

Jobst Finke

Wie klientenzentriert kann Krisenbehandlung sein?

Der Autor beschreibt Geschehensabläufe und typische Inkongruenzkonstellationen bei einer psychischen Krise. Am Beispiel einer depressiven Krise zeigt er verschiedene Kriseninterventionen in verschiedenen Krisenphasen auf. Dabei ergibt sich die Frage nach dem „Spezifischen“ klientenzentrierter Psychotherapie und nach der Notwendigkeit von therapietheoretischen wie behandlungspraktischen Modifikationen angesichts der Herausforderungen einer angemessenen Krisenbewältigung. Im weiteren geht es um Herausforderungen einer angemessenen Krisenbehandlung, ferner um gesprächspsychotherapeutische Grundaxiome.

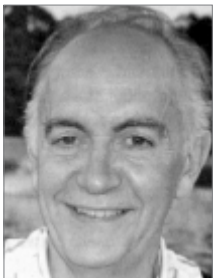
Schlüsselbegriffe: Krisenerleben, Krisenphasen, depressive Krise, Notfall-Behandlung, Klientenzentriertheit und Expertentum.

1 Der Krisenbegriff außerhalb der Psychotherapie

Gerade im Alltagsleben ist gegenwärtig viel von Krisen die Rede. Gemeint sind dabei oft Phänomene bzw. Folgen ökonomischer Krisen im Rahmen der Globalisierung. Wir sprechen aber auch von politischen und gesellschaftlichen Krisen sowie von Grundlagenkrisen der Wissenschaft. Die durch solche Krisendynamik bedingten Umbrüche machen letztlich das aus, was wir als Geschichte verstehen. Zu den letztgenannten Krisenbereichen gehört auch die Krise jenes ideengeschichtlichen Phänomens, das wir die Moderne nennen. Einerseits ist diese Moderne selbst aus einer Krise hervorgegangen, nämlich der durch die Aufklärung ausgelösten Krise religiös bestimmter Weltdeutungen. Andererseits ist diese Moderne heute selbst häufigen Krisenerscheinungen ausgesetzt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren Faschismus und Kommunismus mit ihren kollektivistischen und quasi theokratischen, also totalitären Idealen Reaktionen auf die Krise des liberalistischen Individualismus der Moderne. Diese Krise war einerseits eine Reaktion des wirtschaftlichen Systems; Stichwort: soziale Ungerechtigkeit des Kapitalismus. Sie war aber auch eine Krise des politisch-gesellschaftlichen Systems; Stichwort: weltanschauliche Indifferenz der pluralistischen Demokratie. Der Verzicht auf verbindliche Sinnangebote frustrierte zentrale Orientierungsbedürfnisse der Menschen und wirkte insofern irritierend und enttäuschend.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeigte die Proklamation der so genannten Postmoderne an, dass der moderne Zweckrationalismus mit seinen Idealen der wissenschaftlichen Objektivität und einer instrumentellen, auf konsequente Naturbeherrschung gerichteten Vernunft mit bestimmten Erfahrungszusammenhängen nicht mehr in Übereinstimmung zu bringen und insofern in eine Krise geraten war. Diese Rationalitätskrise wurde übrigens auf weite Strecken auch bestimmend dafür, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie sich ausformte. Zu deren Credo gehört es bekanntlich jene Positionen zurückzuweisen, wie sie für die Moderne kennzeichnend sind: Distanzierte Objektivität, wissenschaftgestütztes Expertentum, auf Vorhersagbarkeit, Kontrolle und Verfügbarkeit gerichtete Denkformen (Finke 2005). Die Frage ist jedoch, wie radikal diese Position angesichts einer für die Psychotherapie als Heilbehandlung immer noch gültigen modernen Wissenschaftlichkeit durchzuhalten ist. Hiervon soll später noch die Rede sein.

Alle die hier angedeuteten Formen verschiedener Krisen haben mit psychischen Krisen eine wichtige Grundlage gemeinsam. Die Krisen entstehen jeweils, wenn Sinnkonzepte ihre Orientierungsfunktionen verlieren, weil diese Konzepte mit bestimmten Erfahrungen nicht mehr in Einklang gebracht werden können. Dies gilt für individuelle Krisen ebenso wie für kollektive oder Gruppenkrisen, also z. B. Paarkrisen, Familienkrisen und Krisen gesellschaftlicher Großgruppen. Was das für die Krise des



Dr. med. Jobst Finke

Oberarzt i. R., Gesprächspsychotherapeut und Ausbilder der GwG

Anschrift des Autors:

Jobst Finke
Hagelkreuz 16
45134 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de

einzelnen Individuums bedeutet, ist nun zu besprechen.

2 Die Struktur psychischer Krisen

2.1 Krisenerleben und Inkongruenz

Auch die psychische Krise des einzelnen Individuums hat, wie gesagt, ihren Grund in der Diskrepanz zwischen Orientierung vermittelnden Sinnkonzepten und bestimmten Realitätserfahrungen. Diese Erfahrungen beziehen sich auf äußere und innere Ereignisse, die Krisensymptomatik beruht auf einer Verschränkung von beiden. Der Verlust des Lebensgefährten durch Tod oder plötzliche Trennung oder ein schweres Gewalt- bzw. Katastrophenerlebnis wären Beispiele für solch äußere Ereignisse. Es wird durch solche Ereignisse vor allem das erschüttert, was wir als Weltkonzept bezeichnen können, also die Meinung des Individuums von den anderen, sowie die Lebenszuversicht und das Weltvertrauen. Sekundär kann aber auch das Selbstkonzept erschüttert werden, nämlich dann, wenn der Person ihre spontane Reaktion auf das äußere Ereignis, z. B. Panik und totale „Kopflosgigkeit“, als völlig unakzeptabel erscheint. Tiefe Schamgefühle könnten hier die Traumabewältigung erschweren.

Welches Ausmaß diese Erschütterung annimmt, hängt sehr davon ab, welche früheren Erfahrungen durch ein belastendes Ereignis aktualisiert und welche Erwartungen bestätigt werden. Richtig ist natürlich, dass ein hohes Maß an Vertrauen in die Welt und in sich selbst ein guter Garant gegen eine tiefergehende Irritation ist. Es scheint jedoch auch so zu sein, dass die dieses Vertrauen tragenden Konzepte nicht zu starr sein dürfen. Das bedeutet, dass das Individuum in der Lage sein sollte, mit einer punktuellen Falsifizierung des Selbst- und Weltvertrauens durch ein negatives Ereignis flexibel umzugehen. Dies bedeutet vor allem, dass der Einzelne negative, dem Vertrauen scheinbar widersprechende Erfahrungen nicht generalisiert und globalisiert, dass er also solche Erfahrungen in ihrer Relativität konzipiert.

Eine besondere Komplikation stellt das Bestehen einer Inkongruenz dar, wie das schon oben angedeutet wurde. Eine solche Inkongruenz ist dann gegeben, wenn das äußere Ereignis auch Gefühle, Erwartungen oder Bedürfnisse aktiviert, die mit dem Selbstkonzept nicht kompatibel sind. Dies würde z. B. zutreffen bei einem Patienten, der bei aller echt empfundenen Trauer über den plötzlichen Tod eines Angehörigen in sich auch positive Gefühle als Reaktion auf dieses Ereignis verspürt, da dieses Ereignis auch bestimmten Erwartungen und Bedürfnissen z. B. an persönlicher Unabhängigkeit entspricht. Diese Gefühle erlebt er aber als mit seinem Selbstkonzept völlig unvereinbar. Er wird deshalb schwere Schuldgefühle entwickeln, die eine angemessene Bewältigung seiner Trauer erschweren oder eventuell gar verhindern und in eine chronifizierte Depression führen (Finke 2004). Die Depressivität stünde dann auch im Dienste einer, wie Rogers (1987, 31) das genannt hat, „Wahrnehmungsverweigerung“ der verpönten Gefühle. Sie würde nach Rogers (1987, 30f) eine „verzerrte Symbolisierung“ dieser Gefühle darstellen.

2.2 Krise als Wachstumschance

Eine Krise und auch ein krisenartiges Gewahrwerden der eigenen Inkongruenz kann auch eine Chance bedeuten, eine Chance zum Wandel, zum Wachstum, zur Weiterentwicklung durch Integration bisher nicht symbolisierter Bedürfnisse und so auch zu einer Erweiterung des Selbstkonzeptes. Dies setzt allerdings voraus, dass der Betreffende sich mit seinen in der Krise ausgelösten Emotionen auseinandersetzt.

Allerdings ist nicht jede konstruktive Entwicklung und auch nicht jedes Gewahrwerden eines inneren Selbstwiderspruches bzw. einer Inkongruenz mit einer ausgeprägten Krisensymptomatik verbunden. Nicht jede Änderung des Selbst- und Weltkonzeptes scheint eine ausgeprägte Krisenerfahrung vorauszusetzen. Was unterscheidet aber die Krise von einem annähernd normalen Wandel?

Kennzeichnend für eine Krise im engeren Sinn ist, dass sie zeitweise die Adaptationsfähigkeit des Individuums überfordert. Durch die Spontaneität eines inneren oder äußeren Ereignisses erlebt das Individuum dieses als schockartigen Einbruch, durch die seine Anpassungs- und Bewältigungsmöglichkeiten zumindest temporär überfordert sind. Es kann Erfahrungen in diesem Zustand der psychischen Desorganisation noch nicht integrieren, Sinnkonzepte noch nicht angemessen ändern. Der Betroffene erlebt sich als emotionale erstarrt und hernach tritt ein Gefühl von Ausweglosigkeit und Verzweiflung auf. Erst später, wenn die eigentlichen Krisensymptome wie psychomotorische Erregung oder Erstarrung, gedankliche Einengung und emotionale Überflutung abklingen, kann er Erlebnisse verarbeiten, sich neu orientieren, und damit beginnt Wachstum (Speierer 1997). Aber es gibt ja auch leichte, gewissermaßen subklinische Krisen, in denen die genannten Symptome nur ansatzweise auftreten. Man könnte nun sagen, dass solche Mini-Krisen das Medium von Veränderung und Wachstum sind (Gutberlet 1985, Keil 2002). Vermutlich läuft jeder entscheidende Entwicklungsschritt auf dem Hintergrund solcher Krisen ab. Dies entspräche auch jenen Reifungs- bzw. Identitätskrisen, wie sie schon von dem Psychoanalytiker Erikson (1973) beschrieben wurden. Ein solches Krisenverständnis dürfte auch für die Psychotherapie gelten, in der gerade gering ausgeprägten Krisen den Fortschritt der Therapie anzeigen können. Auf der anderen Seite jedoch stehen jene Krisen, die eine echte Notfallsituation bedeuten. Im Folgenden sind besonders Krisen solchen Schweregrades gemeint.

An der Krisenfähigkeit, also an der Möglichkeit, überhaupt in eine Krise zu geraten, zeigt sich übrigens auch die Geschichtlichkeit des Menschen und zwar insofern, als der Mensch hier gewissermaßen einen Zusammenstoß von Vergangenheit und Zukunft erfährt. Seine bisherigen, in der Vergangenheit gebildeten Konzepte, Überzeugungen und Erwartungen erscheinen ihm schlagartig als ungültig, seiner Gegenwart gegenüber erlebt er sich als wehrlos, seiner Zu-

kunft gegenüber als rat- und orientierungslos. Er steht vor einer notwendigen Neuorientierung und Neubestimmung seiner selbst.

3 Thematik und Therapeutik der Krise

In einer Krise, so die medizinische Bedeutung dieses Begriffes, entscheidet sich, ob ein erkrankter Organismus stirbt oder sich wieder regenerieren kann. Es steht also die Möglichkeit des Wachstums oder des Zerfalls auf dem Spiele. Zum letzteren ist bei psychischen Krisen ein nur schwer reversibler Schritt in eine Chronifizierung, z. B. in eine posttraumatische Belastungsstörung ebenso zu rechnen wie ein Suizid. Deshalb ist eine Krise, und dies ist eine weitere Bedeutung des Begriffes „Krisis“, auch eine Situation der Entscheidung, und hier natürlich vor allem eine Entscheidung des Therapeuten. Der Therapeut muss sich für eine angemessene Form des Eingreifens entscheiden, und zwar, je nach Schwere der Krise, relativ kurzfristig, da der Klient oft akut bedroht ist, sei es von einer Zunahme psychischer Desorganisation, von Selbstschädigung oder Selbsttötung. Der Therapeut muss also, um eine unmittelbare Gefahr abzuwenden, in einem besonderen Maße Verantwortung übernehmen.

3.1 Zwischen funktionalistischer Pragmatik und hermeneutischer Dialogik

Solches sich auf fachliche Erwägungen und Entscheidungen des Therapeuten gründendes Eingreifen, also ein stärker therapeutenzentriertes Vorgehen, ist zwar für ein einseitiges Verständnis von Klientenzentrierter Therapie ein Problem. Will man, schon um eine Krisen-therapie durchführen zu können, solche Einseitigkeit aber nicht vertreten, so muss man sich die klientenzentrierte Therapeutik ausgespannt denken zwischen zwei Polen, nämlich den Polen einer funktionalistischen Pragmatik einerseits und einer hermeneutischen Dialogik andererseits.

Der hermeneutischen Dialogik geht es um eine quasi partnerschaftliche Verständigung, um Kommunikation, die ihren Zweck in sich selber sieht und um die Unmittelbarkeit eines Dialogs, der primär keine zielgerichtete Veränderung bezweckt. Das Gespräch und die sich in diesem Gespräch aktualisierende Beziehung wird nicht rein instrumentell verstanden. Es ist der besondere Verdienst von Rogers, der Psychotherapie die Dimension einer solchen Dialogik eröffnet zu haben. So wichtig diese Position für eine ganzheitliche Psychotherapie auch ist, so darf bei einer Psychotherapie als Heilbehandlung die Position einer funktionalistischen Pragmatik nicht außer acht gelassen werden. Dies gilt natürlich ganz besonders für die Krisentherapie.

Die funktional-pragmatische Perspektive ist geprägt von der Intention, etwas zu bewirken, etwas unmittelbar zu verändern und etwas herzustellen, z. B. die Gesundheit des Patienten. Sie interessiert sich dabei nicht nur für die Einstellung bzw. für die Grundhaltung des Therapeuten, sondern mindestens ebenso für das Handlungskonzept, das sich aus diesen Grundhaltungen ergibt und das auf die Problemlage des jeweiligen Patienten ausgerichtet und insofern funktional sein muss. Aus dieser Perspektive stellt sich auch die Frage nach dem Zweck bzw. nach den Zielen der therapeutischen Einflussnahme und nach den Mitteln zur Zielerreichung.

Anders als bei der hermeneutischen Dialogik wird in der funktionalistischen Pragmatik dezidiert und unmittelbar nach dem Nutzen gefragt, nach dem Nutzen des therapeutischen Handelns, nach dem Nutzen für das Bewältigen der Krise und das Überleben des Patienten. Diese Position kann allerdings im Extremfall ihrerseits in eine Krise geraten, wenn nämlich der Patient fragt, was ihm eigentlich all der Nutzen letztlich nutzen soll. Hier ist jene Situation gemeint, in der alle geglückte Bewältigung, alle Optimierung von Kontaktverhalten und Durchsetzungsfähigkeit, alle Perfektionierung von Lebenstechniken dem Patienten doch sinnentleert zurücklassen. Die Krise häufig auch jugendlicher Suizidanten ist ja gar nicht so selten

eine Sinnkrise. Auf die Frage nach dem Grund ihres Suizidversuches antworten sie, dass das Leben ihnen sinnlos geworden ist, und dies, allerdings in eher selteneren Fällen, trotz aller äußeren Erfolge und auch ohne dass eindeutige Zeichen einer Depression vorliegen. Hier ist die Position einer hermeneutischen Dialogik gefordert, die dem Patienten ermöglicht, ohne den Druck kurzschlüssiger „Zielstellungen“ und Nützlichkeitsabwägungen in der Begegnung mit einem einfühlsamen Anderen das Erleben von Sinn zu erfahren.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch auf ein Problem zu sprechen kommen, das ich mit unserem Gründer-vater habe. Dieses Problem besteht darin, dass Rogers meines Erachtens die Position einer hermeneutischen Dialogik radikalisiert, was bedeutet, dass bei ihm die Position einer funktionalistischen Pragmatik weitgehend ausgeschlossen ist. Hier kommt bei ihm eine kritische Einstellung gegenüber der Moderne mit ihrem Zweckrationalismus und ihren auf Funktionalität, Kontrolle und Beherrschung bedachten Denkformen zum Ausdruck. An dieser Einstellung ist nur ihre gewissermaßen postmoderne Einseitigkeit zu beklagen (Finke 2005). Denn es bleibt für mich dabei, dass die Einführung einer hermeneutischen Dialogik in die moderne Psychotherapie eine Errungenschaft ist. Denn dadurch erst wird die Psychotherapie befähigt, den Klienten in seiner eigentlichen Existenz zu erreichen und so einem wesentlichen Bedürfnis vieler (keineswegs aller) Klienten zu entsprechen. Sofern aber der Personzentrierte Ansatz nicht in erster Linie z. B. eine Art Erweckungsbewegung sein will, sondern ein Psychotherapieverfahren im Sinne der modernen Heilkunde, muss sie mehr sein als nur eine „Einstellung, eine Haltung, eine Seinsweise“ (Rogers 1977, 116). Sie darf in diesem Fall die Prinzipien moderner Wissenschaftslogik, wie dem Bemühen um (distanzschaffende) Objektivität und darauf gründendes Expertentum, um nüchternes („beziehungsloses“, diagnostizierendes) Benennen, Unterscheiden und kausales Erfassen der zu beeinflussenden Phänomene und um das (instrumentell-technische) Erstellen von

Handlungsregeln für diese Beeinflussung, nicht völlig suspendieren. Es gilt vielmehr eine Synthese zwischen beiden Positionen herzustellen.

3.2 Angst und Trauer als Themen der Krise

Gerade bei der Krisenintervention ist im Sinne einer funktionalistischen Pragmatik die Frage nach der Vorrangigkeit der verschiedenen Ziele bedeutsam. Es ist also besonders hier eine Hierarchie der Therapieziele zu erstellen.

Diese Ziele werden formuliert in Form von therapierelevanten Themen. „Thema“ meint hier den inhaltlichen Brennpunkt für die therapeutische Urteilsbildung und Intervention (Teusch und Finke 1995, Finke 2004). Für das Krisenerleben spielen häufig vor allem zwei Themen eine Rolle, nämlich die Angst und die Trauer bzw. die Depression.

Ich werde im folgenden eher von Trauer als von Depression sprechen, da mit „Trauer“ unmittelbar ein Gefühl angesprochen ist, während mit „Depression“ meist ein komplexes Krankheitsbild gemeint ist. Obwohl idealtypisch zwischen Trauer und dem Gefühl depressiver Niedergeschlagenheit unterschieden wird, ist letztere häufig auch in der Schockphase der Trauer anzutreffen. Es gibt hier also Überschneidungen und in der klinischen Praxis wird man ohnehin die hier gemeinten Zustände in der Regel mit „Depression“ kennzeichnen.

In beiden Gefühlen, in der Angst und der Trauer, kommt die Zeitlichkeit des Menschen zum Ausdruck. In der Angst ist der Mensch auf die Zukunft bezogen, und zwar im Sinne einer Befürchtung, einer Sorge, dass etwas Schlimmes auf ihn zukommen wird. In der Trauer beklagt er einen Verlust, d. h. eine Gegenwart, die gegenüber der Vergangenheit als so viel ärmer erscheint.

Wenn wir nach den verschiedenen Themen fragen, die wiederum bei der Trauer, und dies gilt eben weitgehend auch für die Depression, eine Rolle spie-

len, so müssen wir die krisenhafte Trauer als Prozess betrachten. Krisen haben in der Regel eine bestimmte Verlaufsgestalt, die sich in Form eines Phasenmodells abbilden lässt. Ein solches ist etwa das von Cullberg (1978), das drei bzw. vier Phasen beschreibt.

1. Schockphase
2. Reaktionsphase
3. Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase

Auf die Trauer bzw. Depression angewandt würde dies bedeuten:

1. Schockphase

Der Schock ist die unmittelbare Reaktion z. B. auf den plötzlichen Verlust eines Angehörigen. Die wichtigsten Phänomene und damit auch Themen sind hier

- emotionale evtl. psychomotorische Erstarrung mit Verlust von Antrieb und Interesse
- Empfindungslosigkeit, „Gefühl der Gefühllosigkeit“
- Niedergeschlagenheit
- Verleugnung des Verlustes

Diese Phase dauert bei der reinen Trauerreaktion meist nur einige Tage, bei einer Depression erheblich länger.

2. Reaktionsphase

Dies ist die Phase des emotionalen Reagierens, die Phase der aufbrechenden Emotionen, in der der Klient meist immer noch etwas desorganisiert, also in einem krisenhaften Zustand ist.

Das bei der Schockphase zuletzt genannte Symptom, die Verleugnung des Verlustes, leitet schon zu dieser Phase über. In diesem Verleugnen wird die Beziehung zum Partner oft als auch in der Realität weiterhin bestehend imaginiert. Solches Verleugnen findet sich zumindest als flüchtig wiederkehrende Erscheinung auch noch in den folgenden Phasen. Darüber hinaus sind hier folgende Themen bedeutsam:

- Verlustschmerz, Trauer

- Wut und Empörung
- Schuldgefühle
- Schamgefühle
- Angst und Ruhelosigkeit

Die Trauergefühle werden nicht selten wie ein heftiger körperlicher Schmerz empfunden, und sie sind oft mit psychomotorischer Unruhe und Weinanfällen verbunden und können für den Klienten sehr quälend sein. Die plötzlich aufschießenden Gefühle von Wut und Empörung sind wie eine Auflehnung gegen das Schicksal, sie drücken meist aber auch Aggressionen gegenüber dem Partner aus, der durch Tod oder Trennung den Klienten allein zurück ließ. Gleichzeitig führt diese Wut auf den Partner auch zu Schuldgefühlen und in Reaktion darauf versucht er, den Partner zu verklären, um die Wut ungeschehen zu machen und auch so die Beziehung imaginär wieder herzustellen. Wenn für den Klienten die Trennung auch als narzißtische Kränkung erlebt wurde, können auch starke Schamgefühle in dieser Phase eine Rolle spielen. Diese können, obwohl sie meist nicht spontan geäußert werden, sehr zum depressiven Erleben beitragen. Die Angst ist eine verständliche Reaktion auf das Ungewohnte und Neue der Situation als Alleinstehender. Der Klient muss in dieser Situation seine Rolle erst neu bestimmen und er sorgt sich, ob er die Lebensaufgaben auch alleine meistern kann.

3. Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase

In der Reaktionsphase ist der Patient wie überflutet von seinen Emotionen, und er ist deshalb hier nur ansatzweise fähig, sich mit seinen Emotionen auseinanderzusetzen. Die zunehmende Verbesserung dieser Fähigkeit zeigt an, dass er in die Bearbeitungsphase eintritt und dass die eigentlichen Krise abklingt. Wichtige Themen sind hier neben der verstehenden Auseinandersetzung mit den o. g. Gefühlen:

- Verstehen der Bedeutung des Verlustes
- Suchen (des Partners) und Sich-trennen
- Neues Selbst- und Weltkonzept

Die Bearbeitung der Themen dieser Phase geschieht also entlang der klärenden Auseinandersetzung mit jenen Gefühlen, wie sie für die Reaktionsphase typisch sind. Es geht hier z. B. darum, die Wut aber auch die Schuldgefühle zu klären, die der Patient gegenüber dem verlorenen Partner empfindet. Verstehen soll der Patient auf dem Hintergrund seines Selbstkonzeptes, seiner generellen Beziehungserwartungen und seiner zentralen Bedürfnisse natürlich ebenfalls sein schmerzhaftes Verlusterleben und die vielleicht hiermit verbundenen Schamgefühle wie auch seine Ängste in der für ihn neuen Situation. Der Patient ist hier bemüht, die Trennung erlebnishaft zu realisieren, wobei aber ein Gefühl, den Partner suchen zu müssen, immer wieder noch einmal aufbricht. Insgesamt aber ist jetzt der Patient in der Lage, seine Gefühle distanzierter zu betrachten und einen Zusammenhang zwischen diesen Gefühlen und Bedürfnissen sowie früheren Beziehungserfahrungen zu erfassen. Schließlich kann er zunehmend das Beziehungserleben gegenüber dem verlorenen Partner modifizieren und sich mit einem geänderten Selbstverständnis in seiner neuen Rolle zurechtfinden.

3.3 Krisentherapie als expertenzentriertes Handeln

Die letztgenannten Therapieschritte stellen im engeren Sinne keine Krisenintervention mehr dar, sondern eher die psychotherapeutische Aufarbeitung einer Krise. Deshalb soll bei den folgenden Überlegungen die Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase auch keine Rolle mehr spielen. Deutlich geworden dürfte jedoch sein, dass gerade auch bei der Krisenbehandlung das Denken innerhalb von Phasenmodellen wichtig ist, einen Ansatz, den Hans Swildens (1991) mit der „Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie“ eindrucksvoll beschrieben hat.

Das Konzipieren eines Phasenmodells beinhaltet auch, dass wir Therapieplan und Handlungsregeln erstellen und insofern eine gewissen Expertentums wirksam wird, d. h. wir reagieren

unvermeidlich, also angemessen, therapeutenzentriert. Gerade die Krisenbehandlung macht deutlich wie notwendig es ist, eine Klientenzentrierung (in einem sehr spezifischen Sinne) durch eine angemessene Therapeutenzentrierung zu ergänzen.

Ich will auf Einzelheiten der verschiedenen Kriseninterventionen in den verschiedenen Phasen hier nicht eingehen, da dies in anderen Beiträgen dieses Heftes (z. B. von S. Keil und L. Teusch) erörtert wird. Grundsätzlich ist zu sagen, dass sowohl in der Schock- wie in der Reaktionsphase das gesprächspsychotherapeutische Standardverfahren nur sehr begrenzt angewandt werden kann. In Anbetracht des zentralen Anliegens der Gesprächspsychotherapie, nämlich dem Vollzug eines erhellenden und klärenden Verstehens, muss es sich hier um eine Art Prätherapie handeln. Der Therapeut ist dem Patienten einerseits zuwendendes, akzeptierendes, interessiertes und anerkennendes Gegenüber (und schon dadurch aktivieren sich Ressourcen) und andererseits beruhigt und ermutigt er, aktiviert Ressourcen, regt eventuell konstruktive Imaginationen und, konfrontiert unter Umständen auch sehr behutsam. Er wird aber, insbesondere bei schweren Krisen, auch Ratschläge und dringende Empfehlungen geben, z. B. Medikamente zu nehmen oder sich in die Obhut einer Klinik zu begeben. Diese Interventionen sind aus der Grundhaltung der Kongruenz bzw. Echtheit des Therapeuten abzuleiten (Finke 2004). Der Therapeut bringt hier aber nicht nur sein persönliches Bezugssystem ins Spiel, sondern auch sein Expertenwissen. Diese relative Therapeutenzentriertheit wird aber noch entschiedener, wenn es darum geht, durch eventuelle Zwangsmaßnahmen den Patienten vor ausgeprägten Suizid- oder Selbstverletzungsneigungen vor sich selbst zu schützen. Dabei wird natürlich der eigentlich klientenzentrierte Therapeut in dem Bemühen um Selbsttransparenz für sich immer wieder die Gründe seines therapeutenzentrierten Handelns prüfen müssen. Vor allem wird er gerade bei dem bewußten Wahrnehmen einer Therapeutenzentrierung zu klären haben, in wieweit er sich auch

von Machtgelüsten und Omnipotenzgefühlen motivieren läßt.

Wo bleiben beim oben Beschriebenen die klientenzentrierten Grundhaltungen?

- Die interessierte Zuwendung, das Anerkennen und Wertschätzen ist gerade auch bei psychisch mehr oder weniger desorganisierten Klienten wichtig und wird von diesen durchaus als solches wahrgenommen.
- Die Bereitschaft, beim Beruhigen, Ermutigen, Erteilen von Ratschlägen usw. auch jeweils seine eigene emotionale Resonanz deutlich werden zu lassen, sie also mit einer Ich-Botschaft zu verbinden, gibt diesen Interventionen etwas für den Personzentrierten Ansatz typisches.
- Selbst in der Schock- und in der Reaktionsphase wird ansatzweise ein Einführendes Verstehen realisiert. Dies bedeutet,
 - dass der Klient erlebt, wie sich der Therapeut um Einfühlung, um ein Sich-Hineinversetzen bemüht und insofern dem Klienten nahe ist.
 - dass auch dem desorganisierten Klienten immer wieder vermittelt wird, in seinen Äußerungen und in seinem zentralen Anliegen, das sich in diesem Leiden zeigt, zumindest partiell verstanden zu werden
 - dass Therapeut und Patient gemeinsam sich daran machen sollen, das noch Unverständliche zu verstehen.

3.4 Therapeuten- versus Klientenzentrierung?

Ich habe die Erfahrung machen müssen, dass der oben gebrauchte Begriff „Therapeutenzentrierung“ in Verbindung mit einem insgesamt als gesprächspsychotherapeutisch deklarierten Vorgehen bei vielen Vertretern dieses Verfahrens sofort heftige Proteste auslöste. Solche Proteste kamen manchmal auch von jenen, die selber beim Umgang mit ihrem Klienten von ihren Überlegungen über die Art der Störung und ihren Therapiekonzepten sowie deren Umsetzung beim therapeutischen

Vorgehen berichteten. Sie waren also de facto selbst zumindest insoweit therapeutenzentriert, als sie dem Klienten mit einer ausdrücklichen Urteils- und Konzeptbildung begegneten. Sie waren allerdings vermutlich nicht einseitig therapeutenzentriert, das wären sie gewesen, wenn sie im therapeutischen Vorgehen ihre Urteils- und Konzeptbildung in jeder Hinsicht um- und durchgesetzt hätten.

Hier geht es natürlich grundsätzlich um die Frage, was „klientenzentriert“ bedeutet. Es bedeutet zunächst natürlich nicht, einfach alles zu wollen und zu tun, was für den Klienten gut ist. Eine solche Auslegung wäre trivial, schon weil jeder in der Heilkunde Tätige auf ein solches Ziel verpflichtet ist. Rogers hatte mit diesem Terminus eine Gegenzentrierung zu der in der Medizin und auch in der Psychotherapie damals verbreiteten Haltung im Sinn, dass der Therapeut immer schon weiß und entscheidet, was für den Klienten gut ist und auch, wie der Klient und sein Problem zu verstehen sind. „Klientenzentriert“ bedeutet dem gegenüber neben dem unbedingten Respektieren der Entscheidungsfreiheit und Verantwortlichkeit des Klienten die Übernahme der Klientenperspektive. Dies impliziert, den Klienten aus seinem eigenen Bezugssystem zu verstehen und bemüht zu sein, „die Welt des Klienten mit dessen Augen zu sehen“ (Rogers 1977, 116). Der Therapeut hat also, versteht man diese Position konsequent, sich jeder eigenen Urteilsbildung und jeder lenkenden Einflussnahme zu enthalten. Er hat sich selbst als eigenständige Person „beiseite zu stellen“ und ganz in der Rolle eines Alter-Ego des Klienten aufzugehen (Rogers 1973, 47, 196). Die Einflussnahme des Therapeuten hat sich darauf zu beschränken, das innere Zwiegespräch des Klienten mit sich selbst anzuhören.

Später relativierte Rogers diese Position und korrigierte damit eine gewisse klientenzentrierte Einseitigkeit durch die Einführung einer echten Dialogik bzw. des Prinzips „person to person“ (Rogers 1977, 26). Hier sollte der Therapeut sich als reale Person, d. h. als der bedeutsame Andere, transparent machen und

ausdrücklich einbringen. Es stehen also zwei Beziehungskonzepte nebeneinander und in einem Ergänzungsverhältnis zueinander, die Alter-Ego- und die Dialogbeziehung (Finke 2004). Bei der letzteren wird die Therapie (als Dialog) insofern auch ein Stück weit therapeutenbestimmt, wie der Therapeut sich hier (als authentisch sich darstellender Dialogpartner) ins Spiel bringt. Rogers dachte dabei aber weniger an den Therapeuten als professionell urteilenden Diagnostiker und Behandler, sondern hatte diesen eher als Privatperson im Sinn, die in einer auf Gegenseitigkeit angelegten Kommunikation die persönliche emotionale Resonanz auf den Klienten mitteilt. Nun darf aber angenommen werden, dass bei einem so erfahrenen Therapeuten wie Rogers bei solchem Sich-Einbringen implizit auch immer etwas von seinem Expertentum ins Spiel kommt. Es fragt sich nun, ob man dieses Implizite nicht durch entsprechende Konzeptualisierung systematisch explizieren und dabei eben auch Aspekte einer funktionalistischen Pragmatik berücksichtigen sollte. Dabei ist auch zu bedenken, dass eine heilkundlich bestimmte Interaktion nicht ausschließlich nach dem Modell einer „herrschaftsfreien Kommunikation“ zu konzipieren ist.

Wir können festhalten: „Klientenzentriert“ ist nicht absolut, sondern relativ in dem Sinne zu verstehen, als der klientenzentrierte Therapeut bei aller Beachtung der Klientenperspektive auch etwas von seiner Person, der privaten wie der beruflichen, zur Geltung bringt. Dabei versucht er allerdings, seinen direkten Einfluss auf alle Entscheidungen und Konzeptbildungen des Klienten so gering wie möglich zu halten und auf die Fähigkeit zu Selbstheilung und Selbstfindung zu vertrauen. Nun stellt sich aber gerade bei der Behandlung von Krisen die Frage, wie ausgeprägt solche Zurückhaltung hier sein kann und wie weit der therapeutische Einfluss gehen muss. Wie klientenzentriert (im radikalen Sinne) kann der Therapeut hier bleiben und wie therapeutenzentriert muss er werden?

Die Beantwortung dieser Frage hängt natürlich von der Schwere einer

Krise ab. Bei leichteren Krisen, die im Rahmen einer Psychotherapie gar nicht selten auftreten, wird das im engeren Sinne klientenzentrierte Vorgehen nur geringfügig zu modifizieren sein, z. B. durch gelegentliche beruhigende und ermutigende Interventionen. Bei ernstere Krisen muss der Therapeut schon intensiver und konsequenter aus einer Dialog-Position intervenieren, indem er auch Ratschläge gibt, Bewältigungskonzepte erörtert, konstruktive Imaginationen bzw. Phantasien anregt, das negative Selbstkonzept aktiv hinterfragt und seine tiefe Sorge, u. U. aber auch seinen Ärger oder auch seine Enttäuschung mitteilt, wenn er z. B. das Gefühl hat, dass der Klient ihn durch destruktives Agieren auch auf seine Kongruenz hin testen will. Im Falle einer Notfallsituation jedoch, die eben wegen der akuten Gefährdung des Klienten als eine solche charakterisiert wird, steht der Therapeut vor einer noch nachdrücklicheren Herausforderung. Der Therapeut muss zunächst etwas tun, was im radikalen Sinne schon nicht mehr klientenzentriert ist, nämlich sich von dem Klienten ein Bild machen, also eine Diagnose erstellen. Er muss sich ein Urteil bilden über das Ausmaß der möglichen psychischen Desorganisation und damit auch der Einschränkung des Selbsthilfepotentials und der Steuerungsfähigkeit des Klienten. Vor allem muss er Art und Ausmaß der Selbstgefährdung (Selbstverletzungen, Suizid) und (allerdings in sehr seltenen Fällen) auch die Gefährdung Fremder durch den Klienten beurteilen, die Folgen dieses Zustandes sein können. Eine solche Gefährdung erfordert ein mehr oder weniger direktives Eingreifen, also ein ausgesprochen therapeutenzentriertes Vorgehen bis hin zu dem Extremfall, in dem der Therapeut bei ausgeprägter Suizidgefährdung die Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik veranlassen muss (wobei allerdings zu sagen ist, dass die meisten Suizidalen sich „überreden“ lassen, sich auf eine geschlossene Station einweisen zu lassen, so dass formalrechtlich eine Freiwilligkeit dieses Schrittes zu unterstellen ist).

So ist gerade eine Krisenbehandlung dazu angetan, das klientenzent-

rierte Konzept in Frage zu stellen. Dies bedeutet aber keineswegs, dass es in jedem Falle außer Kraft gesetzt wird. Zum einen spielt die authentisch vollzogene dialogische Position gerade in der Krisentherapie eine wichtige Rolle. Dies gilt selbst für den Extremfall einer eher gegen den Willen des Klienten vollzogenen Verordnung: Der Therapeut begründet seine Entscheidungen durch Mitteilen seiner fachlichen wie persönlichen Überlegungen und Gefühle wie z. B. Angst und Sorge. Zum anderen hat auch die oben beschriebene Alter-Ego-Position (das Klientenzentrierte im engeren Sinne) eine große, wenn auch keine ausschließliche Bedeutung. Dies gilt selbst für die therapeutische Begleitung eines sehr suizidgefährdeten Klienten, die ja auch auf einer geschlossenen Station keineswegs ausgesetzt werden sollte. Hier wird der Therapeut, schon um kongruent zu bleiben, deutlich machen, dass er in dieser besonderen Situation zwar einerseits davon überzeugt ist, auch gegen den Willen des Klienten ganz die Verantwortung übernehmen zu müssen, dass er aber andererseits weiter daran interessiert ist, die innere Welt des Klienten zu verstehen und dessen Erleben einfühlsam zu begleiten. Dies bedeutet, dass sich Klienten- und Therapeutenzentrierung nur bedingt ausschließen. Sie können im Verlaufe einer Therapie konsekutiv verlaufende Phasen sein, sie können aber auch zeitlich parallel verlaufende Vorgänge bzw. Einstellungen sein.

Literatur

- Cullberg, J. (1978): Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 5, 25–34
- Erikson, E.H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt, Suhrkamp
- Finke, J. (2004): Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart, Thieme
- Finke, J. (2005): Beziehung und Technik. PERSON, Heft 1, 2005 (im Druck)
- 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.W., Stumm, G. (Hg.): Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, 353–376

- Rogers, C.R. (1973a): Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie. München, Kindler [(1951) Client-Centred Therapy, Boston, Houghton Mifflin]
- Rogers, C.R. (1977): Therapeut und Klient. München, Kindler
- Rogers, C.R. (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. Köln, GwG [(1959) A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Development in the Client-Centred Framework. In: Koch, S. (Ed.): Psychology, A Study of a Science. Study 1: Conceptual and Systemic. Vol. 111 Formulation of the Person in the Social Context. New York- Toronto-London, McGraw-Hill]

- Speierer, G.W. (1997): Personzentrierte Gesprächspsychotherapeutische Krisenintervention. In: Moshagen, D.H. (Hg.): Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen. Heidelberg, Asanger, 113–121
- Swildens, H. (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie, Köln, GwG-Verlag
- Teusch, L., Finke, J. (1995): Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. Psychotherapeut 40, 88–95

Anzeige

Sie feiern...

... Geburtstag oder gar ein Jubiläum?



Nutzen Sie diesen schönen Anlass für ein besonderes Geschenk – spenden Sie ein Stück Ihrer „Torte“ für die Förderung der Alzheimer-Forschung und -Aufklärung.

Wie das geht? Fordern Sie kostenlos Informationen an.

Vorname: _____

Name: _____

Geboren am: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____



**ALZHEIMER
FORSCHUNG
INITIATIVE E.V.**

Alzheimer Forschung Initiative e.V.
Grabenstraße 5 · 40213 Düsseldorf
Tel.: 0800 / 200 400 1 (kostenlos)
www.alzheimer-forschung.de