

Sylvia Keil

Klientenzentrierte Psychotherapie-Konzept als Basis für den Umgang mit Krisen innerhalb der Psychotherapie¹

In dem nachfolgenden Beitrag erläutert Sylvia Keil die Vorteile und Rahmenbedingungen des Klientenzentrierten Ansatzes für eine Krisenintervention insbesondere im Kontext einer Langzeittherapie. Sylvia Keil berücksichtigt dabei die theoretischen Aspekte, die sich aus dem Klientenzentrierten Ansatz, insbesondere aus der klientenzentrierten Haltung „Empathie“, ableiten lassen. In ihre Betrachtung fließt die Geschichte eines Klienten ein, anhand derer die Autorin schildert, wie Krisenintervention praktisch aussehen kann. Deutlich wird, dass dabei der Klientenzentrierte Ansatz situationsflexibel und kreativ ausgelegt werden kann und muss. Die Autorin bettet die praktischen Aspekte wiederum in das Theoriekonzept ein.



Sylvia Keil

Dipl. Sozialarbeiterin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Ausbilderin der ÖGWG, Lektorin am Fachhochschulstudiengang Sozialarbeit des fh-campus wien.

Anschrift der Autorin:

Sylvia Keil
Albertgasse 39/6
A-1080 Wien
E-Mail: sylvia.keil@aon.at

Das Klientenzentrierte Konzept eignet sich besonders gut dafür, psychosoziale Krisen zu verstehen² und mit ihnen umzugehen. In der gesamten Kriseninterventionsliteratur (vgl. z. B. Berger & Riecher-Rössler 2004, S. 33, S. 36 oder Sonneck 2000, S. 21 und S. 97) wird mit einer erstaunlichen Selbstverständlichkeit darauf hingewiesen, wie wichtig bei Krisen das Herstellen einer tragfähigen Beziehung und die Haltungen von Empathie und Wertschätzung sind. In den *meisten Fällen* verweisen die AutorInnen³ jedoch nicht auf das Klientenzentrierte Konzept. Und so gut wie nie gehen sie darauf ein, wie schwer solche Haltungen tatsächlich, nicht nur im Krisenfall, zu verwirklichen sind. Wir bekommen dadurch aber immerhin von dieser Seite, wenn auch unbeabsichtigt, eine *Bestätigung für die Bedeutung des Klientenzentrierten Konzepts in der Krisenintervention*. Andererseits ist es aber auch verwunderlich, dass es trotz dieser besonderen Eignung des Klientenzentrierten Konzepts für die Krisenintervention so wenige Veröffentlichungen in unserem Ansatz zum Thema Krise gibt.

Im Folgenden gehe ich auf die spezifische Problematik von den Krisen *innerhalb* einer Psychotherapie ein. Dabei behandle ich besonders den methodischen Aspekt, nämlich die Frage: „Was ist eine

für solche Therapiekrisen adäquate personenzentrierte Krisenintervention?“

Die Psychosoziale Krise in der Psychotherapie

Psychosoziale Krisen stellen in der Regel den Grund dar, warum jemand überhaupt eine Psychotherapie beginnt – Krisen markieren aber auch den psychotherapeutischen Prozess selbst. Vor allem wenn man langfristig mit PatientInnen an der Integration von Erfahrungen in das Selbstkonzept arbeitet, werden Krisen zu wichtigen Stationen im therapeutischen Prozess. Michael Gutberlet (1985) meint, dass der Prozess in einer Psychotherapie mit einer Aneinanderreihung von „Mini-Krisen“ vergleichbar sei. Er sagt weiterhin, dass „Veränderung sozusagen die Intensität der Krise braucht“ (ebd.). Wenn wir mit KlientInnen arbeiten, die sich in einer Krisensituation in diesem Sinn befinden und dabei mit unserem üblichen klientenzentrierten Verhaltensrepertoire auskommen, sprechen wir aber normalerweise doch nicht von einer *Krise in der Therapie*.

Von einer *Krise in der Therapie* kann jedoch meines Erachtens dann die Rede sein, wenn wir fürchten, KlientInnen könnten dekomensieren, und wenn

¹ Vortrag beim Fachsymposium der ÄGG: *Krise- Chance und Scheitern: Gesprächstherapeutische Interventionen*, 23. - 24.9.2005 Westfälische Klinik, 58675 Hemer.

² So bezeichnen Biermann Ratjen et al. (1995) die traumatische Krisenreaktion als prototypisches Beispiel für die Entstehung von Inkongruenz.

³ Wegen der besseren Lesbarkeit wird das Binnen-I verwendet, um eine gender-neutrale Schreibweise zu gewährleisten.

unser übliches klientenzentriertes Verhaltensrepertoire sie nicht mehr zu erreichen scheint.

Für das Verstehen einer Person macht es einen großen Unterschied, ob es sich bei ihren Problemen oder Symptomen um eine Veränderungskrise, eine traumatische Krise oder eine traumabedingte Krise handelt. Ebenfalls wichtig erscheint mir, in welcher Phase der Therapie die Krise auftritt. Auch Therapie-Abbruchtendenzen erleben wir als Krise in der Therapie. Auf diese unterschiedlichen „Krisen-Formen“ gehe ich hier jedoch nicht näher ein. Im wesentlichen geht es mir darum, wie sich das therapeutische Vorgehen ändert. Dies hängt meines Erachtens nämlich wesentlich von der Intensität der Krise ab, und nicht davon, um welche Art von Krise es sich handelt.

Intensität von Krisen

Aus meiner therapeutischen Erfahrung bin ich zu der Einsicht gelangt, Krisen in der Therapie nach dem Grad der Eskalation des jeweils erlebten oder zugrunde liegenden inneren Konflikts zu unterscheiden. Demnach schlage ich vor, in der Therapie drei Situationen voneinander zu unterscheiden, und zwar je nachdem wie hocheskaliert der intrapsychische Konflikt ist.

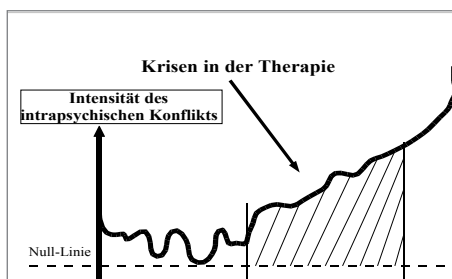


Abbildung 1: Eskalation des intrapsychischen Konflikts

Ute und Johannes Binder (1979) haben schon vor über 25 Jahren auf die Bedeutung von *Intensität* als durchgängige Qualität von Erfahrungen hingewiesen.

Intensitätserlebnisse führen dann zu positiven Veränderungen, wenn sie mit aktiver Kompetenz-Erfahrung und persönlich bedeutsamen neuen Beziehungserfahrungen verbunden sind. Binder & Binder stellen aber auch fest, dass es „orientierungslose Überhöhungen von Intensität“ geben kann, die Lebensmöglichkeiten dramatisch beeinträchtigen können. Solche orientierungslosen Überhöhungen von Intensität kommen bei schweren psychischen Störungen häufig vor, sind aber auch ein Merkmal einer hocheskalierten Krisensituation.

Im Krisenfall führt der Gegensatz zwischen den selbstbewahrenden Tendenzen des Selbstkonzepts einerseits und der Fülle von intensiven noch nicht integrierten oder nicht integrierbaren organismischen Erfahrungen andererseits zu einer intrapsychischen Dynamik, die man als intrapsychischen Konflikt verstehen kann.

Das Konzept der Konflikteskalation

Konflikte haben, vor allem wenn sie nicht offen ausgetragen und geklärt werden können, die Tendenz zu eska-

lieren. Dies hat Glasl (2000) in seinem Konzept der interpersonellen Konflikteskalation sehr klar herausgearbeitet. Dieses Konzept lässt sich meines Erachtens auch auf intrapsychische Konflikte übertragen. Glasl unterscheidet 9 Stufen der Konflikteskalation.

Der Konflikt steigert sich von einem zunächst *sachlichen* Konflikt zu *persönlichen* Konflikten. Bis hierher ist noch Selbstregelung möglich, wenn auch *moderierende Gespräche mit Dritten* hilfreich sein können. Glasl geht jedoch davon aus, dass der Konflikt im Fall der Eskalation ab Stufe 4, wenn der *Konflikt über den Konflikt* ausbricht, selbst eine Dynamik hervorbringt, bei welcher die Selbsthilfe der Konfliktparteien nicht mehr möglich ist. Die Konflikteskalation kann nur mehr durch *Mediation* gestoppt werden, einem konfliktzentrierten, klar und streng strukturiertem Konfliktregelungsverfahren, bei dem win-win-Lösungen gemeinsam mit den Konfliktparteien erarbeitet werden.

Auf noch höherer Stufe der Eskalation (Stufe 7), wenn die Art der *Konfliktlösung* selbst zur Quelle des Konflikts wird, kann der Konflikt nur mehr durch Schiedsverfahren gestoppt wer-

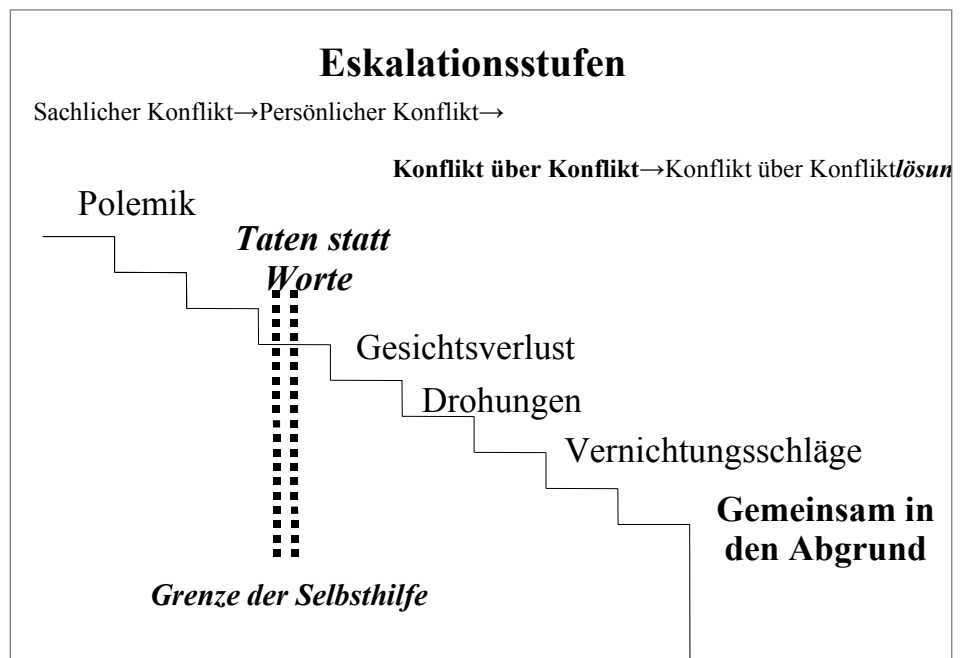


Abbildung 2: Eskalationsstufen nach Friedrich Glasl (2000)

den, d. h. Dritte entscheiden im Konflikt für die Parteien, wobei Konfliktregelungen dieser Art kaum zu Win-Win-Lösungen führen können.

Ab Eskalationsstufe 8 und 9, wenn die gegenseitige Vernichtung beginnt, lässt sich die Eskalation überhaupt nur mehr durch Gewalteingriff von außen abbremsen.

Glasl beschreibt diesen Eskalationsprozess eindrücklich. Zuerst „haben wir einen Konflikt“, dann bei höherer Eskalation und Konflikt-Ausweitung „hat uns der Konflikt“, das – so sagt er – sollten gerade auch ausgebildete KonfliktreglerInnen beachten, wenn sie selbst als Konfliktpartei in einen hocheskalierten Konflikt involviert sind. Wird nicht von außen interveniert, kommt es erst nach Durchlaufen der 9. Stufe zur Deeskalation. Wenn die Konfliktparteien subjektiv so etwas erleben, wie „jetzt ist alles kaputt“, wenn es Scherben gibt oder Blut fließt, stoppt sich die Eskalation gewissermaßen von selbst.

Diese Konflikt-Theorie rechtfertigt daher in Abhängigkeit vom Eskalationsgrad unterschiedlich intensive Formen der Intervention durch Dritte. Die Annahme, dass es so etwas wie die „Grenze der Selbsthilfe“ gibt, ist kein Widerspruch zur grundlegenden Hypothese des Klientenzentrierten Konzepts, wonach jede Person in sich selbst ausge dehnte Ressourcen dafür hat, sich selbst zu verstehen und ihre Lebens- und Verhaltensweisen konstruktiv zu ändern. Denn zu dieser Grundannahme gehört gleichermaßen, dass wir diese Ressourcen am besten *innerhalb einer Beziehung* mit bestimmten definierten Eigenschaften freisetzen und verwirklichen können. Als GesprächspsychotherapeutInnen müssen wir daher die Tatsache, dass das Erleben einer Person eskaliert ist, als *Beziehungssappell* verstehen und darauf adäquat reagieren.

Die Konflikteskalation, die zwischen Personen oder Personengruppen auftritt, kann durchaus mit Dynamiken auf der intrapsychischen Ebene verglichen werden. Der Selbstmord wäre so ein Beispiel für die höchste Eskalationsstufe,

auf der die Selbstzerstörung als scheinbar einzige Möglichkeit gesehen wird, einen ungelösten Selbstwertkonflikt zur Ruhe kommen zu lassen.

Drei Intensitäts-Zustände des Erlebens

Ich habe von diesem Konzept ausgehend drei Intensitäts- oder Eskalations-Zustände in Therapien zu unterscheiden gelernt (vgl. Abb. 1).

Demnach gibt es **erstens** den sogenannten „Normalzustand“, in dem die Intensität des Erlebens durch das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot normalerweise in einer positiven Form intensiviert wird, sodass dadurch ein therapeutischer Prozess in Gang kommt. Das ist mit dem ersten Abschnitt in Abbildung 1 angedeutet. Die schwarze Linie zeigt an, wie dabei die Intensität des Erlebens variieren kann.

Der **mittlere** Teil stellt eine Situation in der Therapie dar, in welcher der intrapsychische Konflikt eskaliert und auf dieser Stufe weder von KlientIn noch TherapeutIn leicht zu steuern ist. Das ist nach meinem Verständnis der klassische Fall einer **Krise innerhalb der Psychotherapie**. Die Eskalation des Erlebens ist hoch. Das Symptomerleben kann von KlientInnen selten akzeptiert und korrekt symbolisiert werden. Diese Fehlinterpretationen führen zu einer Intensivierung des Symptomerlebens, zu noch mehr Angst oder noch mehr Lähmung. Hier droht die Gefahr des Notfalls.

Der **Notfall** ist der dritte Zustand, wenn KlientInnen in einem Zustand sind, in dem sie längerfristig nicht mehr die volle Verantwortung für sich selbst tragen können. Sie sind selbst- und/oder fremdgefährdend. Im Notfall muss daher die dann meist notwendige psychiatrische und stationäre Versorgung organisiert werden.

In diesem Artikel beschränke ich mich auf den zweiten Zustand, der in der Abbildung 1 schraffiert ist, da sich

ab dieser Stufe das übliche methodische Vorgehen deutlich ändert.

Eine typische Krisensituation in der Psychotherapie

Ich möchte diesen Zustand zuerst an einem – wie mir scheint typischen – anonymisierten Beispiel verdeutlichen.

Es handelt sich um die Krisensituation mit einem jungen erwachsenen Klienten in einer schon vor einigen Jahren abgeschlossenen Langzeittherapie. Trotz oder gerade wegen eines sehr positiven Therapieverlaufs bis dahin, habe ich mit ihm gemeinsam schon einige dramatische Krisensituationen erlebt. Einmal gab es auf Grund einer Krise einen zwischenzeitlichen Therapieabbruch von einigen Monaten, einmal kam es fast zu einem psychotischen Notfall, mehrfach hatte ich wegen seiner suizidalen Tendenzen und selbst- und sogar fremdgefährdenden Verhaltensweisen große Sorge. Der äußere Auslöser der Krise, um die es hier geht, ist eine besonders kränkende berufliche Situation. Das Dienstverhältnis ist schon aufgekündigt, er hat aber noch einige Wochen zu arbeiten. Ich hatte mit einer Krise schon länger gerechnet und habe mich gewundert, wie außergewöhnlich tapfer er mit der Situation umgeht. Während meines Urlaubs erreicht mich dann jedoch eine E-Mail von ihm. Darin schildert er mir seinen depressiven Zustand, der bereits über eine Woche andauert. Er kann nicht mehr arbeiten, geht nicht ans Telefon, trinkt Alkohol, um den Tag zu verkürzen, fühlt sich „verkrampft und erstarrt“. Besonders alarmieren mich folgende Sätze: „Irgendwann habe ich beschlossen, die Welt nicht zu akzeptieren. Begehe den grausamsten aller Selbstmorde. Nicht aktiv, sondern passiv. Das Leben ertragen und hoffen, dass es vorbeigeht.“ Er beschreibt seine Selbstgeißelung: „Wie wenn ich mich jeden Moment für meine Existenz bestrafe. Dass ich mir verbiete zu leben, zu lieben, zu lachen, zu spüren und auf mich zu hören.“

Die Krise löst ein Bündel von gemischten Empfindungen in mir aus. Ich bin froh, dass er sich zumindest schriftlich bei mir rührt, das versetzt mich aber auch unter Stress, weil ich hohe Erwartungen an mich

spüre. Neben einer großen Sorge, spüre ich aber auch Ärger. Ich erlebe den Klienten so, als ob er sich „in das schwarze Loch mit Gewalt hineindrehen wollte“, obwohl ich weiß, dass dies nicht absichtlich passiert. Dieses Verhalten kenne ich schon von ihm und das glaubte ich gerade bei der letzten Krise mit ihm gut bearbeitet zu haben. Ich weiß daher, dass er meint, immer zuerst ganz am Boden liegen zu müssen, bevor in seinem Leben wieder ein Positivkreislauf einsetzt. Einerseits kennt er also dieses „An-die-Grenzen-Gehen“ als persönliche Problemlösungsstrategie, andererseits ist dieses Verhalten aber doch mit Depression oder präpsychotischen Zustandsbildern und selbstgefährdendem Verhalten verbunden, das mir mehr Angst zu machen scheint, als ihm.

Die sechs Bedingungen für Psychotherapie in der Krisensituation

Ich charakterisiere diese Krise innerhalb der therapeutischen Beziehung bzw. die dabei eingetretene Eskalation des inneren Erlebens nun näher, indem ich aufzeige, inwiefern hier die **Rogers’schen sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen** für persönliche Veränderung durch Therapie gerade *nicht* gegeben sind (vgl. Tab. 1). Die Therapietheorie beschreibt auf dem Abstraktionsniveau, auf dem sie formuliert ist, die Beziehungsqualität, die vorhanden sein muss, damit therapeutische

Veränderung passiert. Sie trifft jedoch keine Aussage darüber, welche konkreten Verhaltensweisen notwendig sind, um diese Beziehungsqualität zu erreichen. Daher gehört die Reflexion der Abweichungen davon zum besonderen Merkmal einer klientenzentrierten methodischen Vorgehensweise.

Im Einzelnen können die für die Krisensituation typischen Abweichungen von den sechs Rogers’schen Bedingungen wie folgt beschrieben werden:

1. Die erste Bedingung lautet: „Zwei Personen sind in Kontakt.“ Im Krisenfall ist der Kontakt gestört. Man erlebt die KlientInnen anders als sonst. Sie ziehen sich zurück, schotten sich ab, sind starr oder wirken dissoziiert. Manche sind sehr aufgeregt, sprechen sehr viel, sind aber dennoch nicht kontinuierlich erreichbar.
2. Die zweite Bedingung lautet: „Der Klient ist inkongruent, d. h. ängstlich, verletzlich oder steht unter Spannung“. Diese Bedingung ist normalerweise auch bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen oft nicht gegeben. Im Krisenzustand ist die Bedingung jedoch insofern nicht erfüllt, als sich KlientInnen, anders als man sie sonst in der Therapie erlebt, sich jetzt nicht mehr mit ihrer Inkongruenz beschäftigen können. Sie sind vom Symptomerleben so überflutet, dass sie nicht die Ruhe und

Konzentration aufbringen können, wie dies für einen therapeutischen Prozess erforderlich wäre. Die eskalierte Situation tritt nicht nur in der Sitzung auf, sondern dauert im Alltag an und hat dort bereits Störungen in der Lebensführung zur Folge. Der sonst mögliche Rhythmus von Arbeiten, Essen und Schlafen ist deutlich in Mitleidenschaft geraten. Es gibt erhebliche Anzeichen von vegetativen Beschwerden und häufig irgend eine Form der Selbstmedikation, etwa mittels Alkohol.

- 3.–5. Die dritte, vierte und fünfte Bedingung beziehen sich auf die kongruente unbedingte Wertschätzung und das empathische Verstehen. Es ist unser Ziel, dieses Beziehungsangebot in jedem Fall zu verwirklichen. Im Normalfall müssen wir daher die kleinen Abweichungen von der Grundhaltung genau erkennen und uns damit auseinander setzen. Typisch für den Krisenfall sind jedoch starke Abweichungen. Empfindungen hoher Besorgnis, der Alarmbereitschaft u.ä. kennzeichnen das Erleben der TherapeutInnen. Wir erleben die Krisensymptome körperlich mit, was einen leichten, manchmal sogar einen sehr starken Krisenzustand verursacht, den wir in uns selbst ebenfalls bearbeiten müssen. Einführendes Verstehen ist nicht gegeben, denn man versteht, bei allem grundsätzlichen Verständnis für die Problema-

Tabelle 1: Die 6 Bedingungen für persönliche Veränderung

Therapietheorie	Normalfall	Eskalierter Krisenfall
„Zwei Personen sind in Kontakt.“	Die Bedingung ist erfüllt.	Die Bedingung ist nicht erfüllt. KlientInnen sind kontaktmäßig nicht erreichbar.
“Der Klient ist inkongruent, d. h. ängstlich, verletzlich oder steht unter Spannung.“	Die Bedingung ist in der Regel erfüllt.	Die Bedingung ist aktuell nicht erfüllt, da die KlientInnen von ihrem Symptomerleben überflutet sind.
Therapeut ist kongruent.	Geringe Abweichungen, kontinuierliche Reflexion darüber reicht für therapeutischen Prozess.	Starke Abweichungen, Gefühle der Alarmbereitschaft herrschen vor.
Therapeut erlebt Wertschätzung.	Geringe Abweichungen, Bemühen um Wertschätzung reicht für therapeutischen Prozess.	Starke Abweichungen, Gefühle hoher Besorgnis herrschen vor.
Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.	Geringe Abweichungen, Bemühen um Empathie reicht aus, um therapeutischen Prozess zu fördern.	Bemühen um Empathie reicht nicht aus , um therapeutischen Prozess zu fördern.
Die Empathie und Wertschätzung des Therapeuten kommt beim Klienten an.	Die Bedingung ist in der Regel erfüllt.	Die Bedingung ist aktuell nicht erfüllt.

tik, meist zu wenig, warum diese Krise gerade jetzt in dieser Intensität auftritt. Denn würde man schon alles verstanden haben, würde es vermutlich gar keine Krise in der Therapie „brauchen“.

- Die sechste Bedingung bezieht sich auf die Notwendigkeit, dass die Grundhaltungen der TherapeutInnen von den KlientInnen zumindest in einem bestimmten Ausmaß wahrgenommen werden müssen. Ich vermute, dass gerade LangzeittherapieklientInnen die Empathie und Wertschätzung der TherapeutInnen sehr wohl wahrnehmen, dass es sogar ein besonderer Vertrauensbeweis sein kann, dass sie sich mit dieser Krise zeigen und es wagen, die therapeutische Beziehung auf ihre Tragfähigkeit hin zu testen. Vordergründig wird aber im aktuellen Krisenzustand auch diese Bedingung nicht erfüllt sein, weil der gestörte Kontakt auf Grund des überflutenden Krisenerlebens eben auch dazu führt, dass die Haltung der TherapeutInnen nicht in der erforderlichen Intensität zu ihnen durchdringt.

In der Normalsituation – vor allem bei neurotischen Konstellationen – sind die Therapie-Bedingungen auf KlientInnenseite erfüllt, hier scheint dann allein das Bemühen um Empathie und bedingungslose positive Beachtung zu reichen, um einen therapeutischen Prozess in Gang zu setzen. Zur typischen Problemkonstellation in einer *Krise in der Therapie* gehört es aber, dass die Bedingungen auf KlientInnen-Seite nicht oder zu wenig erfüllt sind, und dass es eben auch starke Abweichungen auf TherapeutInnen-Seite gibt. Trotzdem muss aber unverzüglich interveniert werden.

Grenzen klientenzentrierten Verhaltens – nicht Grenzen des Konzepts

Der eskalierte Krisenfall ist dann eine Situation, die wir als TherapeutInnen deutlich anders als bisher in der Therapie erleben; wir fühlen uns nicht mehr auf dem sicheren Boden des Klienten-

zentrierten Konzepts. Das hat zumeist zur Folge, dass wir meines Erachtens auch alternative therapeutische Vorgehensweisen zu entwickeln beginnen – alternativ, zumindest im Vergleich zu den gewohnten klientenzentrierten Verhaltensweisen. Denn, wenn es auch, wie bereits oben erwähnt, im Klientenzentrierten Therapiekonzept zumindest theoretisch gar keine „gewohnten Verhaltensweisen“ gibt, haben wir dennoch derartige Verhaltensweisen in der praktischen Arbeit und unter dem Eindruck des therapeutischen Vorbilds von Rogers entwickelt.

Mein Anliegen ist es nun – trotz dieser Einschränkung – hier einige prinzipielle Überlegungen zur Entwicklung alternativer Strategien für Therapiekrisen darzustellen, sowie deren Notwendigkeit vom Klientenzentrierten Konzept her zu argumentieren.

Zur üblichen klientenzentrierten Vorgehensweise gehört es,

- dass wir empathisch und wertschätzend die Gefühle der KlientInnen aufgreifen und uns dabei bemühen, den inneren Bezugsrahmen und das Experiencing einzubeziehen. Wenn dieses Vorgehen die Selbstexploration nicht vertieft, müssen wir,
- ausgehend von unserer emotionalen Resonanz wertschätzend und kongruent versuchen zu verstehen, worin die Beziehungsstörung liegt, und aus dieser Reflexion heraus neue Verstehenshypothesen entwickeln, die dann
- wieder in die Interventionen einfließen und im Kontakt mit den KlientInnen durch ein therapeutisches Vorgehen geprüft werden, wie es unter Punkt 1 beschrieben wird.

Diese kreisförmige therapeutische Strategie ändert sich grundsätzlich nicht – auch nicht in der Krisenintervention. Es muss in diesem Fall jedoch die spezifische Krisenproblematik empathisch erfasst werden.

Ich habe dies versucht, indem ich **drei zentrale allgemeine Verstehenshypothesen** entwickelt habe, aus denen dann ein spezifisches therapeutisches Verhalten abgeleitet werden kann.

- In der Krise sind die normalen selbst-erhaltenden Abwehrstrategien von der Intensität der Erfahrung und vor allem von der Intensität des Symptomlebens überfordert, und sie eskalieren daher. Alle Mittel, die Kontrolle über das Erleben zu bekommen, scheinen die Eskalation noch zu verschlimmern. Während in der normalen Situation unsere üblichen therapeutischen Interventionen dazu dienen, Erleben zu intensivieren, sollen daher in der Krise Interventionen gesetzt werden, die möglichst frühzeitig **die Abwehr stützen**. Wir gehen zwar davon aus, dass im Krisenfall ein Erleben vorhanden ist, das nicht ins Selbstkonzept integriert werden kann, aber letztlich in das Selbst integriert werden sollte. Dies kann aber im Zustand der Eskalation noch nicht angestrebt werden, denn ein solcher Prozess würde zu einer selbst-gefährdenden Selbstentfaltung führen. Was aber erreicht werden kann, ist ein Verständnis für den Krisen Anlass, eine Akzeptanz der Krisensymptome, ein weniger schädlicher Umgang mit sich selbst. All das stützt den Selbstwert und dieses Mehr an wiedergewonnener Selbstachtung „beruhigt/deeskaliert“ die Abwehrstrategien.
- In der Krise schützt die Abwehr den Organismus inklusive Selbstkonzept dadurch, dass sie den Kontakt mit sich und den anderen vermeiden hilft. Damit wird der Prozess jedoch unsteuerbar, weil der innerpsychische Aufruhr gewissermaßen in einer Endlosschleife eskaliert. Es ist daher notwendig, dass trotz der vorhandenen großen Angst wieder Kontakt hergestellt wird. Während man sich in der normalen Situation von der eigenen emotionalen Resonanz her einbringen und damit die Beziehung mit KlientInnen vertiefen kann, ist es in der Krisensituation notwendig, zunächst einmal die KlientInnen wieder

in den Kontakt „herzuholen“. Das erfordert ein besonders intensives Beziehungsangebot, wie es übrigens Rogers (1987) in der Theorie für zwischenmenschliche Beziehungen bei Gruppenkonflikten empfiehlt. Übertragen auf die Krisensituation heißt das, es sollte gelingen, *erstens* die Führung zu übernehmen und *zweitens* die Grundhaltungen nicht nur selbst zu erleben, sondern diese auch deutlich zu kommunizieren. Wenn dabei einführendes Verstehen und kongruente, unbedingte Wertschätzung handlungsleitend (!) sind, gibt ein solches Beziehungsangebot genug Sicherheit und ist in der Lage, Ich-Funktionen stellvertretend aufrecht zu erhalten. Dadurch unterstützt, können KlientInnen sich wieder auf die Beziehung zu den TherapeutInnen oder sogar zum eigenen Erleben einlassen.

3. Die dritte Verstehenshypothese bezieht sich auf die Bedeutung des Krisenanlasses. Während es in der normalen Situation notwendig ist, sich auf das innere Erleben der KlientInnen zu konzentrieren und weniger auf ihre Geschichten von den äußeren Vorfällen, ist es im Krisenfall äußerst wichtig, den **Krisenanlass** zu erkennen und zu analysieren. Es geht dabei vor allem darum, auseinander zu halten, was „außen“ tatsächlich geschah oder noch immer geschieht und was die subjektive Reaktion darauf ist. Diese Analyse hilft, den **Kontakt zur Realität** wieder herzustellen und konkrete *Bewältigungsstrategien* zu entwickeln. Meine Erfahrung zeigt, dass Therapiekrisen niemals nur durch intrapsychische Faktoren allein ausgelöst werden, sondern dass es immer äußere Anlässe gibt, die natürlich jeweils subjektiv interpretiert werden. Krisenauslöser sind meist durchaus schwer zu identifizieren und KlientInnen wollen diese oft gar nicht als solche wahrhaben, weil ihnen die äußeren Ereignisse oft zu geringfügig erscheinen. Das führt zu einer Kumulation: nicht nur, dass sich die KlientInnen ärgern, kränken, traurig oder wütend sind, sie schämen sich noch dazu bezüglich dieser

Gefühle. Auch dass sie nichts dagegen unternehmen können, bringt sie zusätzlich in Kontakt mit ihrer Ohnmacht. Gerade Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben in der Regel sehr viele Schwierigkeiten damit, Empfindungen wie Scham oder Ohnmacht zuzulassen. Die genaue Exploration des Krisenanlasses führt dazu, dass man sich empathisch in die Situation einfühlen und stellvertretend empfinden kann, was die KlientInnen nicht empfinden wollen oder nicht benennen können. Mein Klient im obigen Beispiel wollte z. B. die Tatsache, dass mit ihm wirklich ungewöhnlich kränkend umgegangen worden ist, vollkommen negieren, obwohl der kränkende Umgang dauernd Thema war. Er wollte, wie sich erst nach einigen Krisensitzungen herausgestellt hat, sein Verletztsein nicht wahrhaben. Es war ihm lieber, sein Scheitern zu 150 % auf die eigene Kappe zu nehmen.

Drei Strategien therapeutischen Verhaltens

Um den eben dargestellten drei zentralen Verstehenshypothesen gerecht zu werden, habe ich drei Strategien des therapeutischen Verhaltens im Krisenfall identifiziert, aus welchen sich – teilweise überlappend – eine Reihe von konkreten therapeutischen Interventionen („Techniken“) ableiten lassen.

1. Deeskalierende Interventionen, um die Eskalation der Abwehrstrategien zu stoppen.
2. Interventionen in der Rolle eines Hilfs-Ichs, wobei dieser Begriff nicht im Sinn eines *Alter ego* zu verstehen ist. „Hilfs-Ich-Sein“ meint die Bereitschaft der TherapeutInnen, im Krisenfall stellvertretend Verantwortung für die Bewältigung des Krisenzustands, so wie sie ihn aktuell einschätzen und miterleben, zu übernehmen. Gewissermaßen verschwimmen in dieser Situation die sonst bestehenden Ich-Grenzen. Die Krise wird zu einem gemeinsamen Problem, bei dem TherapeutInnen u.U. über Leben und Tod

entscheiden und zu diesen Entscheidungen auch nach dem Ausgang der Krise stehen müssen.

3. Bewältigungs- bzw. Copingstrategien erfinden und gemeinsam entwickeln, um mit Krisenanlass und Krisenzustand adäquat umgehen zu lernen.

Zur Veranschaulichung wie und mit welchen Techniken diese Strategien im konkreten Fall umgesetzt werden können, schildere ich nun die Stunde nach der E-Mail, dabei sind die spontan verwendeten Techniken in Klammer kursiv eingefügt:

Eine von mir angebotene Vorverlegung der nächsten Sitzung hatte der Klient abgelehnt (*Setting anpassen*). Ich ging mit dem Vorsatz in die Stunde, ihm meinen Ärger eher nicht zu sagen. Als er jedoch mit der Schilderung seines depressiven Zustandes begann, und ich merkte, dass sich seit dem E-Mail offenbar nichts in seinem Erleben verändert hatte, habe ich diese Schilderung durch die Mitteilung unterbrochen, dass die E-Mail neben der Sorge auch Ärger in mir ausgelöst hat (*Reales Gegenüber – Sein*). Er quittierte das mit einem müden Lächeln, wie man es für eine zu schwache Gegnerin über hat. Vermutlich habe ich mich dadurch ermuntert gefühlt, in der Folge „den Kampf“ mit ihm aufzunehmen (*Aktives Zuhören*). In der Krisensituation verwende ich das „Aktive Zuhören“ weniger um Gefühle zu verbalisieren, sondern indem ich mit hoher Konzentration auf nonverbale Signale achte und mich in meinen Interventionen davon leiten lasse. Ich habe nachgefragt (*Fragen stellen*), ob er sich krank gemeldet habe. – Ja – natürlich, er sei offiziell krank geschrieben, war die beruhigende Antwort. Ob er seinen Angehörigen schon von der Kündigung erzählt habe? – Nein, er plane das erst in drei Wochen zu tun. Ich verlangte daher von ihm, dass er das unbedingt sofort tun solle, weil das Verschweigen für den psychischen Zustand und jede Kontaktaufnahme sehr schlecht sei (*Rat-*

schläge geben) (Beziehungen ordnen). Damit blitzte ich bei ihm ab.

Sobald ich ihm Raum ließ, setzte er das Gespräch mit intellektualisierenden Selbstvorwürfen fort, die ich als äußerst vernichtend und schmerzhaft erlebte. Wenn ich mich daraufhin um Empathie bemühte, schien ich Öl ins Feuer zu schütten. Er benutzte meine Verbalisierungen zu weiteren Assoziationen, die ihn noch mehr verurteilten, ohne jedoch irgendein Gefühl in ihm auszulösen. Diese Wirkung des aktiven empathischen Zuhörens erlebe ich in anderen Situationen, in denen ich KlientInnen in ihrer tiefen Verzweiflung begleite, nicht. Daher habe ich verlangt, dass der Klient den selbstgeißelnden Umgang mit sich selbst sofort stoppen solle. Sobald er wieder damit anfangen wollte, habe ich ihn darauf hingewiesen: „Jetzt tust du das gerade!“ (*Eskalation stoppen*). Ich habe ihm empört vor Augen geführt, wie er mit diesem Verhalten zu sich selbst, die feindliche Einstellung Anderer an seiner Arbeitsstelle ihm gegenüber innerlich wiederholt und dadurch gewissermaßen die erfahrene Ablehnung rechtfertigt (*Bewerten*). Ich habe ihn vehement daran erinnert, was er in seinem Job alles gut gemacht und welche außergewöhnlichen Leistungen er bereits als blutiger Anfänger vollbracht hätte. Ich habe ihm gesagt, dass ich ihn jetzt in dieser Krise kein bisschen weniger achte als bei seinen Erfolgen vorher, dass diese Leistungs-Unterschiede meine Achtung vor ihm in keiner Weise ändern würden (*Loben, Selbstwert stützen*). Ich habe ihm erklärt, dass seine Selbstvorwürfe lediglich Symptome seien, obwohl sie durchaus einen Wahrheitsgehalt in sich trügen. Die Selbstvorwürfe jetzt würden aber trotzdem nur dazu dienen, wichtige Gefühle nicht wahrzunehmen, Gefühle, die er offenbar noch weniger haben wolle als diesen schlimmen Zustand jetzt (*Symptomerleben erklären*).

Er sagte mir daraufhin, um welche unterdrückten Gefühle es sich dabei

handeln könnte und begann mich direkt anzugreifen – hier bekam ich das erste Mal Kontakt zu ihm (*Kontakt!*). Er akzeptierte mich insofern als Hilfling, als er mich mitverantwortlich machte. Er beschuldigte mich, diese unterdrückten Gefühle mit meiner Hilfe nun schon seit Jahren in Schach zu halten, denn er hätte etwas studiert, ohne sich je dafür entschieden zu haben, das hätte er mehrfach gesagt! Wenn ich wieder in solchen Situationen Kontakt erlebe, verstärke ich diesen, indem ich mit *Aktivem Zuhören* die Aussagen wiederhole. Mit Rechtfertigen auf seine Vorwürfe zu reagieren, hätte die Situation nur wieder eskaliert, ich habe ihm daher recht gegeben, er hatte ja auch teilweise recht. Daraus ergab sich spontan mein nächster Schritt. Ich habe ihm gesagt, dass wir nun diese immer schon vorhandenen Bedenken endlich ernst nehmen müssen. Ich bin zur Flipchart gegangen und habe wie in einer Mediation mit getrennten Personen die einzelnen Konfliktpunkte aufgeschrieben (*Intrapsychische Mediation*). Wenn er, wie er vorhin gerade sagte, lieber Mediator werden will, dann solle er bitte gleich bei sich selbst anfangen, schimpfte ich mit gespielter strenger Mimik (*Stimmung verändern*). Ich habe damit seine unkonkreten überfordernden Ansprüche an sich selbst durch eine konkrete Anforderung ersetzt und damit einen Ansatz gefunden, die depressive Stimmung etwas aufzuhellen.

Ich drängte darauf, dass sich nun nicht wieder ein Teil von ihm gegen den anderen durchsetzen sollte, sondern, dass wir aus dieser Krise jetzt lernen müssen. Es sollte nun endlich darum gehen, dass sich einmal *beide Teile* in ihm einigen. Seinen jetzigen Zustand führte ich auf seine Weigerung zurück, sich mit sich auseinander zu setzen. Ich habe ihn mit der Aufgabe nach Hause geschickt, sich Argumente für die einzelnen Konfliktpunkte zu überlegen (*Aufgaben stellen und Innere Eltern einfordern*). Außerdem habe ich eine Stunde gleich am nächsten Tag verlangt,

um dieses wichtige Thema weiter zu behandeln (*Durch das Setting Struktur geben*). Mit dem Effekt, der übrigens typisch ist: KlientInnen machen oft aus meinen konkreten Anweisungen ganz etwas Neues, in der Regel etwas Besseres. Er hat mich also am nächsten Tag angerufen: Er habe sich das überlegt, was ich gesagt hätte, und er habe beschlossen, das Dienstverhältnis sofort zu beenden. Das war eine Lösung, an die ich zwar gedacht hatte. Ich hätte es aber nicht gewagt, sie ihm vorzuschlagen. Zu wichtig schien es ihm, an seinem ersten Arbeitsplatz auf jeden Fall sechs Monate durchzuhalten. Darauf hatte er nun mit seiner Entscheidung verzichtet. Er klang bei diesem Telefonat tatsächlich wieder völlig normal und guter Dinge. Die für diesen Tag vereinbarte Krisensitzung konnte daher entfallen. Ich habe ihm meine Begeisterung über seine rasche und mutige Entscheidung mitgeteilt, und wir haben uns gemeinsam gefreut. Die Sache war dann natürlich noch lange nicht bewältigt, aber für den Moment war eine beruhigende Besserung eingetreten.

Die Krise aufzuarbeiten dauerte noch Monate lang und führte ihn und mich zur Selbst-Erkenntnis, dass er grundlegend sein Verhalten in *allen* Beziehungen ändern müsste, wenn er jemals herauskommen wollte aus diesem typischen Wechsel von einerseits extrem gesund und erfolgreich anmutenden, aber in sehr subtiler Weise kontaktlosen Positiv-Kreisläufen und den andererseits unweigerlich darauf folgenden kontaktlosen depressiven Abstürzen (*Sinn der Krise erkennen*). Wie gravierend diese Beziehungstörung im Alltag und im Kontakt mit sich selbst zu diesem Zeitpunkt noch immer war, hatte ich bis zu dieser Krise nicht erkannt, so sehr war ich beeindruckt von seinen äußeren Erfolgen und der deutlichen Verbesserung unserer Beziehung in der Therapie.

Tabelle 2: Krisentechniken

Deeskalieren	Hilfs-Ich	Coping-Strategien
Eskalation stoppen/unterbrechen	Reales Gegenüber - Sein	Hilfe dabei, Distanz zum Symptomerleben zu bekommen
Eskalierende Verhaltensweisen benennen	Ich-Botschaften	Krisenanlass definieren
„Intrapsychische Mediation“	Loben	Ressourcen erkennen und organisieren helfen
Entlasten („Austoben“ lassen)	„Innere Elternteile“ der KlientInnen als Unterstützung für sich als TherapeutIn einfordern	„Innere Elternteile“ der KlientInnen beraten
Normalisieren	Ratschläge geben und verantworten	Krisensymptome/Krisenverläufe erklären
Bewerten	Alltag strukturieren helfen	Konkrete Aufgaben stellen
Erklären	Beziehungsangebot: „Wie ein Fels in der Brandung“– Sein (an die Beziehung/an die Aktualisierungstendenz glauben)	Beziehungen ordnen helfen
Stimmung verändern	Verantwortung dafür übernehmen, die Grenze zum Notfall zu erkennen	Setting dem Krisenverlauf anpassen
Fragen stellen	Nachfragen, um Informationen zu bekommen, die man für Entscheidungen und Ratschläge braucht	Sinn der Krise erkennen
Durch Setting strukturieren (Frequenz/ Notfallnummer/Sitzungsdauer/Einbeziehen von Angehörigen etc.)	Trotz Verschwimmen der normalen Ich-Grenzen auf Klare Ich-Grenzen achten: TherapeutInnen sind <i>für sich selbst, für ihre Wahrnehmung</i> und <i>ihr Handeln angesichts der Krisensituation</i> verantwortlich, nicht aber <i>für</i> die KlientInnen	Neue Bewältigungsmuster entwickeln helfen
u. a.	u. a.	u. a.

Krisentechniken zur Herstellung der notwendigen Beziehungsqualität

In der folgenden Tabelle werden nun Krisentechniken zusammengefasst, die im Krisenfall wieder zur Annäherung an die im Klientenzentrierten Konzept beschriebene Beziehungsqualität führen können, wenn sie aus einer kongruenten, empathischen und wertschätzenden Haltung heraus kreiert werden.

Es handelt sich bei diesen Krisentechniken nicht unbedingt um Verhaltensweisen, die gerade typisch für ein gesprächspsychotherapeutisches Beziehungsangebot sind. Viele davon mussten wir sogar zunächst einmal verlernen, um die therapeutische Beziehung in Situationen zu intensivieren, in denen das aktuelle Erleben nicht hoch eskaliert ist.

Gerade dieser scheinbare Gegensatz im Verhalten zwischen Normal- und Krisensituation führt in der Praxis dazu, dass einige klientenzentrierte PsychotherapeutInnen eine Unterscheidung vornehmen zwischen „psychiatrischer Versorgung/Krisenintervention“

auf der einen Seite und Psychotherapie auf der anderen Seite. Da jedoch hocheskalierte Krisenzustände im Rahmen einer Psychotherapie häufig auftreten, den therapeutischen Prozess wesentlich bestimmen und bei entsprechender krisenspezifischer Behandlung selten zum Notfall führen, ist es notwendig, das krisenspezifische Vorgehen konsistent aus dem Klientenzentrierten Therapiekonzept zu begründen. Lagert man die Krisenintervention gedanklich aus der Psychotherapie aus, entgehen der therapeutischen Reflexion wertvolle Beziehungs- und Bindungserfahrungen, die wesentlich zum empathischen Verstehen der Persönlichkeitsproblematik beitragen. Da Kriseninterventionen außerdem für PsychotherapeutInnen selbst meist psychisch sehr belastend sind, ist es umso wichtiger, dabei auf ein sicheres theoretisches Gerüst im Hintergrund zurückgreifen zu können, an dem man sich im Zweifel orientieren kann.

Literatur

- Binder, U. & Binder, J. (1979/1994): Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Therapiekonzepte zur Veränderung. Eschborn: Klotz 1994.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1995): Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 7. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Everstine, D.-S. & Everstine, L. (1992): Krisen-therapie. Stuttgart: Klett.
- Finke, J. (1994): Ist die Gesprächspsychotherapie ein konfliktzentriertes Verfahren? Anmerkungen zum Inkongruenzbegriff. GwG-Zeitschrift 94, 6-9.
- Finke, J. (1999): Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1998): Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Glasl, F. (2000): Selbsthilfe in Konflikten. Konzepte – Übungen – Praktische Methoden. Bern: Haupt.
- Gutberlet, M. (1985): Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie / Klientenzentrierten Psychotherapie. GwG-info 61, 51-62.
- Keil, S. (2002): Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie. In Keil, W & Stumm, G.: Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie. Wien, New York: Springer.

- Schnyder, U. & Sauvant, J.-D. (Hrsg.) (1996): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern Göttingen: Hans Huber.
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Riecher-Rössler, A., Berger, P., Yilmaz, A.-T. & Stieglitz, R. D. (Hrsg.) (2004): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1959/1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG (Orig. ersch.: 1959 A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) Psychology. A study of a science. Vo. III. New York: McGraw Hill, 184-256).
- Sachsse, U. (2005): Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Sonneck, G. (Hrsg.) (1997): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfadens für den Umgang mit Menschen in Krisen. Wien: Facultas.
- Straumann, U. (Hrsg.) (1992): Beratung und Krisenintervention. Materialien zu theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug. Köln: GwG.

Atem- und Muskelentspannung von Reinhard Tausch jetzt auch auf CD

Beide Anleitungen zur Atem- und Muskelentspannung sind seit Jahren in vielen Tausend Exemplaren auf Audio-Kassetten im Einsatz, bei Patienten der Psychotherapie, der Medizin, bei Teilnehmern von Stress-Seminaren und bei Personen mit Wunsch nach Minderung von seelischen und körperlichen Belastungen. Der Text ist von Prof. Dr. Reinhard Tausch, der ihn auch besprochen hat. Die Anleitungen zur Atem- und Muskelentspannung sind jetzt auch auf CD erhältlich.

Jede CD enthält eine erklärende Einführung (ca. 30 Minuten) und den Anleitungstext „Tägliche Praxis“ (ca. 25 Minuten). An Hand des CD-Textes können die Benutzer ohne weitere Anleitung oder Vorkenntnisse die Entspannungsübungen durchführen.

Die Atementspannung ist entsprechend der Methode von H. Benson (The relaxation response), die Muskelentspannung ist nach E. Jacobson (Progressive relaxation) gestaltet.

Ausstattung: CD inkl. Labeldruck schwarz, Booklet 2 Seiten und Inlay Farbe, Jewelcase.

Preis: je 8,50 € pro Stück zzgl. Versandkosten.

Bezug: GwG-Verlag
Melatengürtel 125a · 50825 Köln
Telefon (0221) 925908-0
Telefax (0221) 251276
E-Mail: gwg@gwg-ev.org
Internet: <http://www.gwg-ev.org>