachaly, Anita

Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 6, S. 473-486

urn:nbn:de:bsz-psydok-45766

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling)	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents)	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents)	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy)	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old)	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry)	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity)	37

Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders)	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings)	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents)	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey)	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefani, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression)	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction)	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children)	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes)	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?)	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders)	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study)	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet)	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders)	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample)	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study)	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence)	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients)	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ))	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums)	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders)	598
 Übersichtsarbeiten / Review Articles	
Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse)	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone)	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders)	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders)	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families)	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce)	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders)	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities)	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy)	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders)	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents)	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey)	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient)	337

Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (L. Unzner)	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (L. Unzner)	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (L. Unzner)	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (D. Irblich) . .	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (L. Unzner)	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (L. Unzner)	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (L. Unzner)	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (D. Irblich)	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (K. Sarimski)	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. (<i>U. Kiefling</i>)	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. (<i>L. Unzner</i>)	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. (<i>A. Zellner</i>)	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. (<i>J.M. Fegert</i>)	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. (<i>O. Bilke</i>)	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. (<i>L. Unzner</i>)	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. (<i>P. Kleinfurchner</i>)	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. (<i>B. Westermann</i>)	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. (<i>M. Hirsch</i>)	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. (<i>A. Zellner</i>)	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. (<i>D. Irblich</i>)	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. (<i>B. Koob</i>)	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. (<i>D. Irblich</i>)	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. (<i>L. Unzner</i>)	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. (<i>L. Unzner</i>)	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. (<i>D. Irblich</i>)	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. (<i>L. Unzner</i>)	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. (<i>U. Knölker</i>)	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. (<i>K. Sarimski</i>)	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (<i>K. Sarimski</i>)	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). (<i>D. Irblich</i>)	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. (<i>K. Mauthe</i>)	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. (<i>K. Sarimski</i>)	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. (<i>M. Müller-Küppers</i>)	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. (<i>D. Irblich</i>)	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. (<i>M.B. Buchholz</i>)	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. (<i>B. Mikosz</i>)	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. (<i>D. Irblich</i>)	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. (<i>K. Sarimski</i>)	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	432

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Verfahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. (<i>C. Kirchheim</i>)	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). (<i>C. Kirchheim</i>)	773

Editorial / Editorial	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports	78

Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter

Anita Pachaly

Summary

Basic principles of crisis intervention in children and adolescents

Practical experience shows that crises in children and young people in many cases appear as „speechlessness“, which is linked with markedly passive behaviour and a feeling of hopelessness and powerlessness. The capacity for „self-efficacy“, and the belief in this, are weakly developed or have been lost. The three central basic principles of therapeutic crisis intervention „active therapeutic relationship“, „assuming auxiliary ego functions“ and „resource-oriented approach“ are portrayed and explained on the basis of the case vignette of a 16-year-old girl. In this, attention is focussed upon the basic general and treatment conditions at the „neuhland“ establishment.

Key words: crisis intervention – therapeutic relationship – resource orientation – adolescents

Zusammenfassung

Die Praxis zeigt, dass Krisen bei Kindern und Jugendlichen in vielen Fällen als „Sprachlosigkeit“ erscheinen, die mit einem ausgeprägten Passivitätsverhalten, dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht verknüpft ist. Die Fähigkeit und der Glaube an die „Selbstwirksamkeit“ sind schwach entwickelt oder verloren gegangen. Anhand der Fallvignette einer 16-jährigen weiblichen Jugendlichen werden die drei zentralen Grundprinzipien der therapeutischen Krisenintervention „aktives Beziehungsangebot“, „Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen“ und „ressourcenorientiertes Vorgehen“ dargestellt und erläutert, dabei werden basale Rahmen- und Behandlungsbedingungen der Einrichtung „neuhland“ ins Blickfeld gerückt.

Schlagwörter: Krisenintervention – Beziehungsangebot – Ressourcenorientierung
– Jugendliche

Ich suche immerfort etwas Nicht-Mitteilbares mitzuteilen, etwas Unerklärliches zu erklären.

Franz Kafka

1 Einleitung

Krisenintervention wird exemplarisch dargestellt vor dem Hintergrund der Prinzipien des Verbundes von Beratungsstelle und Krisenunterkunft der Einrichtung „neuhland“ in Berlin, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in suizidalen Krisen betreut. Der Verbund beinhaltet stationäre (Krisenunterkunft) und ambulante Angebote (Beratungsstelle). Weitere Einzelheiten und Besonderheiten der Konzeption, zu der auch die Vernetzung mit Kriseninterventionszentren in Kliniken, Schulprojekten, Jugendhilfeeinrichtungen, psychiatrischen Praxen u. a. gehört, werden anhand der Fallvignette beschrieben. Eine ausführliche Beschreibung der Einrichtung „neuhland“ ist nachzulesen bei Schnell (2003).

Zur eigenen Standortbestimmung: Ich bin bezüglich meines therapeutischen Verständnisses und Instrumentariums mit der tiefenpsychologischen Sichtweise vertraut. Auf explizite Darlegungen theoretischer Modelle wird verzichtet zugunsten der Beschreibung praktisch-empirischer Befunde.

Aus Praxissicht handhabe ich das Instrumentarium von Kriseninterventionstechniken nach dem Motto: Gut ist, was Kindern und Jugendlichen (nachweislich) hilft, heil aus der Krise herauszukommen, selbstverständlich immer unter dem Primat von Professionalität und Ethik.

Jugendliche in Krisen befinden sich im psychischen Zustand von Diffusion und Verzweiflung, von Ambivalenzgefühlen und dem Verlust oder Einbruch der Zuversicht, die Krise aus eigenen Kräften meistern zu können.

Wenn wir den familiären Hintergrund und die jeweils eigene, spezifische Familiendynamik zugespitzter, insbesondere suizidaler Krisen im Kindes- und Jugendalter kennen lernen, treffen wir in vielen Fällen auf psychische Störungen eines Elternteils, oft auch beider Elternteile. Nicht selten ist die elterliche Paarbeziehung massiv und chronifiziert beeinträchtigt – dabei fällt als immer wiederkehrendes Phänomen *Sprachlosigkeit* auf: Das Elternpaar vermeidet die Metakommunikation, d. h. den symbolischen und realen Austausch über die Qualität seiner Beziehung und der Beziehung zu den Kindern. Das bedeutet, dass emotionale Erlebnisinhalte, z. B. Erwartungen, Wünsche, Sehnsüchte, aber auch Ängste, Enttäuschungen, Ärger bereits in der defizitären Selbststruktur, aber auch in der Paarbeziehung und schließlich in der Eltern-Kind-Beziehung versanden bzw. in einem Klima fortgesetzten Schweigens verdeckt agiert werden.

Die Möglichkeit, Konflikte miteinander zu lösen, Verhaltenskorrekturen vorzunehmen, ist auf diese Weise ausgeschlossen, Gefühlswelten bleiben verschlossen. Das Kind wird allein gelassen und ist wichtiger Reifungsschritte seiner Entwicklung beraubt. Die psychischen Folgen werden exemplarisch am Fall einer suizidalen Krise erläutert.

Wir beobachten seit mehreren Jahren eine Zunahme schwerer Krisen aufgrund nachweisbarer, früher Mangelzustände. Dieser Eindruck wird von anderen Kriseneinrichtungen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, geteilt. Die Gründe hierfür mögen vielfältig sein. Vielleicht haben Kinder und Jugendliche zu wenig Platz in unserer Gesellschaft, zu wenig Zukunftsperspektiven für eine eigenständige Existenz. In manchen Fällen sind die Eltern zu viel mit sich selbst beschäftigt, oft aus einer eigenen Notlage heraus. Möglicherweise erzeugt die Informationsflut von globalen Katastrophen, Selbstmordattentaten und Gewalt eine permanente Angstquelle, die sich mit inneren, archaischen Ängsten kumulativ vermischt und zu Abwehrzwecken in Suizidhandlungen entlädt.

Auch eine regelmäßig anzutreffende Gewohnheit vieler Jugendlicher, mit denen wir als Kriseneinrichtung zu tun haben, Gewalt- und Horrorvideos zu konsumieren, wird von uns als hoch brisant reflektiert. Die kathartischen Effekte können zwar subjektiv kontraphobisch und entlastend wirken – es mag erträglicher sein, das „ausgemachte Böse“ in die äußere Objektwelt zu projizieren als im eigenen Selbst zu erkennen. Jedoch bleibt das eigentliche Problem ungelöst, wenn der Affekt vom „Bösen“ abgespalten wird.

Es ist unsere (unser aller!) Aufgabe, die „abgespaltenen Affekte zu reintegrieren“, d. h. das Entsetzen über grausame Handlungen an Mitmenschen in Gewalt- und Horrorvideos zu zeigen, ebenso wie Mitgefühl mit dem Leidenden. Wir alle müssen intervenieren, um Leben zu schützen und zur Entfaltung zu bringen. Empathiefähigkeit und der Wille, alles Lebendige zu schützen, stellen m. E. wichtige Kriterien für seelische Gesundheit dar. Mit anderen Worten kommt es in allem, was wir tun (auch) in der Krisenintervention darauf an, „Farbe zu bekennen“ und Werte zu vermitteln.

Zur Veranschaulichung möchte ich ein Gleichnis heranziehen, Skylla und Charybdis:

Homer schildert im Mythos, dass es Odysseus und seinen Weggefährten aus eigenen Kräften gelingt, heil aus der Gefahrenzone herauszukommen. Gewalt- und Horrorszenarios (Skylla) finden in der Außenwelt statt, die von Skylla grausam getöteten Opfer sind Weggefährten.

Es gelingt dem Helden, die Meeresenge (Charybdis) heil zu passieren, indem er im entscheidenden Augenblick *das Schiff wendet*, er – so interpretiere ich diese Passage – Trauer und Schmerz über den Verlust seiner Weggefährten empfinden kann sowie Sorge und Achtsamkeit für alle noch Lebenden trägt, und so erfolgreich sein (Lebens)-Schiff mit Umsicht und Rücksicht für alle Weggefährten zur Rückkehr nach Ithaka (nach Hause, zu sich selbst) steuern kann.

2 Fallvignette¹

Die Vertrauenslehrerin eines Gymnasiums rief in der Beratungsstelle an und bat um einen Termin für eine 16-jährige Schülerin (ich nenne sie „Sonja“), die in der Schule einen Zusammenbruch erlitten habe. Sie äußere Suizidgedanken und weigere sich, nach Hause zu gehen. Die Mutter sei in-

¹ Ich möchte Sonja und allen anderen Jugendlichen danken, die mir so tiefe Einblicke in ihr Schicksal erlaubten, und die mich immer wieder neu zu einer Lernenden machen.

formiert; sie würde ihre Tochter begleiten, ebenso die Anruferin selbst.

Ich informierte die Sozialpädagogin der Krisenunterkunft und bat sie, dem Erstgespräch beizuwohnen, da es sich voraussichtlich um eine Aufnahme handeln würde.

Exkurs: Anfragen dieser Art haben absoluten Vorrang gegenüber anderen Tätigkeiten der Beratungsstelle. In der Regel geben wir Termine innerhalb von zwei Tagen, in brennenden Fällen wie hier am gleichen Tag.

Zu einem wirksamen Krisenmanagement gehört eine schnelle Terminvergabe: Einer akuten Krise inhärent ist die Offenheit des Klienten für intra- und interpsychische Erlebniswelten, die aber in den meisten Fällen nicht lange, manchmal nur ein paar Stunden, höchstens Tage – dann aber schon abgeschwächt – anhält.

Der Zeitpunkt der Beteiligung der Fachkräfte der Krisenunterkunft im Erstgespräch wird flexibel gehandhabt. In vielen Krisenfällen ist eine zunächst dyadische Beziehungskonstellation indiziert, weil – gerade bei Adoleszenten – die Präsenz mehrerer Autoritätspersonen statt Halt gebend, überflutend und beschämend wirken könnte.

In allen Fällen ist aber eine Beteiligung der Sozialpädagogen (sog. Betreuer/-innen) der Krisenunterkunft Voraussetzung für eine Aufnahme. Dies ist erforderlich, weil die Betreuer alternierend 24-Stunden in der Krisenunterkunft anwesend sind. Sie haben sowohl die einzelnen Jugendlichen als auch die Gesamtgruppe mit ihrer jeweils spezifischen Gruppendynamik zu betreuen. Es kann vorkommen, dass für einen Jugendlichen eine andere Lösung als die Aufnahme gefunden werden muss, wenn das destruktive Potenzial in der Gruppe zu hoch ist.

Im Erstgespräch saß Sonja mit gesenktem Kopf da, wobei ihre langen Haare vorne zusammenfielen, so dass ihr Gesicht wie hinter einem Schleier verschwand.

Sie wollte, dass die Lehrerin erzählte, was passiert war: Ein Lehrer hätte sich vor der Klasse abwertend über ihr Schminken und über ihr Ritzen geäußert. Sie konnte nicht länger am Unterricht teilnehmen, verließ die Klasse und suchte – außer sich vor Erregung und Scham – in der Pause die Vertrauenslehrerin auf. Sie äußerte Suizidgedanken. Sonja begleitete die Erzählung der Lehrerin mit heftigem Zittern am ganzen Körper und zupfte ständig an der Nagelhaut ihrer Finger herum, die deutlich sichtbare Entzündungsspuren aufwies. Sie weigerte sich, in Anwesenheit der Mutter zu sprechen. Die Mutter wirkte kühl und beherrscht. Sie äußerte, nicht zu verstehen, warum es Sonja schlecht ginge. In der Familie sei alles in Ordnung. Die Beziehungsstörung zwischen Mutter und Tochter war offensichtlich. Möglich war, dass beide einer vorläufigen Unterbringung Sonjas zustimmen könnten.

2.1 Erstes Grundprinzip: Aktives Beziehungsangebot

Die – im wörtlichen Sinne – Notwendigkeit eines aktiven Beziehungsangebots umfasst meine Haltung als Therapeutin vom Anbeginn des Erstkontakts.

Mit dem Begriff „Haltung“ ist bereits eine wesentliche Dimension der Implikationen benannt, welche die sinnvolle Funktion einer *aktiven Beziehungsaufnahme* – die dem Beziehungsangebot vorausgeht – begründet: Nämlich die Halt gebende, haltende (containment nach Bion, vgl. Weiß 2001) und auch anhaltende, die Konfliktodynamik betrachtende und aufnehmende, entängstigende, schließlich die steuernde Funktion (Hilfs-Ich), die ich als Therapeutin zu leisten habe. Insofern habe

ich analog das zu befolgen, was Bion als (mütterliche) „Alpha-Funktion“ (vgl. Dahl 2001) beschreibt als Voraussetzung für das Gelingen eines sog. Transformationsprozesses vom körperlichen ins psychische Erleben. Mit anderen Worten nimmt die Mutter (oder eine andere Bindungsperson) ängstigende, unerträgliche Spannungszustände des unreifen Kindes in sich auf (sie „contain“ sie). Das Kind erlebt dadurch, von der Mutter wahrgenommen zu werden; sie hat ein „inneres Bild“ von ihm, wodurch es ihm möglich wird, sich selbst im Bild der Mutter wahrzunehmen, in ihr verankert zu sein. Wenn dieser Transformationsprozess gelingt, hat das Kind Symbolisierungsfähigkeit erlangt, ein strukturgebendes Element für den Aufbau des seelischen Innenraums.

Letztendlich, und das ist für die praktische Anwendung des Bion'schen Denkmodells in der *Krisenintervention* bedeutsam, geht es um eine „fortlaufende Transformation emotionaler Erfahrungen, aus der – im günstigen Fall – Denken und Bedeutung ... entstehen“ (Weiß 2001).

Ich bin also zur Abwendung der Krise des Jugendlichen u. a. dadurch behilflich, dass ich seine angstvollen, schmerzlichen oder destruktiven Impulse – sozusagen das „Rohmaterial“ seiner Gefühlswelt – aufnehme und diese in einem klärenden Verstehensprozess, der emotionale und kognitive Elemente enthält, retransformiere.

2.2 Erstgespräch

Im Erstgespräch ist es wichtig, eine direkte Fokussierung auf die auslösende Konfliktsituation vorzunehmen. Diese wird im Sinne einer Reinszenierung verstanden, um den biographischen Bedeutungsinhalt in Verbindung zur aktuellen Krisendynamik setzen zu können. Außerdem ist das szenische Verstehen sowohl diagnostisch als auch behandlingstechnisch relevant.

„Direkte Fokussierung“ heißt nicht, den Jugendlichen ohne Umschweife auf die auslösende Konfliktsituation anzusprechen. Vielmehr ist eine einfühlsame, taktvolle Gesprächsführung angemessen i. S. eines Sich-Annäherns an die Konflikthematik, welches quasi eine Einladung enthält, sich mitzuteilen. Meistens reagieren Adoleszente spontan zustimmend, wenn ich sage, sie hätten keinen Grund, mir gleich zu vertrauen – schließlich sei ich ihnen fremd – aber es sei oft ein Vorteil, wenn jemand von außen auf eine Problemlage schaue.

„Direkte Fokussierung“ bezieht sich darauf, die krisenauslösende Konfliktsituation zu entschlüsseln und zu benennen, nicht um den „heißen Brei“ herumzureden. Es kann sein, dass ich die Szene oder eine Gefühlsreaktion nicht sofort verstehe und deshalb nachfrage – das irritiert Jugendliche in der Regel nicht, sondern sie fühlen sich ernst genommen.

Das *aktive Beziehungsangebot* enthält darüber hinaus Informationen bezüglich der weiteren Planung der Krisenintervention, denen der Jugendliche zustimmen sollte. Grundsätzlich biete ich erst einmal fünf Termine an, beim fünften Termin wird gemeinsam überlegt, ob weitere Krisengespräche erfolgen sollen und mit welchem Ziel.

Die therapeutische Aufgabenstellung im *Erstgespräch* ist vielschichtig: Es geht darum, die auslösende Konfliktsituation – hier: Die tiefe Kränkung durch den Lehrer – in einen Bedeutungszusammenhang zu stellen auf zwei Wirkebenen: Erstens extern

auf die Objektbeziehungsebene (Lehrer – Schülerin), zweitens intern auf die Selbstobjektbeziehungsebene, mit anderen Worten auf die intrapsychische Strukturebene (vgl. auch Schnell 2005, in diesem Heft).

Die Entschlüsselung der Konfliktthematik dient dazu, eine erste diagnostische Einschätzung des Suizidrisikos vornehmen zu können. Der Jugendliche wird direkt nach früheren Suizidphantasien und/oder aktuellen Suizidvorhaben befragt. Bei Suizidphantasien regen wir die Adoleszenten an, sich fiktiv vorzustellen, wer, wenn sie tot wären (Konjunktiv benutzen!), an ihrem Grab stehen würde und mit welchen Gedanken und Gefühlen. Wir lassen diese verbalisieren. Diese Intervention wirkt entlastend, denn viele Jugendliche erfahren dadurch, dass sie – entgegen ihrer Befürchtung – nicht verrückt sind. Zudem trägt sie dazu bei, den Appell in den Suizidimpulsen, der bei Kindern und Jugendlichen immer an wichtige Bindungspersonen gerichtet ist, mit seiner speziellen Botschaft zu entschlüsseln. Verfehlt wäre eine separate Beobachterposition im Erstgespräch. Vielmehr geht es um direkte, verbale und nonverbale Interaktionen, die sehr unterschiedlich dosiert einsetzbar sind, je nach Beschaffenheit der Krise des Adoleszenten.

Ich halte z. B. die Körpersprache, allem voran den Einsatz der Mimik, für eine wichtige, therapeutische Technik, weil sie eine Auflockerung rigider Abwehrstrukturen bewirkt: Sie ist unaufdringlich – was Jugendliche sehr schätzen – und sie hilft, angstvolle, divergierende Affekte im Spiegel der Mimik und Gestik des Therapeuten als genuin, als akzeptabel vorzufinden. Mehr dazu am Beispiel einer Behandlungsstunde weiter unten.

Grundsätzlich dienen die Kriseninterventionsgespräche dem Ziel, auch unter präventiven Gesichtspunkten, beim Klienten Nachreifungsprozesse in Gang zu setzen. Wie kann das alles annähernd gelingen? Kernberg (1989, S. 241) betont die Wirksamkeit auch der „unspezifischen Auswirkungen aller therapeutischen Interventionen; die affektive „Halte“-Funktion und die kognitive „Auffang“-Funktion des Therapeuten sind bei Patienten mit Ich-Schwäche von besonderer Bedeutung.

Für eine wirksame Krisenintervention bedeutet das, widersprüchliche Affekte und Handlungsimpulse erst einmal stehen zu lassen (affektive Halte-Funktion), allenfalls non-verbal zu spiegeln (z. B. mittels des Einsatzes der Mimik).

Die kognitive „Auffang“-Funktion beinhaltet, dass ich beispielsweise selbstentwertende oder -verurteilende Bemerkungen des Jugendlichen zunächst aufnehme (auffange), sie sodann reziprok umdeute, entschärfe, die Selbstentwertung stoppe – und damit quasi den extremen *Selbstbezug* (ein Charakteristikum jeder Krise!) herauszunehmen bemüht bin.

Im Fallbeispiel hat der Lehrer eine – auch von außen betrachtet – kränkende Bemerkung gemacht; das war „verfehlt“. Das *genauso* zu benennen, hat Sonja sehr entspannt.

Besonders im Erstkontakt ist es sehr angeraten, die Konfliktthematik in der Art und Weise, wie sie der Jugendliche subjektiv erlebt hat, *erst einmal* stehen zu lassen, nicht „dagegen zu halten“, damit der Jugendliche sich mit seinen Affekten ernst genommen fühlen kann.

Generell hat sich ein aktiver und strukturierter Interventionsstil bewährt, um die Krise auffangen zu können. Dabei ist ein orales Zu-viel-Fragen verfehlt.

Vielmehr geht es darum, einen Beziehungsraum i. S. eines „Möglichkeitsraums“ (Winnicott 1971) zu schaffen, in dem der Jugendliche erlebt, dass seine widersprüchlichen Affekte, seine destruktiven Impulse und seine Verzweiflung gehalten werden, in dem eine gewissermaßen freundliche, zugewandte Einladung mitenthaltend ist, neue Verstehens- und Erlebniswelten kennen zu lernen. Bloße Zugewandtheit und Freundlichkeit wären aber zu wenig, vielmehr sollte sich der Therapeut „in die Selbstmordversuchungen einfühlen können, in die Sehnsucht nach Frieden, in das Aufrufen von Autoaggression, in die Lust daran, sich an bedeutsamen Anderen zu rächen, in den Wunsch, Schuldgefühlen zu entfliehen, und in das beglückende Gefühl von Macht, das zu Suizidzwängen gehört“ (Kernberg 1989, S. 379).

Sonjas Schweigen im Erstgespräch war vordergründig an die real anwesende Mutter gerichtet. Trotz, Angst und ungeheure innere Spannungszustände waren spürbar. Die Mutter forderte sie mehrfach vergebens auf mitzuteilen, was passiert war. Das setzte die Tochter noch mehr unter Druck.

Sonja spürte, dass ich ihr „verhülltes Schweigen“ akzeptierte. Schließlich bat ich die Mutter, das gleiche zu tun (Alpha-Funktion!). Die konfliktauslösende Situation wurde von mir als „wirklich kränkend“ mit knappen Kommentaren bestätigt.

Diese ersten, verbal eher spärlichen Interventionen dienten dazu, Sonja zu entlasten und im Hier und Jetzt der Begegnung ein Vertrauen förderndes Klima herzustellen (*aktive Beziehungsaufnahme*), in dem etwas gedeihen kann (Möglichkeitsraum).

Sonja erinnerte im Verlauf ihres Aufenthalts markante Einzelheiten und Szenen aus ihrer Biographie. Der Vater war alkoholkrank, solange sie denken konnte, er war in Alkoholräuschen gewalttätig gegen die Mutter, die vor ihm mit Sonja und dem fünf Jahre älteren Bruder regelmäßig in den großmütterlichen Haushalt flüchtete. Später ist sie zur Tochter ins Kinderzimmer geflüchtet (!). Sonja erinnerte aus der Grundschulzeit, dass die Mutter öfter davon sprach, den Vater zu verlassen, eine neue Wohnung zu suchen und Sonja zu sich zu nehmen (der Bruder wollte beim Vater bleiben) – dieses Vorhaben jedoch nie in die Tat umsetzte. Sie verachtete die Mutter dafür.

Sonja teilte unter Tränen mit, dass ihre Mutter sich nie „wirklich“ für sie interessiert habe. Der Bruder bedeute ihr nicht viel. Vor dem Vater habe sie Angst. Er habe mit Anzeige gedroht, falls sich seine Vermutung bestätigen würde, dass sie eine erotische Beziehung zu einem volljährigen Mann unterhalte.

Letzteres war ein Fakt, den sie uns unter dem „Siegel der Verschwiegenheit“ anvertraute.

Wir sorgten für eine Öffnung des Geheimnisses, indem wir den Freund zum Gespräch einluden. Auch diese Intervention diente der von ihrem rigiden Über-Ich geplagten Klientin. Wir übernahmen damit stellvertretend Elternfunktion. „Geheimnisse“ nicht preisgeben zu dürfen, erzeugt bei Kindern und Jugendlichen einen enormen inneren Druck, der an sich schon krisenauslösend wirken kann. Im Falle Sonjas ist der Geheimhaltungszwang eine Folge der Tabuisierung der Alkoholkrankheit des Vaters.

Krisenmanager müssen intervenieren, u. U. in die privaten, sozialen Beziehungssysteme hinein (wenn die Adoleszenten das erlauben), um äußere und innere Stressoren abzuschwächen. Ein Beispiel für eine dem entsprechende Intervention möge dies illustrieren:

Im Falle einer kürzlich aufgenommenen Klientin berichtete diese von sehr herabsetzenden, abfälligen Bemerkungen ihrer älteren Schwester (die ihr gegenüber eine

mütterliche Funktion hatte). Ihre Krise wurde von der Schwester als „Theater“ aufgefasst. Ich lud die Schwester zum Gespräch ein, erklärte ihr die komplexen Zusammenhänge der inneren Notlage, die sich hinter dem vermeintlichen „Theater“ verbargen und bat sie um Verständnis und Schonung, appellierte indirekt dabei auch an ihr narzisstisches Bedürfnis, sich „überlegen“ und großzügig zu zeigen.

Exkurs: Die Kooperation aller am Krisenfall beteiligten Personen und Institutionen ist wichtig für eine effektive Krisenintervention. Wir stehen „extern“ in einem regen Austausch mit Lehrern, gfs. mit Ärzten, mit den Jugendämtern und Kriseninterventionszentren. „Intern“ umfasst der enge Verbund der beiden Teams von Krisenunterkunft und Beratungsstelle einen ständig fließenden Austausch von Informationen über die Befindlichkeit der aufgenommenen Jugendlichen. Diese wissen darüber Bescheid. Gemeinsame Teamsitzungen ermöglichen ein Zusammentragen und Interpretieren von Besonderheiten des individuellen Verhaltens, gruppenspezifischer Vorgänge, die (Rück)-Wirkung von Außenkontakten, die Qualität des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens.

Die weitere Verlaufsschilderung der Krisenentwicklung bei „Sonja“ mag einen tieferen Einblick geben in ihre lärmende Symptomatik einerseits und deren interpsychische Auswirkungen auf das Betreuerteam andererseits. Das betrifft insbesondere die Sozialpädagogen/-innen der Krisenunterkunft aufgrund ihrer Rund-um-die-Uhr-Präsenz. Sie sind unmittelbare Adressaten von Gefühlsausbrüchen und diversen Manipulationen der Jugendlichen. Sie benötigen deshalb zur Ausbalancierung ihres inneren Gleichgewichts und um ihre professionelle Haltung aufrechterhalten zu können die Gewähr, zurücktreten zu dürfen, sich Luft zu machen, eine Metaposition einnehmen zu können. Diese wird mittels der Triangulierungsfunktion der gemeinsamen Teamsitzung und der externen Supervision realisiert (vgl. auch Schnell 2003).

Sonjas extreme Reaktion auf die von außen zugefügte Kränkung durch den Lehrer (Vaterfigur!) mit selbstverletzendem Verhalten, Suizidgedanken und der Sprachlosigkeit ließ schon im Erstkontakt erste Rückschlüsse auf das Strukturniveau ihrer Persönlichkeit zu.

Im Verlauf ihres drei Monate währenden Aufenthalts in der Krisenunterkunft wechselten stark regressive mit plötzlich überraschend progressiven Verhaltenssequenzen ab. Deutlich herauskristallisierte sich ein grausames, sadistisches Über-Ich, ein labiles Ich, eine massive Selbstwertproblematik mit extremer, narzisstischer Kränkbarkeit, dem Erleben von Ohnmachts- und Versagensgefühlen und eine deutliche Abspaltung vitaler Triebimpulse. Der von uns beauftragte, externe Kinder- und Jugendpsychiater bestätigte unsere Diagnose einer „narzisstischen Persönlichkeitsstörung“. Grandiositätserleben erfüllte sich im Triumph über das Aushalten von Schmerzen beim Schneiden, über (unbewusste) Größenphantasien, Herrin über Leben und Tod zu sein und über sadistisch getönte Machtlustgefühle, uns in Angst und Schrecken versetzen zu können – quasi als Umkehr ihrer eigenen, tief sitzenden Ohnmachtsgefühle. Zeitweise dominierten Abwehroperationen auf Borderline-Strukturniveau.

Sonja geriet bei uns in einen regressiven Strudel selbstverletzenden Verhaltens. Sie fügte sich immer wieder mit Nagelschere und Rasierklinge multiple Schnitte am Handgelenk und an anderen Körperstellen zu. Dabei manövrierte sie uns in endlose Kampfhandlungen, in denen es nur Verlierer oder Gewinner zu geben schien. Sie ließ die Verletzungen von den Betreuern verbinden, versprach, nicht mehr zu ritzen, gab die Rasierklinge ab, besorgte sich eine neue, gestand das be-

schämt ein, bekannte und fühlte sich schuldig – was wiederum ihr sadistisches Über-Ich aktivierte und zu erneuten Selbstbestrafungstiraden führte, verlangte (und befürchtete!), entlassen zu werden usw.

Selbstverletzendes Verhalten kann unterschiedlichen, teils bewussten, teils unbewussten Motiven folgen: Bei Sonja dominierten Versorgungs- und taktile Berührungswünsche (verbunden werden), Abwehr von Suizidimpulsen und das Bedürfnis, ihre (inneren und äußeren) Verletzungen zur Schau zu stellen. Diese Inszenierungen nahmen manchmal skurrile Züge an, z. B. wenn sie bettelte, die Nagelschere behalten zu dürfen, um sie dann aufforderungsgemäß nach vielem „Ringen“ abzuliefern – nicht ohne vorher schnell noch einmal zu ritzen. Triumph! Dieser hielt jedoch nicht lange an, sondern wich den schnell einsetzenden Schuld- und Schamgefühlen sowie Wiedergutmachungstendenzen. Selbstverletzendes Verhalten diente Sonja der Affektregulierung (Wunsch und Abwehr von Nähe) mit übermächtigen Kontrollbedürfnissen gegenüber der inneren und äußeren Objektwelt.

Unsere teils verzweifelten, ohnmächtigen, wütenden Gegenübertragungsreaktionen einerseits, vor allem aber unsere Besorgnis andererseits lösten bei Sonja ungläubiges Staunen aus.

2.3 Zweites Grundprinzip: Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen

Die Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen beinhaltet flexible, d. h. vor allem dozierte therapeutische Handhabungen bei der Spiegelung des affektiven Erlebens. Je nach Entwicklungsreife und Ich-Stabilität dienen unterstützende Techniken der Sensibilisierung der Wahrnehmung und der Identifizierung autoaggressiven Verhaltens einschließlich der Bewusstmachung der zugrunde liegenden psychodynamischen Funktionsweise.

Die Handlungsmaxime der Gesprächspsychotherapie, beim Klienten die „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ zu befördern, stellt eine brauchbare Metapher im Sinne einer zielgerichteten Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen dar.

Im Falle Sonjas wurden von den Betreuern die Gegenübertragungsreaktionen, z. B. der Ärger über ihre fortgesetzten, manipulativ zugefügten Schnittverletzungen *retransformiert* – der Ärger wurde ihr konkret benannt. Sie erlebte, dass ihr Verhalten nicht weiter sanktioniert wurde, dass sie nicht gänzlich als Person weggestoßen wurde, sondern der Ärger begrenzt und bezogen blieb.

Bei der Handhabung von Hilfs-Ich-Funktionen ist wiederum zu eruieren, ob es sich um eine ganz „normale“ Adoleszenzkrise handelt oder ob sich unter der Oberfläche die Wucht schwerer, ungelöster Konflikte aufgrund traumatischer Krisen oder emotionaler Mangelzustände, wie Elterndeprivation, verbirgt. Für traumatische Krisen ist als Interventionsprinzip hervorzuheben, dass die traumatischen Inhalte nicht direkt abgefragt werden dürfen. Der Zeitpunkt der Mitteilung darüber wird von den Klienten bestimmt. Hier findet das Konzept der „containenden“ therapeutischen Funktion eine bedeutsame Sinnhaftigkeit.

Die Verbalisierung respektive die Bewusstmachung emotionaler Erlebnisinhalte stellt eine bedeutsame Hilfs-Ich-Funktion dar. Sie schützt das Ich vor Reizüberflutung, Realitätsverzerrung und hilft bei der Affektwahrnehmung und -steuerung. Beispielsweise schwächt ein sadistisches Über-Ich (im Falle Sonjas) das Ich, deshalb ist ihr Ich zu stärken. Wo „Über-Ich war, soll Ich werden“ appellierte Cremerius (1996, S. 143) in Analogie zu Freuds Appell: „Wo Es war, soll Ich werden.“

Bevor etwas verbalisiert werden kann, muss es wahrgenommen werden. Deshalb sind alle Aktivitäten, die zur Selbstwahrnehmung beitragen, nützlich, wie im nachfolgenden Exkurs detaillierter ausgeführt wird.

Exkurs: Für sog. frühgestörte Jugendliche sind die Sozialpädagogen in der Krisenunterkunft bemüht, eine maximale Tagesstrukturierung einzurichten, um maligne Regressionen und Angst-Abwehr-Reaktionen, die sich oft in (auto)-destruktiven Handlungsspiralen entladen, einzudämmen.

Die Angebotspalette reicht von gemeinsamen Spielen, Unternehmungen kultureller Art, einer Gruppensitzung, je einer Kunsttherapie- und Bewegungsstunde; alle drei letztgenannten Aktivitäten werden im wöchentlichen Abstand durchgeführt. Die Teilnahme ist obligatorisch.

Alle Aktivitätsbereiche bilden mannigfaltige Gelegenheiten, Hilfs-Ich- und Spiegel-Funktionen in die Interaktion zu tragen. Die Kunsttherapeutin kann etwa die gemalten Bilder durch anregende Einfälle bereichern oder (Selbst)-Entwertungen korrigieren.

Begegnung und Integration

Moreno (1977) hat die Effektivität der Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen eindrucksvoll expliziert. Er schrieb ihnen und anderen Techniken, vorrangig dem „Rollentausch“, heilende Wirkung zu vor dem Hintergrund des Axioms der Begegnung, womit er die reale, zwischenmenschliche Erfahrung der Begegnung im Hier und Jetzt, im Handeln, im gemeinsamen Tun, meinte.

Der „Rollentausch“ kann auch imaginativ zum Einsatz kommen, indem ich anrege, in die Rolle des „signifikanten Anderen“ (Henslin 1973) zu schlüpfen, quasi dessen Gedanken- und Gefühlswelt (im Falle Sonjas: des Lehrers – des Vaters!) nachzuempfinden. Dabei stellt sich oft für Jugendliche überraschend ein, dass sich hinter kränkenden oder herabsetzenden Vorwürfen „echtes“ Engagement für ihr Wohlergehen verbirgt. Das heilende Agens der Begegnung fördert Integrationsprozesse, quasi in der Bewegung von innen nach außen und wieder zurück nach innen, ins Selbst.

Jugendliche wollen und sollen sich streiten, sich wieder versöhnen, einander halten und wegstoßen. All diese Bewegungen in der Begegnung fördern und stärken die Ausbildung einer stabilen Selbststruktur.

In den Einzelgesprächen bestätigte die Mutter Sonjas Angaben zur Alkoholabhängigkeit ihres Mannes. Mehrfach habe er Entwöhnungskuren abgebrochen. Sie werde die Gefährdungssituation der Tochter jetzt nutzen, um sich endgültig zu trennen. Dann könnte Sonja bei ihr wohnen.

Sonjas Vater verhielt sich abweisend und offen aggressiv im Erstkontakt, währenddessen die Mutter zunehmend verstummte (sprachlos wurde). Eine Alkoholabhängigkeit negierte er. Sonjas Mutter griff nicht ein (Co-Abhängigkeit). Der Vater verlangte eine genaue Beschreibung der Befindlichkeit Sonjas bei uns und verlangte, dass wir ihre Rückkehr ins Elternhaus vorzubereiten hätten.

Außerhalb der Gespräche bei mir schickte der Vater per SMS Botschaften an seine Tochter des Inhalts, dass er traurig sei; sie möge zurückkommen.

Die Mutter wirkte oft hilflos und leidend, aber auch hoch aggressiv, indem sie einmal behauptete, das Jugendamt wisse gar nichts von Sonjas Aufenthalt in der Krisenwohnung (eine Verleugnung der Realität).

Wir entschieden in enger Kooperation mit dem Jugendamt, die Eltern damit zu konfrontieren, dass ihre Tochter nicht zurückkehren werde, sondern ein Wechsel von der Krisenunterkunft in eine Therapeutische Wohngemeinschaft vorbereitet würde.

Der Vater, der zunächst mit scharfen Worten rechtliche Schritte androhte, verstummte, nachdem er mit den schädigenden Folgen seiner Alkoholsucht für alle Familienangehörigen, insbesondere für die Tochter, konfrontiert wurde.

Die Beziehungsdynamik des Elternpaares funktionierte offensichtlich durch ein einverständliches Bündnis von Geheimhaltung, das im Binnenraum der Familie streng befolgt werden musste und zu einer pathologischen Abschirmung nach außen führte. Sonja erzählte uns, dass die Familie so gut wie nichts mehr gemeinsam unternahm, nur noch, wenn überhaupt, zusammen vor dem Fernseher saß. Freundinnen durfte sie nicht empfangen, weil der Vater „seine Ruhe“ brauchte. Im volltrunkenen Zustand „tigerte“ der Vater oft nachts vor ihrem Zimmer umher, sie hatte Angst und verriegelte die Tür.

Krisenintervention kann eben auch ein aktives Einschreiten in das System beinhalten mit dem Ziel der Öffnung und Progression, potentiell für alle Familienangehörigen.

Die Eltern wichen dem Druck der Über-Ich-Instanz (Jugendamt) und leisteten stumm, widerstrebend ihre Unterschrift zur „Fremdunterbringung“ Sonjas.

Wir erfuhren ein paar Wochen später, dass sich das Elternpaar auf Initiative der Mutter (!) getrennt hatte. Sonja fand Aufnahme in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft.

So hat Sonjas „Krise“ anscheinend im Familiensystem vor allem der Mutter die Augen geöffnet, diese konnte sich aus der depressiven Erstarrung herauslösen. Sonja selbst ermöglichte dies, eine veränderte Mutterimago in ihre Selbststruktur zu implantieren – eine positivere, weniger verächtliche, was ihrem eigenen Selbstwertgefühl zugute kam. Zudem konnte sie sich im Nachhinein als selbstwirksam erfahren, schließlich hatte ihre Krise, vor allem ihre Weigerung, in die Familie zurückzukehren, den übrigen Familienmitgliedern eine potentielle Öffnung erlaubt, der Mutter sogar eine „Sprengrung der Ketten“.

Wir achten stets darauf die realen Eltern und damit auch die elterlichen Objektrepräsentanzen in der Selbststruktur, respektvoll zu behandeln, um die in der Adoleszenz so wichtigen Ich-Identitätsbildungsprozesse nicht zu stören. Zudem entspricht diese Haltung dem Prinzip, Empathie für die Eltern zu bewahren, denn nicht nur ihr Kind, sondern auch sie selbst befinden sich in der Krise.

Im Falle Sonjas hätte ich den Eltern die beschämende Bloßstellung im Jugendamt lieber erspart. Hier war aber die Rücksichtnahme abzuwägen mit dem Schutzbedürfnis des Kindes.

2.4 Drittes Grundprinzip: ressourcenorientiertes Vorgehen

Dieses Prinzip dient in erster Linie der Aktivierung von selbstreflexivem Kompetenzerleben, weiterhin der Stärkung des Selbstwertgefühls und der Förderung zur Autonomieentwicklung.

Fast allen Krisen der Adoleszenz inhärent sind Selbstwert-Insuffizienzgefühle. Wie erwähnt, imponieren bei Krisenauslösern, die den Zusammenbruch des narzisstischen Gleichgewichts nach sich ziehen, vor allem tiefe Schuld- und Schamgefühle. Deshalb ist nach meiner Erfahrung die beharrliche Suche nach *personalen*

Ressourcen, die jeder Jugendliche zur Verfügung hat, ein elementarer Bestandteil und ein zentrales Handlungsprinzip der Krisenintervention.

Wenn sich der Jugendliche nach der zugespitzten Krisensituation hinlänglich erholt hat, ist er in der Regel offen für den „Handlungsdialog“ (Daser 2001, S. 504 ff.).

Der Jugendliche informiert uns nicht nur, z. B. über aktuelle Begegnungen, Auseinandersetzungen, sondern er „handelt“ auch mit Worten. Das kann heißen, dass er im Wortfluss etwas (spürbar) verschweigt, weglässt, oder dass er in einem redundanten Wortschwall etwas (Peinliches, Beschämendes, Ängstigendes) zuschüttet. Auf diese Weise wird die verbale Interaktion zum „Handlungsdialog“, der über den Wortinhalt hinausgeht: Der Jugendliche wirkt auf mich ein und umgekehrt, dadurch ist die Beziehung fortlaufend im Fluss. Es ist meine Aufgabe (Alpha-Funktion!) in der Krisenintervention, die Art und Weise, wie sich die Beeinflussung konstellierte, zu containen, d. h. zu verstehen, zu „verdauen“, zu entschlüsseln und schließlich verdaut und entschlüsselt zurückzugeben mit dem Ziel der Reintegration in die Selbststruktur. Der Jugendliche kann, wenn der Handlungsdialog gelingt, sich in seiner Krise nachfolgend selbstbewusster, konsistenter erleben, er kann sie besser verstehen und einordnen in einen familiären Beziehungskontext. Das hat u. a. den positiven Effekt, dass er sich nicht mehr allein verantwortlich für die Krise fühlen muss. Der „Handlungsdialog“ enthält also auch klarifizierende Elemente, die den Aufbau *personaler Ressourcen* anregen.

Weiter ist es hilfreich, wenn positive Deutungen – weniger im Sinne einer analytischen Deutungstechnik, sondern ressourcenorientiert im Sinne von Umdeutungen, von Perspektivenwechsel – in die Kriseninterventionsgespräche einfließen (vgl. dazu die Ausführungen zum imaginativen Rollentausch).

Z. B. war Sonja spürbar entlastet, dass ich ihren Entschluss, eine Lehrerin ins Vertrauen zu ziehen, positiv kommentierte als mutigen Schritt, auf die Krise der Familie hinzuweisen, damit Öffentlichkeit hergestellt zu haben, einschließlich der Beendigung von Geheimhaltungszwängen und der Sprachlosigkeit.

Diese deutende Interventionstechnik ermöglichte es ihr, Scham- und Versagensgefühle zu suspendieren, jedenfalls vorübergehend. Jeder Faktor, der zu einer ersten psychischen Entlastung in der Krise beiträgt, ist zu bejahen. Jedes erste Mal, die Dinge aus einer neuen Perspektive zu betrachten, kann darüber hinaus ein Anstoß sein, die gewohnten Pfade der Selbstbewertung zu verlassen. Denn die damit verwobene, wie automatisch ablaufende Bereitschaft, ein Übermaß an Verantwortung für die Familienhomöostase auf sich zu nehmen, schwächt die Fähigkeiten zur Selbstfürsorge und kann der Entwicklung eines „falschen Selbst“ (Winnicott) Vorschub leisten. Bei einer solchen Fehlentwicklung ist zu bedenken, dass die „parentifizierten“ oder, anders benannt, die Kinder, welche Defekte im Selbst der Eltern zu kitten haben, auch narzisstische Zufuhr und Macht aus ihrer altruistischen Rolle erleben, was auf Dauer zu manifesten Störungsbildern führen kann.

Ich bevorzuge deshalb die Stärkung der intrapsychischen Ressourcen, denn sie bilden die Basis, von der aus andere, positive Erlebnisbereiche erschlossen werden können. Z. B. intime Freundschaften, die Freude an kognitiven, kreativen und sportlichen Leistungen, das Entdecken und Bejahen libidinöser Bestrebungen. Zur Stärkung intrapsychischer Ressourcen dienen auch Interventionen, die ich als „positive Umdeutung“ bezeichnen möchte.

Sonja hat regelmäßig stundenlang in der Krisenwohnung gepuzzelt. Sie fand das selbst „blöd“. Ich habe stattdessen vorgeschlagen, darin ein *kreatives Moment zu sehen, Ordnung und Zusammenhalt herzustellen, d. h. Dinge, die auseinandergefallen sind, selbstaktiv wieder zusammenfügen zu können*. Sonja konnte den Symbolgehalt auf Anhieb verstehen, es bedurfte keiner weiteren Erklärungen. Gegen Ende einer Behandlungsstunde erzählte sie von einer drakonischen Erziehungsmaßnahme des Vaters. Ich „begleitete“ ihre detaillierte Erzählung mit mehrmaligem, tiefen Luftzügen, leichtem Kopfschütteln und schließlich kräftigem Luftausstoßen (vgl. oben: Mimik statt vieler Worte!). Sonja starrte mich an, fing dann spontan lauthals an zu lachen, was mich auch zum Lachen inspierte. Die Stunde klang in gemeinsamen Lachsalven aus.

Auch die Mobilisierung von bereits vorhandenen Copingstrategien, die ich als autonomen Bewältigungsversuch verstehe, um unerträgliche Spannungszustände zu neutralisieren, ist zu empfehlen.

Sonja schrieb Gedichte, stellte diese unter einem Pseudonym ins Netz und bekam viele Antworten von Leidensgenossen. Auch, wenn der Inhalt viel vom „Tod als Erlösung“ handelte, ermöglichte er *Distanzierung und ein „sharing“ (Moreno) einschließlich triangulierender, „Zeugen aufrufender“ (A. Miller), selbstheilender Aktivitäten*.

Es bleibt zu erwähnen, dass Sonja sich in den letzten Tagen ihres Aufenthalts bei uns das erste Mal im Unterricht für ein Referat gemeldet hat, um dieses dann später erfolgreich vor der Klasse vorzutragen. Es ging um eine Textstelle von Franz Kafka.

Effektive Kriseninterventionen finden statt, wenn ich die Adoleszenten in den Tunnel der Selbstzweifel und destruktiven Impulse hinein begleite, ein Stück weit mit ihnen gehe, um ihnen dann den Ausgang zu zeigen.

3 Ausblick

Die drei Grundprinzipien der Krisenintervention wurden exemplarisch anhand des Falls einer suizidalen Jugendlichen erläutert. Sie lassen sich ebenso verwenden und als Denk- und Handlungsanregungen generalisieren für alle anderen, weniger brisanten Krisen im Kindes- und Jugendalter.

Persönlich möchte ich Prioritäten bezüglich eines *ressourcenorientierten Vorgehens* setzen, weil der Blick dahin auf die Kraftquellen beim Jugendlichen selbst zielt, auf sein ureigenes, kreatives Potenzial, diese zu entdecken – gepaart mit unserer Zuversicht.

Noch eine Bemerkung zu den Voraussetzungen, die „Professionelle“ erfüllen sollten, die mit Krisenintervention betraut sind:

- die Fähigkeit und den Mut, nahe an die Krise heranzugehen, und dabei die Fähigkeit zur Abgrenzung beibehalten können;
- keine Abhängigkeit von Bestätigungen oder Dankbarkeit der Klienten;
- ein großes Maß an Flexibilität sowohl persönlichkeits- als auch methodenbezogen;
- Humor;
- Angstfreiheit: Klienten spüren, wenn der Therapeut aus Angst wichtige Problem-bereiche ausspart;
- Gegenübertragungsreaktionen (Wut, Ohnmacht, Verzweiflung, Angst) verstehen und damit professionell umgehen;

- Sicherheit in Bezug auf die diagnostische Einschätzung der Krise, insbesondere bezüglich einer suizidalen Gefährdung;
- Bereitschaft zur Supervision und Fortbildung, Teamberatung;
- das richtige Maß finden zwischen „Zumutung“ und schutzgebender Funktion Klienten gegenüber;
- Klienten nicht jede Initiative abnehmen oder an seiner statt übernehmen, sie also nicht übermäßig schonen;
- ressourcenorientiert arbeiten.

Literatur

- Cremerius, C. (1977): Grenzen und Möglichkeiten der psychoanalytischen Behandlungstechnik bei Patienten mit Überich-Störungen. In: Brede, K. (Hg.): Das Überich und die Macht seiner Objekte. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1996.
- Dahl, G. (2001): Primärer Narzissmus und inneres Objekt. *Psyche* 55: 599 ff.
- Daser, E. (2001): Deuten als Form der hilfreichen Beziehung. Zwei Sequenzen aus psychoanalytischen Kriseninterventionen. *Psyche* 55: 511 ff.
- Henslin, J. M. (1973): Selbstmord und die signifikanten Anderen. In: Steinert, H. (Hg.): Symbolische Interaktion. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 88 ff.
- Kernberg, O. (1989): Schwere Persönlichkeitsstörungen, Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta, 1997.
- Moreno, J. L. (1977): Psychodrama, Bd. 1. Beacon.
- Schnell, M. (2003): „neuhland – Beratungsstelle und Krisenwohnung, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 34: 427–434.
- Schnell, M. (2005): Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 457–472.
- Weiß, H. (2001): Zur Beziehung zwischen Konzepten bei Melanie Klein und Wilfried Bion. *Psyche* 55: 164 ff.
- Winnicott, D. W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Anita Pachaly, Beratungsstelle „neuhland“, Nikolsburger Platz 6–7, 10717 Berlin.