

Die Bedeutung der Beziehung in der Krisenintervention

Auch heftige emotionale Zustände des Patienten müssen vom Therapeuten aufgenommen und ertragen werden können

Elmar Etzersdorfer

Zwar wird in allen Konzepten der Krisenintervention die Bedeutung der Beziehung betont, oft jedoch eher allgemein in dem Sinn, dass eine neutrale, wohlwollende Grundhaltung anzustreben sei. In diesem Artikel soll auf die Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung, die sich in Kriseninterventionen ergeben, aus psychoanalytischer Perspektive zusammenfassend eingegangen werden. Insbesondere Fallstricke, mögliche Schwierigkeiten und empfehlenswerte Strategien für Helfer werden herausgestrichen.

Einleitung

Unter «Krisenintervention» wird heute ein weites Spektrum von Vorgangsweisen verstanden, von allgemeiner Unterstützung, auch durch Laien, über die Beschreibung spezifischer psychotherapeutisch orientierter Techniken bis hin zu begrenzten psychiatrischen Behandlungen, die eigentlich zur «Notfallpsychiatrie» zu zählen sind. Als kleinster gemeinsamer Nenner findet sich ganz überwiegend, dass es sich um eine zeitlich befristete, psychotherapeutisch fundierte Vorgangsweise handelt, die über das Angebot einer neutralen therapeutischen Beziehung Entlastung auch in akuten psychosozialen Krisensituationen erzielen kann, sofern nicht psychotische, hirnorganisch geprägte klinische Bilder dominieren oder gravierende Intoxikationen vorliegen.

Es ist ein Vorgehen, das sich gerade bei Vorliegen von Suizidalität bewährt hat und dessen Entwicklung daher eng mit der Entwicklung suizidpräventiver Strategien verknüpft war. Unter «Krisen» werden akute psychosoziale Situationen verstanden; Sonneck definiert diese als «Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmass her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern» (Sonneck, 2000, S. 15). Er unterscheidet Lebensveränderungskrisen, bei denen die Umstellung auf eine veränderte Lebenssituation (die auch erwünscht sein kann) nicht gelingt, von sogenannten traumatischen Krisen, wo ein eindeutig unerwünschtes, überraschend auftretendes äusseres Ereignis den Anlass darstellt.

Die Definitionen von «Krisenintervention» sind vielleicht auch deswegen unterschiedlich, weil es oft nötig ist, flexibel verschiedene Ansätze zu verbinden, insbesondere psychologische, biologische und sozialpädagogische Ansätze. Einige Elemente der Krisenintervention mit allgemeiner Gültigkeit wurden von Sonneck (2000, S. 63) zusammengefasst. Dazu zählen

- der rasche Beginn
- Aktivität des Therapeuten (gegenüber Psychotherapie im engeren Sinn)
- Methodenflexibilität
- Fokus auf der gegenwärtigen Situation oder einem gegenwärtigen Ereignis
- Einbeziehen der Umwelt
- Entlastung als Ziel
- Zusammenarbeit (verschiedener Hilfesysteme, Institutionen etc.).

Bedeutung der Beziehung

In so gut wie allen Beschreibungen der Krisenintervention wird die Bedeutung der Beziehung herausgestrichen, gerade im Umgang mit suizidalen Menschen. Vielfach erfolgt die Beschreibung allgemein, wie bei Ringel, der die «Bindung an den Arzt» als zentralen Bestandteil der antisuizidalen Therapie beschrieb: «Die Erfahrung lehrt, dass man [...] Patienten, mit denen man wirklich

Kontakt gewonnen hat, nicht verliert.» (Ringel, 1961, S. 129). Früh wurde jedoch auch beschrieben, dass Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung auftreten können, ja vielleicht sogar zu erwarten sind. So fordert Tabachnik (1961) eine warme, akzeptierende, mütterliche Qualität im Kontakt mit suizidalen Menschen, beschreibt aber auch die Möglichkeit von «Gegenübertragungskrisen», unter denen er die Abwehr eigener aggressiv-sadistischer Regungen im Therapeuten versteht, die auf den Patienten projiziert und dort bekämpft werden können, was klarerweise zu Verwicklungen führt. Später beschrieben Maltzberger und Buie (1974) den «Gegenübertragungshass», heftige ablehnende Gefühle gegenüber einem suizidalen Menschen, die im Therapeuten induziert werden können und oft schwer tolerierbar sind, weil sie dem eigenen Anspruch an die therapeutische Arbeit entgegenlaufen.

Psychoanalytische Überlegungen zur Krisenintervention

Wohl auch als Reaktion auf die erlebbaren Verwicklungen in Kriseninterventionen wurden Empfehlungen für die Gesprächsführung formuliert, wie die «beziehungs-fördernde Grundhaltung» von Kulessa (1985). Aus psychoanalytischer Sicht muss darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei eher um wünschenswerte und ideale Vorstellungen über die helfende Beziehung handelt, die in der konkreten klinischen Situation aber durch verschiedene Aspekte beeinflusst werden: Der emotionale Druck des Betroffenen in der Krise, insbesondere bei Vorliegen von Suizidalität, wird sich bewusst wie unbewusst mitteilen und Reaktionen im Helfer auslösen, die sowohl hilfreich wie auch ungünstig wirken können. Die eigene Persönlichkeit des Helfers, seine eigenen Grenzen und Möglichkeiten, emotionale Not zu ertragen, spielen dabei eine grosse Rolle. Daher kommt bei professioneller Krisenintervention sowohl der Selbsterfahrung eine grosse Rolle zu als auch kontinuierlicher Supervision und der Zusammenarbeit in einem funktionierenden Team.

Ein konkretes Beispiel einer Krisenintervention, das bei einer Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention vorgestellt und im Anschluss publiziert worden war (Goll, 2005), beschreibt die akute Krise einer Frau, die vordergründig in der Arbeit Ängste entwickelte, Spott und Hohn befürchtete und auch Suizidgedanken hatte. Die Krisenintervention bringt eine rasche und eindrucksvolle Entlastung und führt sehr anschaulich die oben beschriebenen Aspekte jeder Krisenintervention vor Augen, gerade auch den Wert einer offenen, wertfreien, wohlwollenden Grundhaltung. In der Diskussion dazu habe ich zu zeigen gesucht, wie sich zugleich blitzschnell, eigentlich bereits am Gang in das Gesprächszimmer, eine intensive Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung zu entwickeln beginnt (Etzersdorfer, 2005). Dabei sind bereits in diesem Erstgespräch durchaus auch Aspekte negativer Übertragung (Angst

vor Ablehnung auch durch die Therapeutin), wenn auch versteckt, ausgedrückt, und sie bringen die Therapeutin, die diese Gefühle aufnimmt, möglicherweise zu einem etwas aktiveren Intervenieren. Damit ist jedoch keine Kritik des Vorgehens gemeint, dieses Hineingezogenwerden in eine Beziehung ist vielmehr unausweichlich und möglicherweise in gewissem Umfang auch notwendig, um die sehr bedrohlichen Gefühle als Therapeut angemessen aufnehmen zu können.

Ein allgemeines Modell für die Entwicklung psychischer Vorgänge wie auch des Denkens ist das von Bion beschriebene Modell «Container – contained» (Behälter – Gehalt). Es wird heute aber auch als eine grundlegende Kommunikationsweise in analytischen Beziehungen wie in Beziehungen generell angesehen. Bion bezog sich paradigmatisch auf die Beziehung zwischen Mutter und Säugling: Der Säugling kann seine eigene psychische Not anfangs nur mittels des psychischen Mechanismus der projektiven Identifizierung der Mutter mitteilen und muss hoffen, dass die Mutter in der Lage ist, unerträgliche Gefühle des Säuglings psychisch aufzunehmen. Über einen inneren Verarbeitungsvorgang der Mutter werden vorher unerträgliche Gefühle so weit erträglich, dass sie vom Säugling wieder aufgenommen und bei sich behalten werden können.

Für die Krisenintervention bedeutet dies, dass der Helfer sich als «Container» für äusserst heftige, oft nicht ertragbare Gefühle zur Verfügung stellen muss, diese aushalten muss und dadurch erreichen kann, dass sie auch für den Betroffenen ertragbar werden, was sich in der unmittelbaren emotionalen Entlastung in der Situation auswirkt. Dies bezieht den Helfer als Person jedoch in heftiger Weise ein, was im Grunde seit den Arbeiten von Tabachnik (1961) und von Maltzberger und Buie (1974) bekannt und beschrieben ist. Auch Cullberg, der das Konzept der «traumatischen Krise» entwickelt hat, nahm bereits auf das Konzept der «containing function» von Bion Bezug (Cullberg, 1978). Auch in dem von ihm geprägten Begriff der «stellvertretenden oder vikariierenden Hoffnung» (Cullberg, 1978, S. 30) ist dieses Denkmodell implizit enthalten. Es verweist auch darauf, dass der Therapeut letztlich durch seine eigene innere Stabilität, durch Rückgriff auf eigene gute verinnerlichte Objekte in der Lage ist, selbst sehr bedrohliche und belastende emotionale Zustände zu ertragen, indem er im Gegensatz zu dem Menschen in einer akuten Krise nicht nur bewusst und gedanklich, sondern auch emotional Hoffnung auf eine Lösung einer unlösbaren Situation behalten kann. Dabei geht es nicht so sehr um das Aussprechen von Hoffnung oder gar ein Gut-Zureden (das sogar auf ein «Zusammenbrechen» des «Containers» hindeuten könnte), vielmehr auf das Bewahren der eigenen Sicherheit, des eigenen Denkvermögens oder um das Wiederherstellen dieser Fähigkeit auch in der therapeutischen Situation selbst, wenn sie kurzfristig gefährdet sein mag.

Fazit

Es ist heute bekannt, dass therapeutische Beziehungen in Kriseninterventionen auch für den Therapeuten heftige emotionale Verwicklungen entstehen lassen können. Eine wohlwollende, wertschätzende, nicht argumentierende Grundhaltung ist wünschenswert und sollte angestrebt werden, es ist jedoch wichtig, sich klarzumachen, dass sie durch die Vorgänge in der Interaktion beeinflusst und verändert werden kann. Die Psychoanalyse beschreibt mit dem Konzept der projektiven Identifizierung Vorgänge, die einen wechselseitigen Austausch emotionaler, oft bei sich nicht ertragbarer Inhalte umfasst. In der Krisenintervention müssen heftige emotionale Zustände des Patienten vom Therapeuten aufgenommen und ertragen werden können, wodurch die emotionale Entlastung, die oft rasch und eindrucksvoll beobachtbar ist, erzielt werden kann. Gefahren in der Beziehung bestehen im übermäßigen Distanzieren oder umgekehrt im Verstricktwerden, was die Hilfsmöglichkeiten einschränkt. Jedoch muss überlegt werden, ob nicht häufig in Kriseninterventionen zumindest in kurzen Momenten die erstrebenswerte neutrale Grundhaltung gefährdet ist oder sogar verloren geht. Dies wird umso eher der Fall sein, je akuter die Situation ist, je unklarer der Rahmen (wie Raum, Zeit etc.) auch für den Helfer ist, oder wenn therapeuteneigene Umstände (das Anklingen eigener blinder Flecken, Zeitdruck etc.) komplizierend hinzutreten. Hilfreich und notwendig für den Therapeuten ist das Wahrnehmen der eigenen Gefühle und Reaktionen, die dann zu einem wichtigen Hilfsmittel werden können, um die Vorgänge in der Beziehung wie im Betroffenen besser zu verstehen. Dabei ist gerade bei der Krisenintervention wichtig, dass sich auch der Helfer Unterstützung suchen kann, durch die eigene Selbsterfahrung, durch Supervision oder Rückhalt durch ein Team, um die psychische Haltung, die Bion als «containing function» bezeichnet hat, zu erreichen und zu erhalten. ■



Univ.-Doz. Dr. med. Elmar Etzersdorfer
 Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und
 Psychotherapie, Psychoanalytiker (WPV, DPV/IPA)
 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft
 für Suizidprävention (DGS)
 Chefarzt des Furtbachkrankenhauses,
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Furtbachstrasse 6, D-70178 Stuttgart

Interessenskonflikte: keine

Literatur:

1. Cullberg J (1978) Krisen und Krisentherapie. *Psychiatrische Praxis* 5: 25–34.
2. Etzersdorfer E (2005) Kommentar zur Fallpräsentation von Helga Goll aus psychoanalytischer Sicht. In: Etzersdorfer E, Fartacek R, Götze P, Wolfersdorf M (Hg.) *Fallstudien zur Suizidalität*. Roderer, Regensburg, pp. 114–120.
3. Goll H (2005) Fallpräsentation: Suizidalität und ambulanter Erstkontakt. In: Etzersdorfer E, Fartacek R, Götze P, Wolfersdorf M (Hg.) *Fallstudien zur Suizidalität*. Roderer, Regensburg, pp. 203–108.
4. Kullessa C (1985) Gesprächsführung mit Suizidpatienten im Rahmen der Krisenintervention. In: Wedler H (Hg.) *Umgang mit Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus*. Roderer, Regensburg.
5. Maltzberger JT, Buie DH (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry* 30: 625–633. Auch in: Maltzberger JT, Goldblatt MJ (Ed.) (1996) *Essential papers on suicide*. New York University Press, New York, pp. 269–289.
6. Ringel E (1961) *Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem*. Brüder Hollinek, Wien.
7. Sonneck G (2000) *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Facultas, Wien, 5. Auflage (1. Auflage 1985).
8. Tabachnik N (1961) Countertransference crisis in suicidal attempts. *Archives of General Psychiatry*, 4: 572–578.

