

Reinhold Fartacek

# Aspekte Klientenzentrierter Psychotherapie in der Psychiatrie am Beispiel einer stationären Krisenintervention

## Zusammenfassung:

*In der Psychiatrie begegnen einander unterschiedliche Sichtweisen von psychischen Störungen, wie auch unterschiedliche und manchmal scheinbar gegensätzliche therapeutische Ansätze. In der vorliegenden Arbeit werden sowohl diagnostische Gesichtspunkte erörtert, als auch die Grundbedingungen für eine Krisenintervention in Form der klientenzentrierten Psychotherapie. Am Beispiel der Arbeit an einer Kriseninterventionsstation wird verdeutlicht, daß sich eine störungsspezifische und psychodynamische Sichtweise nicht ausschließen, sondern einander in einem integrativen Modell sinnvoll ergänzen können.*

**Schlagnote:** Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychiatrie, Psychiatrische Diagnostik, Theoriegeleitete klientenzentrierte Diagnostik, Stationäre Krisenintervention.

## Psychotherapie in Allgemeinen Krankenhäusern

Seit vielen Jahren wird gefordert, daß die Psychotherapie in Krankenhäusern Einzug halten müsse. Immer wieder wird darauf aufmerksam gemacht, daß Menschen im Krankenhaus in ihren bio-psycho-sozialen Bezügen wahrzunehmen sind und nicht als physikalisch-chemische Apparatur (Üexküll & Wesiak 1991). Die Forderung nach einer patientenzentrierten Medizin fand in den letzten Jahren insofern Beachtung, als der Anspruch von Patienten auf Psychotherapie im Krankenhaus neben einer Reihe von anderen Patientenrechten im Bundeskrankenanstaltengesetz fixiert wurde. Bis zum heutigen Tage konnte dieses Gesetz jedoch nur in Ansätzen umgesetzt werden. Nicht selten begegnen wir einer zynischen Argumentation der Rechtsträger von Krankenhäusern, indem behauptet wird, daß stundenweise zur Verfügung stehende Psychiater/Psychologen/Psychotherapeuten eine ausreichende psychotherapeutische Behandlung von stationären Patienten gewährleisten würden.

Allerdings hat es den Anschein, daß von Patienten und Angehörigen das Recht auf psychotherapeutische Begleitung während eines stationären Aufenthaltes in zu geringem Ausmaß eingefordert wird. Dies wahrscheinlich aus Angst davor, als psychisch krank stigmatisiert zu werden (... „vielleicht habe ich Krebs, aber verrückt bin ich deshalb noch lange nicht“ ...). Von Üexküll & Wesiak (1991) wurden verschiedene Integrationsstufen in Richtung einer

ganzheitlichen Sichtweise des Menschen im Krankenhaus entworfen. Im Rahmen einer patientenzentrierten Medizin erfolge Psychotherapie in Form von echter Teameinbindung der Psychotherapeuten. Als nächste Stufe nennt Wesiak psychotherapeutische Liaisondienste, in denen Psychotherapeuten zwar nicht voll angestellt sind, aber immerhin über die Arbeit im Einzelsetting hinausgehend, mit dem jeweiligen Stationsteam regelmäßig in Kontakt sind, z.B. in Form von Team- bzw. Fallbesprechungen. Schließlich sei noch der psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliardienst angeführt, der in Allgemeinkrankenhäusern häufig anzutreffen ist und in dessen Rahmen Psychotherapeuten im Einzelsetting mit Patienten arbeiten. Dieses Modell hat aber den gravierenden Nachteil, daß die psychotherapeutische Arbeit vom Stationsteam als etwas schwer zu Verstehendes wahrgenommen wird und eine dichotome Sichtweise von Leib und Seele fördert.

Danzinger (1998) behandelt in seiner Arbeit „Ohne Psychotherapie werden unsere Spitäler unmenschlich“ die Frage nach Inhalt und Organisation von Psychotherapie im Krankenhaus und fordert zumindest die planmäßige Errichtung von Psychotherapie-Liaisondiensten in allen Krankenhäusern. Ferner weist er auf den Umstand hin, daß Psychotherapie im Krankenhaus sich meist wesentlich von Psychotherapie durch niedergelassene Psychotherapeuten unterscheidet: „Ein wichtiger Aspekt ist der, daß sich Aufenthalte im modernen Krankenhaus ständig verkürzen, Psychotherapien aber in

der Regel lange dauern. Das heißt, daß nur eine Psychotherapie im Sinne von Krisenintervention oder Kurzzeitpsychotherapie bzw. Informationsgespräche über weitere psychotherapeutische Möglichkeiten im stationären Rahmen stattfinden können ... Wir benötigen allerdings eine Psychotherapie, die stark von der derzeit in den psychotherapeutischen Schulen angebotenen Ausbildung abweicht. Nicht nur die Medizin muß sich an die Psychotherapie anpassen, sondern auch umgekehrt, die Psychotherapie an die Medizin“ (S. 61).

## Psychotherapie im Psychiatrischen Krankenhaus

Wie steht es nun um die Psychotherapie in der Psychiatrischen Klinik? Es gilt als unbestritten, daß Psychotherapie zusammen mit psychopharmakologischen und sozialrehabilitativen Ansätzen eine zentrale Behandlungsmethode darstellt. Im Psychiatrischen Bereich der Landesnervenklinik Salzburg etwa sind 45 Mitarbeiter unterschiedlicher Quellenberufe eingetragene Psychotherapeuten. Bis vor kurzem gab es jedoch keine definierten Stellen für Psychotherapeuten unabhängig vom Quellenberuf. So ist es als kleiner Meilenstein zu betrachten, daß es kürzlich gelungen ist, an der Kriseninterventionsstation eine psychiatrische Krankenschwester aus dem Pflegedienst herauszunehmen und als Psychotherapeutin anzustellen.

Wie wird Psychotherapie in der Psychiatrie von „außen“ gesehen? Hier gibt es einige Vorurteile bzw. Mißverständnisse mit langer Tradition. Vor allem von der antipsychiatrischen Bewegung wird der Psychiatrie bis heute vorgeworfen, sie lehne sich an ein naturwissenschaftlich-reduktionistisches Verständnis von psychisch kranken Menschen an. Jeder Patient werde allein durch den Umstand der Aufnahme in die Psychiatrie schon als psychisch krank etikettiert und dadurch stigmatisiert. In der Psychiatrie finde in erster Linie eine diagnostische Etikettierung von psychisch leidenden Menschen statt.

## Psychiatrische Diagnostik versus theoriegeleiteter Diagnostik der klientenzentrierten Psychotherapie?

### Psychiatrische Diagnostik

Mit der Entstehung der Psychiatrie als eigener medizinischer Wissenschaft seit Beginn des 19. Jahrhunderts hat sich auch die psychiatrische Diagnostik entwickelt. Von den psychiatrischen Autoren der Romantik, als bedeutender Vertreter sei Heinroth genannt, wurde empirisches Material unmittelbar mit einem naturphilosophischen Hintergrund verknüpft. Wenig später forderte Griesinger, die klinische Psychiatrie habe sich dem psychophysischen Problem empirisch und nicht metaphysisch zu nähern und habe demnach psychophysiologische Forschung zu betreiben.

Seinem Konzept zufolge waren Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten aufzufassen. Im Sinne der „Einheitspsychose“ ging es

ihm nicht um ein nosographisches Aufspalten in einzelne Krankheitseinheiten sondern um die Darstellung des „Irreseins“ als eines einzigen morbus, der gesetzmäßig mehrere Stadien durchläuft (Vliegen 1980). Gegen Ende des 19. Jahrhunderts gewann eine klinisch-pragmatische Verlaufsforschung an Bedeutung, wie sie maßgeblich von Kahlbaum und Kraepelin entwickelt wurde. Kraepelin versuchte, durch eine „rein klinische“ Erfassung psychopathologischer „Tatbestände“ zu einer validen und reliablen Nosologie beitragen zu können. Im Gegensatz dazu wurde von einer „anthropologisch-phänomenologischen“ Psychiatrie dem nosologisch-kategorialen Ansatz große Skepsis entgegengebracht. Insbesondere die von Binswanger begründete daseinanalytische Richtung arbeitet den existenzphilosophisch gemeinten Aspekt des Individuellen an Genese, Ausgestaltung und Therapie seelischen Gestörtseins heraus (Hoff 1992).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden die Bemühungen um eine psychiatrische Terminologie seitens der WHO sowie seitens der American Psychiatric Association intensiviert. Studien über die Vergleichbarkeit psychiatrischer Diagnosen (Cooper 1972) legten die teilweise bestehende Unvereinbarkeit psychiatrischer „Sprachen“ offen. Hoff (1992, 10) beschreibt dies in einem Beitrag zur Geschichte der psychiatrischen Klassifikation und Diagnostik: „... Die daraus resultierende Unzufriedenheit verband sich mit der praktischen Notwendigkeit, für die therapeutische Evaluation neuentwickelter Psychopharmaka auf Meßinstrumente zurückzugreifen, die statistischen Normen genügten. Die gemeinsame Endstrecke all dieser erkenntnistheoretischen wie forschungsstrategischen Bemühungen war das, was heute als operationalisierte Diagnostik bezeichnet wird ... Kein psychiatrisch Tätiger wird die Vorteile des Operationalismus bestreiten, etwa die erhöhte Reliabilität, die deskriptive Anwendbarkeit auf dem Hintergrund ganz unterschiedlicher ätiopathogenetischer Hypothesen, die einfache rechnergestützte Auswertbarkeit und nicht zuletzt die Funktion als überschaubares terminologisches Gerüst für die Aus- und Weiterbildung.“

In der Praxis besteht jedoch auch bei Anwendung der operationalisierten Diagnosesysteme die Gefahr, daß häufig auftretende Symptomkombinationen stillschweigend wiederum als „Krankheitseinheiten“ betrachtet werden.

Bei allen Chancen, die uns die operationalisierte Diagnostik eröffnet, müssen wir uns dieser Problematik bewußt sein. So denken wir beispielsweise, wenn wir sagen, ein Patient leide an einer affektiven Störung, doch immer wieder an die „endogene Depression“, während wir bei der Diagnose einer Anpassungsstörung vom Konzept der „neurotischen Depression“ beeinflusst werden, obwohl beide Begriffe in der ICD-10 bzw. des DSM-IV in dieser Form nicht mehr verwendet werden. Insgesamt besteht jedoch Einigkeit darüber, daß die erwähnten diagnostischen Systeme einen Fortschritt für die Psychiatrie bedeuten.

## Theoriegeleitete Diagnostik der klientenzentrierten Psychotherapie.

Für die „Methode“ der klientenzentrierten/personenzentrierten Psychotherapie charakteristisch ist, daß Diagnostik im Sinne einer Definition des Klienten durch den Experten abgelehnt wird. Es geht also nicht um eine „Fremdbeurteilung“ des Klienten, im Unterschied zur psychiatrischen Akut-Diagnostik spielt der Klient selbst eine wesentliche Rolle im diagnostischen Prozeß. Sauer (1997, vgl. S. 362f.) hält fest, daß natürlich jeder Psychotherapeut diagnostische Hypothesen für sich entwirft, sich aber gleichzeitig darüber im Klaren ist, daß es sich hierbei um „diagnostische Schätzungen“ handelt. Die klientenzentrierte Psychotherapie sei demnach „ein ständig durchlebter und mitgeteilter Prozeß der Verifizierung und Verwerfung von vorläufigen bzw. geschätzten Diagnosen, eingebettet in das mitfühlende Wissen des Therapeuten“. Rogers wurde von Psychiatrie und Psychologie öfters dahingehend mißverstanden, daß er Diagnostik prinzipiell ablehne. Dieses Mißverständnis muß zum Teil im Kontext einer Kontroverse gesehen werden, in der sich vor nunmehr 30 Jahren die Psychiatrie und die antipsychiatrische Bewegung gegenüberstanden. Rogers selbst lehnte eigentlich nur die testpsychologische Diagnostik vor Beginn einer Psychotherapie ab. Rogers (1981, 207) stellt die Wahrnehmung des Klienten selbst in den Mittelpunkt des diagnostischen Prozesses: „Verhalten wird verursacht, und die psychische Ursache des Verhaltens ist eine bestimmte Wahrnehmung oder eine Art des Wahrnehmens. Der Klient ist der Einzige, der die Möglichkeit hat, die Eigentümlichkeiten seiner Wahrnehmungen und seines Verhaltens voll und ganz zu erkennen“.

Sauer (1997, 367) führt diese Gedanken fort und kommt zu dem Schluß, „daß sich psychiatrische Diagnostik und therapiespezifische Diagnostik nicht grundsätzlich ausschließen. Entscheidend bleibt, daß der individuellen Situation des Klienten verstehend begegnet wird, und die neurotischen oder psychotischen Symptome als Versuch einer Abwehrstrategie grundsätzlicher Konflikte erscheinen. Ein solches Verständnis mindert auch die Gefahr einer Stigmatisierung oder Etikettierung durch eine psychiatrische Diagnose und macht sie vereinbar mit den klientenbezogenen Grundlagen der Diagnose“.

Keil (1993, 14) definiert zusammenfassend die klientenzentrierte Diagnostik als „prozessuale Diagnostik, in deren Rahmen der Therapeut über sein eigenes Erleben hermeneutisch-intuitiv die pathologischen und gesunden Strukturen hinter dem Erleben des Klienten erfaßt und damit empathisch versteht. Wohl wird auch in der Klientenzentrierten Psychotherapie ein störungsspezifisches differenzielles Vorgehen gefordert, doch geht es auch dabei nicht um Objektivierung; den Primat hat immer die subjektive Konkordanz: wie gerade dieser Therapeut mit gerade diesem Klienten echt, akzeptierend und empathisch sein kann“.

An der Kriseninterventionsstation der Landesnervenklinik Salzburg wurden im Jahr 1997 560 Patienten stationär behandelt. 90

Prozent kamen freiwillig zu uns, zehn Prozent nach den Bestimmungen des Unterbringungsgesetzes für Psychisch Kranke wegen erheblicher Selbstgefährdung. Fast alle Patienten wurden aufgenommen, weil sie sich in einer „Lebenskrise“ befanden. Bei der überwiegenden Mehrzahl bildeten Trennungskonflikte den Krisenanlaß. Im Rahmen der Diagnostik nach ICD-10 stellte sich heraus, daß in 40 Prozent Anpassungsstörungen wie akute Belastungsreaktionen, kurze und längere depressive Reaktionen im Sinne einer „Krise“ vorlagen, in weiteren 40 Prozent fanden sich affektive Störungen, im Rahmen der Krise wurde in diesen Fällen eine Krankheitsepisode ausgelöst. Hier wird das diagnostische Dilemma bereits sichtbar. Die „Krise“ ist meistens die Spitze eines Eisbergs, hin zur Basis finden sich dann oft über Jahre bestehende psychische Erkrankungen im Sinne affektiver Störungen bis hin zu den in diagnostischer Hinsicht kontrovers betrachteten Persönlichkeitsstörungen. Schon mit der Aufnahme von Patienten befinden wir uns im Dilemma, einerseits Patienten unvoreingenommen gegenüber zu treten und damit die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zu ermöglichen, gleichzeitig aber eine diagnostische Kategorisierung durchzuführen, die letztlich auch die Basis für eine „Abrechnung“ im Rahmen der „leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung“ darstellt.

Die geschilderten Zusammenhänge machen deutlich, daß für unsere Arbeit sowohl eine theoriegeleitete psychotherapeutische Diagnostik, als auch die Verwendung eines diagnostischen Klassifikationssystems – wie etwa der ICD-10 – notwendig erscheint.

Welche Möglichkeiten stehen uns zur Verfügung, um Menschen in zugespitzten Krisen abseits von kategorisierenden diagnostischen Prozeduren zu begegnen?

Wahrscheinlich bewältigen die meisten Menschen „ihre“ Krisen selbst. Jeder Mensch besitzt ein individuelles Repertoire an Bewältigungsmechanismen, die mehr oder weniger zielführend, mehr oder weniger „gesund“ sind. Alle führen jedoch dazu, daß ein im Moment schwer erträglicher Zustand wieder abklingt, sich wieder bessert. Lediglich die Menschen, die „ihre“ Krise über längere Zeit als ausweglos erleben, nehmen professionelle Hilfe in Anspruch, was ihnen meist nicht leicht fällt. Ausweglosigkeit kann aber auch dazu führen, daß keine (professionelle) Hilfe mehr in Anspruch genommen werden kann und der selbst herbeigeführte Tod zur einzigen Alternative wird. Im Bundesland Salzburg etwa nehmen sich jedes Jahr ungefähr 120 Menschen das Leben. 80 Prozent davon kennen wir nicht, sie konnten keinen Kontakt mit professionellen Helfern aufnehmen, meist blieb auch den Angehörigen und der unmittelbaren Umgebung die Gefahr für das Leben verborgen. Wir müssen also in Zukunft erst noch Wege finden, die uns zu suizidgefährdeten Menschen führen, die nicht in der Lage sind, bestehende Hilfsangebote anzunehmen. Dies scheint nur im Rahmen einer systematischen Suizidprävention möglich zu sein. In der Psychiatrischen Klinik im allgemeinen und an der Kriseninterventionsstation im besonderen begegnen wir häufig den Menschen, die sich in einer ausweglosen Situation erleben, deren Selbstwertgefühl völlig zusammengebro-

chen ist, die also im Moment nicht glauben können, daß es eine Hilfe für sie gibt. Sie werden von Krankenhäusern z.B. nach einem Suizidversuch oder von Praktischen Ärzten zugewiesen, nicht Wenige werden von Angehörigen zu uns gebracht. Zu allererst macht der Umstand, in einer Klinik aufgenommen zu werden, Angst. Angst vor dem Unbekannten, vor der „anonymen“ Institution, Angst davor, die Freiheit der Verantwortung für das eigene Leben zu verlieren. Wie frei ein Mensch in einer von ihm als ausweglos erlebten Situation ist, ist wohl eine nicht nur medizinisch-/psychologische Fachfrage, sondern darüber hinaus eine existentiell-philosophische Frage. Dies klingt auch bei Albert Camus an, wenn er den Suizid als das einzige wirkliche philosophische Problem bezeichnet.

Ob wir Menschen in ihrer als ausweglos erlebten Krise helfen können, entscheidet sich oft schon im Erstkontakt. Als Helfer stellen wir uns, ob wir nun wollen oder nicht, immer die Frage, wie wir eine ähnliche Situation bewältigen würden, ob wir unter den Lebensbedingungen des Patienten selbst noch weiterleben könnten, beim Reflektieren der Situation des Patienten stellen wir uns also selbst immer wieder die Frage nach dem Sinn menschlicher Existenz unter leidvollen Bedingungen.

Sehr oft können wir einen Menschen verstehen, wenn er nur noch den Suizid als Bewältigung seiner als ausweglos erlebten Situation sehen kann. Gleichzeitig sind wir aber als Mitmenschen und auch im rechtlichen Kontext verpflichtet, den Suizid zum gegebenen Zeitpunkt zu verhindern und sei es dadurch, einen Menschen unter Umständen seiner Freiheit zu berauben.

Es besteht also schon vom Erstkontakt an die Gefahr, daß wir nicht mit dem Patienten gemeinsam den Kampf um sein Leben aufnehmen, sondern auf dem Boden der Suizidverhütung stehend einen Kampf gegen den Patienten zu beginnen, der nicht zu gewinnen ist, weil es nur einen Menschen gibt, der einen Suizid verhindern kann, nämlich den Betroffenen selbst, indem er sich für die Annahme der Hilfe entscheidet.

Im folgenden möchte ich versuchen, zu beschreiben, welche Möglichkeiten der klientenzentrierte Ansatz eröffnet, suizidalen Menschen näherzukommen, denen es im Moment nicht möglich ist, Lebensperspektiven zu erblicken. Damit ist nicht gemeint, auf Basis einer Theorie suizidalen Verhaltens zu handeln, eine solche wurde bisher seitens der Klientenzentrierten Psychotherapie nicht entwickelt, es wird meist auf die Arbeiten von Ringel und Henseler Bezug genommen (Scobel 1987). Das Besondere der Klientenzentrierten Psychotherapie macht nach Scobel (1987) der person-bezogene Ansatz aus, in dem sich der Berater durch das sich entwickelnde eigene Lebensverständnis seines Klienten anleiten läßt und nicht durch eine bestimmte Theorie. Die Theorien, die zur Anwendung kommen, müssen auf den jeweiligen Klienten zugeschnitten sein, weil allgemeingültige Modelle den Blick für das Individuelle, Eigene und Andersartige verstellen (Milch 1992).

Zuerst muß das Erstgespräch im Rahmen des Settings gesehen werden, in dem es stattfindet. Dies muß erwähnt werden, weil der

Alltag in Kliniken ein ungestörtes Gespräch zwischen Menschen unter vier Augen oft nicht zuläßt.

So besteht ein wesentlicher Unterschied zur Arbeit von niedergelassenen Psychotherapeuten darin, daß schon die Erstgespräche in der Klinik in der Regel nicht zwischen Patient und Therapeut zeitlich vereinbart sind. Oft sind wir uns im Unklaren darüber, ob ein Patient überhaupt etwas „von uns will“. Gleichzeitig wissen wir aber, daß das Ansprechen des Patienten auf das therapeutische Beziehungsangebot ein wichtiger prognostischer Faktor für den Erfolg einer Therapie ist. Nach Eckert et al. (1977) gibt es nachweisbare Zusammenhänge zwischen dem Erleben des ersten Therapiegesprächs und dem späteren Therapieerfolg. Dem Setting des Erstgesprächs in der Klinik kommt also eine Bedeutung zu, die von den Handelnden oft unterschätzt wird.

Es entscheidet sich unter Umständen schon zu diesem Zeitpunkt, ob eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufgebaut werden kann, die es dem Klienten ermöglicht, sich mit belastenden Inhalten zu beschäftigen. Fartacek & Mitterauer (1984) haben diese Zusammenhänge untersucht und sind der Frage nachgegangen mit wie vielen Kontaktpersonen ein Patient nach einem Suizidversuch konfrontiert ist, bis er ein psychotherapeutisch orientiertes Erstgespräch führen kann. Es stellte sich heraus, daß der Mitarbeiter des Kriseninterventionszentrums in 80 Prozent der Fälle erst nach der siebenten Stelle in der Reihe der Kontaktpersonen mit dem betreffenden Patienten das eigentliche Erstgespräch führen konnte. Auch wenn in der Zwischenzeit bedeutende strukturelle Verbesserungen getroffen werden konnten, so wird durch diese Ergebnisse doch deutlich, wie durch akutmedizinische Erfordernisse das für ein hilfreiches Erstgespräch notwendige setting gestört werden kann.

Minimale Voraussetzungen für ein Erstgespräch sind ein Zimmer, in dem nicht dauernd das Telefon läutet oder in das fortwährend jemand hereinkommt. Ferner sollte eine definierte Zeit zur Verfügung stehen, das muß nicht immer eine volle Stunde sein, oft sind suizidale Patienten auch gar nicht so lange belastbar, es kommt also ganz wesentlich auf die Qualität eines Gespräches an. Diese Feststellungen klingen wahrscheinlich banal, wer aber den Alltag in Krankenhäusern kennt, weiß was gemeint ist. Im Rahmen des Dienstbetriebes wird das Aufnahmegespräch oft nicht von dem Helfer geführt, der dann den Patienten während des stationären Aufenthaltes behandelt. Schon dieser Umstand sollte dem Patienten mitgeteilt werden. Möglichst bald nach dem Aufnahmegespräch erfährt der Patient, wer für seine Behandlung zuständig sein wird, wann die Gespräche stattfinden und wieviel Zeit dafür zur Verfügung steht. All das sollte der Patient schon vor Beginn der Behandlung wissen.

Rogers (1959, S. 213 f.) hat die Grundbedingungen einer hilfreichen therapeutischen Beziehung beschrieben und dabei wahrscheinlich nicht von vornherein das Gesprächssetting unter institutionellen Rahmenbedingungen gemeint.

**1. Die Person, die wir als Klient/Patient bezeichnen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, sie ist verletzlich und ängstlich.**

Befindet sich ein Mensch in einer als ausweglos erlebten Krise, so steht dieses Erleben in krassem Widerspruch zum Selbstkonzept. Erleben, das im Widerspruch zu den Konzepten vom Selbst steht, wird als bedrohlich registriert, es wird ein Abwehrprozeß in Gang gesetzt. Der Prozeß der Abwehr besteht in einer selektiven Wahrnehmung der Erfahrung, ihrer Verzerrung und ihrer teilweisen oder gänzlichen Unterdrückung (Sommer 1993).

In der suizidalen Zuspitzung der Krise drohen die Abwehrstrategien zu versagen, der Patient gerät in einen Zustand gesteigerter Verletzlichkeit und Ängstlichkeit. Für uns als Helfer ist es natürlich sehr schwierig, einen Menschen, der sich in einem solchen Zustand befindet, zu erreichen. Es wird dies fast unmöglich, wenn störende institutionelle Rahmenbedingungen vorliegen. Wir haben dann den Eindruck, an einen Patienten nicht „heran zu kommen“.

Speierer (1997) entwirft im Rahmen einer Arbeit zum Thema „Personzentrierte Krisenintervention“ das „Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM)“ im Sinne einer gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre und stellt dabei das Konstrukt der Inkongruenz als Selbstunverträglichkeit von Erfahrungen in den Mittelpunkt. Dem von Rogers ausschließlich als „sozial-kommunikativ verursachten“ Inkongruenzbegriff stellt er das differenzielle Inkongruenzmodell gegenüber und nähert sich durch die Formulierung der „dispositionellen Inkongruenz“ auch den Grenzen des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung von schweren psychischen Störungen. „Die dispositionelle Inkongruenz erscheint durch eine gleichsam angeborene oder krankheitsbedingt aktualisierte Tendenz, Erfahrungen eher selbst inkongruent zu erleben statt kongruent in das Selbstkonzept zu integrieren. Die dispositionelle Inkongruenz zeigt sich in der Psychotherapie als durch Wertschätzung, Einfühlung, Therapeutenkongruenz und auch durch Zusatzmerkmale eher mangelhaft oder überhaupt nicht verringerbare Unfähigkeit des Patienten, Erfahrungen und Selbstbild in subjektiv erträglichen Einklang zu bringen“.

Ausgehend von dieser differentiellen Sichtweise und unter Zugrundelegung des Krisenmodells von Cullberg entwirft er eine Krisenphasen-spezifische differentialdiagnostische Sichtweise sowie auch ein phasenspezifisches klientenzentriert-psychotherapeutisches Modell, das sehr hilfreich für den Einsatz in Akutsituationen bzw. im Krankenhaus erscheint.

**2. Die Person, die wir als Therapeut bezeichnen, ist in der Beziehung kongruent.**

„Kongruent sein heißt für den Therapeuten, eine klare Wahrnehmung des eigenen Erlebens in der Beziehung zum Klienten zu haben und dieses auch unverfälscht kommunizieren zu können. Dies

heißt keinesfalls, daß der Therapeut dazu aufgefordert ist, ständig sein Erleben dem Klienten kundzutun, vielmehr ist es eine Frage des Abwägens, ob die Selbsteinbringung der momentanen Beziehung förderlich ist oder nicht“ (Sommer 1993, S. 51). Das Spüren der Echtheit des Therapeuten ist es unter anderem, was es einem Patienten ermöglicht, Vertrauen schon zu Beginn der Behandlung aufzubauen. Ratschläge haben die meisten Patienten bis zu diesem Zeitpunkt schon zur Genüge bekommen. Es ist für ein Behandlungsteam nicht ganz einfach, dem Prinzip der Echtheit im therapeutischen Alltag zu folgen. Der Leitsatz: „Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr, worauf weisen sie mich hin?“ (Kulesa 1985) muß nicht nur für die unmittelbar Behandelnden gelten, sondern für das gesamte Team einer Station. Dies ist nur möglich, wenn eine regelmäßige Reflexion in Teambesprechungen und Supervision stattfindet.

**3. Der Therapeut bringt dem Klienten/Patienten bedingungslose wohlwollende Beachtung entgegen.**

Die Umsetzung dieser Grundbedingung erscheint im Klinikalltag besonders schwierig zu sein. Es kommt öfters zu dem Mißverständnis, der Helfer müsse mit allen emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen des Klienten einverstanden sein und sich dadurch gleichsam selbst aufgeben. Gleichzeitig erleben wir, wie gerade jüngere Mitarbeiter ohne langjährige klinische Erfahrung es schaffen, ein der Erlebenswelt des Patienten interessiertes und neugierig wohlwollendes akzeptierendes Zugewandtsein zu praktizieren.

Aus Rückmeldungen von Patienten oft lange nach dem stationären Aufenthalt wissen wir, daß diese es als sehr hilfreich erleben, unabhängig von ihrer Geschichte als Mensch gemocht und geschätzt worden zu sein.

**4. Der Therapeut erlebt empathisches Verständnis für den inneren Bezugsrahmen des Klienten/Patienten.**

Der Versuch, sich in die innere Welt des Patienten einzufühlen und dies auch in der Arbeit mit dem Patienten zu kommunizieren, ist wohl der Kern therapeutischer Aktivität. Weit über die bloße Spiegelung der vom Patienten geäußerten Gefühle hinaus geht es um die Bemühung, ein inneres, intersubjektives Verständnis für die Erlebenswelt des Patienten zu entwickeln (Sommer 1993).

**5. Der Klient/Patient nimmt in einem Mindestmaß die Bedingungen 3 und 4 wahr, nämlich die bedingungslose wohlwollende Beachtung und das empathische Verständnis des Patienten.**

Besonders Patienten, die nach Suizidversuchen zu uns zur stationären Behandlung kommen, sind zu Beginn der Behandlung oft noch nicht in der Lage, unser Beziehungsangebot anzunehmen. Liegt zum Beispiel eine im Abklingen befindliche Intoxikation vor, so

ist meist nur eine sehr oberflächliche Kommunikation möglich. Es gilt, dem Patienten Sicherheit zu vermitteln, für ihn kurzfristig zu „sorgen“ und den günstigsten Zeitpunkt für das erste problemorientierte Gespräch zu finden. Meist dann erst wird es dem Patienten möglich, zu erfahren, mit welcher Grundhaltung ihm begegnet wird.

Legt man die von Rogers formulierten Bedingungen unserer täglichen praktischen Arbeit zugrunde, so ergeben sich für die Teamarbeit an der Kriseninterventionsstation eine Reihe von inhaltlichen und organisatorischen Konsequenzen. Wolfersdorf (1989, S. 76) hat Empfehlungen für den psychotherapeutischen Umgang mit Menschen in bedrohlichen Krisensituationen formuliert, die auch wesentliche Elemente klientenzentrierter Psychotherapie enthalten:

1. Im Zentrum des Gesprächs steht die Bearbeitung des aktuellen Konfliktes.
2. Die Gespräche erfordern einen räumlichen, zeitlichen und situativen Rahmen, in dem auch der Therapeut nicht unter Druck steht.
3. Die Bereitschaft, sich auf suizidale Menschen einzulassen, erfordert vom Therapeuten die Fähigkeit zur Reflexion eigener Ängste.
4. Offenes, unbefangenes Ansprechen der Suizidgedanken.
5. Akzeptieren des Patienten und mehr Zuhören als Fragen.
6. Der Therapeut soll Übersetzungsarbeit leisten hinsichtlich des Wunsches, der hinter der Todesphantasie steht.
7. Besprechung der Suizidgedanken (Intensität und Art).
8. Hilfe bei der Verbalisierung der Gefühle.
9. Keine Frustrationen, sondern Selbstbestätigung vermitteln.
10. Einbringen der eigenen Person des Therapeuten und Darstellung der eigenen „antisuizidalen Potenz“.
11. Herausarbeiten der hinter der Suizidalität stehenden Motivstruktur.
12. Klärung der vorgegebenen Lebensstrukturen.
13. Die bindenden, lebensbejahenden Strukturen besprechen.
14. Vorsichtige Absprachen, welche die Chance von therapeutischen Veränderungen ermöglichen.
15. Rasches Einbeziehen der aktuellen Konfliktpartner.
16. Kombination mit Psychopharmakotherapie.
17. Enge Termine setzen, die Dauer und den möglichen Übergang in eine längerfristige Psychotherapie besprechen.

Wenn wir bedenken, wie kurz sich Patienten bei uns in stationärer Behandlung befinden, erhebt sich notwendigerweise die Frage des „nachher“. Die Behandlung bei uns ist im günstigen Fall der Beginn einer Auseinandersetzung des Patienten mit seinem Problem. Dazu ist das Herangehen im Rahmen einer klientenzentrierten Kurzpsychotherapie ein geeigneter Weg.

Wenn es uns gelingt, den Patienten für eine Auseinandersetzung zu interessieren, wenn wir ihm vermitteln können, daß er als Mensch

unabhängig von seiner Problemlage geschätzt wird, dann kann es auch gelingen, ihn für eine längerfristige psychotherapeutische Arbeit zu motivieren. Unsere bisherigen Erfahrungen zeigen auch, daß Patienten nach dem Abschied von uns auch tatsächlich bei den niedergelassenen Psychotherapeuten „ankommen“.

Wir bieten den Patienten nach der Entlassung noch wenige ambulante Nachsorgetermine an, um ihnen den Übergang von der Krisenintervention zur weiterführenden Psychotherapie zu erleichtern.

Zusammenfassend erscheint es also nicht nur wünschenswert und sinnvoll zu sein, Menschen im psychiatrischen Krankenhaus unter Zugrundelegung des Ansatzes der klientenzentrierten Psychotherapie zu begegnen, sondern auch konkret durchführbar.

#### Literatur:

- Cooper J.E./ Kendell R.E./ Gurland B.J./ Sharpe L./ Copeland J.R.M./ Simon R. (1972). *Psychiatric diagnosis in New York and London*: Oxford (University Press), Maudsley Monograph No 20, 1972
- Danzinger R. (1998). Ohne Psychotherapie werden unsere Spitäler unmenschlich. In: *Psychotherapieforum Supplement Vol. 6, No. 2*. (1998) 61
- Eckert J./ Schwartz H.J./ Tausch R. (1977). Klienten – Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 6 (1977) 177–184
- Fartacek R./ Mitterauer B. (1984). Probleme bei der Behandlung von Selbstmordversuchern im Bundesland Salzburg. In: *Crisis* 5/1, (1984) 9–36
- Hoff P. (1992). Historischer Abriß zur Klassifikation und Diagnostik. In: Dittmann V./ Dilling H./ Freyberger J. (Hg.). *Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – Klinische Erfahrungen bei der Anwendung*. Bern, Göttingen, Toronto (Huber) 1992.
- Keil W.W. (1993). Grundlagen der Klientenzentrierten Psychotherapie. In: *Personenzentriert, Sonderheft 1993*, 11–35
- Kulesa Ch. (1985). Gesprächsführung mit Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. In: Wedler H. (Hg.). *Umgang mit Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus*. Regensburg (Roderer) 1985
- Milch W.E. (1992). Gesprächsführung und klientenzentrierte Gesprächstherapie. In: Wedler H./ Wolfersdorf M. / Welz R. (Hg.). *Therapie bei Suizidgefährdung*. Ein Handbuch. Regensburg (Roderer) 1992
- Rogers C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Ed.). *Psychology: A Study of Science. Study I: Conceptual and systematic*, Vol. 3: Formulations of the person and the social context. New York (Mc Graw Hill) 1959, 184–256
- Rogers C.R. (1981). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München (Kindler) 1981, 4. A.
- Sauer J. (1997). Zur Bedeutung der Diagnostik in der klientenzentrierten Psychotherapie. In: *Psychotherapeut*, 42 (1997) 362–368.
- Scobel W.A. (1987). Suizidalität. Erklärungsmodelle und Anleitung zur psychotherapeutischen Hilfe. In: *Gw Zeitschrift*, 66 (1987)
- Sommer K. (1993). Theorie der Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung; Ätiologiemodell und Therapietheorie der Klientenzentrierten Psychotherapie. In: *Personenzentriert, Sonderheft 1993*, 36–64

- Speierer G.W. (1997). Personzentrierte Krisenintervention. In: Person, 1 (1997), 62-65
- Uexküll Th./ Wesiak W. (1991). Theorie der Humanmedizin. München, Wien, Baltimore (Urban & Schwarzenberg) 1991
- Vliegen J. (1980). Die Einheitspsychose-Geschichte und Problem. Stuttgart (Enke) 1980
- Wolfersdorf M. (1989). Erkennen und Beurteilen von Suizidalität. In: Therapiewoche, 39 (1989) 2947-2958.

**Biographie:**

*Reinhold Fartacek, geb. 1953, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeut, Leiter des Kriseninterventionszentrums der Christian-Doppler-Klinik, I. Psychiatrische Abteilung, Ignaz-Harrer-Strasse 79, 5020 Salzburg, e-mail: R.Fartacek@lksbg.gv.at*

*Arbeitsschwerpunkte:*

*Ambulante und stationäre Krisenintervention, Suizidprävention*

*Funktionen:*

*Vorstandsmitglied des Österreichischen Vereines für Suizidprävention, Krisenintervention und Konfliktbearbeitung (ÖVSKK). National Representative für Österreich in der International Association for Suicide Prevention (IASP), Schriftleiter der Zeitschrift „KRISE aktuell“ des ÖVSKK.*