

Gerd-Walter Speierer

# Personzentrierte Krisenintervention

## Abstract:

*Ein Konzept zum Verständnis von Krisen, zur Berücksichtigung unterschiedlicher Krisenursachen und zur Planung bzw. Durchführung patienten- bzw. klientenbezogener, ätiologisch-, zustands- und zielorientierter Hilfen für Personen in Krisen wird dargestellt. Seine theoretische Grundlage ist das vom Autor entwickelte Differentielle Inkongruenzmodell (DIM) der Gesprächspsychotherapie (Speierer 1994).*

**Keywords:** Diagnostik, Indikation, Krisenintervention, Differenzieller Ansatz.

## Krisendefinition

Krise wird als ein vorübergehender Zustand betrachtet, in dem die betroffenen Personen, gemessen an ihren bisherigen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung, sich unfähig erleben, bzw. von außen betrachtet nicht in der Lage sind, ohne fremde Hilfe auszukommen. Nach dem spontanen und/oder mit fremder Hilfe erzielten Abklingen der Krise können die meisten Betroffenen entsprechend dem status quo ante wie bisher weiterleben. Das Weiterleben erfolgt mit einem mehr oder minder starken Rückfallrisiko für eine erneute Krise.

In der International Classification of Diseases (ICD 10) (Dilling et al. 1991) werden die dazugehörigen Störungen als Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43) beschrieben.

Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM) (Speierer 1994) kann bei allen psychischen Störungen und so auch bei Personen in Krisen angewendet werden. In dieser gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre steht das Konstrukt der Inkongruenz als Selbstunverträglichkeit von Erfahrungen im Mittelpunkt.

## Krisenentstehung und Krisenreaktionen im DIM

Die zentrale These des DIM für die Krisenreaktionen und Belastungsstörungen ist: Gestörtes Erleben und andere Störungssymptome bei bisher gesunden Personen in Krisen, aber auch bei Krisen von Personen mit neurotischen, psychosomatischen und teilweise psychiatrischen Vorerkrankungen sowie mit krankheitsreaktiven psychogenen Symptomen und Störungen aus der Verarbeitung körperlicher Erkrankungen und anderer schwerer Belastungen sind auch Folge von erlebter Inkongruenz zwi-

schen den Erfahrungen und dem Selbstkonzept einer Person.

Das Selbst(konzept) kann auch als das Selbstverständnis eines Menschen angesehen werden. Es beinhaltet die Vorstellungen, Wertmaßstäbe, Verhaltensregeln und Lebensgestaltungspläne, die jemand aktuell als zu sich selbst gehörend betrachtet und an denen seine Selbstidentität und seine Selbstachtung hängen.

Im differentiellen Inkongruenzmodell wird angenommen, daß akute Krisen(reaktionen) durch ein abruptes Bewußtwerden von selbstinkongruenten Erfahrungen entstehen. Sie bedrohen unvermittelt die physische oder psychosoziale Existenz der Betroffenen. Es dominiert dann eher ein selbstbedrohliches streßhaftes Überforderungs- und Insuffizienzerleben als ein selbstunverträgliches konflikthafte Zerzissen.

So könnte zum Beispiel in einer akuten Krisenreaktion Inkongruenz abrupt entstehen durch die plötzliche Erfahrung oder Erkenntnis des Scheiterns an einer Aufgabe, des Scheiterns einer Beziehung oder des Zusammenbruchs der bisherigen Lebensverhältnisse mit der Bedeutung, ich bin ein Versager bzw. ich bin nicht liebenswert bzw. ich gehöre zu den Verlierern, wenn es sich um einen Menschen handelt, dessen Selbstachtung eng an Erfolg bei dieser Aufgabe und mehr oder weniger an Erfolg in jeder Beziehung oder Situation geknüpft ist.

Derartige Inkongruenz hat zum ersten unangenehme Erlebnisqualitäten. Inkongruenz hat zum zweiten körperliche, d.h. psychosomatische Begleiterscheinungen. Inkongruenz hat zum dritten Verhaltensreaktionen. Alle drei Arten von Inkongruenzfolgen bilden in unterschiedlicher Mischung und Betonung die subjektive und objektive Symptomatik psychogener Störungen.

Die häufigsten Inkongruenz(folge)symptome sind:

1. Gefühle der psychophysischen Anspannung.
2. Gefühle von Verletzlichkeit bzw. Verletztheit.
3. Gefühle von Minderwertigkeit, Mutlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Depression und Lähmung.
4. Angstgefühle und Versuche Angst zu verringern durch Erfahrungseinschränkung in Form von Vermeidung bestimmter Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und Situationen.
5. Abrupte Verwirklichungen selbstinkongruenten Verhaltens. Sie werden leidvoll und als persönlichkeitsfremd erlebt.
6. Im Erleben zerfällt die Einheit der eigenen Persönlichkeit. Denken, Fühlen und Handeln werden zeitweise im Einklang mit dem Selbst erlebt. Zeitweise dominieren die selbstunverträglichen Erfahrungen gleichsam als Verselbständigte. Zeitweise wechseln in rascher Folge selbstkongruente und selbstinkongruente Verhaltensanteile. Sie erzeugen zusätzliche Angst und Spannung mit entsprechenden vegetativen Begleiterscheinungen durch die Verwirrung, die sie hervorrufen.
7. Eingeschränkte oder überschießende unkontrollierbar erlebte Denkprozesse, Gefühle und Handlungen treten auf. Die Patienten berichten in diesem Zusammenhang, sie fühlten sich nicht mehr als Herr im eigenen Haus, stünden wie neben sich u.ä.

In den Krisensymptomen, wie sie in den Lehrbüchern beschrieben werden, können diese Inkongruenzfolgen mehr oder weniger vollständig wiedererkannt werden.

Die Anerkennung unterschiedlicher Inkongruenzquellen bildet in der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention die Voraussetzung differentiellen Handelns.

Rogers (1959) hat den Inkongruenzbegriff in die Psychopathologie eingeführt. Er hat Inkongruenz ausschließlich „sozial-kommunikativ verursacht“ angesehen. Er hielt daher die Inkongruenz bei allen psychischen Störungen auch für sozial-kommunikativ behandelbar. Diese Uniformitätsannahme wurde inzwischen durch die klinische Praxis und Forschung gerade auch im Bereich der psychiatrischen Akutversorgung und Krisenintervention widerlegt.

Eine Erklärung der teilweise suboptimalen bzw. mangelhaften Behandlungsergebnisse der Gesprächspsychotherapie bei psychischen Störungen wurde durch das differentielle Inkongruenzmodell ermöglicht.

In seinen Annahmen zur Störungsgenese tritt, neben die sozial-kommunikative Ätiologie als einzige Inkongruenzursache die dispositionelle und lebensereignisbedingte Inkongruenzentstehung.

Die dispositionelle Inkongruenz erscheint durch eine gleichsam angeborene oder krankheitsbedingt aktualisierte Tendenz, Erfahrungen eher selbstinkongruent zu erleben statt kongruent in das Selbstkonzept zu integrieren. Die dispositionelle Inkongruenz zeigt sich in der Psychotherapie als durch Wertschätzung, Einfühlung, Thera-

peutenkongruenz und auch durch Zusatzmerkmale eher mangelhaft oder überhaupt nicht verringerbare Unfähigkeit der Patient(inn)en, Erfahrungen und Selbstbild in subjektiv erträglichen Einklang zu bringen. Klinische Beispiele dafür sind die psychotherapeutisch nicht erfolgreich behandelbaren schweren Formen der Hypochondrie, ferner die für das Selbst inkongruenten bedrohlichen Erfahrungen in den akuten Stadien der Psychosen.

Die lebensereignisbedingte Inkongruenz tritt auf entweder akut bei plötzlich auftretenden lebensverändernden Ereignissen oder allmählich bei langsamer, unausweichlicher Zuspitzung von Lebensverhältnissen. Die Erfahrung durch Lebensereignisse bzw. veränderte Lebensverhältnisse übersteigt dann die Fähigkeit der Betroffenen, diese noch selbstverträglich oder kongruent zu verarbeiten, sei es vorübergehend oder dauerhaft.

Beim abrupten plötzlichen Eintritt von überlastenden Lebensereignissen resultiert eher eine akute Krisenreaktion mit den beschriebenen Symptomen.

Beispiele dafür sind Krisenreaktionen nach Katastrophen, Kriegseinwirkungen, Verlust naher Angehöriger, Unfälle, akut auftretende psychotische Schübe und die unvermittelte Konfrontation mit lebensbedrohlichen Erkrankungen.

Bei allmählicher Belastungszunahme resultieren nach einer Phase der scheinbar symptomlosen Kompensation eher psycho- und somatreaktive Störungen mit ebenfalls deutlichen aber häufiger eher MINUS- als PLUS-Symptomen.

Beispiele dafür sind die Belastungsstörungen bei zum Tode oder schwerer Invalidität oder zunehmender Behinderung führenden Erkrankungen. Hierher gehören auch die Auswirkungen von länger dauernder Arbeitslosigkeit, Statusverlust, und andere als selbstunverträglich erlebte Einschränkungen der existentiellen Möglichkeiten. Auch hier kann als Ergebnis zunehmend erlebter Belastung zusätzlich eine akute Krisenreaktion stattfinden.

Durch die Einführung der dispositionellen Inkongruenz und der lebensereignisbedingten Inkongruenz im DIM wird anerkannt, daß nicht jede pathogene Inkongruenz psychotherapierbar ist, sei es mit den Mitteln der Gesprächspsychotherapie, sei es mit anderen psychotherapeutischen Ansätzen.

In der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention steht daher mit der Berücksichtigung der unterschiedlichen Inkongruenzquellen ein multimodales und differentielles Behandlungsangebot im Einklang mit ihrer Krankheitstheorie zur Verfügung.

Wenn die gesunden Selbstentwicklungs- und Selbstheilungskräfte sei es dispositionell, sozialkommunikativ oder lebensereignisbedingt, in Krisen außer Kraft gesetzt sind, braucht auch die Gesprächspsychotherapie Zusatzmerkmale jenseits ihrer Basismerkmale, die den Zustän-

den und Veränderungen von Personen im Verlauf einer Krise gerecht werden.

Denn Krisenreaktionen haben nach Cullberg (1978) eine charakteristische Verlaufsgestalt:

- erstens die Schockphase,
- zweitens die Reaktionsphase,
- drittens die Bearbeitungsphase und eventuell
- viertens die Neuorientierungsphase

Krisenintervention muß daher phasengerecht erfolgen:

- in der Schockphase – die Soforthilfe
- in der Reaktionsphase – die nichtverletzende Konfrontation
- in der Bearbeitungsphase – die Krisenverarbeitung, Rückfallprophylaxe und ggf. Neuorientierung.

Anzumerken ist: Krisenintervention nach der Schockphase also in der Reaktions- und Bearbeitungsphase wird nur von einer Minderheit der Patient(inn)en angenommen.

die psychotherapeutische Krisenintervention u.a. folgende Erkenntnisse ableiten:

Eine Krise kann auch gesehen werden als Inkongruenz erleben, vorzugsweise aufgrund von Lebensereignissen. Jedoch können zusätzlich sozial-kommunikative und dispositionelle Faktoren mitbeteiligt sein.

Seine Pathogenität erhält das Inkongruenz erleben durch die erlebte Bedrohung des Selbst(konzepts) und in erweitertem Sinne der Bedrohung der eigenen physischen, psychischen und oder sozialen Existenz. Eine Krisenreaktion entsteht aber erst dann, wenn die bisherigen noch funktionierenden psychischen Inkongruenzbewältigungsstrategien insuffizient oder außer Kraft gesetzt werden. Inkongruenz wird dann (abrupt und schmerzlich) bewußt. Die gleichfalls selbstbedrohlichen Inkongruenzfolgesymptome verstärken das Inkongruenz erleben wie in einem Teufelskreis.

Die Ziele der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention sind demnach eine Verringerung der erleb-

**Tab. 1:** *Zusammenschau differentialdiagnostischer Befunde und zustandsgerechte Optionen der Hilfe für die personenzentrierte Krisenintervention*

Inkongruenzquellen	Zustandsdiagnose Störungsdiagnose	Schock Soforthilfe durch Zustands- u. Situationsverständnis, Präsenz, Schutz, Stützung, Entlastung	Reaktionsphase nicht- verletzende Konfrontation mit Realität u. Gefühlen durch Psychotherapie, Beratung u. Information	Bearbeitungsphase Ereignis- und Erfahrungs- verarbeitung Erarbeitung von Perspektiven für zukünftiges Leben und zur Rückfallverhütung
Lebensereignisse  sozial-kommunikative erf. Dispositionen	Selbstbedrohliche Lebensereignisse Änderungen der Lebenssituation sexueller Mißbrauch Vergewaltigung Mißhandlung Erlebnisreaktion Beziehungskrise Identitätskrise neurotische Störungen Persönlichkeitsstörung schizotype Psychose affektive Psychose Vergiftungs-/Entzugerscheinungen organische/seelische Störungen (z.B. bei Gehirnerkrankungen) körperliche Erkrankungen mit psychischen Auswirkungen (z.B. Stoffwechselstörungen)	Leitlinien der Verwirklichung: • personenzentrierte Grundhaltung • persönliche Begegnung im Erst(gesprächs)kontakt ggf. mit Bezugspersonen • ggf. Empfehlung, Veranlassung, Organisation weiterer notwendiger Hilfen z.B. • Ortsveränderung, (WG, Frauenhaus, Krankenhaus) • Einschaltung von Behörden/Organisationen (Sozialamt, Jugendamt, Justiz, Polizei, Wohlfahrtsverbände etc.	Leitlinien der Verwirklichung: • personenzentrierte Psychotherapie • personenzentrierte Beratung • personenzentrierte Information • problemzentrierte Information (u.U. mit Einbeziehung von Bezugspersonen, Partner(in), Familienmitgliedern) • ggf. Medikamente	Leitlinien der Verwirklichung: • person-, problem- u. situationszentrierte Gespräche • Information und Beratung • Einzeltherapie • Partnertherapie • Gruppentherapie • Kuraufenthalte • soziotherapeutische Maßnahmen vor Ort • Maßnahmen der körperlichen Rehabilitation • Maßnahmen der beruflichen Qualifikation und Rehabilitation • Medikamente u.a. medizinische Maßnahmen

Tabelle 1 zeigt die differentialdiagnostische und zustandsdiagnostische phasengerechte Indikation für unterschiedliche Hilfen in der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention nach dem differentiellen Inkongruenzmodell.

Zusammenfassend ergibt sich: Aus den klientenzentrierten Definitionen und Vorgehensweisen lassen sich für

ten Inkongruenz. An ihre Stelle soll wieder Kongruenz treten durch alte und neue selbstverträgliche Erfahrungen.

Die Intervention der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention gehen i.A. über die kommunikativen Hilfen der GPT hinaus. (Beziehungsangebot mit Basis-

merkmalen, Zusatzmerkmalen, Fokussieren und bestimmten Formen der Lenkung).

Ihr Einsatz erfolgt gezielt aufgrund einer differentiellen Inkongruenzanalyse nach ätiologischen, phasen- und zustandsbedingten Kriterien.

Die GPT Krisenintervention berücksichtigt ferner die Ressourcen der Person und ihres engeren sozialen Umfeldes wie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Erfolgskriterien einer gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention sind die Wiedergewinnung von Selbstkongruenz, von Selbstwertschätzung und Selbstverständnis durch neue bzw. die erneute Erfahrungen von selbstverträglicher Autonomie, Zukunftsperspektiven und menschlichen Beziehungen. Dazu kommen wirksame Inkongruenzbewältigungsstrategien und Inkongruenztoleranz. Diese Merkmale des Erlebens und der Erfahrungsbeurteilung stehen gleich bedeutsam neben objektivierbaren Außenkriterien wie z.B. die Wiedergewinnung von Selbstständigkeit der Lebensführung, Arbeitsfähigkeit sowie der Rückgang von individuellem und/oder sozialem Problemverhalten bzw. Körpersymptomen.

#### Literatur:

Cullberg (1978) Krisen und Krisentherapie, in: Psychiatr. Prax. 5 (1978) 25-34

Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H. (1991) WHO-Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Bern (Huber) 1991

Rogers, Carl (1959) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (Hg.), Psychology, a study of a science, New York (Mc Graw Hill) 1959, Vol. 3, 184-256 (Übers. Köln: GwG 1987)

Speierer, G.-W. (1994) Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM), in: Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)

Speierer, G.-W. (1992) Medizin, Ökologie, Klientenzentrierte Psychologie und Krisenintervention, in Straumann, U. (Hg.), Beratung und Krisenintervention, Köln (GwG-Verlag), (1992) 55-83

#### Biographie:

*Prof. Dr. med. habil. Dipl. Psych. Gert-Walter Speierer, Arzt und Psychologe, Teilnehmer am La Jolla Programm, seit 1976 Leiter der Einheit Medizinische Psychologie der Universität Regensburg. Zahlreiche Publikationen zu Theorie, Technik und Diagnose der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Seit 1985 ist die Störungstheorie Forschungsschwerpunkt.*