

Martina Hoffmann-Badache
Nils Greve
Birgit Schmitt

Krisenintervention

Das Solinger Modell

In unserem Sprachgebrauch wird das Wort *Krise* in unterschiedlichen Zusammenhängen genutzt: Wir hören von Wirtschaftskrisen, Krisengebieten, kritischer Zuspitzung in Öko-Systemen etc. Auch in unserer Umgangssprache erfreut sich das Wort großer Beliebtheit: »Ich krieg' die Krise!« ist ein Ausspruch, den man häufiger zu hören bekommt.

In diesen Gebrauchsformen gerät der Begriff *Krise* jedoch in eine einseitig negative Bewertung: Stress, Belastung, Zusammenbruch, Gefahr werden assoziiert. Somit wird aus dem Verständnis von *Krise* etwas, was es nur zu vermeiden oder abzuwehren gilt.

Im griechischen bedeutet *Krise* lediglich »Entscheidung«. In dieser Auslegung findet er in der Medizin seine Berücksichtigung: Die »*crisis*« wird als der Zeitpunkt im Ablauf einer Krankheit gesehen, in dem sich eine Wende zum Guten oder Fatalen hin vollziehen wird (aus: »Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie«, 1977).

Im psychiatrischen Alltag wird die Krise eines Menschen oft als etwas behandelt, das es abzuwehren gilt. Die Routine läßt uns dann vergessen, daß eine Krise auch immer die Chance der Entwicklungsförderung und des persönlichen Wachstums beinhaltet. So können z. B. die in einer psychischen Krise entwickelten Bewältigungsstrategien herangezogen werden, um Folgekrisen zu überwinden.

In den folgenden Abschnitten beschäftigen wir uns mit dem Begriff der »psychischen Krise«, mit notwendigen Bedingungen von Krisenintervention und stellen eine Organisationsform am Beispiel des Krisendienstes Solingen vor.

158

II

»NOTFALL« UND »KRISE« – DIE DISKUSSION IN DER FACHWELT
(vgl. dazu auch SOHNYPFER & SAUVANT 1993).

Vertreter einer *medizinisch orientierten* Position betrachten den *psychiatrischen Notfall* als ein akutes Krankheitsgeschehen mit lebensbedrohlichem Charakter und damit verbundenem ausschließlichem Bedarf nach ärztlicher Behandlung. Sie gehen davon aus, daß der Ablauf des Geschehens bis zum Eintreten des Notfalls hauptsächlich durch unabhängige, sich verselbstständigende biologische Prozesse festgelegt ist. Wir sprechen hier von einem medizinischen Krankheitsmodell. Innerhalb dieser Betrachtungsweise wird eine *psychosoziale Krise* dann definiert, wenn durch belastende Lebensereignisse eine Überforderungssituation entsteht. Wenn geeignete Bewältigungsstrategien und/oder soziale sowie kulturelle Unterstützung vorhanden sind, kann diese Krise überwunden werden. Sie verlangt als solche nicht nach direkter Intervention im Sinne von medizinischer Behandlung und könne daher innerhalb der üblichen Dienstzeiten von regulären Hilfeeinheiten aufgefangen werden.

Vertreter einer *psychosozial orientierten* Position betrachten es als notwendig, daß verschiedene Berufsgruppen gleichwertig zusammenarbeiten, da mit einer Krisenintervention viele verschiedene Aufgaben verbunden sind. Es kann dabei zu Situationen kommen, in denen eine sofortige ärztliche Behandlung unumgänglich ist. Jedoch ist es erforderlich, daß direkte Hilfen in Krisensituationen auch ohne Selbst- oder Fremdgefährdung angeboten werden können. Ansonsten besteht die Gefahr, daß Probleme psychiatrisiert werden, Menschen in Krisen zu häufig hospitalisiert oder mit Medikamenten einseitig behandelt werden.

Das Ziel der Psychiatriereform ist die Verlegung von Notfall- und Akutbehandlung, von Betreuung und Rehabilitation aus den psychiatrischen Großkrankenhäusern in die Gemeinden. Wenn dies umgesetzt ist, leben in diesen Gemeinden auch Menschen mit häufig schwankendem psychischem Befinden und hoher Krisenanfälligkeit. Diese benötigen neben fachlich kompetenter Langzeitbetreuung auch angemessene am-

159

bulante und aufsuchende Hilfen in Krisensituationen, um wiederkehrende Hospitalisierung (=Drehstuhlpsychiatrie*) zu vermeiden (vgl. NOVVERTNÉ/HOPFMANN, 1991). Wenn gemeindepsychiatrische Dienste aufgebaut werden, muß daher die Krisenintervention vor Ort immer mit berücksichtigt werden.



Was ist eine psychische Krise?

Die hier folgende Beschreibung von psychischer Krise erfolgt aus dem Blickwinkel der psychosozial orientierten Position (siehe vorhergehende Erläuterung).

Psychische Krisen verstehen wir ganz allgemein als Ausdruck seelischer Überlastung. Diese Überlastung kann auf unterschiedlichen Wegen entstehen, wie z. B. durch reifungsbedingte Veränderungen im Lebensalltag, so bei Schuleintritt oder -abschluss, Geburt eines Kindes, Pensionierung etc. Ungewöhnliche Lebensereignisse, wie z. B. Krankheit, Partnerverlust oder Familienauflösung, stellen ebenfalls Belastungssituationen dar. Denkbar sind auch psychische Krisen, die durch permanent belastende Lebensumstände ausgelöst werden (*Der Tropfen, der das Faß zum Überlaufen bringt*).

Die kritischen Ereignisse oder belastenden Umstände führen nicht an sich notwendigerweise zum Erleben seelischer Überlastung. Es kann jedoch zu einem Zustand von innerem Ungleichgewicht und dem Bedürfnis nach Wiederherstellung des Gleichgewichtes kommen (CARLAN, 1964). Personen, die dies erleben, beschreiben Gefühle von Hilflosigkeit, Spannung, Ineffektivität oder auch Bedrohung und Gefahr. Wenn diese Personen angemessene Lösungsstrategien finden oder Hilfestellungen sowie stützende Maßnahmen durch Dritte gegeben sind, wird der erstrebte psychische Gleichgewichtszustand wiedererlangt. Fehlen diese Mittel, kommt es zur seelischen Überlastung. Diese kann sich sehr stark in ihrer Erscheinungsform, den für die Außenwelt sichtbaren Symptome unterscheiden. So gibt es z. B. Menschen, die sich in einer Depression von der Welt zurückziehen, sich mit Alkohol betäuben, sich aufwachen

und um sich schlagen oder psychotische Symptome entwickeln. Manche Menschen geraten in die Nähe eines Suizidversuchs oder begehen einen Suizid. Möglich sind natürlich auch Mischungen der oben genannten Reaktionen.

Verläufe von Krisen

Für Menschen in psychischen Krisen, für ihre Angehörigen, Freunde etc. ist es vielleicht hilfreich zu wissen, daß diese oft ähnlich verlaufen. Man kann ihren Verlauf auch wenn es starke individuelle Schwankungen gibt, in Phasen einteilen, die zeitlich nacheinander ablaufen, sich aber auch überschneiden können.

Eine modellhafte Vorstellung über den Ablauf psychischer Krisen wollen wir hier vorgestellen (angelehnt an das Konzept der Soteria Bern, vgl. ABBI, CIOMPI, HANSEN (Hg.) (1993):

1. Phase: Am Anfang der meisten Krisen steht eine Zeit der Erschöpfung, des Verlassens der Realität mit ihren Alltagsanforderungen (z. B. durch psychotische Symptome).
2. Phase: Allmählich wächst die Bereitschaft, sich alltäglichen Anforderungen wieder zu stellen, also Aktivitäten des täglichen Lebens aufzunehmen. (Dazu gehören Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Körperpflege, Sicherung des Lebensunterhaltes, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung.) Ein wichtiges Element dieser Phase ist das Gespräch über die Ereignisse und das Erleben im Krisenverlauf.
3. Phase: Schließlich folgt eine Neuorientierung auf Lebensbereiche wie Arbeitstätigkeit, familiäre und andere enge Beziehungen. Vielfach wird nach Abschluß der letzten Phase das vorherige Leben unverändert wieder aufgenommen, oft ziehen die Betroffenen aber auch Konsequenzen aus ihrer Krise, indem sie sich für Veränderungen in einzelnen Lebensbereichen entscheiden. Letzteres wird um so wahrscheinlicher, je höher die Bereitschaft ist, sich nach erfolgter Krisenbewältigung mit dem Geschehen auseinanderzusetzen, um zum einen die erfolgte Krisenbewältigung zu festigen und zu überprüfen, und zum anderen daraus Schritte abzuleiten, wie man zukünftig mit neuen Krisen umgehen kann (CIOMPI, 1993).

Professionelle Hilfen für Menschen in Krisensituationen

Viele Menschen bewältigen persönliche Krisen selbständig oder mit Unterstützung von Personen ihrer privaten Umgebung (Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Arbeitskollegen). Andere dagegen benötigen zusätzliche Hilfestellung, die von Fachleuten geleistet werden kann. Dabei geht es keineswegs von vornherein um *psychiatrische* Einrichtungen; bevor diese eingeschaltet werden, helfen z. B. kommunale oder betriebliche Sozialdienste, Hausärzte, der kasernenärztliche Notdienst, Beratungsstellen oder die Telefonseelsorge. Nur ein kleiner Teil der Krisensituationen erfordert zur Bewältigung spezifisch psychiatrische Hilfen.

An wen können sich Menschen in seelischen Krisen, ihre Angehörigen oder professionelle Helfer wenden, wenn sie psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen möchten?

Auf diese Frage gibt es keine allgemeine Antwort – allenfalls diese: Es kommt darauf an, wo sie wohnen oder arbeiten. Zwischen den Regionen gibt es extreme Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung, und zwar sowohl hinsichtlich der dort vorhandenen Hilfeeinrichtungen als auch bezüglich ihrer zeitlichen und räumlichen Erreichbarkeit.

In allen Städten und Kreisen gibt es wohl einen »Sozialpsychiatrischen Dienst« beim Gesundheitsamt. Psychiatrische Kliniken oder Krankenhausabteilungen sind dagegen keineswegs überall in erreichbarer Nähe, und die vielfältigen Formen ambulanter und komplementärer Dienste sind in den Regionen sehr unterschiedlich ausgebaut. Wer in einer Stadt wohnt, wird einige Hilfangebote vor Ort vorfinden, während in ländlichen Gebieten oft größere Entfernungen überwunden werden müssen. Abgesehen von Kliniken sind die meisten anderen Dienste nur zu bestimmten Zeiten erreichbar, oft nur zu den üblichen Arbeitszeiten an Werktagen.

Zu »ungünstigen« Zeiten, etwa nachts oder am Wochenende, kann es daher schwierig sein, eine angemessene psychiatrische Unterstützung dort zu erhalten, wo sie gebraucht wird. Wenn die anfangs erwähnten nicht-psychiatrischen Hilfen nicht ausreichen, steht oft die Krankenhauseinweisung als einzige Maßnahme zur Verfü-

gung. Viele solcher Hospitalisierungen wären eigentlich nicht erforderlich, sie könnten vermieden werden, wenn es überall geeignete Hilfen für Menschen in Krisen gäbe.

Ein idealtypischer Krisendienst – das zeigen Erfahrungen in Regionen, in denen spezifische Krisenhilfen aufgebaut, erprobt und wissenschaftlich untersucht wurden (WIENBERG, 1993) – sollte für alle Arten psychischer Krisen abgestuft, leicht zugängliche und sofort einsetzende Hilfsmaßnahmen anbieten können. Er sollte darum

- rund um die Uhr arbeiten, wenigstens aber zu all jenen Zeiten, in denen andere geeignete Institutionen nicht besetzt sind;
- räumlich und/oder telefonisch *leicht zu erreichen sein*;
- *qualifiziert besetzt* sein, wobei angesichts der Vielzahl möglicher Krisensymptome und der Notwendigkeit zu raschem Handeln an die Ausbildung und Berufserfahrung der Mitarbeiter hohe Anforderungen zu stellen sind;
- möglichst *keine Ausgrenzungskriterien* haben, die dazu führen, daß er sich für bestimmte Arten psychosozialer Notlagen für unzuständig erklärt; ⁴
- *zugehend arbeiten*, so daß jederzeit Helfer Hausbesuche machen bzw. sich an den jeweiligen Ort der Notlage begeben können;
- differenzierte, *den jeweiligen Erfordernissen angepaßte Maßnahmen* ergreifen oder wenigstens vermitteln können, von der einfachen telefonischen Beratung bis hin zur sofortigen stationären Behandlung; dabei gilt die Richtlinie, genau soviel Hilfe zu leisten, wie zur Unterstützung der betroffenen Person und ihres privaten Umfeldes erforderlich ist.

Einen Krisendienst, der allen diesen Anforderungen entspräche, gibt es bisher nirgends in Deutschland. An vielen Orten hat es aber in den letzten Jahren und Jahrzehnten sehr unterschiedliche Initiativen gegeben, die wenigstens einen Teil dieser Kriterien erfüllen. Nachfolgend stellen wir das Solinger Modell vor.

Die Arbeit eines Krisendienstes am Beispiel Solingen

Der Krisendienst ist ein Angebot des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V. (PTV). Dieser hat eine Vielzahl gemeindepsychiatrischer Hilfeangebote unter dem Dach eines »Sozialpsychiatrischen Zentrums« zusammengefaßt. Sie reichen von einem dezentralen Wohnheim über eine Tagesklinik mit Krisenbetten und einem ambulanten Betreuungsdienst bis hin zu Arbeitsplätzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Von Anfang an war der Aufbau eines Krisendienstes vorgesehen. Es begann mit einem Notfall-Telefon mit Anrufbeantworter. Schon damals war es möglich, daß bei Bedarf zu jeder Tages- und Nachtzeit ein Hausbesuch durchgeführt wurde. Seit 1986 wird der Krisendienst als Rund-um-die-Uhr-Dienst in der heutigen Form organisiert: Er leistet Hilfen in psychosozialen Krisen wie auch in akuten ambulanten psychiatrischen Notfallsituationen. Die Besonderheit ist, daß der Krisendienst eng mit der Krisenwohngruppe des Trägers zusammenarbeitet und jederzeit ein Notbett zur Verfügung hat.

Da Vernetzung und Zusammenfassung verschiedener Hilfsbereiche auch zusätzliche Kräfte freisetzt, ist die Krisen- und Notfallhilfe eine Aufgabe, an der sich alle Funktionsbereiche des Vereins beteiligen.

Wie wende ich mich an den Krisendienst?

Der Telefonanruf

Personen in seelischer Not, deren Angehörige oder andere Personen aus dem Umfeld können an allen Wochentagen rund um die Uhr den Krisendienst telefonisch erreichen. Dieses »Krisentelefon« ist von Fachkräften besetzt, die im Rahmen ihrer normalen Tätigkeit in der zentralen Einrichtung des Trägers das Telefon »betreuen«. Anrufer und Mitarbeiter am Krisentelefon leisten gemeinsam eine erste Problemlösung.

Der Hausbesuch

Wird während des Telefonates klar, daß ein persönliches Gespräch oder weiterführende Hilfen erforderlich sind, kommt ein Mitarbeiter, der in Rufbereitschaft zu Hause ist, und besucht den Anrufer und/oder die Person, die sich in der seelischen Krise befindet. Nun be-

steht die Möglichkeit, vor Ort gemeinsam über die Krise zu sprechen, weitere Schritte zu überlegen, Vereinbarungen zu treffen für den Tag, die Nacht oder für den nächsten Tag. Hierbei kommt dem Mitarbeiter des Krisendienstes zugute, daß er die breitgefächerten Hilfeangebote des Vereins unbürokratisch und kurzfristig vermitteln kann.

Ärztliche Notfallhilfe

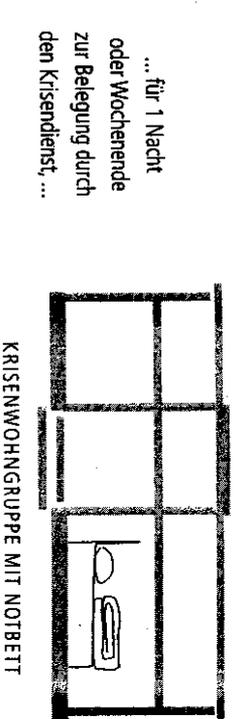
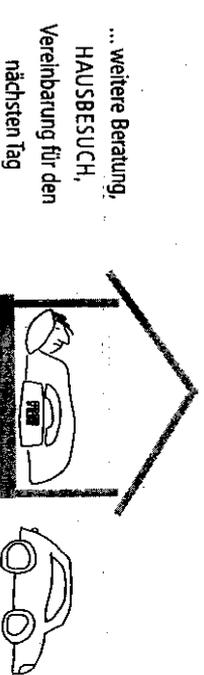
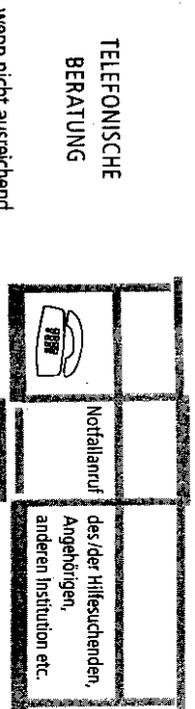
Der Solinger Krisendienst erfolgt bisher in der Regel ohne fachärztliche Beteiligung. Zwar kann man sich tagsüber an die Ärztinnen der Tagesklinik oder den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden, doch nach Dienstschluß kann der Krisendienst lediglich mit dem ärztlichen Notdienst oder dem Polizeiarzt zusammenarbeiten, wenn ärztliche Hilfe erforderlich ist.

Krisen-Notbett

In die Krisenwohngruppe des Vereins ist ein Notbett für kurzfristige Aufnahmen für eine Nacht oder ein Wochenende integriert. Die Krisenwohngruppe wird rund um die Uhr von Fachpersonal betreut. Die Hilfen in diesem Bereich haben eher den Charakter von psychosozialer Unterstützung und keinen medizinisch-klinischen Charakter. Am Tag nach der Aufnahme wird gemeinsam geklärt, ob der Klient/die Klientin wieder in seinen/ihren normalen Lebensbereich zurückkehren kann oder will (mit oder ohne weitere ambulante Begleitung) oder ob durch den klinischen Bereich, also die Tagesklinik und/oder die Krisengruppe, eine Weiterbetreuung erforderlich ist.

Da die Krisenwohngruppe eine Solinger Besonderheit darstellt, möchten wir sie kurz beschreiben. Sie verfügt über acht Plätze und ist zu verstehen im Sinne einer Zufluchtsstätte für Menschen, die sich in akuten Krisensituationen für einige Zeit aus ihrer gewohnten Umgebung zurückziehen möchten. Sie bietet ihnen Unterkunft, Verpflegung, Teilnahme am Alltagsleben der Wohngruppe sowie eine Betreuung rund um die Uhr. Dazu gehört die Reizabschirmung nach außen, der Aufbau eines strukturierten Alltags, Beratung, Gespräche und praktische soziale Hilfen. Es ist auch möglich, während des Aufenthaltes in der Krisenwohngruppe die Angebote der Tagesklinik zu nutzen.

KRISENDIENST IN SOLINGEN



... am nächsten Werktag Vermittlung geeigneter Hilfen, z. B. ambulante Weiterbetreuung und -behandlung, Aufnahme in Krisenwohngruppe und/ oder Tagesklinik oder Vermittlung in die zuständige psychiatrische Klinik (freiwillig oder nach PsychKG, falls notwendig, Begleitung zur Klinik)

Wenn ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt notwendig wird
Wird während der Krisenintervention deutlich, daß eine Aufnahme in die psychiatrische Klinik erforderlich ist, übernimmt es der Mitarbeiter des Krisendienstes, diese vorzubereiten. Er stellt den Kontakt zum Notarzt und erforderlichenfalls zum Ordnungsamt und zur Polizei her. Er gibt dann die wichtigsten Informationen, die er bereits gesammelt hat, an die nun eingeschalteten Personen weiter und informiert später die Bezugspersonen des Klienten. Der Krisendienst übernimmt also dann im Sinne einer ganzheitlichen Verantwortung auch eine vermittelnde und koordinierende Funktion.

Das Solinger Modell auf dem Prüfstand

Aus unserer Sicht ist es wichtig, daß ein Krisendienst dem Hilfesuchenden neben einem klärenden Gespräch weiterführende Hilfen vermitteln kann. Hier ist es insbesondere wichtig, in akuten Notituationen Alternativen zu einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik zu haben. Die Voraussetzungen sind – wie oben beschrieben – in Solingen gegeben. Damit machen wir sehr gute Erfahrungen.

Ein Schwachpunkt des Krisendienstes ist, daß nachts und am Wochenende keine fachärztlichen Hilfen zur Verfügung stehen. Die Ärzte im Notdienst sind häufig überfordert. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn der Krisendienst auf »breiteren Beinen« stehen würde, indem sich auch andere Anbieter von Hilfen (z. B. für Suchtkranke) und Beratungsstellen an einem solchen Dienst beteiligen. Ziel sollte es sein, daß ein Krisendienst allen Menschen, die sich in einer seelischen Notlage befinden, gleichermaßen zur Verfügung steht.

Zwei Beispiele aus der Praxis des Solinger Krisendienstes

Frau A.

Die Polizei ruft nachts bei uns an und bittet darum, daß wir uns einer Frau annehmen, die in heller Aufregung und notdürftig bekleidet ihr Zimmer in einer städtischen Notwohnung verlassen hat und zu ihrer Tochter geflohen ist. Von dort aus hat sie die Polizei alarmiert, da sie sich von Männern verfolgt fühlt, die ihr nach dem Leben trachten. Die Beamten haben den Eindruck, daß die Frau

»geistig verwirrt« sei. Sie halten eine Klinikweisung – gegen den Willen der Betroffenen – für erforderlich, sind aber auch damit einverstanden, Frau A. zunächst über Nacht zu uns zu bringen.

Frau A. ist zwar von der Realität der Bedrohung überzeugt und bestreitet, psychisch krank zu sein, will auch unter keinen Umständen Medikamente einnehmen, ist aber erfreut, in unserem Haus Schutz vor ihren Verfolgern zu finden. Sie verbirgt die Nacht trotz der vorangegangenen Aufregungen ruhig.

Auch am kommenden Tag ist sie nicht zu einer medikamentösen Behandlung zu bewegen. Gründe für eine Zwangseinweisung liegen unserer Meinung nach nicht vor, aber wir machen uns Sorgen, daß Frau A. bei Rückkehr in die bisherige Umgebung rasch wieder in Panik geraten könnte. Frau A. möchte selbst die Unterkunft wechseln, da sie sich weiterhin bedroht fühlt. Sie willigt schließlich ein, bis zur Zuweisung einer neuen Noewohnung bei uns zu bleiben – allerdings ohne »Therapie« oder »Behandlung«.

Während des sechswöchigen Aufenthaltes bei uns nimmt sie nur wenig von den Angeboten wahr, die der Klinische Bereich (Tagesklinik und Krisen-Wohngruppe) zur Bewältigung psychischer Krisen bereithält. Sie nimmt aber am alltäglichen Leben der Krisen-Wohngruppe teil (in unserer Sprache heißt das »Soziotherapie«) und läßt sich auf unterstützende und beratende Einzelgespräche ein. Sie gewinnt wieder Vertrauen, auch zur Welt außerhalb dieses geschützten Raumes, und kann schließlich ihr gewohntes Leben in einer neuen Unterkunft aufnehmen.

Allerdings können wir Frau A. – die seit Jahren als psychisch krank gilt, wie wir von den Angehörigen und Behörden erfahren – nicht zu einer regelmäßigen ambulanten Weiterbetreuung bewegen.

Vier Jahre später erkrankt sie sehr schwer körperlich. Es gelingt ihr nicht, eine angemessene medizinische Behandlung zu erhalten, da sie in der Notfallambulanz eines Krankenhauses auf Grund ihres psychotischen Auftretens nicht verstanden wird (sie sei mißhandelt worden und brauche eine »Wundbehandlung«). Das Ambulanzpersonal ruft schließlich bei uns an, und die Kollegin vom Ruffdienst, die umgehend zur Klinik fährt, kann Frau A. bewegen,

sich zur Soforthilfe und zur Klärung der medizinischen Situation in der Krisen-Wohngruppe aufnehmen zu lassen. Über diesen Umweg gelangt sie dann mit unserer Vermittlung endlich zur Aufnahme in die zuständige Krankenhausabteilung.

Herr B.

Mutter und Schwester eines Mannes, der bis dahin nie mit der Psychiatrie in Berührung gekommen ist, rufen während der Weihnachtstage mehrmals in heller Aufregung an: Ihr Sohn/Bruder habe seit mehreren Nächten nicht geschlafen, schreie sie wiederholt ohne nachvollziehbaren Grund an, habe den Keller »demo-liert« und phantasie jetzt, er sei Gott. Er habe durch sinnlose Einkäufe mehrere Tausend Mark Schulden gemacht und außerdem vor kurzen seinen Arbeitsplatz verloren.

Der Kollege, der die ambulante Rufbereitschaft über Weihnachten wahrnimmt, macht einen Hausbesuch und versucht, zu Herrn B. – der von Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit gar nichts wissen will – Kontakt herzustellen. In Gesprächen mit allen drei Beteiligten kann er schließlich Zustimmung zu einem Kompromißvorschlag erreichen: Herr B. wird nicht – wie Mutter und Tochter wünschen – in die Landesklinik eingewiesen, dafür aber mindestens eine Nacht in unserem Noebett verbringen.

Als er bei uns eintrifft, ist er bereits etwas ruhiger, zeigt aber weiterhin keine Bereitschaft zu psychiatrischer Behandlung. Nach einem längeren Gespräch mit dem ambulanten Kollegen, dem Tagesklinik-Arzt und einer Krankenschwester der Krisen-Wohngruppe willigt er immerhin ein, die Nacht bei uns zu verbringen und eine Schlafablette zu nehmen, um nach all der Aufregung zur Ruhe zu kommen, Abstand von den familiären Konflikten zu gewinnen und einer Zwangseinweisung zu entgehen. Später, nachdem er mehr Zutrauen der neuen Situation gefaßt hat, stimmt er auch der Aufnahme in die Tagesklinik und der Verordnungs eines anti-psychotischen Medikaments zu.

Er verläßt die Krisen-Wohngruppe (mit Zustimmung der Mutter) schon nach wenigen Tagen. Der Aufenthalt in der Tagesklinik dagegen dauert schließlich über vier Monate. Es stellt sich heraus,

daß er schon seit langem alle Spannungen und Probleme mit sich allein abzumachen versucht und dabei immer größere Mengen Alkohol zu sich genommen hat. Neben beruflicher Überlastung hatte er auch das Zusammenleben mit der Mutter als stark einengend empfunden. Nach mehreren Familiengesprächen und einer vierwöchigen »Arbeit auf Probe« im Technischen Bereich unseres Vereins sieht er jetzt die Möglichkeit, ohne Alkohol stabil zu bleiben und sein Leben privat und beruflich neu zu ordnen.

Literatur

- ARBI, E., CIOMPI, L., HANSEN, H., (Hg) (1993): Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophrenie-Behandlung. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- CAPLAN (1964): Principles of preventiv psychiatry, New York. In: WITTLING, W. (Hg.) (1980): Handbuch der klinischen Psychologie. Hoffmann & Campe, Hamburg.
- CIOMPI, L. (1993): Krisentheorie heute – eine Übersicht. In: SCHNYDER, U., SAUVANT, J.-D. (Hg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Huber, Bern.
- NOUYERTNÉ, K., HOFFMANN, M. (1991): Solingen – Ein feierlicher Träger und die Vollversorgung einer Stadt. In: Bock, T., WEIGAND, H. (Hg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- PETERS, U.H. (1977): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München
- SCHNYDER, U., SAUVANT, J.-D. (Hg.) (1993): Krisenintervention in der Psychiatrie. Huber, Bern.
- WIENBERG, G. (Hg.) (1993): Bevor es zu spät ist ... Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie: Standards und Modelle. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Die erste Aufnahme in die Psychiatrie stellt die Weichen

Interview mit Renate Reinhold, Krankenschwester auf einer Akutstation. Von Ingeborg Esterer und Ute Hüper

Frau Reinhold, Sie arbeiten auf der Akutstation der Psychiatrie der Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg. Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen und wie lange machen Sie das schon?

Nachdem ich mehr als 10 Jahre somatisch gearbeitet hatte, wurde ich – nicht ganz auf eigenen Wunsch (das gibt es heute nicht mehr!) – in die Psychiatrie versetzt. Ich hatte Angst davor. Unter anderem, weil das auch bedeutete, daß ich mich mehr mit mir selbst auseinandersetzen mußte. Aber es kam alles ganz anders ... Zum ersten Mal hat mir mein Beruf als Krankenschwester richtig Freude gemacht. Das war vor 26 Jahren. Heute, sehe ich, wie sehr ich durch die Arbeit mit psychisch Kranken profitiert habe. Die Auseinandersetzung mit ihren Krankheitsbildern und ihren Persönlichkeiten haben mich als Menschen geprägt. Aber auch die vielen Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich oft sehr nah zusammengearbeitet habe. Hier bekam ich die Möglichkeit, meine gesamte Kreativität einzubringen und selbständig im Rahmen eines Teams zu arbeiten. Ich habe alle Stationen der Klinik durchlaufen, bin aber letztendlich am liebsten im Akutbereich. Dort ist es für mich am lebendigsten, und es ist die Station, die ich am ehesten in einem Krankenhaus akzeptieren kann. Ich stelle nämlich sehr in Frage, wie sinnvoll ein Krankenhaus für psychisch Kranke überhaupt ist.

Bitte erläutern Sie genauer den Begriff Akutstation.

Die Akutstation ist eine Aufnahmestation für Menschen in einer akuten Krise – auch für diejenigen, die zwangseingewiesen sind. Bei uns im UKE ist es eine geschlossene Station. Allerdings dürfen Patienten die Station verlassen, wenn sie in Begleitung von Angehörigen oder Klinikangestellten sind und wir uns vorher versichert