

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Krisenintervention am Telefon bei frühtraumatisierten Menschen (ohne vorherigen Kontakt)

Die hier folgenden Hinweise beruhen auf meinen eigenen Erfahrungen und wurden erarbeitet in Kooperation mit zwei betroffenen Frauen. Krisenintervention, gar noch im Kontakt mit Fremden am Telefon, erfordert neben bestimmten eher allgemeingültigen Prinzipien ganz individuelle Ressourcen der HelferIn/des Helfers, eine Form von Nachempfinden (compaci3n, sagte Anais Nin dazu), die wir nur in uns drin finden k3nnen, als Frucht lebendigen In-Beziehung-Seins. - Ich bitte ausdr3cklich um R3ckmeldungen, wenn etwas vom Dargestellten sich in einer bestimmten Situation als unzweckm33ig oder sch3dlich erweisen sollte. Es w3re sch3n, wenn dieser Text sich durch die Kooperation vieler weiterentwickeln k3nnte!

Dieser Informationstext setzt keinerlei traumatherapeutische Fachkenntnisse voraus.

Jemand ruft an..

Manche AnruferInnen beim psychosozialen Krisentelefon (Telefonseelsorge u.a.) wirken ziemlich labil oder aufgel3st (oft ohne da3 sie daf3r konkrete Gr3nde angeben k3nnen) und zugleich emotional seltsam unber3hrbar. Oft sprechen sie z3gernd, unschl3ssig oder 3u3ern sich auffallend 3berangepa3t. Dennoch reagieren sie auf Nachfragen, Vorschl3ge oder andere 3u3erungen nicht selten 3berraschend ablehnend oder angstvoll, andererseits aber auch stark fordernd und/oder grenz3berschreitend. Es gibt AnruferInnen, deren lockere, coole, manchmal sogar ironische Sprechweise die Frage aufkommen l33t: *Wieso ruft die oder der 3berhaupt an? So schlimm scheint es doch nicht zu sein?!*

Es k3nnte sich dabei um Menschen handeln, die (vor allem in Kindheit und Jugend) **psychische Traumatisierungen, also schwere seelische Verletzungen** erfahren haben, die sie bislang nicht aufarbeiten konnten, obwohl sie durchaus 40 oder 60 Jahre alt sein k3nnen.

Auch bei Menschen mit **Borderline-Pers3nlichkeitsstruktur** sind Psycho-Traumatisierungen in Kindheit und Jugend Ursache oder Mitursache.

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Solche schweren seelischen Verletzungen haben Auswirkungen im späteren Leben vor allem in zwei Bereichen:

1) Betroffene empfinden **soziale Konflikte** auch als Erwachsene oft oder meist **ähnlich wie Kinder**. Es treten Ängste auf, die denjenigen entsprechen, die in den schlimmen Kindheitssituationen entstanden waren. Die Betroffenen brauchen eine soziale **Verlässlichkeit und Sicherheit**, wie Kinder sie zu Recht erwarten von ihren Bezugspersonen, wie sie aber unter Erwachsenen in der Regel nicht zu finden ist.

2) Irgendwelche Alltagsmomente **erinnern** an schlimme Erfahrungen in Kindheit oder Jugend, oft ohne daß der Betroffenen ein Zusammenhang bewußt wird. Diese sogenannten **Auslöser** (oder **Trigger**) bewirken dann besonders heftige Überreaktionen, die von Außenstehenden kaum nachvollzogen werden können.

*Noch immer sind viele Professionelle über **Traumafolgeschäden** und die spezifischen Diagnosekriterien (z.B. für Posttraumatische Belastungsstörung oder DIS/„Multiple Persönlichkeit“ und andere Dissoziative Störungen) kaum informiert. Wenden Betroffene sich an Psychiater/Psychotherapeuten, bekommen sie leider nicht selten Diagnosen, die ihre Berechtigung haben können, aber von traumatisierenden Umständen zunächst eher ablenken, z.B. Borderline-Persönlichkeit, suchtkrank, Pubertäts-Magersucht, Bulimie, Narzißtische Persönlichkeit, Depression, Zwangsstörung, Angststörung. –*

Bei Überlebenden von traumatisierenden Umständen in Kindheit und Jugend (**Entwicklungsstrauma**) entstehen im Laufe des Lebens **eine Fülle von symptomatischen Verhaltensweisen**, um schlimme Gefühle und andere Defizite auszugleichen oder zu überdecken. Dazu gehören Drogen- (und Alkohol-) Abhängigkeit, Zwänge, Eßstörungen, Selbstverletzungen, dissoziative Symptome (z.B. *Erinnerungsverlust*, „*abschalten*“ und „*aussteigen*“ in bestimmten Situationen, *blockiertes Schmerzempfinden*, *Aufspaltung in verschiedene Teilpersönlichkeiten*). Aber auch Panikattacken, unangemessen scheinende Wutausbrüche, Alpträume oder häufige Suizidgedanken oder -versuche sind oft auf seelische Traumatisierungen in der Vergangenheit zurückzuführen.

Bei **akutem Schocktrauma** (z.B. nach Unfällen, Vergewaltigungen, Überfällen oder Naturkatastrophen) gelten teilweise eigene Schwerpunkte bei Krisenintervention und Therapie. Ich habe kaum Erfahrung damit. (*Informationen hierzu bietet der Ratgeber ‚Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen‘ von Gottfried FISCHER.*)

Wenn Sie als MitarbeiterIn eines Krisentelefon sich solche möglichen Hintergründe und Zusammenhänge in Erinnerung halten, haben Sie gute Chancen, bei entsprechenden AnruferInnen einigermaßen „*den richtigen Ton zu treffen*“.

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Es kann jedenfalls nie schaden, *versuchsweise* davon auszugehen, daß da eigentlich ein alleingelassenes, verängstigtes, mißtrauisches und dennoch hilfesuchendes Kind anruft, dem (irgendwann früher) Schlimmes widerfahren ist und das grad keinerlei Überblick hat über die gegenwärtige Situation und die eigenen Gefühle.

Bei Menschen mit der speziellen **BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR** kommt noch etwas anderes dazu. Ihre Gefühlslabilität ist fast schon sprichwörtlich geworden. Solche **Ambivalenz** entsteht vor allem durch emotionale Unzuverlässigkeit und Unvorhersehbarkeit von Bezugspersonen in der Kindheit. Ohne angemessene therapeutische Hilfe verfestigt sich dieses „Schwarz-Weiß“-Empfinden im Laufe des Lebens meist zu **starren Reaktionsmustern**. Auch aus diesem Grund können Borderline-Menschen schlecht umgehen mit Kritik, Mißachtung und Ablehnung – oder was sie situativ dafür halten. Andererseits neigen sie in besonderem Maße dazu, sich von jeder momentanen Zuwendung allzuviel zu erhoffen.

Es wird bei Menschen mit Borderline-Syndrom in einer Krisensituation nicht erfolgreich sein, möglichst sachlich und nüchtern, gewissermaßen von Erwachsenen zu Erwachsenen, das emotionale Chaos der Betroffenen eindämmen zu wollen, - denn diese fühlt sich (zumindest in der Krise) tatsächlich völlig hilflos, - auch wenn sie (oder er) zugleich rhetorisch schwere Geschütze auffährt!

Betroffenen mit Borderline-Persönlichkeitsstruktur fällt es sehr schwer, sich anderen mitzuteilen, im sozialen Kontakt klare Grenzen zu empfinden bzw. zu setzen und Stellung zu beziehen. Tägliche Erfahrung von Borderline-Menschen ist es, wegen dieser Schwierigkeiten falsch verstanden bzw. nicht ernstgenommen zu werden, - was wiederum die sozialen Ängste verstärkt! Gerade beim Krisentelefonat kommt es darauf an, diesen typischen **Teufelskreis** zu durchbrechen und **dem Betroffenen in jedemfall zu glauben**, das heißt, von seiner Sicht der Dinge auszugehen.

Gerade bei Borderline-Menschen hilft uns tatsächlich oft die Vorstellung, daß am anderen Ende der Strippe eigentlich ein verängstigtes, mißtrauisches Kind steht, sich verzweifelt und krampfhaft am Hörer festhält und die Worte aufsaugt, die da rauskommen.

Auf diese Weise können wir am ehesten jene **Achtsamkeit** entwickeln, durch die dann eventuell ein Kontakt entsteht.

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Frühtraumatisierte Menschen (die häufig – aber nicht immer – eine Borderline-Persönlichkeit haben) werden vor allem in drei unterschiedlichen Situationen bei Krisentelefonen anrufen:

1) Sie sind tagein, tagaus auf der Suche nach Zuwendung, Sicherheit und Schutz. Das Krisentelefon ist einfach eine der Möglichkeiten, etwas davon zumindest für die Zeit des Anrufs zu empfinden.

Hier gilt, wie wohl auch bei AnruferInnen mit anderem Hintergrund: Die relative Normalität, mit der jemand kontinuierlich verschiedene Anlaufstellen nutzt, um sich momentan Entlastung zu verschaffen, bedeutet schon ein minimales soziales Netz. Das Krisentelefon hat dann erstmal nur die Funktion, Teil dieses Netzes zu sein.

*Manchmal ergibt es sich im Gespräch, auf grundlegendere Hilfsmöglichkeiten hinzuweisen. Oft haben Betroffene keine therapeutische Unterstützung und wissen auch nicht, was es da gibt und wie sie an etwas Geeignetes rankommen können. Nicht selten haben sie schlechte Erfahrungen mit Psychiatern, Therapeuten oder psychiatrischen Krankenhäusern gemacht. In solchen Fällen könnte auf das online-Beratungsangebot der **T.B.L.** hingewiesen werden. Die AnruferInnen können sich dort umfassend informieren, auch über weitergehende Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten.*

2) Vor allem Menschen mit **Borderline-Persönlichkeitsstruktur** sind oft verstrickt in die Vorstellung, für andere nur eine Belastung zu sein; sie haben Schuldgefühle und meinen, „nichts besseres verdient zu haben“. Ein derartiger **Selbsthaß** kann dazu führen, daß eine Anruferin/ein Anrufer beim Krisentelefon „nur über sich selbst herzieht“.

Uausgesprochen stehen dahinter jedoch nicht selten andauernde suizidale Phantasien oder Vorhaben, die möglicherweise zum Zeitpunkt des Krisentelefonats übermächtig geworden sind!

Bei einer entsprechenden Vermutung sollte die Anruferin offen gefragt werden, ob sie manchmal das Gefühl hat, sich das Leben nehmen zu wollen (oder zu müssen).

3) Andere AnruferInnen sind offensichtlich akut in einer Krise, meist entweder wegen starker suizidaler Phantasien bzw. entsprechender Vorhaben, oder aber wegen akuter traumatischer Empfindungen oder Erinnerungen, wegen Alpträumen oder Panikattacken.

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Grundsätzlich gilt für die telefonische Krisenintervention bei mutmaßlich frühtraumatisierten Menschen:

- Akzeptieren Sie das momentane Verhalten, die Empfindungen als **Notsignal**, machen Sie keinen Versuch, mit moralischen oder vernunftorientierten Argumenten zu ermahnen oder der Anruferin ihre Empfindungen auszureden.
- Wir müssen uns bemühen, die Bedeutung und **subjektive Notwendigkeit** dieses Notsignals tatsächlich nachzuvollziehen oder nachzuempfinden.
- Suchen Sie gemeinsam mit der Anruferin/dem Anrufer nach möglichen (und hoffnungsvollen) **Schritten**, die direkt nach dem Krisentelefonat unternommen werden können.
- Suchen Sie gemeinsam nach Möglichkeiten, bei künftigen Krisen **umfassendere Unterstützung** zu finden.
- Betonen Sie nachdrücklich, daß die Hilfesuchende das **Krisentelefon** in jedemfall auch in Zukunft nutzen kann.

AnruferInnen mit deutlichen suizidalen Tendenzen

Bei Selbstmordgedanken/phantasien und -versuchen müssen wir unterscheiden:

- a) Oft gibt es den Wunsch, einfach Ruhe, Frieden zu finden, oder*
- b) den Versuch, auf die eigene Not aufmerksam zu machen.*

Bei Menschen mit Frühtraumatisierungen/Borderline entstehen Suizidversuche/-gedanken nicht selten wegen den **quälenden Symptomen**, vor allem, wenn angemessene therapeutische Unterstützung fehlt. Oft werden Symptome von Angehörigen oder Profis nicht ernst genug genommen oder es wird versucht, sie den Betroffenen auszureden.

Hier kann schon entlastend wirken, wenn wir am Telefon das Leiden an den symptomatischen Empfindungen vorbehaltlos ernstnehmen!

c) Stehen massiv autoaggressive Impulse im Vordergrund, gibt es bei Borderline-Menschen und anderen Frühtraumatisierten noch eine wichtige Unterscheidung:

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Manchmal handelt es sich um Impulse zur **Selbstverletzung**, die nicht suizidal gemeint sind. (*Für traumatisierte Menschen, deren Körperempfinden meist weitgehend abgespalten, d.h. blockiert ist, bedeuten Selbstverletzungen oft die einzige Möglichkeit, ihren Körper zu spüren. Daneben können Selbstverletzungen die Funktion haben, von seelischem Schmerz abzulenken bzw. Gefühle wie Wut, Angst oder Hilflosigkeit auszudrücken oder zu kompensieren.*)

Selbstverletzungen haben als konkreten Anlaß meist eine aktuelle belastende Situation (sozialer/emotionaler Konflikt, Streß/Überforderung), nach der im Gespräch gefragt werden kann.

Bei unverkennbar **suizidal gemeinten Handlungen oder Vorhaben** sind letztlich die gleichen Interventionen am Telefon möglich wie bei anderen AnruferInnen in dieser Situation.

Allgemeine Hinweise zum Thema Suizid:

- Grundlage für den definitiven Suizidversuch ist meist eine subjektive Bilanz des Lebens, die im Gespräch möglicherweise relativiert werden kann (ohne aber die individuellen emotionalen Bewertungen abzutun!).
- Die Möglichkeit des erfolgreichen Suizid sollte direkt, tabulos und ernsthaft besprochen werden können. Manchmal hilft gerade dies, die Alternative dazu, das Leben-Wollen, wieder zu spüren.
- Vielleicht ist das eigene Leben doch *mehr wert* als bestimmte belastende Umstände oder Verhaltensweisen anderer? Falls am Telefon bereits über eine entsprechende Vorgeschichte gesprochen wurde, läßt sich eventuell darauf hinweisen, daß diejenigen, die an Traumatisierungen schuld sind, durch einen Suizid zuletzt doch noch "Recht bekommen würden". (In einem MANGA-Comic von Reiko Momochi heißt es in diesem Zusammenhang: „*Du hast dir deinen Tod von ein paar Mistviechern vorschreiben lassen!*“)
- Eventuell können wir mit dem Anrufer einen zeitlichen Aufschub vereinbaren; er könnte nochmal beim Krisentelefon anzurufen, bevor der Suizidplan in die Tat umgesetzt wird.
- Ein bereits erfolgter oder zukünftiger Suizidversuch darf niemals als Moment von „Schwäche“ oder „Versagen“ interpretiert werden. Dies würde das eh schlechte Selbstwertgefühl des Betroffenen noch weiter entwerten. Er kann sich dazu genötigt fühlen, seine angebliche „Feigheit“ zu überwinden in Richtung auf den erfolgreichen Suizid.
- Äußerungen, die Lebenskräfte in Form von Widerspruch und Ärger provozieren sollen (*Paradoxe Intervention*), sind bei Menschen mit frühen psychischen Traumatisierungen keinesfalls angebracht!

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

d) Falls die Anruferin/der Anrufer einen Suizidversuch, starke suizidale Phantasien oder Selbstverletzungen überhaupt nicht begreifen kann, sie ihr völlig persönlichkeitsfremd scheinen, könnte es sich um starke dissoziative Abspaltung handeln, eventuell um jemanden mit „**MULTIPLER PERSÖNLICHKEIT**“ (**DIS**).

In diesem Fall lässt sich innerhalb der Krisenintervention am Telefon nur wenig klären. – Versuchsweise könnte gesprochen werden von „*verschiedenen Teilen, aus denen wir alle bestehen und manchmal haben diese Persönlichkeitsanteile in einer Situation sehr unterschiedliche Gefühle.*“ – Die oder der Betroffene könnte angeregt werden, **in sich einen „Inneren Anteil“ zu suchen und zu finden, der leben möchte**, und sich stärker mit ihm zu identifizieren.

Reagiert die Hilfesuchende auf das Thema der **Inneren Anteile** grundsätzlich zustimmend oder immerhin aufmerksam und nachdenklich, könnte hingewiesen werden auf die Möglichkeit, sich „*über solche Zusammenhänge*“ Rat zu holen auf der Website www.trauma-beratung-leipzig.de (dort auch Hinweise auf weitere Kontaktmöglichkeiten). Tiefer einsteigen in dieses Thema sollten wir in der telefonischen Situation nicht; – bereits die vorschnelle Erwähnung des Begriffs „*Multiple Persönlichkeit*“ wirkt oft abschreckend.

Wer mit DIS noch nichts zu tun hatte (dies gilt auch für Psychiater und Therapeuten), könnte bei manchen ungewöhnlichen Verhaltensweisen Multipler an eine Psychose denken. DIS hat aber überhaupt nichts mit Psychosen zu tun – und Multiplen sollte meist eher abgeraten werden, sich zur Krisenintervention in akutpsychiatrische Stationen zu begeben, weil dort im allgemeinen kaum entsprechende Kenntnisse bestehen und die stark reglementierten Umstände für sie oft retraumatisierende Wirkung haben. Scheint die stationäre Krisenintervention unumgänglich, um Gefahr für Leib und Leben zu vermeiden, sollte eine begleitende Person des Vertrauens gefunden werden. Es empfiehlt sich, etwa vorhandene Patientenführsprecher zu informieren. - Die „Therapie“ mit Neuropharmaka ist bei DIS in der Regel unangebracht. Die Medikamente wirken sich meist sehr unangenehm aus auf die Stabilität des psychischen Systems.

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Bei traumatischen Empfindungen (*Flashbacks*), dissoziativen Reaktionen, Alpträumen, Panikattacken, massiver Angst, Unfähigkeit die Wohnung zu verlassen, Rückzug ins Bett, Gefühl von Hilflosigkeit oder Gelähmtheit

ANGST ist ein seelisches Konzept, eine Vorstellung, die wir im Zusammenhang mit bestimmten Erfahrungen, Empfindungen und Erwartungen entwickeln. Bei frühtraumatisierten Menschen hat sich Angst als Reaktionsmuster nicht selten verselbständigt bis hin zur „**Angst vor der Angst**“. Der jeweils konkreten Situation ist solche panische Angst oft nur noch wenig angemessen.

Sehr behutsam (*und natürlich nicht in philosophischer Gründlichkeit!*) kann die Anruferin dazu angeregt werden, **von außen** (nämlich von der gegenwärtigen Gesprächssituation aus) **auf ihre Angst zu schauen**. Wir alle haben einen Persönlichkeitsanteil, der dazu in der Lage ist (den „*Inneren Beobachter*“). Eine solche Distanzierung, vielleicht noch in Verbindung mit der Aufmerksamkeit für das eigene Atmen, wirkt oft beruhigend.

Bei sogenannten **FLASHBACKS** werden durch oft harmlose **Auslöser** (Geruch, Musik, Gegenstände oder dunkle Flure und enge Gassen) traumatische Erinnerungen in Verbindung mit entsprechenden Gefühlen von Panik und Hilflosigkeit als „**Erinnerungsblitze**“ aktiviert. Solche Flashbacks sind gefährlich (z.B. können sie zu spontanen Suizidhandlungen führen); dies sollte klar angesprochen werden.

Ganz unterschiedliche emotional stark berührende Erfahrungen oder Eindrücke können traumatische Erinnerungen aus der Vergangenheit plötzlich aktivieren, die viele Jahre **abgespalten**, d.h., dem Betroffenen völlig unbewußt waren. Solche Situationen sind z.B. Anfang oder Ende einer Liebesbeziehung, Schwangerschaft/Geburt, der Tod eines Angehörigen, sexuelle Grenzüberschreitung/Vergewaltigung, Konflikte im Arbeitsleben, aber auch bestimmte Fernseh-Sendungen (Reportagen aus Kriegsregionen, Gewalt-/Horrorfilme, Berichte über Kindsmißhandlungen oder Operationen sowie über Sekten, Gottesdienste und andere rituelle Zeremonien). Die Betroffenen sind den plötzlich hervorbrechenden Empfindungen hilflos ausgeliefert und wissen oft nicht, was das mit ihrem eigenen Leben zu tun hat. Sie können selbst nicht verstehen, wieso sie in bestimmten Situationen so „überreagiert haben“. (Nicht selten taucht die Frage auf: „*Vielleicht bin ich verrückt?!*“)

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Entsprechende Anrufe beim Krisentelefon können zunächst tatsächlich ähnlich wirken wie paranoid-halluzinatorische Darstellungen von Menschen in akuten Psychosen. Es zeigt sich aber schnell, daß diese AnruferInnen **im Gespräch** durchaus ein gewisses Maß an **innerer Distanz** zu den quälenden und verwirrenden Empfindungen entwickeln können, was bei psychotischen Episoden kaum je möglich ist.

Hilfesuchende, die panisch erregt sind durch Flashbacks, sollten nicht dazu ermuntert werden, ausführlich zu erzählen, weil sie sich dann wieder in ihr unkontrollierbares inneres Drama verstricken ! Allerdings sollten wir auf keinen Fall versuchen, ihnen ihre Empfindungen auszureden. – **Hier ist, wie so oft, eine Gratwanderung nötig.**

* **An allererster Stelle** steht natürlich auch bei AnruferInnen mit Traumafolgeschäden deren Bedürfnis, **ernstgenommen zu werden** in ihrem momentanen Befinden. Oft führt das zum Besprechen der krisenhaften Situation.

* Jedoch können (oder wollen) manche Betroffene im Kontakt mit Fremden nicht konkret sprechen über Empfindungen, Wahrnehmungen oder gar Hintergründe der Krise. In solchen Situationen bedeutet nicht selten bereits die aufmerksame, zugewandte Gegenwart eines „Du“ Erleichterung, Beruhigung und ein Moment von Sicherheit.

* Wir sollten AnruferInnen weinen lassen, solange sie wollen, selbst wenn sie zwischenzeitlich den Hörer ablegen. Allein schon der Umstand, daß jemand die schlimmen Gefühle als ZuhörerIn teilt, bedeutet Entlastung und Trost. **Weinen hat Vorrang!**

* Findet die Anruferin weder durch Sprechen, durch die stille mitmenschliche Nähe noch durch Weinen Erleichterung, können wir versuchen, sie anzuleiten, sich von Empfindungen, die sie im Augenblick belasten, **zu distanzieren** (ohne jedoch sie der Betroffenen ausreden zu wollen). – Wir können den Hilfesuchenden darauf aufmerksam machen, daß er doch **wahrnehmen kann**, wie schlimm er sich gerade fühlt. Das aber zeigt, daß er (oder sie) **mehr ist als dieser Anteil**, der im Augenblick leidet.

(Den bereits erwähnten „Inneren Beobachter“ gezielt anzusprechen, ist eine grundlegende traumatherapeutische Methode, die auch in telefonischen Krisengesprächen erfolgreich genutzt werden kann!)

* Die Betroffenen können sich vorstellen, daß sie schlimme Gefühle und Bilder **mit ihrem Atem verbinden** und sie auf diese Weise von sich weg, **aus sich raus atmen.**

* Eine weitere übliche Distanzierungsmöglichkeit ist es, **achtsam zu werden für die gegenwärtige (gefahrlose) Situation** (wobei die angstmachenden Empfindungen vermutlich zu früheren, vergangenen Lebensumständen gehören).

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Auch verschiedene Formen von **traumatischer DISSOZIATION** (also **Abspaltungen** von Erfahrungsmomenten) können auftreten, wenn frühtraumatisierte Menschen sich in einer Alltagssituation massiv bedroht fühlen. Beispielsweise entstehen schlimme Empfindungen erst im Anschluß an die bedrohliche Situation, zu der sie gehören. Oder eine Anruferin hat bei einer grenzüberschreitenden Annäherung plötzlich ihren Körper nicht mehr gespürt. Eine andere weiß nicht, wie sie an den Ort gelangt ist, an dem sie sich derzeit befindet.

Nicht selten werden schlimme Empfindungen, die Anlaß des Krisenanrufs waren, im Augenblick der Kontaktaufnahme vollständig abgespalten! (Auf diese Dissoziative Reaktion hat der Betroffene keinerlei Einfluß.) Der Anrufer oder die Anruferin wirkt dann völlig *cool* und unberührt, selbst wenn sie oder er schlimme Situationen, Erinnerungen, Bilder oder Empfindungen berichtet. – In der Regel geht es den AnruferInnen, die möglicherweise eher unglaublich wirken, jedoch tatsächlich sehr schlecht!

Wir sollten dem Betroffenen deutlich vermitteln, daß wir vom Ernst seiner Situation überzeugt sind, und es ihm auf diese Weise erleichtern, Vertrauen zu uns zu fassen.

Zweckmäßig sind bei Flashbacks und traumatischer Dissoziation meist folgende Interventionen:

- Von den inneren Geschehnissen ablenken.
- Hinlenken auf die Wahrnehmung der gegenwärtigen Situation.
(„*Wo befinden Sie sich zur Zeit?*“ oder: „*Ich bin Mitarbeiterin des Krisentelefon, bei dem Sie angerufen haben.*“)
- Das Gespräch auf Alltagsthemen lenken, nach alltäglichen Lebensumständen fragen. (*Manchmal jedoch ist der Alltag auch schlimm!*)
- Aufmerksam machen für den eigenen Körper, z.B. für den Kontakt der Füße mit dem Boden, - oder sich selbst kräftig mit den eigenen Händen berühren oder kneifen. (*Manchmal jedoch sind Teile des Körpers mit schlimmen Erinnerungen verbunden! – Die Aufmerksamkeit kann gelenkt werden auf einen Finger, einen Zeh oder andere „gefahrlöse“ Stellen.*)
- Die Anruferin/der Anrufer kann sich selbst laut sagen: „*Ich bin jetzt in Sicherheit!*“
- Anregen, die belastenden Gefühle, Erinnerungen, Gedanken „*erstmal wegzupacken*, - *stellen Sie sich einen Tresor vor, in dem Sie das alles verschließen!*“ - und sie baldmöglichst mit einer Person des Vertrauens zu besprechen.

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Bei Menschen mit DIS („Multipler Persönlichkeit“) kommen durch Auslöser nicht selten **kindliche Teilpersönlichkeiten** heraus, die eventuell orientierungslos, in panischer Angst anrufen. Bei einer entsprechenden Vermutung sollten wir versuchen, mit entschiedener Anrede **Erwachsene** hervorzurufen, die dann im allgemeinen wieder die Kontrolle über das Multiple System übernehmen. Zugleich ist es wichtig, auch die Kinderpersönlichkeit ernstzunehmen und (*mit „du“!*) anzusprechen. Üblich sind Formulierungen wie:

„Gibt es noch erwachsene Teile bei dir, die dir jetzt helfen können? – Kannst du sie bitten, herauszukommen?“

„Es soll bitte ein erwachsener Anteil herauskommen und das Kind an seinen Sicheren Ort bringen!“

(Manchmal allerdings nutzen kindliche Teilpersönlichkeiten auch nur die seltene Gelegenheit, mit fremden Außenpersonen in Kontakt zu treten..)

Oft wissen Betroffene noch überhaupt nichts über die Hintergründe ihrer bedrohlichen Empfindungen. Nicht selten werden Flashbacks und andere Traumafolgen seit Jahren oder Jahrzehnten kompensiert (oder besser gesagt: heruntergedrückt) durch Alkohol und andere Drogen.

KRISENINTERVENTION AM TELEFON

Wir alle haben Selbstheilungskräfte !

Wir alle haben **Selbstheilungskräfte, also seelische Ressourcen**, die in bestimmten Situationen allerdings blockiert sind. Solche Ressourcen können vom Gesprächspartner am Telefon möglicherweise wachgerufen werden. Allerdings ist dazu viel Aufmerksamkeit nötig, weil jeder von uns ganz individuelle stabilisierende Alltagsrituale und -elemente entwickelt hat.

Möglich ist die Frage: „*Gibt es etwas, das Ihnen schon früher ein bißchen geholfen hat in so einer Situation?*“

Bereits die Zuversicht des Gegenüber, daß es derartige innere Ressourcen auch bei der/dem Hilfesuchenden gibt, lenkt ihre/seine Aufmerksamkeit auf diese Selbstheilungskräfte!

(Sehr nützlich auch für MitarbeiterInnen von Krisentelefonen ist zum Einstimmen auf solche Selbstheilungskräfte das HERDER-Taschenbuch ‚Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt‘ der Traumatherapeutin Luise Reddemann.)

Grundsätzlich sollten wir die Fähigkeit der Hilfesuchenden anregen, **sich selbst zu beruhigen**. Dazu müssen wir ihnen in erster Linie unsere Überzeugung vermitteln, daß sie (wie jeder Mensch!) tatsächlich über gesunde, stabile Persönlichkeitsanteile verfügen, die jetzt genutzt werden können!

Das Krisentelefon wird in Anspruch genommen, um Hilfe zu bekommen. Schon deswegen betonen Anrufende in der Regel ihre momentane Hilflosigkeit und Verzweiflung und schieben eigene Ressourcen, die sie eventuell bei sich schon erlebt haben, während des Telefonats eher beiseite. Wir müssen ihnen verdeutlichen, daß sie gerade jetzt ihre Aufmerksamkeit lenken sollten auf diese inneren Selbstheilungskräfte.

Grundsätzlich sollten wir den Anrufenden in derartigen Situationen helfen, zu erkennen, falls die Gefahr nicht hier und nicht jetzt besteht. – **Dies ist natürlich zu unterscheiden von Anrufen, bei denen offenbar tatsächlich eine gegenwärtige Gefahr besteht bzw. eine akute Traumatisierung stattgefunden hat !**

Stand: August 2009

Seite 12 von 12