

# Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Möglichkeiten und Grenzen

WOLFGANG TILL

## **Zusammenfassung**

Eine psychoanalytische Sicht von Krisenintervention wurde bislang in der Fachliteratur wenig diskutiert. Dieser Umstand hat seine Gründe unter anderem darin, dass Theorie und Praxis von Psychoanalyse und Krisenintervention sich in vielen Bereichen grundlegend voneinander unterscheiden. In der vorliegenden Arbeit wird einerseits aufgezeigt, in welchen Bereichen eine psychoanalytische Sicht trotzdem wichtige Anregungen für Krisenintervention erbringen und diese damit spezifizieren und bereichern kann; andererseits wird aufgezeigt, wo die Grenzen einer psychoanalytischen Sicht von Krisenintervention liegen. Diese Themen werden anhand der Bereiche Containing, Übertragung und Gegenübertragung, Einbeziehung unbewusster Aspekte und Arbeit mit einem psychodynamischen Fokus abgehandelt. Dabei werden die theoretischen und technisch-praktischen Überlegungen durch Fallbeispiele von ambulanten Kriseninterventionen veranschaulicht.

**Schlüsselwörter:** *Krisenintervention, Psychoanalyse, Containing, Übertragung und Gegenübertragung, Einbeziehen von Unbewusstem, psychodynamischer Fokus*

## **Summary**

In the specialist literature there is very little discussion on a psychoanalytical view of crisis intervention. This fact results mainly in the substantial difference of theory and practice of psychoanalysis and crisis intervention. The present publication draws the attention to such areas where a psychoanalytical approach –

despite discrepancies – can provide important stimulation and enrichment for crisis intervention. On the other hand the publication clearly shows the limits of a psychoanalytical view in the field of crisis intervention. These questions are discussed referring to containing, transference and countertransference, the inclusion of unconscious aspects and by means of case studies of ambulant crisis intervention.

**Keywords:** *Crisis intervention, psychoanalysis, containing, transference and countertransference, inclusion of the unconsciousness, psycho dynamic focus*

## **1. Warum dieses Thema?**

Krisenintervention ist ein Verfahren, das durch Methodenvielfalt und -eklektizismus gekennzeichnet ist. Viele andere Psychotherapierichtungen haben Krisenintervention in starkem Maße für sich »reklamiert« und methodische Beiträge aus ihren Bereichen für Krisenintervention zur Verfügung gestellt. Im Gegensatz dazu gibt es bislang nur wenige Arbeiten zu Krisenintervention aus einer psychoanalytischen Sicht; und in den wenigen Arbeiten dazu wird oft nicht zwischen Krisenintervention und Kurz- bzw. Fokalthherapie unterschieden. Diese »Nicht-Beschäftigung« fällt besonders deswegen auf, weil psychoanalytische Theorie und Praxis nicht nur in ihrer klassischen Form, sondern in zahlreichen psychoanalytisch orientierten/psychodynamischen Weiterentwicklungen und Modifikationen sowohl generell den Bereich Psychotherapie als auch sozialpsychiatrische und psychosoziale Arbeit beeinflusst haben und beeinflussen.

Die Gründe für diese »Abstinenz« sind möglicherweise darin zu suchen, dass Psychoanalyse und Krisenintervention an diametralen Endpunkten des Psychotherapiespektrums angesiedelt sind. Vor dem Beginn der Beschäftigung mit Krisenintervention aus einer psychoanalytischen Sicht mag es daher zunächst sinnvoll sein, sich die vielfältigen, auf den ersten Blick ins Auge springenden Unterschiedlichkeiten bzw. Gegensätzlichkeiten zwischen psychoanalytischem Denken und Arbeiten und Krisenintervention zu vergegenwärtigen. »Psychoanalyse hat eine umfassende Sicht von Vergangenheit, Lebensbiografie, Persönlichkeitsstruktur und inneren Konflikten im Auge, Krisenintervention beschäftigt sich primär mit psychischen Reaktionen auf bzw. Auseinandersetzung mit aktuellen, außergewöhnlich belastenden Lebenssituationen. Die Grundregel psycho-

analytischer Behandlung ist das freie Assoziieren; bei Krisenintervention ist meist ein in stärkerem Maße strukturiertes und fokussiertes Gespräch indiziert. Psychoanalytische Behandlungen sind hochfrequente Langzeitbehandlungen, während Krisenintervention in einem oder einigen wenigen Gesprächen stattfindet; Krisenintervention erfordert aufgrund eines meist vorhandenen aktuellen Gefährdungspotenzials ein schnell verfügbares niedrigschwelliges Vorgehen und findet daher öfter – aber nicht notwendiger Weise – in psychosozialen und sozialpsychiatrischen Institutionen statt; psychoanalytische Behandlung erfordert von den KlientInnen in relativ hohem Maß nicht nur Selbstreflexionsfähigkeit, sondern auch Frustrationstoleranz im Sinne der Fähigkeit auf Behandlungsbeginn, Behandlungsstunden und Behandlungserfolge warten zu können; daraus ergibt sich ein viel höherschwelliger Zugang (Till 2009, 773). *Trotz und wegen dieser Unterschiedlichkeiten* und wegen der generellen Bedeutung des psychoanalytischen Ansatzes scheint es eine lohnende Herausforderung zu sein, sich mit der Frage der Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Sicht von Krisenintervention zu beschäftigen.

In Anlehnung an Giernalczyk (2003) wird hier der Frage nachgegangen, »was bei Krisenintervention, die auf den allgemeinen Prinzipien von Krisenintervention beruht, zusätzlich und speziell psychoanalytisch sein kann, wie also eine psychoanalytische Sicht Krisenintervention vertieft, verbessert und spezifiziert« (Till 2009, 778). Diese Frage wird anhand der Themen »Reflexion der therapeutischen Beziehung«, »Einbeziehung von Unbewusstem« und »Arbeit mit einem psychodynamischen Fokus« behandelt, und dazu werden einige Fallbeispiele von Kriseninterventionen in einem ambulanten institutionellen Setting vorgestellt.

## **2. Krise und Krisenintervention**

Die Definition von »Krise« und Fragen der Abgrenzung und Überschneidungen von »Krise« und »Trauma« sind oft und kontroversiell diskutierte Themen. Darauf wird hier nicht näher eingegangen, da dies den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde. Als Basis für die weitere Beschäftigung mit dem Thema »Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen« werden hier nur kurz einige allgemeine Überlegungen zur Definition und Charakterisierung der Begriffe »Krise« und »Krisenintervention« vorgestellt, und dabei wird auf allgemeine Arbeiten zu Krisenintervention – unter anderem von Dross (2001), Riecher-Rössler (2004),

Schnyder/Sauvant (1993), Sonneck (2000), Stein (2009) und Till (2004 a und b) – Bezug genommen.

Von Krisen – genauer gesagt von *psychosozialen Krisen* – spricht man dann, wenn ein Mensch in einer bestimmten Lebenssituation mit neuen Ereignissen konfrontiert wird und dabei die ihm zur Verfügung stehenden Problemlösungsmöglichkeiten nicht ausreichen, um die neue Situation zu bewältigen. Das Versagen der adaptiven Funktion ruft zumeist ein massives Gefühl von Überforderung hervor; diese ist das zentrale Wesensmerkmal psychosozialer Krisen. Sie wird als unangenehm und bedrohlich erlebt und kann eine Labilisierung der gesamten Persönlichkeit und eine massive Erschütterung des Selbstwertgefühls mit sich bringen und von einer breiten Palette von psychischen und somatischen Symptomen begleitet sein. Psychosoziale Krisen sind keine krankhaften Zustände; sie kommen im Leben jedes Menschen vor. Allerdings gibt es folgende Querverbindungen zwischen psychosozialen Krisen und psychischen Erkrankungen: Nicht (hinreichend) bewältigte Krisen können Krankheiten auslösen (z.B. aus einer schlecht bewältigten Verlustkrise entsteht und verfestigt sich eine Depression) oder Menschen mit einer psychischen Grunderkrankung können psychosoziale Krisen erleben, wobei sich dann das Durchleben der Krise und eine Verschlechterung des Krankheitsbildes vermischen können (Till 2004 a).

Das Vorliegen einer Krise bedeutet nicht, dass Krisenintervention von Nöten und sinnvoll ist. Krisenintervention ist nur in akuten Phasen einer psychosozialen Krise indiziert. Der *Grad der Akuität* ist primär durch Wahrscheinlichkeitsgrad und Ausmaß möglicher Gefährdungen sowie durch das Ungleichgewicht zwischen der subjektiv empfundenen Intensität und Qualität des Krisenanlasses auf der einen Seite und dem Mangel an inneren und äußeren Bewältigungsmöglichkeiten auf der anderen Seite bestimmt; überdies kann auch eine gewisse zeitliche Nähe zum Auftreten des Krisenanlasses eine Rolle spielen.

Die *Ziele von Krisenintervention* kann man (Till 2004 a und b, Machold 1996) folgendermaßen beschreiben. Diese sind einerseits eine rasche Beseitigung von Symptomen der Krise, eine Rückkehr auf das individuell-»normale« Funktionsniveau der Betroffenen und das Auffinden individuell-»adäquater« Bewältigungsformen für die derzeitige krisenhafte Lebenssituation. Überdies sollte Krisenintervention auch dazu anregen, den Chancencharakter von Krisen bezüglich einer Weiterentwicklung wahrnehmen zu können. Dazu kann im Anschluss an

eine Krisenintervention – direkt oder nach kürzerer und längerer Pause – eine psychotherapeutische, ev. auch eine psychoanalytische Behandlung, die eine andere und breitere Reflexionsmöglichkeit bietet, indiziert sein.

Um die Methode Krisenintervention näher zu charakterisieren, werden in der Literatur oft *allgemeine Prinzipien von Krisenintervention* vorgestellt. Die wichtigsten und am häufigsten genannten sind: Einschätzung des Gefährdungspotenzials; rascher Beginn; Kontakt- und Beziehungsaufbau als zentraler Aspekt und Wirkfaktor von Krisenintervention; Fokussierung auf das aktuelle Krisenergebnis; aktiver Interventionsstil; Lösungs- und Ressourcenorientierung; emotionale Entlastung; distanzierende Methoden; supportive Methoden; ein den Krisenphasen (Unterschiede in der Schock- und der Reaktionsphase) und ein den momentanen Reaktionen der KlientInnen (Unterschiede bei Über- oder Unterstimulierungskrisen) adäquates Vorgehen; Methodenflexibilität; gute interdisziplinäre Vernetzung und zeitliche Begrenzung auf das akute Stadium der Krise.

Trotz all dieser Definitionen und Charakterisierungen bleibt festzuhalten, dass Krise und Krisenintervention randunscharfe Begriffe sind (Simmich und Reimer 1998).

### **3. Reflexion der Beziehungsgestaltung**

Einer der zentralen Topoi psychoanalytischer Theorie und Praxis ist die Beachtung und analytische Reflexion der therapeutischen Beziehung und damit der unbewussten Anteile der Beziehung und Kommunikation zwischen KlientIn und TherapeutIn. Bei Kriseninterventionen soll die therapeutische Beziehung einerseits eine Halt gebende, stabilisierende Funktion haben, andererseits kann sich die KlientIn-TherapeutIn-Beziehung aus verschiedenen Gründen sehr schwierig gestalten und die Krisenintervention erschweren oder sogar verunmöglichen. In beiden Fällen sind psychoanalytische Konzepte zur therapeutischen Beziehung von wesentlichem Nutzen. Wahrscheinlich sind diese Konzepte der wichtigste psychoanalytische Beitrag zu Krisenintervention.

Um die Bedeutung und Funktionsweise der Halt gebenden Dimension der therapeutischen Beziehung in der Krisenintervention, die zu den allgemeinen Grundprinzipien von Krisenintervention gehört, besser verstehbar und nachvollziehbar zu machen, kann Bions (1990) Konzept von »*Container-Contained*« herangezogen werden. »Bion stellt dieses als ein Prinzip des emotionalen Lernens

sowohl für die Mutter-Kind-Interaktion als auch für die analytische bzw. therapeutische Beziehung dar. Bezogen auf Letztgenannte bedeutet das, dass diese Beziehung dazu verhilft, »dass der Patient die Kapazität entwickelt, seinen mentalen Schmerz nicht nur zu erdulden, sondern besser leiden bzw. erleiden zu können. [...] Statt dass er ausagiert, projiziert oder somatisiert werden muss, kann darüber geträumt, nachgedacht und gesprochen werden« (Lazar 1993, 81). Diese Überlegungen beschreiben aber auch exakt die Situation von Menschen in akuten Krisen und die Klient-Therapeut-Interaktion in Kriseninterventionen. »In einer schweren Krise, in der Menschen Krisenintervention brauchen, sind sie, ähnlich wie das ganz kleine Kind, nicht mehr in der Lage, ihre heftigen und oft widersprüchlichen Gefühle einzuordnen und zu ertragen. Sie brauchen dann ein spiegelndes Gegenüber, das ihre Gefühle aufnimmt und in einen größeren Zusammenhang [...] stellt« (Giernalczyk 2003, 348). »Der emotional überforderte Krisenklient braucht« dann »einen Container, nämlich die Psyche des Therapeuten, der genug freie Kapazität zur Verfügung stellt, damit nicht aushaltbares, nicht verstehbares und noch nicht in Sprache fassbares, teils unbewusstes Material des Klienten einen Nistplatz findet, wo es durch die Fähigkeit« des Therapeuten zum »Tagträumen verstanden, eingeordnet, in Sprache gebracht und bewusstseinsfähig wird. Anschließend wird es in dieser veränderten Form dem Krisenklienten wieder zur Verfügung gestellt« (ebd., 349)« (Till 2009, 779). Das Containing verlangt also von den TherapeutInnen eine spezielle, sehr präzise und oft anstrengende mentale Aktivität. Bezüglich dieses Aspekts und dieser Funktionsweise spricht Giernalczyk (2003) in sehr treffender Form von Krisenintervention als *Affektregulation zu zweit*. Durch diesen Prozess des Verstehens zu zweit sollen KlientInnen, die in der Krise von Affekten überschwemmt sind – also bei einer Überstimulierungskrise – lernen, die Affekte zu ordnen und sich selber zu beruhigen; wenn KlientInnen in der Krise völlig von Kontrolle bestimmt und erstarrt sind – also bei einer Unterstimulierungskrise –, sollen sie durch das Verstehen zu zweit lernen, die zu starre Affektkontrolle lockern zu können.

Beziehung und Interaktion zwischen KlientIn und TherapeutIn können bei einer Krisenintervention sehr komplex sein, sich schwierig gestalten und gleichzeitig viele diagnostische Informationen über KrisenklientInnen und deren derzeitigen psychischen Zustand beinhalten. Dies ist nicht verwunderlich, da – dem Überforderungscharakter von Krisen entsprechend – bei KlientInnen »ansonsten

gut funktionierende psychische Strukturen und Abwehrmechanismen geschwächt sind. Regressive Tendenzen und alte Beziehungsmuster treten dann verstärkt auf; Affekte und innere Konflikte können in Krisensituationen öfter nicht direkt verbalisiert, sondern nur indirekt, szenisch oder mittels projektiver Mechanismen mitgeteilt werden« (Till 2009, 780). In diesen Fällen sind psychoanalytische Konzepte zur therapeutischen Beziehung – insbesondere zu Übertragung, Gegenübertragung, projektiver Identifikation und szenischem Verstehen – für ein besseres Verstehen von großer Bedeutung; dadurch kann vor allem bei negativen Übertragungen und projektiven »Verwicklungen« eine Eskalation in der therapeutischen Beziehung und somit ein Scheitern der Krisenintervention vermeidbar sein.

*Übertragung und Gegenübertragung* sind zentrale Konzepte der Psychoanalyse. Trotzdem sie einen mehrfachen Bedeutungswandel erfahren haben und von verschiedenen Richtungen innerhalb der Psychoanalyse unterschiedlich konzeptualisiert wurden, wird von der Bekanntheit dieser Konzepte ausgegangen und hier auf die Beschäftigung mit der Frage ihrer Definition verzichtet. Erwähnt sei hier nur eine Unterscheidung zwischen zwei grundlegend verschiedenen Übertragungsarten (Racker 2002), nämlich die zwischen *komplementärer und konkordanter Übertragung*. Bei der Erstgenannten überträgt der Klient/die Klientin eine Beziehungserfahrung und der Therapeut/die Therapeutin fühlt sich in der Gegenübertragung so wie die übertragene Person. Im zweiten Fall überträgt der Klient/die Klientin einen Selbstanteil und der Therapeut/die Therapeutin fühlt sich in der Gegenübertragung wie der Klient/die Klientin. Auch bei Kriseninterventionen kann es wichtig sein darüber Klarheit zu gewinnen, ob eine Beziehungserfahrung oder ein Selbstanteil übertragen wird. Weiters werden hier zwei andere psychoanalytische Beziehungskonzepte, die für Krisenintervention wichtig sein können, kurz vorgestellt. Bei der projektiven Identifikation geht es ebenfalls um einen als unerträglich erlebten Selbstanteil (also etwas, was es bei KrisenklientInnen oft gibt). Dieses Konzept stammt von Melanie Klein (1946) und wurde unter anderen von Ogden (1988) exemplarisch dargestellt. Bei diesem unbewusst ablaufenden seelischen Austauschprozess versuchen KlientInnen sich eines Selbstaspekts zu entledigen, indem sie diesen auf andere (die TherapeutInnen) projizieren und auf diese Druck ausüben der Projektion zu entsprechen. Die TherapeutInnen, die sich zunächst mit diesem Selbstaspekt der KlientInnen identifizieren, können

durch ihre psychischen Möglichkeiten, die sie anders als die KlientInnen haben, die Projektion verändern und den KlientInnen zur Reinternalisierung zur Verfügung stellen. Das Konzept des szenischen Verstehens besagt, dass KlientInnen Konflikte nicht nur sprachlich mitteilen, sondern unbewusst die Situation des Gesprächs wie eine Bühne benützen, auf der sie ihre Konflikte in Szene setzen. Argelander (1999), der sich mit szenischem Verstehen im Erstgespräch beschäftigt hat, meint, dass TherapeutInnen dreierlei Arten von Informationen erhalten: objektive Informationen (persönliche Angaben, biografische Fakten, Angaben über Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale), subjektive Informationen (subjektive Bedeutung der berichteten Daten) und szenische oder situative Informationen (wie KlientInnen sich und ihre Schwierigkeiten im Gespräch präsentieren, darstellen, »in Szene setzen«). Die letztgenannten Informationen sind nach Argelander für die diagnostische und prognostische Einschätzung am aufschlussreichsten. Auch bei Kriseninterventionen sind oft die szenischen Informationen – die es in irgendeiner Form bei jedem Gespräch gibt – für Verstehen und diagnostische Beurteilung des Zustands der KrisenklientInnen der wichtigste Informationskanal.

Wenn hier nun auf das Spezielle von Übertragung und Gegenübertragung bei Krisenintervention eingegangen wird, ist zunächst festzustellen, dass es einige *Übertragungs-Gegenübertragungskonstellationen* gibt, die *bei akuten Krisen häufig vorkommen und für diese charakteristisch sind* (Till 2009). Eine Besonderheit liegt darin, dass Übertragungen mit der aktuellen Lebenssituation in Zusammenhang stehen können. Wurzel der Übertragungen sind dann im Dort und Jetzt und nicht wie meist bei Langzeitbehandlungen im Dort und Damals zu suchen und werden ins Hier und Jetzt der Krisenintervention übertragen (zu diesen Begriffen, siehe Yontef 1988). Zum Beispiel stehen negative Übertragungen oft im Zusammenhang mit aktuellen Beziehungskrisen oder aktuellem Verlassenwerden und heftige Gefühle, die ursprünglich BeziehungspartnerInnen gelten, werden auf TherapeutInnen übertragen. Derartige negative Übertragungen können die Krisenintervention ebenso wesentlich erschweren wie idealisierende Übertragungen. Für letztere können die Gründe in der momentanen Krise liegen, wenn KlientInnen durch diese in besonderer Weise narzisstisch gekränkt sind. Die Gründe für idealisierende Übertragungen sind aber öfter auch in der Persönlichkeitsstruktur von KlientInnen zu suchen (z.B. in einer zugrundeliegenden narzisstischen Pro-

blematik). Eine idealisierende Übertragung erschwert in der Regel die Krisenintervention, weil einerseits eine Infragestellung der Idealisierung mittels einer Deutung den Rahmen einer Krisenintervention sprengt und von KlientInnen unter Umständen als so kränkend erlebt werden kann, dass diese die Krisenintervention abbrechen; andererseits besteht die Gefahr, dass – aufgrund der Ichstärkenden Funktion der Idealisierung – die Krisenintervention für die KlientInnen schwer beendbar wird. Ein weiterer für Krisenintervention typischer Gegenstand von Übertragungen sind unerträgliche Gefühle, da Gefühle von Überforderung ein zentrales Wesensmerkmal von Krisen sind. Je mehr ein Krisenanlass eine traumatische Qualität hat, umso eher werden Gefühle von Überwältigtsein und Unerträglichkeit bei KlientInnen auftreten. Diese Gefühle – ebenso wie die Abwehr dieser Gefühle – können die Übertragungsbeziehung beherrschen und für TherapeutInnen in der Gegenübertragung spürbar werden. Oft bringen KlientInnen TherapeutInnen mittels projektiver Mechanismen dazu, das zu spüren, was sie selber nicht aushalten. Überdies gibt es bei Trennungs- und Verlustkrisen (bei Beendigung von Beziehungen ebenso wie bei Verlust durch Tod) oft folgende Konstellation. Die Trennungs- bzw. Verlusterfahrung wird von KlientInnen im Rahmen einer Krisenintervention nach dem Muster »ich wurde verlassen, also verlasse ich dich« agiert. Mit diesem Rollentausch kann sowohl versucht werden, das Gefühl des Verlassenwordenseins mittels projektiver Übertragungsformen dem Therapeuten/der Therapeutin mitzuteilen bzw. an ihn/sie loszuwerden (im Sinne einer projektiven Identifikation) als auch aggressive Gefühle, die ursprünglich dem/derjenigen gegolten haben, von dem/der man verlassen wurde, an den Therapeuten/die Therapeutin zu richten (im Sinne negativer Übertragung).

Folgende *Fallvignette* kann als Beispiel für drei Aspekte gesehen werden: für Übertragung eines unerträglichen Selbstanteils, für das Spüren der Abwehr unerträglicher Gefühle in der Gegenübertragung des Therapeuten/der Therapeutin und für das Agieren von Verlusterfahrung durch den Klienten/die Klientin. Bei *Charlotte* ging es um einen traumatischen Verlust. Ihr Sohn hat sich nach zwei Jahren einer fortschreitenden psychischen Erkrankung für sie unerwartet suizidiert. Zwei Wochen nach dem Suizid kam sie erstmals zu mir. In den ersten Gesprächen, bei denen Trauerschmerz und die Abwehr dieses Schmerzes immer wieder ein Thema waren, brachte Charlotte vor allem konkrete Situationen (Freigabe der Leiche von der Gerichtsmedizin, Begräbnis, ihr Arbeitsbeginn nach dem Kran-

kenstand) und ihre damit in Verbindung stehenden Gefühle ein. Nach einigen Stunden und mit zunehmender Normalisierung ihres Alltags veränderten sich die Stunden und wurden deutlich schwieriger. Am Beginn berichtete Charlotte kurz, wie es ihr seit der letzten Stunde gegangen war, wobei Trauer und Verzweiflung aufflackerten. Dann verstummte sie, hatte nichts mehr zu sagen und äußerte auf mein Nachfragen, dass sie nur innere Leere empfinde. Diese Atmosphäre empfand ich zunehmend lähmend und schwer, und zunehmend wurde auch ich leer; mir fiel nichts mehr ein, und ich wurde geistesabwesend. Charlotte schien ihren Trauerschmerz (und wahrscheinlich auch andere Affekte) abzuwehren und quasi sich und im Anschluss auch mich »abzustellen«. Trotz verschiedener Deutungsversuche meinerseits war diese Dynamik nicht veränderbar, sondern nahm zu. Schließlich blieb Charlotte aus. Sie sagte die nächste vereinbarte Stunde am Anrufbeantworter ab und war dann für mich nicht mehr erreichbar. Sie ließ mich mit dem Eindruck zurück, dass ich vor der Zeit von ihr verlassen worden war, unsere Beziehung vorzeitig abgebrochen war und mit der offenen Frage »Warum?«. Meine Gefühle und Gedanken in der Gegenübertragung entsprachen also dem, was sie nach dem Verlust des Sohnes erlebt hatte. Am Ende dieser abgebrochenen, nicht zu Ende geführten Krisenintervention – also etwas, was bei Krisenintervention immer wieder vorkommen kann – war ich auf das Wahrnehmen meiner Gegenübertragungsgefühle und auf meinen Versuch zurückgeworfen, die psychodynamische Bedeutung des Abbruchs im Nachhinein zu verstehen.

Dass in Krisen heftige Gefühle auftreten und diese daher im Rahmen von Kriseninterventionen oft in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin interaktionell entfacht werden und diese(r) dann mit heftigen Gegenübertragungsgefühlen reagiert, wurde bereits erwähnt. Die Frage, wie *Handhabung und Nutzung derartiger Phänomene bei Krisenintervention* möglich sind, stellt sich deshalb, weil ein bei psychoanalytischen Behandlungen übliches deutendes Aufgreifen in der Regel nicht oder nur in beschränktem Maße möglich ist. In jedem Fall ist es aber bei Kriseninterventionen wichtig Übertragungs-Gegenübertragungsphänomene wahr zu nehmen, sie auszuhalten und zu verstehen zu versuchen; dies ist allerdings für TherapeutInnen nicht immer eine einfache Aufgabe. Wenn das Wahrnehmen und das »Dem-Druck-Standhalten« nicht gelingen, kann es zu einem Gegenübertragungsagieren oder zu einem *Gegenübertragungswiderstand* kommen. Letzteres wäre der Fall, wenn sich der Therapeut/die

Therapeutin aufgrund der Heftigkeit und Unmittelbarkeit der Gefühle, die aus der aktuellen Krisensituation entstehen, den Übertragungsprojektionen des Klienten/der Klientin verschließt und einen inneren Widerstand dagegen aufrichtet, sich »als Objekte für die Inszenierung von Übertragungen zur Verfügung zu stellen« (Ermann 1987, 106). Dies wäre für das Entwickeln der halt gebenden Funktion der therapeutischen Beziehung, die bei Krisenintervention besonders wichtig ist, hinderlich und wichtige Informationen über KlientInnen und deren Krise würden nicht wahrgenommen werden. Zu einem Gegenübertragungsgagieren käme es, wenn der Therapeut/die Therapeutin von Schrecken und Dramatik der Situation und den damit verbundenen heftigen Emotionen des Klienten/der Klientin quasi gebannt ist und nicht die notwendige professionelle Distanz zum psychischen Erleben des Klienten/der Klientin in der Krise wahren kann. Es bestünde dann die Gefahr, dass der Therapeut/die Therapeutin sich unreflektiert in Handlungen hineinziehen lässt und dabei die Frage, was der Klient/die Klientin im Sinne eines Übertragungsgeschehens mit ihm/ihr tut, was der Klient/die Klientin ihm/ihr (unbewusst) damit mitteilen will und warum der Klient/die Klientin dies tut, aus dem Auge verliert. »Eine besondere Schwierigkeit bei Kriseninterventionen besteht oft darin, dass Klienten Wünsche mit viel Druck und begleitet von heftigen Affekten direkt an den Therapeuten richten – nämlich Wünsche nach äußerer Veränderung (z.B. nach Fremdunterbringung, Medikamenten, instrumentellen Hilfestellungen, Wünsche, dass der Therapeut mit Angehörigen direkt Kontakt aufnimmt und sie zu einem bestimmten Verhalten bewegen soll) und Wünsche nach psychischer Entlastung (z.B. durch Trost, Zuwendung, Ratschläge). Diesen Wünschen nachzugeben kann ein weites Feld für Gegenübertragungsgagieren sein. Andererseits können äußere Hilfestellungen und aktives und zugewandtes Verhalten des Therapeuten für Krisenintervention essentiell notwendig sein. Hier die richtige Balance zu finden zwischen den Notwendigkeiten nach äußerer Entlastung, realer Veränderung, innerer Stabilisierung auf der einen Seite und dem Standhalten, Erkennen und Verstehen des Übertragungsgeschehens und der diesem zugrunde liegenden inneren Dynamik auf der anderen Seite ist eine der schwierigsten Aufgaben in der Krisenintervention« (Till 2009, 786). Weiters ist es notwendig, dass der Therapeut/die Therapeutin – und dies gilt für Krisenintervention ebenso wie für alle anderen Behandlungen – in sich und für sich selber eine Klärungs- und Differenzierungsarbeit leistet; damit soll

er/sie seine/ihre persönlichen Anteile an der Gegenübertragung, die mit der eignen Person und eigenen Erfahrungen zu tun haben, und die durch KlientInnen in ihm/ihr ausgelösten Gefühle und Phantasien, die quasi adäquate Reaktionen auf die Probleme des Klienten/der Klientin sind, auseinanderhalten. Weiters ist ein Durcharbeiten in der Gegenübertragung besonders bei projektiven Übertragungsformen von Wichtigkeit. Wenn es bei Krisenintervention zu projektiven Identifizierungen kommt, ist das Durcharbeiten in der Gegenübertragung oft die einzige Möglichkeit, das Übertragungsgeschehen und die KlientInnen in ihrer momentanen Verfasstheit zu verstehen.

Abschließend ist aber noch auf einen anderen Aspekt zur Handhabung von Übertragung in der Krisenintervention hinzuweisen, nämlich dass eine sogenannte *gemäßigt positive Übertragung*, eine von Vertrauen geprägte Einstellung gegenüber dem Therapeuten/der Therapeutin und seinem/ihrem Hilfsangebot, die nicht mit einer idealisierenden Übertragung zu verwechseln ist, eine gute Basis für Krisenintervention ist und bei Kriseninterventionen öfter vorkommt. Sie braucht nicht deutend hinterfragt werden; sie kann für den Aufbau der therapeutischen Beziehung, zur Stärkung des Arbeitsbündnisses und damit für eine Stabilisierung der KrisenklientInnen genutzt werden.

#### **4. Einbeziehung von Unbewusstem**

Die Beschäftigung mit dem Unbewussten – mit den KlientInnen nicht oder nur teilweise bewussten Motivationen und Persönlichkeitsanteilen, Wünschen, Ängsten, Verboten, Antrieben und Abwehren – gehört ebenso wie eine differenzierte Beschäftigung mit der therapeutischen Beziehung zu *den* zentralen Bereichen psychoanalytischer Theorie und Praxis. Bezogen auf die Arbeit mit Menschen, die sich in akuten Phasen psychosozialer Krisen befinden, wird meist die Meinung vertreten, dass aufgrund von instabilem Zustand und Gefährdungspotential eine Stabilisierung, also eine Stärkung der Ich-Funktionen, das einzige Ziel sei und ein Aufgreifen von unbewussten Aspekten die Gefahr einer zusätzlichen Destabilisierung mit sich brächte. Diese Ansicht hat ihre Berechtigung und stimmt trotzdem nur zum Teil. Denn der Versuch, unbewusste Aspekte des Menschen in der Krise zu verstehen, kann notwendig sein, um das Befinden des Menschen, der in einer Krise ist, richtig erfassen zu können, um zu klären, ob es Anteile in dem Klienten/der Klientin gibt, die die Krise mit verursacht haben, und für die

Beantwortung der Frage, ob eine Krisenintervention ausreichend ist oder eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung notwendig und sinnvoll erscheint. Es gilt hier Ähnliches wie beim Thema »Übertragung und Gegenübertragung«: diese Ebenen zu bedenken und zu versuchen sie zu verstehen erweitert die Möglichkeiten der Krisenintervention; ein deutendes Aufgreifen ist nicht oder nur beschränkt möglich.

Es stellt sich nun die Frage, inwieweit Einbeziehen von Unbewusstem im Rahmen von Krisenintervention möglich sein kann. Dazu gibt es verschiedene Positionen:

Giernalczyk (2003) meint, dass das aktuelle Krisengeschehen mit *psychischer Struktur und Lebensgeschichte* in Verbindung gebracht werden soll; diese Position ist die am weitesten gefasste und dieser Anspruch wird bei Krisenintervention oft nicht einlösbar sein.

Laimböck (1995) vertritt die Ansicht, dass der Fokus sich vor allem auf die *unbewussten Determinanten der aktuellen Krisensituation* beziehen soll, nicht aber auf die Persönlichkeitsstruktur der KrisenklientInnen; diese Sichtweise ist fokal eingegrenzter und entspricht eher den Möglichkeiten einer Krisenintervention.

Nach Schauenburg (2004) sollen *erste Bezüge zwischen äußerem Anlass und innerem Konflikt* hergestellt werden. Diese Position ist vager, am vorsichtigsten, aber auch am realistischsten.

Wie eine Beschäftigung mit unbewussten Aspekten in einer eingegrenzten, fokalen Art praktisch möglich sein kann, darauf wird im nächsten Kapitel eingegangen.

Das Sichtbarwerden unbewusster Aspekte veranschaulicht folgende *Fallvignette*. Die ca. 30jährige Klientin *Hilde* sucht in einer Beziehungskrise erstmalig eine Kriseninterventionseinrichtung auf. Ihr Freund, mit dem sie seit einigen Jahren zusammenlebt, hat sie vor drei Tagen – wie schon einige Male in letzter Zeit – während eines Streits, in dem es ebenfalls zum wiederholten Male um Konflikte bezüglich unterschiedlicher Nähe- und Distanzbedürfnisse ging – geschlagen. Die physische Gewalt war diesmal heftiger als sonst und Hilde hat deutlich sichtbare Blutergüsse im Gesicht. Nach derartigen Konflikten mit Gewaltanwendung kam es bislang immer zur Versöhnung. Trotz starker Abhängigkeit in der Beziehung (sowohl psychisch als auch beruflich durch gemeinsame Arbeitsprojekte) ist Hilde diesmal psychisch und körperlich so stark verletzt, dass

sie erstmalig entschlossen ist, den für sie schwierigen Weg einer Trennung in »Angriff zu nehmen und sich aus dieser Beziehung zu befreien«. Beim nächsten Gespräch, fünf Tage später, wirkt Hilde auf mich so als ginge es ihr physisch (Abklingen der Verletzung) und psychisch (sie wirkt stabiler) wieder weit besser. Sie beginnt die Stunde, indem sie sagt »Ich bin wieder gefangen« und korrigiert sich sofort: »Ich hab' mich wieder gefangen«. Sie teilt damit im ersten Satz unbeabsichtigt ihren derzeit aktuellen, psychischen Konflikt mit. Auf bewusster Ebene erlebt sie ihren erneuten Versuch, sich mit ihrem Freund zu arrangieren, als positiv und die positiven Aspekte der Beziehung stehen für sie im Vordergrund. Auf unbewusster Ebene fühlt sie sich gefangen und erlebt ihre Abhängigkeit als negativ. Im folgenden Gespräch gelingt es dem Therapeuten mehrfach auf ihre Fehlleistung Bezug zu nehmen und so ihren inneren Konflikt besser und für Hilde nachvollziehbarer thematisieren zu können.

## 5. Psychodynamischer Fokus

Fokussiertes Arbeiten ist – wie bereits oben erwähnt – eines der wesentlichsten allgemeinen Prinzipien von Krisenintervention. Hingegen gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, ob ein Arbeiten mit einem Fokus zu den klassischen psychoanalytischen Konzepten gehört. Eine intensive Beschäftigung mit dem Prinzip »Fokus« aus psychoanalytischer Sicht gibt es aber, seitdem ausgehend von Balint (1973) verschiedene *Konzepte zu psychoanalytischer Fokalthherapie* als eine eigene Therapieform entwickelt worden sind. Diese ist durch eine begrenzte Zielsetzung, ein begrenztes Arbeitsfeld und eine begrenzte Stundenzahl (ca. 10 – 30 Sitzungen) charakterisiert (Klüwer 2005). Für all diese Begrenzungen ist es notwendig, am Beginn der Behandlung einen spezifischen Behandlungsfokus – also eine inhaltlich sinnvolle Eingrenzung – zu definieren. Der Wahl eines passenden Fokus kommt besondere Bedeutung zu. Der psychodynamische Fokus wird zu Beginn der Therapie – in der Regel nach einigen Erstgesprächen in einer Supervisions- od. Interventionsgruppe, sogenannten Fokalkonferenzen, – in Form eines Fokalsatzes formuliert; an diesem orientiert sich dann der Therapeut/die Therapeutin während der gesamten Behandlung. Was ein Fokus in einer psychoanalytischen Fokalthherapie beinhalten soll beschreibt zum Beispiel Küchenhoff (2005) folgendermaßen: »Im Fokus wird der vordringlichste, der affektiv bedeutsamste, gegenwärtig wirksamste und therapeutisch am besten erreichbare psychische Konflikt einge-

stellt. Der Fokus sollte die Konflikte so beschreiben, dass die gegenwärtigen Beschwerden und Symptome in Bezug zu den aktuellen Beziehungskonflikten und zugleich zu den lebensgeschichtlich bedeutsamen Beziehungserfahrungen gesetzt werden können« (ebd., 50).

Hier stellt sich nun die Frage, inwieweit Erkenntnisse psychoanalytischer Fokaltherapie für Krisenintervention herangezogen werden können. Zunächst ist festzuhalten, dass es bei Krisenintervention in der Regel nicht oder nur in beschränktem Maße möglich ist, mit einem psychodynamischen Fokus zu arbeiten. Dafür gibt es mehrere Gründe: Gefährdungspotential und drohende Dekompensation und daraus resultierend eingeschränkte zeitliche Möglichkeiten und eingeschränkte Behandlungsziele. Das Fokussieren orientiert sich bei Krisenintervention – wenn man den allgemeinen Prinzipien von Krisenintervention folgt – öfter mehr an Äußerem (Handlungen) als an Innerem (Verstehen). Trotzdem können Erkenntnisse psychoanalytischer Fokaltherapie in dreierlei Hinsicht Anregungen für ein fokussiertes Arbeiten in der Krisenintervention geben. Erstens: In den Arbeiten zu psychoanalytischer Fokaltherapie werden Orientierungs- und Strukturierungsfunktion eines Fokus sowie Art und Weise fokussierten Denkens sehr anschaulich vermittelt; und dies ist auch für Krisenintervention Vorbild gebend. Zweitens: Mit Hilfe eines Fokus kann auch in einer Krisenintervention versucht werden, eine Verbindung zwischen aktuellem Krisenerleben einerseits und Persönlichkeitsstruktur, früheren Erfahrungen und einer unbewussten Bedeutung der Krise andererseits herzustellen. Das Aufgreifen derartiger Zusammenhänge ist bei einer Krisenintervention immer nur in eingeschränkter, das heißt fokaler Art und Weise möglich, also dann, wenn es in Zusammenhang mit der aktuellen Krise steht und zu deren Bewältigung dienen kann. Drittens: In den Arbeiten zu psychoanalytischer Fokaltherapie wird aufgezeigt, wie wichtig es ist, bei stark zeitlimitiertem Arbeiten Zeitbegrenzung und Beendigung immer mit zu bedenken. Die Beachtung und Thematisierung von Trennung und Ende hat bei Krisenintervention einen noch wichtigeren Stellenwert als bei Fokaltherapie, da der Zeitrahmen ein noch kürzerer ist und vor allem, weil die Trennung von dem Therapeuten/der Therapeutin aufgrund der in der Krise zentral wichtigen, Halt gebenden Funktion der therapeutischen Beziehung besonders schwierig sein und eine neue Destabilisierung hervorrufen kann.

Für Fokalthherapie ist die Bildung eines *Fokalsatzes* essentiell. Von den verschiedenen Methoden der Fokalsatzbildung ist die von Lachauer (2004) diejenige, die – wenn auch in modifizierter Form – für Krisenintervention am geeignetsten ist. Lachauer schlägt vor, in zwei aufeinander folgenden Schritten einen zweiteiligen Fokalsatz zu bilden: Der erste Teil des Satzes soll das aktuelle, bewusste bzw. bewusstseinsnahe Problem enthalten (also bei Krisenintervention die Krisenproblematik), der zweite Teil eine Hypothese über die zentralen unbewussten Motive und Hintergründe (also eine Verbindung zur unbewussten Bedeutung der Krise und ev. auch zu Persönlichkeitsstruktur und Lebensbiographie herstellen). Weiters schlägt Lachauer die Bildung eines Zusatzes vor. »Nach der Aussage über die unbewusste Dynamik kann oft ein Zusatz formuliert werden, der einen Hinweis gibt über die Richtung, in der eine Lösung des anstehenden Problems zu erwarten ist. Man kann das die Formulierung einer inneren Lösungsphantasie nennen« (ebd., 92). Diese zu formulieren, erscheint einerseits von Interesse, da bei Krisenintervention oft vorrangig die – zwar notwendigen – äußeren Lösungsschritte bedacht werden und andererseits, weil durch die Beschäftigung mit inneren Lösungsphantasien die Frage, ob für den Klienten/die Klientin eine Krisenintervention ausreichend oder im Anschluss eine Psychotherapie indiziert ist, deutlicher ins Blickfeld gerät. Lachauer empfiehlt diesen Satz in Ich-Form zu formulieren, »weil mir darin ein indirektes, atmosphärisches Ansprechen und Aktivieren der Einfühlung, der Identifikation mit der Innenwelt des Patienten zu liegen scheint... Er soll daher auch in der Sprache des Patienten gehalten sein...« und so »zurück zum Erleben des Patienten führen« (ebd., 48).

Die Modifikation der Fokalsatzbildung für Krisenintervention besteht darin, dass der Satz oft unter Zeitdruck gefunden und nicht in einer eigenen Fokalkonferenz erarbeitet werden kann. Der erste Satzteil kann oft am Ende des ersten Kriseninterventionsgesprächs formuliert werden, der zweite Satzteil sowie der Zusatz über die innere Lösungsphantasie manchmal erst nach weiteren Kriseninterventionsgesprächen; letztere sind – wie bereits gesagt – vor allem für die Einschätzung der Notwendigkeit einer nachfolgenden längerfristigen Behandlung von Bedeutung. In jedem Fall kann die Bildung eines Fokalsatzes für TherapeutInnen hilfreich sein, um die Problemlage mit ihren bewussten und unbewussten Anteilen genau zu präzisieren.

Als Beispiel für eine Fokalsatzbildung kann ein Bericht über *Ingeborg* dienen, einer 19jährigen Frau, die wenige Tage, nachdem ihre Mutter bei einem Autounfall schwer verletzt worden war und dabei einen Arm verloren hatte, einen Therapeuten aufgesucht hat. Ingeborg war die Jüngste von mehreren Geschwistern, die einzige, die damals noch bei den Eltern gelebt hat und litt (wie aus einigen Bemerkungen ersichtlich wurde) darunter, wie erfolgreich sowohl die Mutter als auch die älteren Geschwister waren. Zum Zeitpunkt der ersten zwei Kriseninterventionsgespräche befand sich die Mutter noch in künstlichem Tiefschlaf und Ingeborg war vor allem mit der sie überfordernden Frage beschäftigt, wie sie ihrer Mutter begegnen und was sie ihr sagen soll, wenn diese wieder erwacht sein wird. Der erste Teil des Fokalsatzes war für den Therapeuten zu diesem Zeitpunkt relativ leicht zu bilden: »*Ich weiß nicht wie ich mit meiner schwer verletzten Mutter umgehen soll...*«. Beim dritten Gespräch erzählte Ingeborg, wann und wie sie vom Unfall der Mutter erfahren hat. Sie war mit ihrem Freund auf Urlaub und wollte während des Urlaubs für sich zu einer Entscheidung kommen, ob sie, wenn sie von den Eltern auszieht (dieser Entschluss stand für sie bereits fest) allein oder mit ihrem Freund gemeinsam wohnen wolle und überdies, welche berufliche Ausbildung sie machen möchte; mit dem derzeitigen Studium, das dem Beruf der Mutter entsprach und ihr von dieser nahegelegt worden war, war sie unzufrieden. Aufgrund dieser zusätzlichen Informationen hat der Therapeut den zweiten Satzteil gebildet: »weil sie immer so ein tolles Vorbild war, von dem ich mich endlich emanzipieren und meinen eigenen Weg finden will...«. Die (bzw. eine der) psychodynamische(n) Bedeutung(en) der Krise lag also darin, dass Ingeborg in einer Lebensphase war, die von Loslösung von der Mutter und von einem Individuationsschritt gekennzeichnet war; dieser wurde durch den plötzlichen Unfall der Mutter blockiert. Als innere Lösungsphantasie hat der Therapeut daher formuliert: «...und ich habe noch keine Vorstellung, wie ich meine Sorge um meine Mutter und meinen Wunsch nach Loslösung unter einen Hut bringen kann.» Die Formulierung des zweiten Satzteils und des Zusatzes half dem Therapeuten bei der Einschätzung, dass für die Reflexion und Begleitung dieses Individuationsschritts unter erschwerten Bedingungen eine Krisenintervention nicht ausreichend erschien und er mit Ingeborg die Möglichkeiten einer Fokaltherapie besprochen hat.

## 6. Krisenintervention zwischen Verstehen, Deuten und Handeln

Nun werden zwei Fallbeispiele referiert, die sehr unterschiedlich sind und aufzeigen in welchem Spektrum, zwischen welchen Polen, Krisenintervention stattfinden kann und welche unterschiedlichen Interventionen dabei gefordert sind. Bei beiden Fällen sind aber die Interventionen von psychoanalytischer Haltung und psychoanalytischem Verstehen getragen.

### Fallbeispiel Maria

Maria ist 22 Jahre alt und lebt in einer Provinzstadt, die ca. 2 Stunden Zugfahrt von X, der Stadt in der ich folgendes Gespräch mit ihr geführt habe, entfernt ist. Sie berichtet, dass sie seit einigen Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung ist, es bereits einige stationäre Aufnahmen gegeben hat, dass sie als schwere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde und bereits einige Suizidversuche hinter sich hat. Über ihre Kindheit erwähnt sie, dass sie als kleines Kind von ihrer Mutter weggegeben wurde und bei Adoptiveltern aufgewachsen ist. Dass ihre Mutter sie weggegeben hat, »nichts von ihr wissen wollte« ist für sie unverständlich, nicht akzeptierbar und schmerzlich. Zur aktuellen Lebenssituation erzählt sie, dass sie ein einige Monate altes Kind hat. Dieses ist seit einiger Zeit auf Intervention der Jugendwohlfahrt hin in einem Heim untergebracht, da Maria nicht imstande ist, das Kind selber zu versorgen. Sie hat aufgehört ihr Kind dort zu besuchen, weil sie den psychischen Schmerz, den sie empfindet, wenn sie von dort weggeht und das Kind zurücklässt, nicht ertragen kann. Die Situation ist für Maria derzeit zusätzlich extrem belastend, da beim Pflschaftsgericht ein Verfahren läuft und zu erwarten ist, dass dem Vater ihres Kindes, mit dem sie keinen Kontakt mehr hat, das Obsorgerecht zugesprochen werden wird. Es geht ihr in letzter Zeit kontinuierlich schlechter. Gestern hat sie mit einem Notdienst telefoniert, da ihr Psychiater und ihre Psychotherapeutin nicht erreichbar waren. Sie hat Suizidabsichten geäußert, und der Notdienst hat sie gegen ihren Willen in eine psychiatrische Abteilung bringen lassen. Dass dies gegen ihren Willen geschehen ist, war für sie »furchtbar«. Der diensthabende Arzt, der sie von früheren stationären Aufnahmen her kannte, ließ sie wieder nach Hause gehen mit dem Versprechen, dass sie sofort wiederkommen sollte, falls es ihr schlechter ginge und die Suizidgedanken zunehmen würden. Am folgenden Tag, also an dem Tag, an dem das Gespräch zwischen Maria und mir stattgefunden hat, ist sie mit dem Zug nach X gefahren – in der Hoffnung ein Ortswechsel

würde sie »auf andere Gedanken« bringen. Stattdessen haben während der Zugfahrt ihre Suizidgedanken zugenommen, und sie spürte einen nur mühsam kontrollierbaren und mit konkreten Bildern verbundenen Impuls, sich vor den Zug zu werfen. In X angekommen suchte sie im Telefonbuch, in welche Einrichtung sie gehen könnte, und kam in ein ambulantes Kriseninterventionszentrum, wo sie das berichtete Gespräch mit mir geführt hat.

Dass es sich bei Maria sowohl um eine chronische psychische Erkrankung als auch um eine psychosoziale Krise (überfordernde Lebenssituation mit drohendem Entzug des Obsorgerechtes für das Kind) handelt, ist eindeutig. Dass die Krise ihren Höhepunkt erst erreichen wird, wenn der Entscheid des Pflschaftsgerichts feststehen wird, ist zu erwarten. Die Suizidgefahr habe ich aufgrund der sich aufdrängenden, kaum kontrollierbaren und konkreten Suizidphantasien während der Zugfahrt als ernst eingestuft. Andererseits war spürbar, dass Maria Hilfe wollte und – wenn auch in einer gewissen Ambivalenz – vor ihrer Suizidabsicht geschützt werden wollte. Der psychodynamische Hintergrund der Krise, nämlich lebensgeschichtliche Zusammenhänge zwischen ihrer Vergangenheit (sie wurde als Kind weggegeben) und ihrer aktuellen Lebenssituation (drohende Wegnahme des Kindes) – also eine Wiederholung mit veränderten Rollen – wurde im Gespräch auch sichtbar; dabei haben Schuldgefühle, dass sie ihrem Kind das »antut«, was ihr selber angetan worden war, und was sie als zentrales Problem ihres Lebens empfand, eine wesentliche Rolle gespielt.

Ab einem gewissen Zeitpunkt des Gesprächs war mir klar, dass ein äußerer Schutz derzeit für Maria notwendig sei. Ebenso fand ich es für wichtig, dass sie eine diesbezügliche Lösung selber mitentwickeln und -entscheiden und es nicht zu neuerlichen Gewalterfahrungen (die sie vom »Weggegebenwerden« als Kind, über das drohende »Wegenommenwerden« ihres Kindes bis zum Polizeieinsatz am Vortag zahlreich erlebt hatte) kommen sollte; und eine zwangsweise stationäre Aufnahme (oder auch »nur« eine persuasive Empfehlung zu einer solchen) wäre dies gewesen. Ich habe sie daher zunächst gefragt, ob im Moment ein Leben allein in ihrer Wohnung für sie aushaltbar und vorstellbar wäre oder ob sie einen äußeren Schutz bräuchte. Trotzdem sie einen Spitalsaufenthalt nicht wollte, war ihr nach längerem Nachdenken und darüber Reden klar, dass sie es derzeit allein in ihrer Wohnung nicht »schaffen« würde und einen geschützten Raum bräuchte. Meine nächste Frage war, ob die stationäre Aufnahme in ihrer Heimatstadt, was ihr

lieber gewesen wäre, oder in X erfolgen sollte. Auch auf diese Frage wurde ihr nach längerem Nachdenken und im Gespräch darüber klar, dass sie sich eine neuerliche zweistündige Zugfahrt allein nicht zutraute und die Gefahr einer weiteren und vielleicht gar nicht mehr kontrollierbaren Zunahme der Suizidimpulse bestünde. Damit war die Entscheidung für eine stationäre Aufnahme in X getroffen.

Bei diesem langen und schwierigen Kriseninterventionsgespräch (das aufgrund der ernststen Suizidgefahr beinahe eine psychiatrische Notfallsintervention war) ging es um Handlungen (stationäre Aufnahme). Bei diesen habe ich die psychodynamische Bedeutung der Krise (*vor allem bei der Frage, wie ich die stationäre Aufnahme thematisiert habe*) berücksichtigt; dass ich die aktuelle Krisensituation in einem lebensgeschichtlichen Kontext und auch mit seinen für Maria unbewussten Bedeutungen verstehen konnte, war wichtig. Ein Deuten dieser Aspekte ist in dieser Situation nicht in Frage gekommen.

### **Fallbeispiel Irmgard**

Eine junge Frau namens Irmgard kam zu zwei Gesprächen in ein Kriseninterventionszentrum. In diesen Gesprächen redet sie über folgende zwei Problembereiche. Sie ist in einer Familie aufgewachsen, die einer Sekte angehört; das bedeutet, dass ihr Leben zwanzig Jahre lang völlig reglementiert verlaufen war und es im Verbund von Familie und Sekte kaum möglich gewesen war, eigenständige Interessen und Sichtweisen zu entwickeln bzw. durchzusetzen. Es galten immer nur die Gebote und Verbote des Kollektivs. Aus der Sekte und damit auch aus ihrer Familie und ihrem Freundeskreis war sie mit Hilfe eines Mannes ausgebrochen, den sie danach geheiratet hatte. Sie merkt nun seit längerer Zeit in immer stärker werdendem Maße und in verschiedenen Bereichen ihres Alltags, welche Defizite sie in ihrem Erleben und Verhalten aufgrund ihrer Sozialisationsgeschichte hat. Sie weiß oft nicht, wie sie ihr Leben eigenständig gestalten will und soll und was ihre Wünsche und Bedürfnisse sind. Weiters berichtet Irmgard, dass es in letzter Zeit immer wieder zu Konflikten zwischen ihr und ihrem Ehemann kommt, dass sie Bedürfnisse hat aus dieser Ehe zu fliehen und dass sie an Scheidung denkt. Manchmal verlässt sie sogar fluchtartig die eheliche Wohnung und übernachtet dann woanders. Irmgard sieht zwischen diesen beiden Problembereichen keine Zusammenhänge und äußert einen vagen Wunsch nach Psychotherapie. Dabei ist ihr unklar,

ob sie eher eine Einzel- oder eine Paar-Psychotherapie machen will und sie möchte dazu von mir einen Rat. Diesen gebe ich ihr nicht, sondern ich beschäftige mich weiter mit den Inhalten ihrer Problembereiche. Da aus dem Gespräch deutlich wird, dass ihr Mann in fast allen Lebensbereichen dominant und bestimmend ist bzw. sie ihn so erlebt – sie lebt in seiner Wohnung, arbeitet in seiner Firma, hat seinen Freundeskreis übernommen – versuche ich zwischen beiden Problembereichen durch eine Deutung eine Verbindung herzustellen. Ich meine, ob sich jetzt für sie möglicherweise etwas wiederhole, was sie in Herkunftsfamilie und Sekte erlebt habe, nämlich, dass sie sich abhängig, kontrolliert, eingesperrt und ausgeliefert fühle und die einzige Lösung darin sieht auszubrechen (also eine Wiederholung eines Abhängigkeits-Autonomie-Konflikts). Aufgrund dieser Deutung beschäftigt sie sich in der Folge mit diesen Zusammenhängen. Schließlich kommt sie selber zu der Entscheidung eine Einzelpsychotherapie beginnen zu wollen, um ihre vergangenen Erfahrungen und deren Auswirkungen auf ihre aktuelle Lebenssituation und insbesondere auf ihre Ehe zu reflektieren. Sie will versuchen »das Übel bei der Wurzel anzugehen«.

Die beiden Gespräche mit Irmgard (die Krisenintervention hatte hier eher Ähnlichkeiten mit Beratungsgesprächen ohne Krisencharakter) liegen in einem ganz anderen Spektrum von Krisenintervention als das Fallbeispiel Maria. Da das Gefährdungspotential eher gering (die einzige Gefährdung bestand in einer unüberlegten, vorschnellen Trennung vom ihrem Mann) und das Reflexionsniveau von Irmgard eher hoch war, konnte ich mich auf ein Deuten beschränken. Mit *einer Inhaltsdeutung* konnte ich den lebensgeschichtlichen Kontext und den Wiederholungscharakter der aktuellen Krise aufzeigen und die Klientin zur Auseinandersetzung damit anregen. Dadurch konnte sie *selber* – und das war mit besonders wichtig – eine Entscheidung bezüglich der Psychotherapiefrage treffen.

## **7. Resümee: Möglichkeiten und Grenzen**

Mit dieser Arbeit wurde nicht nur versucht dazu beizutragen, eine theoretische Lücke zu füllen, sondern auch Anregungen für die Praxis zu geben; damit sollen einerseits im Bereich Krisenintervention Tätige motiviert werden eine psychoanalytische Sichtweise in ihre Arbeit aufzunehmen und PsychoanalytikerInnen und psychoanalytische PsychotherapeutInnen sich mehr mit Krisenintervention zu beschäftigen. Weiters wurde versucht zu konkretisieren, welche Bereicherung

und Möglichkeiten, aber auch welche Begrenzungen bei einer psychoanalytischen Sicht von Krisenintervention gegeben sind. Es wurde ausgeführt, dass das Verstehen des Beziehungsgeschehens zwischen KlientInnen und TherapeutInnen als Container-Contained-Prozess eine gute Basis für Krisenintervention darstellt und, dass die Reflexion des Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehens vor allem dann wichtig ist, wenn sich die KlientIn-TherapeutIn-Beziehung in einer Krisenintervention schwierig gestaltet. Überdies wurde aufgezeigt, dass eine Beachtung unbewusster Aspekte im Krisenerleben der KlientInnen das Verständnis für die TherapeutInnen erweitern kann; insbesondere kann das für die Klärung der Frage der Indikation zu weiterführender psychotherapeutischer Behandlung und der Frage, welche Art von Psychotherapie dann sinnhaft erscheint, wichtig sein. Dabei ist das Bilden von Fokalsätzen ein geeignetes technisches Hilfsmittel.

Die Möglichkeit einer psychoanalytischen Sicht liegt bei Krisenintervention vor allem in einem besseren Verstehen und damit in einer anderen Haltung den KlientInnen gegenüber. Hingegen ist die Anwendung psychoanalytischer Technik nur in begrenzter und modifizierter Art und Weise möglich. Aber psychoanalytisches Verstehen und psychoanalytische Haltung werden auch bei der Anwendung von Kriseninterventionstechniken, die auf den allgemeinen Prinzipien von Krisenintervention beruhen und nicht psychoanalytisch sind, einen Einfluss darauf haben, wie diese gehandhabt werden und somit auch wie sie auf KlientInnen wirken. Bei der Einbeziehung psychoanalytischer Aspekte wird bei Krisenintervention, bei der neben einem Verstehen in der Regel auch ein Handeln notwendig ist, der Schwerpunkt vom Handlungsprozess in Richtung Verstehensprozess verlagert werden. Trotzdem wird bei Krisenintervention das Verstehen bruchstückhaft bleiben und werden Handlungen zusätzlich zum Verstehen notwendig sein (Till 2009).

## **Literatur**

- Argelander, Hermann (1999): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Primus Verlag.
- Balint, Michael, Paul Ornstein & Enid Balint (1973): Fokalthherapie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bion, Wilfred (1990): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Dross, Margret (2001): Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe.

- Ermann, Michael (1987): Behandlungskrisen und die Widerstände des Psychoanalytikers. *Forum Psychoanalyse*, 3, 100-111.
- Giernalczyk, Thomas (2003): Psychodynamische Krisenintervention – »Affektregulation zu zweit«. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 347-353.
- Klein, Melanie (1946): Notes on some Schizoid Mechanisms. *Internat. J. of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Klüwer, Rolf (1995): Studien zur Fokaltherapie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Küchenhoff, Joachim (2005): Psychodynamische Kurz- und Fokaltherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Lachauer, Rudolf (2004): Der Fokus in der Psychotherapie. Stuttgart: Pfeiffer.
- Laimböck, Annemarie (1995): Situationsbezogene psychoanalytische Kurztherapie mit einem Paar. *Zeitschr. f. psychoanal. Theorie und Praxis*, 10, 82-92.
- Lazar, Ross (1993): »Container – Contained« und die helfende Beziehung. In Michael Ermann (Hg.), *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse* (68-91). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Machold, Cornelia (1996): Am Anfang war Beratung...- Fängt Krisenintervention und Kurztherapie an, wo Beratung aufhört? In H. Hennig et al. (Hg.), *Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis* (539-554). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ogden, Thomas (1988): Die projektive Identifikation. *Forum Psychoanalyse*, 4, 1-21.
- Racker, Heinrich (2002): Übertragung und Gegenübertragung. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Riecher-Rössler, Anita, Pascal Berger, Ali Tarik Yilmaz & Rolf-Dieter Stieglitz (Hg.) (2004): *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Schauenburg, Henning (2004): Psychodynamische Aspekte in der Krisenintervention. In Anita Riecher-Rössler et al. (Hg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (153-164). Göttingen: Hogrefe.
- Schnyder, Ulrich & Jean-Daniel Sauviant (Hg.) (1993): *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Simmich, Thomas & Christian Reimer (1998): Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention. *Psychotherapeut*, 3, 143-156.

- Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas.
- Stein, Claudius (2009): Spannungsfelder der Krisenintervention. Stuttgart: Kohlhammer.
- Till, Wolfgang (2004a): Krisenintervention oder Beziehung gibt Halt. In Markus Hochgerner et al. (Hg.), Gestalttherapie (232-252). Wien: Facultas.
- Till, Wolfgang (2004b): Krisenintervention in Österreich. In Gerda Mehta (Hg.), Die Praxis der Psychologie (215-224). Wien: Springer.
- Till, Wolfgang (2009): Psychoanalytische Aspekte in der Krisenintervention. Psyche, 63, 773-793.
- Yontef, Gery (1988): Assimilating diagnostic and psychoanalytic perspectives into Gestalt therapy. The Gestalt Journal, 12, 5-32.

## **Autorenhinweis**

### **Wolfgang Till**

Psychoanalytiker (WPV und IPA), Psychotherapeut, klinischer und Gesundheitspsychologe, Jurist, in freier Praxis tätig, langjähriger Mitarbeiter und ehemaliger Psychotherapeutischer Leiter des Kriseninterventionszentrums Wien, Lehrtherapeut für Integrative Gestalttherapie, Leiter des Weiterbildungscurriculum Krisenintervention von ÖAGG und ÖGATAP.

*DDr. Wolfgang Till*  
*Wiedner Hauptstrasse 114/17*  
*A-1050 Wien*

E-Mail: [wolfgang.till@kriseninterventionszentrum.at](mailto:wolfgang.till@kriseninterventionszentrum.at)