

# ÖAGG

# FEEDBACK 1&2/2015

Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung

## → KRISENINTERVENTION

Mit Beiträgen von:

**Claudius Stein**

**Wolfgang Till**

**Helene Bader**

# **ÖAGG Feedback**

## **Doppelheft 1&2 2015**

### **Herausgeber**

Maria-Anna Pleischl und Günter Dietrich

### **Forschungsbeirat des ÖAGG**

Günter Dietrich, Mag. phil. Dr., MEd, *Wien*

Karin Hruby, DI, *Wien*

Gabriele Sachs, Univ.Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Dr.<sup>in</sup> med., *Wien*

Human-Friedrich Unterrainer, PD Mag. Dr.rer.nat Dr. scient.med., *Graz, Wien*

Sabine Völkl-Kernstock, Ass.-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> phil. Dr.<sup>in</sup> rer.nat., *Wien*

Michael Wieser, Ass.-Prof. Mag. Dr.phil., *Keutschach*

### **Internationaler Beirat**

Renate Cogoy, Dr.<sup>in</sup>. *Triest*

Robi Friedman, Dr., *Haifa*

Zerka Moreno, *Charlottesville VA*

Josef Shaked, Prof. Dr., *Wien und Altaussee*

# Inhalt

<b>Editorial</b> .....	<b>4</b>
<b>Fachbeiträge</b> .....	<b>6</b>
Claudius Stein – Krisenintervention: Grundlagen und spezielle Methodik.....	6
Wolfgang Till – Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Containing, Übertragung, Gegenübertragung.....	24
Wolfgang Till, Claudius Stein – Zwanzig Jahre Weiterbildungscurriculum Krisen- intervention von ÖAGG und ÖGATAP – Ein Erfahrungsbericht .....	39
Helene Bader – Krisenintervention im Kontext der Schuld .....	46
<b>Rückblick auf die Gestalttage 2015</b> .....	<b>59</b>
<b>Nachrufe</b> .....	<b>62</b>
<b>Terminkalender</b> .....	<b>65</b>
<b>Neue Mitglieder im ÖAGG</b> .....	<b>67</b>
<b>Gruppenangebote</b> .....	<b>68</b>
<b>Crossover</b> .....	<b>75</b>
<b>Rezensionen</b> .....	<b>78</b>

## *Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!*

So unzweifelhaft wie Krisen einen natürlichen Teil der menschlichen Biografie bilden, so sehr sind Krisen auch Momente im Leben, die uns unsere Verletzlichkeit und Hilfebedürftigkeit spürbar machen. In der wahrscheinlich tragischsten Konsequenz können Krisen in den Suizid münden, der in der präsuizidalen Einengung einer akuten Krise häufig als der vermeintlich letzte Ausweg gesehen wird. Auch wenn die aktuelle Statistik zur Suizidmortalität im internationalen Vergleich Österreich in die europäische Mittelgruppe einordnet – die Extremwerte dieser Tabelle werden am unteren Ende von Zypern und am oberen Ende von Litauen eingenommen – sterben doch in Österreich mehr als doppelt so viele Menschen durch Suizid als im Straßenverkehr.<sup>1</sup>

Dies ist ein deutlicher Hinweis für die Bedeutung der Suizidprophylaxe, was sich auch in der zeitlichen Auswertung der österreichischen Suizidstatistik abbildet: Mit dem Ausbau und der Verbesserung der psychosozialen Versorgung seit der Mitte der 1980er Jahre ist die Suizidmortalität in Österreich von fast 30 auf rund 15 von 100.000 EinwohnerInnen gesunken. Sicherlich kommen sozialen Faktoren wie dem mittleren Pro-Kopf-Einkommen oder Arbeitslosigkeit zur Vulnerabilität in Krisensituationen eine hohe Bedeutung zu, aber zweifellos ist die rasche und niedrigschwellige Verfügbarkeit psychosozialer Hilfe von zentraler Bedeutung. Die Krisenintervention ist somit ein wesentlicher Teil der Versorgungslandschaft für die psychische Gesundheit. Wie in allen Feldern des Gesundheitswesens ist auch hier eine interdisziplinäre Ausrichtung – etwa durch psychotherapeutische, ärztliche oder notfallpsychologische Hilfe – und ein zuweilen fließend erscheinender Übergang von professioneller Hilfe zu Angeboten der ehrenamtlichen Bürgerhilfe vorhanden.

Dieses Schwerpunktheft wird durch den Beitrag „Krisenintervention: Grundlagen und spezielle Methodik“ von Claudius Stein eröffnet. Der Autor fasst auf der Basis seiner langjährigen Praxis den State of the Art der Krisenintervention (KI) zusammen und gibt mit Fallbeispielen einen Einblick in die therapeutische Arbeit mit Menschen in

---

<sup>1</sup> Vgl. Kapusta, Nestor, 2012: Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2011. Wien: Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, MedUni Wien.

Krisensituationen. Darüber hinaus werden die Chancen von Krisen angesprochen – da die Krisenbewältigung Prozesse der Weiterentwicklung und Reifung beinhaltet. Im zweiten Artikel bringt Wolfgang Till einen Zugang zum psychodynamischen Verständnis der KI. Sein Beitrag mit dem Titel „Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Containing, Übertragung, Gegenübertragung“ geht von zentralen psychoanalytischen Konzepten aus und stellt sie settingspezifisch für die KI dar. Auch bei diesem Beitrag runden Fallbeispiele die Überlegungen für die therapeutische Praxis ab. Der dritte Beitrag, gemeinsam von Wolfgang Till und Claudius Stein geschrieben, führt die LeserInnen in die Konzeption und in die Erfahrungsgeschichte des seit nunmehr 20 Jahren laufenden Weiterbildungscurriculums für Krisenintervention im ÖAGG. Den Abschluss bildet die Einzelfallstudie „Krisenintervention im Kontext von Schuld“ von Helene Bader. Die Autorin beleuchtet spezifische Rollenanforderungen für PsychotherapeutInnen im Praxisfeld der Krisenintervention anhand einer Fallgeschichte aus der eigenen Arbeit. Vor dem theoretischen Hintergrund der Psychodrama-Psychotherapie analysiert die Autorin die komplexen Verstrickungen in Schuldgefühle, die sich bei Suizidfällen sowohl für die Angehörigen, wie auch für die professionellen HelferInnen ergeben können.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre

*Maria-Anna Pleischl und Günter Dietrich*

# *Krisenintervention: Grundlagen und spezielle Methodik*

*Claudius Stein*

## **Abstract**

In diesem Beitrag werden nach einer Klärung der Definition des Begriffes „psychosoziale Krise“ jene Faktoren dargestellt, die zur Entstehung und zum Verlauf einer Krise maßgeblich beitragen. Daran anschließend werden die Grundlagen und der Ablauf von psychosozialer Krisenintervention beschrieben. Dabei wird auch auf die Art der Beziehungsgestaltung eingegangen.

Lebensveränderungskrisen, Verlustkrisen und akute Traumatisierungen sind die zentralen Indikationsgebiete für psychosoziale Krisenintervention. Nur eine differenzierte Herangehensweise ermöglicht eine adäquate Behandlung. Ausgehend von den unterschiedlichen therapeutischen Strategien – Stabilisierung, Distanzierung, emotionale Entlastung, Klärung, Konfrontation, Problemlösung und Neuorientierung – werden das praktische therapeutische Vorgehen und spezielle Interventionstechniken dargestellt und durch einige Fallvignetten verdeutlicht.

## **1. Einführung**

In der chinesischen Schrift wird der Begriff Krise aus zwei Schriftzeichen zusammengesetzt und heißt Wei-Ji. «Wei» steht für Gefahr, «Ji» für Chance. Dieses Doppelzeichen symbolisiert somit das wichtigste Charakteristikum von Krisen, nämlich deren Doppelgesichtigkeit. Tatsächlich stellen Krisen gleichzeitig eine Gefahr und eine Chance für die Betroffenen dar. Die Dringlichkeit und Zuspitzung, die einerseits besonders unangenehm und bedrohlich ist, birgt andererseits eine besondere Chance zur Veränderung. Wenn es gelingt, die Krise zu meistern und neue Erfahrungen und Problemlösungsstrategien zu entwickeln, kann das Leben gereift und gestärkt weitergeführt werden. Andererseits kann die Krise chronifizieren und es entwickeln sich dann psychische und psychosomatische Störungen. Im schlimmsten Fall kommt es zu einer katastrophalen Zuspitzung durch suizidale Entwicklungen oder Gewalthandlungen. Eine psychische Krise ist kein krankhafter Zustand; sie kann jeden Menschen in jeder Lebensphase betreffen. Es handelt sich bei einer psychosozialen Krise also nicht primär um ein pathologisches Geschehen. Praktisch jeder Mensch kann im Laufe seines Lebens von Krisen betroffen sein. Der Psychoanalytiker Erik H. Erikson (1966)

sagt, dass Krisen Phänomene sind, die sich an der Nahtstelle zwischen Normalität und Krankheit bewegen.

## **2. Krisendefinition**

Menschen in Krisen werden in ihrer aktuellen Lebenssituation meist überraschend mit neuen belastenden Ereignissen oder veränderten Lebensumständen konfrontiert, die bisherige Lebensziele in Frage stellen. Dazu gehören u.a. Todesfälle, Trennungen, Krankheit oder Arbeitsplatzverlust. Der/die Betroffene kann diese Belastung momentan nicht mit seinen/ihren üblichen Lebensbewältigungsstrategien meistern, dadurch bekommt die Krise rasch einen bedrohlichen Charakter und führt zu einer innerpsychischen und sozialen Labilisierung. Es entstehen Gefühle von Angst, Überforderung, Hilflosigkeit und Bedrohung. Der/die Betroffene hat den Eindruck, das eigene Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben. Diese emotionalen Vorgänge stellen eine massive Störung des seelischen Gleichgewichts dar und erschüttern das Selbstwertgefühl. Der Großteil der psychischen und körperlichen Energie wird in Versuche der Problembewältigung investiert. Dadurch kann es sein, dass die Herausforderungen des Alltags nicht mehr bewältigt werden können. Dies birgt die Gefahr in sich, dass zusätzlich Schwierigkeiten in anderen Lebensbereichen entstehen. Niemand kann eine derart hohe emotionale Belastung und einen so massiven inneren und äußeren Druck über einen längeren Zeitraum ertragen.

Wie man versucht, mit der Erschütterung umzugehen und sich vom inneren Druck zu entlasten, stellt wichtige Weichen für die Zukunft. Oft kommt es zu inadäquaten, manchmal schädlichen Bewältigungsversuchen wie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Zusätzlich entwickeln sich quälende körperliche und psychische Symptome. Im schlimmsten Fall eskaliert die Situation bis hin zu suizidalen Handlungen oder aggressiven Durchbrüchen. Diese Erlebnis- und Verhaltensweisen verfestigen sich unter Umständen sehr rasch und haben dann langwierige und chronische Fehlentwicklungen zur Folge (Stein, 2009; Sonneck et al., 2012). Gelingt es aber die Krise zu meistern und neue Erfahrungen und Problemlösungsstrategien zu entwickeln, kann das Leben gereift und gestärkt weitergeführt werden.

Nur eine möglichst exakte Eingrenzung des Krisenbegriffes ermöglicht eine klare Indikationsstellung und diese ist unerlässliche Voraussetzung für erfolgreiche Krisenintervention. Unbedingt von psychosozialen Krisen zu unterscheiden ist die drohende Dekompensation schwerer psychischer Störungen, wie etwa einer Psychose („psychotische Krise“) auf Grund einer vergleichsweise geringfügigen äußeren Belastung. In diesem Fall ist es sinnvoll von einem psychiatrischen Notfall zu sprechen, der eine

psychiatrische Notfallintervention notwendig macht, die sich in einigen wesentlichen Interventionsstrategien von Krisenintervention unterscheidet (vgl. Rupp, 2003).

### **3. Faktoren, die zur Entstehung und zum Verlauf einer Krise maßgeblich beitragen**

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, dass unterschiedlichste Faktoren die Entwicklung und den Verlauf einer Krise beeinflussen:

#### **3.1 Art und die Schwere der Auslösesituation**

Von wesentlicher Bedeutung ist die Art und Schwere der Auslösesituation. Je nach Plötzlichkeit des Auftretens und der Bedeutung des Krisenanlasses lassen sich Verlustkrisen und Lebensveränderungskrisen unterscheiden.

Auslösend für Verlustkrisen (vgl. Cullberg, 1978, Dross, 2001, Stein, 2009) sind meist unvorhergesehene, plötzlich eintretende Ereignisse, in deren allgemein schmerzliche Natur man sich üblicherweise gut einfühlen kann. Dazu gehören plötzliche Trennungen, Todesfälle oder der tatsächliche oder befürchtete Verlust körperlicher Unversehrtheit durch Unfälle oder die Diagnosestellung einer schweren Krankheit. Verlustkrisen stellen oft Zäsuren im Leben dar.

Lebensveränderungskrisen (Caplan, 1964) hingegen entstehen auf Grund von Ereignissen des üblichen Lebensverlaufes, wie z.B. dem Verlassen des Elternhauses, Arbeitsplatzwechsel, der Geburt eines Kindes oder der Pensionierung. Meist finden sich diese Ereignisse an Lebensübergängen und erfordern Entscheidungen, die wichtige Weichenstellungen für die Zukunft nach sich ziehen. Diese Krisen entwickeln sich üblicherweise weniger rasch, meist über Wochen, können aber zu ebenso dramatischen Zuspitzungen führen. Dabei bestimmt die subjektive Bewertung, die der Betroffene dieser Lebensveränderung gibt, ganz entscheidend das Ausmaß an Bedrohung und Überforderung.

Auch akute Traumatisierungen stellen eine eindeutige Indikation für Krisenintervention dar. Sie werden allerdings heute nicht mehr unter dem Krisenbegriff subsumiert. Definitionsgemäß handelt es sich bei den auslösenden traumatischen Ereignissen um Belastungen, die anders als bei psychosozialen Krisen außerhalb der üblichen Erfahrung des Menschen liegen und eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen darstellen. Da die meisten Menschen zunächst nicht in adäquater Weise auf solche Gefahren reagieren können, sind sie Erfahrungen von extremer Angst, Kontrollverlust, Ohnmacht und Hilflosigkeit ausgesetzt. Dadurch fehlt in der Regel auch der Chancencharakter der Krise. Darüber hinaus ist das Stress



verarbeitende System des Gehirns in anderer und massiverer Form beeinträchtigt als bei Verlustkrisen oder Lebensveränderungskrisen. Dies bedeutet, dass bei der Krisenintervention akuter Traumatisierungen spezifische Grundregeln zu beachten sind, die von denen bei psychosozialen Krisen abweichen (vgl. Stein 2009, 2014).

Einen Sonderfall stellen jene Krisen dar, die sich an den Schwellensituationen des Lebens ereignen („Entwicklungskrisen“). Erikson (1966) stellt die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung in den Vordergrund seiner Überlegungen. Jeder Mensch durchlebt während seines Lebens bestimmte kritische Phasen, in denen er mit existenziellen, neuen Aufgaben konfrontiert wird. Dabei dominiert jeweils ein Grundkonflikt, der gelöst werden muss. Eine geglückte Bewältigung ermöglicht das Erreichen einer neuen Stufe der Identitätsentwicklung. In diesen schwierigen Lebensabschnitten, die von vielen Veränderungen geprägt sind, lösen zusätzliche äußere Belastungen häufiger krisenhafte Entwicklungen aus.

In folgender Tabelle werden die wesentlichen Indikationsbereiche für psychosoziale Krisenintervention definiert:

*Tab. 1: Indikationen für psychosoziale Krisenintervention*

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Verlustkrisen</li><li>• Lebensveränderungskrisen</li><li>• Akute Traumatisierungen</li><li>• Krisen an bestimmten Schwellensituationen des Lebens</li><li>• Akute Phasen des Burnout Syndroms</li></ul> |
|---|

### **3.2 Die subjektive Bedeutung des Geschehens und die Krisenanfälligkeit**

Die subjektive Bedeutung, die eine äußere Belastung für Menschen haben kann, variiert sowohl interindividuell als auch intraindividuell im Lauf eines Lebens erheblich. Psychische Entwicklung und Persönlichkeitsstruktur, aktuelle Lebensumstände, Lebensalter, Vulnerabilität durch psychische oder körperliche Krankheit und die Lebenseinstellung im Allgemeinen bestimmen wie bedrohlich wir eine Situation erleben und ob das Gefühl entsteht, eine Belastung sei momentan nicht bewältigbar. Darüber hinaus können frühere unbewältigte Krisen die aktuelle Krisenbewältigung beeinträchtigen, vor allem wenn es sich bei der Auslösesituation um ein ähnliches Problem handelt.

### **3.3 Die Reaktion der Umwelt**

Ein tragfähiges soziales Netz wirkt sich im Allgemeinen positiv auf die Bewältigung einer Krise aus. Unterstützung durch FreundInnen und Angehörige trägt dazu bei, dass

viele Krisen ganz ohne professionelle Hilfe gelöst werden können. Wenn hingegen die wesentlichen Bezugspersonen selbst zu sehr in das Krisengeschehen verstrickt sind und damit zur Verschärfung der Situation beitragen (z.B. in Trennungssituationen), ist es notwendig, zusätzlich entlastende Maßnahmen für alle Beteiligten in die Wege zu leiten.

### **3.4 Copingstrategien, Innere und äußere Ressourcen**

Der Umgang mit der Krise wird auch wesentlich davon geprägt, auf welche inneren und äußeren Ressourcen der betroffene Mensch zurückgreifen kann und welche Bewältigungsstrategien ihm üblicherweise zur Verfügung stehen. E. Heim versteht Coping oder Bewältigung als das „Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch Krisen innerpsychisch (emotional/kognitiv) zu verarbeiten oder durch zielgerichtetes Handeln auszugleichen und zu meistern“ (2000, S.29). Unterschiedliche Krisen erfordern auch unterschiedliche Bewältigungsstrategien, manchmal sind eher aktive Veränderungsanstrengungen notwendig, bei denen das Ziel mehr oder weniger beibehalten wird. In anderen Situationen müssen Ziele korrigiert werden und der Mensch in der Krise muss sich einer als nicht veränderbar erlebten Realität anpassen. Dem gemäß kann man nicht primär von schlechten oder guten Bewältigungsstrategien sprechen, sondern es handelt sich immer um einen mehr oder weniger geglückten Versuch der Neuanpassung.

Unter Ressourcen versteht man sowohl unspezifische allgemeine Kräfte, als auch individuelle Fähigkeiten des Menschen, die zur Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen mobilisiert werden können. Wenn es in Krisensituationen gelingt, Ressourcen in zielorientierten Handlungen einzusetzen, hat dies stets stabilisierende und bestärkende Effekte (vgl. Lorenz, 2005). Man unterscheidet soziale Ressourcen (z.B. mitmenschliche Unterstützung, allgemeine sozioökonomische Lebensbedingungen) und persönliche Ressourcen, die individuellen oder subjektiven Charakter haben (z.B. Introspektionsfähigkeit, Realitätssinn, Selbstwirksamkeit, Optimismus, interne Kontrollüberzeugung). Die Verfügbarkeit erworbener Problemlösungsstrategien bezeichnet man als instrumentale Ressourcen.

Die genannten Variablen bestimmen also, ob es überhaupt zu einer Krise kommt und wie mit ihr umgegangen wird. Die Anpassung an die veränderte objektive und subjektive Situation erfolgt in mehreren Schritten bzw. in mehreren Phasen und führt je nach Art und Gelingen der Bewältigungsversuche zu einer spezifischen mehr oder minder gesunden Form der Restabilisierung. Bei den geläufigsten Phasenkonzepten (Caplan, 1964; Cullberg, 1978; Sonneck, 2012) handelt es sich allerdings um idealtypische Konzepte, die in dieser Eindeutigkeit kaum vorkommen. Menschen reagieren auf

ähnliche äußere Anlässe sehr unterschiedlich. Bestimmte Aspekte des Krisenverlaufs werden wiederholt und immer wieder spiralförmig oder zirkulär mit diversen möglichen Ausgängen durchlaufen.

#### **4. Symptome**

Typischerweise ist eine Krise ein komplexes psychosomatisches Geschehen. Symptome können als Anpassungsversuche an eine subjektiv unerträgliche Situation verstanden werden. Die psychische Symptomatik kann die gesamte Psychopathologie umfassen. Häufig sind Angst-, Erregungs- und Spannungszustände, sowie depressive Verstimmungen. Ebenso vielschichtig können die somatischen Begleitsymptome sein.

#### **5. Grundprinzipien der Krisenintervention**

Krisenintervention soll Gefahren abwenden, quälende Symptome rasch beseitigen und Unterstützung dabei bieten, einen Zustand herzustellen, in dem die Betroffenen ihren Alltag wieder bewältigen können. Der/die Betroffene wird darin unterstützt, eigenständige und konstruktive Bewältigungsformen für die derzeitige krisenhafte Lebenssituation zu finden und zu erproben. Dadurch sollten Weiterentwicklung und Reifung möglich sein. Eigeninitiative und Selbsthilfepotential werden gestärkt. Psychosoziale Krisenintervention stellt somit primär Hilfe zur Selbsthilfe dar.

Krisenintervention muss daher rasch und flexibel erfolgen, um Kurzschlussreaktionen, Chronifizierungen und zusätzliche Schädigungen zu verhindern. Durch Lösungs- und Ressourcenorientierung wird eine möglichst rasche Entlastung angestrebt. Die Interventionen sollen vom Verständnis für den Sinn, den die Krise für den Klienten/die Klientin hat, getragen sein. Diese subjektive Bedeutung gilt es zu verstehen. Fokus der Gespräche ist immer die aktuelle Situation, psychodynamische Zusammenhänge sind in dem Maße anzusprechen, wie sie dazu beitragen, Gefühle, Erleben und Verhalten in der jetzigen Krise besser zu verstehen. Der Interventionsstil muss, wenn der Zustand der KlientInnen schlecht ist, oft aktiv und direkt sein. Andererseits ist die Förderung und Unterstützung der Selbsthilfemöglichkeiten des Klienten/der Klientin ein zentrales Anliegen. Dies stellt gelegentlich eine Gratwanderung dar. Es muss darauf geachtet werden, ein Höchstmaß an Autonomie zu gewährleisten ohne die Betroffenen durch die Überschätzung ihrer momentanen Fähigkeiten zu überfordern. Während sich einerseits auf Grund der besonderen Beziehungsgestaltung rasch eine intensive Nähe entwickeln kann, soll gleichzeitig die Abhängigkeit des Klienten/der Klientin auf das Notwendigste beschränkt bleiben.

Ein zentrales Element von Krisenintervention ist die zeitliche Begrenzung. In der Regel sind fünf bis maximal zehn Gespräche in einem Zeitraum von zwei bis drei Monaten

ein sinnvoller Rahmen. Krisen erfordern häufig ein multidisziplinäres Vorgehen und stellen entsprechende Anforderungen an die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Im günstigsten Fall findet Krisenintervention in einem interdisziplinären Team statt. Allerdings sollte ein Berater/eine Beraterin die Krisenintervention koordinieren und führen. Häufig wird das soziale Umfeld zur Unterstützung des Klienten/der Klientin oder zur Klärung einer konflikthafter Situation in die Krisenintervention einbezogen. Auch direkte Hilfen wie Medikation oder Unterstützung bei der Klärung sozialer oder rechtlicher Probleme sind gelegentlich notwendig.

*Tab.2: Grundprinzipien der Krisenintervention*

- Rascher Beginn
- Flexibilität
- Richtige Indikationsstellung
- Verständnis für die subjektive Bedeutung der Krise
- Fokus: Aktuelle Problemlage
- Aktiver und strukturierter Interventionsstil
- Förderung der Selbsthilfemöglichkeiten
- Lösungs- und Ressourcenorientierung
- Zeitliche Begrenzung
- Einbeziehung der Umwelt
- Methodenflexibilität
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit

## **6. Ablauf einer Krisenintervention**

Die entscheidende Basis für das Gelingen einer Krisenintervention ist immer die Herstellung einer tragfähigen Beziehung zwischen KlientIn und BeraterIn. Alle weiteren Interventionen bauen darauf auf. Es geht darum, in eine emotional hochgespannte Situation etwas Ruhe und Klarheit zu bringen. Dazu bedarf es vor allen Dingen emotionaler Entlastung. Der Klient/die Klientin muss ausreichend Raum und Zeit haben, seinen/ihren oft auch widersprüchlichen Gefühlen Ausdruck zu verleihen. Die Möglichkeit Enttäuschung, Kränkung, Trauer, Wut, Scham- und Schuldgefühle zum Ausdruck zu bringen, wird in den meisten Fällen sehr positiv und entlastend erlebt und stärkt die therapeutische Beziehung. Der Berater/die Beraterin wirkt gleichsam als Container (Behälter) für unerträgliche Affekte (Bion, 1962, Lazar, 1996). In dieser Atmosphäre von haltender Zuwendung nimmt der Therapeut/die Therapeutin aber nicht nur auf, sondern indem er/sie die für den Betroffenen unerträglichen Gefühle ertragen kann, verarbeitet er sie gleichsam weiter. Der nunmehr geteilte Schmerz wird auch für den Klienten aushaltbar. Dies wäre dann das, was Bion mit „Contained“ beschreibt.

Indem der Berater/die Beraterin die grundsätzliche Zuversicht nicht verliert, übernimmt er/sie die Funktion einer „stellvertretender Hoffnung“ (Cullberg, 1978) in einer für den Klienten/die Klientin momentan ausweglosen Situation (vgl. auch Till, 2014 und Artikel in dieser Ausgabe)

Auf dieser Basis schließt sich dann die Klärung der aktuellen Situation an. Im Mittelpunkt steht dabei zunächst das die Krise auslösende Ereignis. Betroffene sollen möglichst viel über die Situation, die verlorene Beziehung oder das, was sie mit einem verlorenen Lebensziel verbinden, erzählen. In der Folge verschafft man sich ein möglichst umfassendes Bild von der aktuellen Lebenssituation und den sozialen Beziehungen und der psychischen und körperlichen Verfassung des Klienten/der Klientin, um einschätzen zu können, wie viel an Verantwortung er/sie für sich selber übernehmen kann und ob spezifische Gefahren, wie z.B. Selbst- oder Fremdgefährdung bestehen. Hat sich der Berater/die Beraterin ein Bild vom Zustand des Klienten/der Klientin und seiner/ihrer Situation machen können, wird, wenn die Indikation für eine ambulante Krisenintervention besteht, versucht zu einer gemeinsamen Vereinbarung zu kommen. Inhalt, Sinn und Ziel der Zusammenarbeit werden besprochen, ebenso wie Zeitrahmen und Setting. Die genaue Erreichbarkeit des Beraters/der Beraterin ist Teil des Kontraktes, ebenso wie die Frage, wo der/die Betroffene in einer Notfallsituation Hilfe finden kann. Vereinbarungen haben konkret und detailliert zu sein. Die Zieldefinition sollte realistisch und innerhalb der Krisenintervention erreichbar sein.

Die Problemlösung, die oft bereits in der ersten Stunde beginnt, steht im weiteren Verlauf der KI im Mittelpunkt. Die weitere Bearbeitung der emotionalen Bedeutung des Geschehens bleibt dabei zentral. Ein möglichst differenziertes Bild bisheriger Problemlösungsstrategien und der zur Verfügung stehenden Ressourcen hilft bei der Einschätzung, wie hilfreich sie in der jetzigen Situation sind. Wenn sich die gewohnten Bewältigungsmuster als unzureichend erweisen, müssen behutsam tiefgreifendere Veränderungen angestrebt werden. Man spricht dann von Copingmodifikation. Ängste und Behinderungen bei der Problemlösung werden bearbeitet. Eine erfolgreiche Krisenintervention kann sich nicht mit dem Fördern von Einsichten begnügen, sondern muss auch spürbare Auswirkungen auf die Lebenssituation der Betroffenen haben. Daher müssen die in der gemeinsamen Arbeit gewonnen Einsichten und Erkenntnisse konkret umgesetzt werden.

Tab.3. *Ablauf einer Krisenintervention*

- Herstellung einer tragfähigen Beziehung, emotionale Entlastung
- Klärung der Situation und Exploration
- Situationsanalyse
- Problemdefinition und Kontrakt
- Problembearbeitung
- Therapeutische Interventionen – Methodenflexibilität
- Direkte Unterstützung und Vermittlung von Hilfen
- Einbeziehung des Umfeldes
- Abschluss und Resümee

## **7. Therapeutische Strategie und spezielle Interventionstechniken**

Ein wesentliches Kennzeichen psychosozialer Krisenintervention ist die Methodenflexibilität. Verschiedenste therapeutische und beratende Methoden können angewendet werden. Aus didaktischen Gründen werden im Folgenden spezielle Interventionstechniken unter dem Gesichtspunkt der jeweiligen therapeutischen Strategie angeführt (vgl. Stein 2009, 2014). Daraus werden Überlegungen zu einem differenzierten Vorgehen abgeleitet. Methodenflexibilität darf nicht mit einem unkritischen Eklektizismus verwechselt werden. Spezielle Interventionstechniken sind nur dann indiziert, wenn man den Eindruck hat, sie könnten dem Klienten/der Klientin bei der Bearbeitung seines/ihrer spezifischen Problems hilfreich sein. In den letzten Jahren wurden Techniken in den unterschiedlichsten therapeutischen Schulen (Dross 2001; Riecher-Rössler et al. 2004) auf ihre Anwendbarkeit in der Krisenintervention hin überprüft, der Autor selbst hat dies insbesondere in Hinblick auf die Arbeit mit Imaginationen getan und auch ausführlich dargestellt, welche großen Möglichkeiten sich bei richtiger Indikationsstellung ergeben (Stein 2012). Voraussetzung ist jedenfalls immer, dass der Therapeut/die Therapeutin Erfahrung und Routine in der Anwendung und Begleitung der angewandten Methoden hat. Für den/die noch wenig erfahrene BeraterIn oder TherapeutIn eignet sich Krisenintervention nicht als Übungsfeld. Einige der Methoden sind in unterschiedlichen Phasen der Krisenintervention und damit für verschiedene Zielsetzungen nutzbar, vieles überschneidet sich. Das bedeutet, dass bei der Anwendung der Techniken immer zu bedenken ist, in welcher Phase des Verarbeitungsprozesses der Klient/die Klientin sich aktuell befindet und welche individuellen Muster in der Krise zum Tragen kommen. Dies wiederum heißt, dass man im Vorgehen flexibel, aber am Prozess orientiert bleiben muss. Der Grad einer etwaigen Gefährdung insbesondere einer Suizidgefährdung muss soweit einschätzbar sein, dass man eine Zunahme der Einengung durch die Arbeit mit speziellen, insbesondere eher konfrontierenden Methoden weitgehend ausschließen kann. Außerdem muss dem Klienten/der Klientin

mehr als in Langzeittherapien erklärt werden, welche unmittelbaren Ziele mit der speziellen Intervention verfolgt werden.

An dieser Stelle soll noch eine kurze Anmerkung zur spezifischen Übertragungssituation in der Krisenintervention gemacht werden. Zentral für das Gelingen der therapeutischen Arbeit ist die Herstellung einer tragfähigen Beziehung und somit einer positiven Übertragung, um sie für die Stützung und Stabilisierung und in der Folge die Konfliktbearbeitung und Problemlösung zu nutzen. Problematische Übertragungskonstellationen behindern eine konstruktive Krisenbewältigung. Sie dürfen daher nicht übersehen werden und müssen auch im engen zeitlichen Rahmen einer Krisenintervention soweit angesprochen werden, dass die therapeutische Arbeit nicht in Frage gestellt wird. Eine aufdeckende Bearbeitung wird allerdings meist den Rahmen einer Krisenintervention sprengen (vgl. Till, 2014 und den Artikel in dieser Ausgabe). Ein Widerstand des Klienten/der Klientin gegen die Methode wird demnach nicht bearbeitet, sondern muss akzeptiert und das therapeutische Vorgehen entsprechend modifiziert werden. Die unterschiedlichen therapeutischen Strategien finden sich in Tabelle 4.

*Tab. 4: Therapeutische Strategien*

- Stabilisierende Interventionen, die der Stärkung der Ich-Funktionen dienen und sich an den Ressourcen des Betroffenen orientieren.
- Methoden, die der Distanzierung dienen und helfen, Abstand zur Krisensituation herzustellen.
- Methoden, die einen besseren Zugang zu den mit der Krise verbundenen Gefühlen ermöglichen.
- Interventionen und Methoden der Klärung und Konfrontation, die bei der Verdeutlichung und Bearbeitung von Konflikten helfen und emotionale und kognitive Einsicht vermitteln sollen.
- Strategien der Problemlösung wie Analyse der Copingstrategien, Modifikation der Problemlösungsstrategien und Probehandeln.
- Interventionen, die bei der Neuorientierung und Herstellung von Zukunftsperspektiven helfen, am Ende der Krisenintervention.

## **7.1 Stabilisierung**

Die rasche Wiederherstellung von Stabilität und Schutz ist das vordringlichste Ziel bei der Begleitung akuttraumatisierter Menschen. Durch ressourcenorientierte Arbeit können aber auch Menschen, die einen Verlust erlitten haben, soweit in ihrem Selbstwert und ihrer Identität gestützt werden, dass sie in der Lage sind, sich den emotionalen Belastungen der Trauerarbeit zu stellen. Natürlich stellt die Stabilisierung auch bei Lebensveränderungskrisen ein wichtiges Element dar. Die zentrale Zielsetzung bei

diesen Krisen ist aber eine Konfrontation mit dem Konflikt und die aktive Arbeit an einer Veränderung.

Stabilisierung bedeutet Stützung von Selbstwertgefühl und Identitätserleben und die Stärkung vorhandener innerer und äußerer Ressourcen und Werte, die auf Grund des durch die Krise ausgelösten inneren Chaos oft nicht mehr zugänglich sind. Man kann prinzipiell davon ausgehen, dass die meisten Menschen in ihrem Leben nicht nur negative Erfahrungen machen, das heißt es gibt fördernde, wohltuende Erfahrungen mit sich und anderen, auf die man in schwierigen Lebenssituationen zurückgreifen kann (vgl. Rosenberg 1998). Bei der Stabilisierung ist der Therapeut/die Therapeutin häufig in der Funktion als Hilfs-Ich gefordert. Er/sie nimmt eine ermutigende Haltung ein und muss oft aktiv in den Interventionen sein, präsent in der Begleitung, manchmal auch direkt strukturierend, um zusätzlichen Schaden abzuwenden. Entspannungs- und Atemübungen, Imaginationen, aber auch die Würdigung der Krise als ein Ereignis, dem besondere Bedeutung im Leben des Betroffenen zukommt (Dross 2001), können hilfreich sein. Als Imaginationsmotiv zur Stabilisierung eignet sich z.B. „der sichere Ort“. Dieser kann als eine Art gutes nicht persönliches inneres Objekt verstanden werden (Reddemann und Sachsse, 1997). Das Motiv gibt Sicherheit und Vertrauen, ermöglicht die Erfahrung von Selbsttröstung und bewährt sich besonders bei akut traumatisierten Menschen, bei denen die Wiedergewinnung von Kontrolle über das eigene Leben eine zentrale Rolle spielt. Eine ähnliche Funktion können der „Ort zum Wohlfühlen“, der „innere Garten“ oder „Innere Helfer“, bzw. „hilfreiche oder weise Gestalten“ haben (siehe weiter unten). Benötigt der Klient/die Klientin viel Sicherheit, ist es auch möglich ohne Entspannungsvorgabe ein Gespräch über eine innere Vorstellung oder ein inneres Bild zu führen, gleichsam in Wortbildern zu denken.

Grundsätzlich wirken das Beziehungsangebot an sich und die Möglichkeit, über das Ereignis und die damit verbundenen Gefühle zu erzählen und dafür Verständnis zu finden, stabilisierend. So auch im folgenden Fallbeispiel:

Die 40jährige Frau S. hatte zwei Monate vor dem Erstkontakt ihre Mutter, die an einer schweren psychotischen Depression litt, durch einen Suizid verloren. Die Klientin entwickelte eine depressive Symptomatik und versuchte, die Spannung durch übermäßigen Alkoholkonsum zu reduzieren. Sie erzählt, dass sich die früher sehr liebevolle Beziehung zur Mutter im Jahr der Krankheit drastisch verschlechtert hatte. Die Mutter hatte sich in eine wahnhaft paranoide Welt eingesponnen, sich von der Tochter verfolgt gefühlt, und es war zu dramatischen Auseinandersetzungen gekommen. Für die Klientin war es schwierig, ihre widersprüchlichen Gefühle richtig einzuordnen. Sie war traurig und verzweifelt über den Verlust, sie hatte Schuldgefühle, da sie meinte, ihrer



Mutter nicht ausreichend geholfen zu haben, sie empfand aber auch Kränkung und Wut darüber, wie die Mutter sie im letzten Jahr behandelt hatte. Schließlich musste sie sich eingestehen, dass sie sich nach dem Tod der Mutter manchmal auch erleichtert fühlte. In der 4. Stunde berichtet Frau S., dass sie erstmals seit langem ohne quälendes Gedankenkreisen durchschlafen konnte und, bestärkt durch die therapeutischen Gespräche, wieder Kontakt zu Freunden aufgenommen hatte. Sie erzählt von „ihrem guten Gefühl“, ein Glücksgefühl, das sie als Kind manchmal hatte. Dies wird als Motiv einer Imagination vorgegeben, in der Annahme, dass sie dieses positive Gefühl zur Ich-Stabilisierung nützen könne, um sich für den weiteren Trauerprozess zu stärken. Sie sieht sich als 8-jähriges Kind auf einer wunderbaren Sommerwiese voller Löwenzahn, es ist warm, auch ihre Eltern sind anwesend. Es ist sehr harmonisch, sie denkt nicht an Vergangenheit oder Zukunft, es zählt nur der Moment des Glücks. Sie fühlt sich geborgen und beschützt, wie in Watte gepackt – so wie sie es in ihrer Kindheit oft erlebt hat. Dann wird sie wieder sehr traurig. Im Nachgespräch sagt sie, dies sei nicht mehr die verzweifelte und diffuse Traurigkeit der letzten Monate, sondern die Trauer darüber, was sie verloren habe. Die Imagination hilft ihr, das verlorene Bild der liebevollen Mutter, die sie in schwierigen Zeiten immer verstanden und unterstützt hat, wiederzufinden und sich damit zu beschäftigen, was ihr von dieser Beziehung bleibt. Zuvor war alles überschattet von der Krankheit. Sie sagt, dass sie jetzt erstmals seit langem auch ein Gefühl von Freiheit verspüre, wenn sie dabei auch ein wenig ein schlechtes Gewissen empfinde. In sieben Stunden Krisenintervention konnte eine gute Stabilisierung der Klientin erreicht werden, zur weiteren Begleitung des Trauerprozesses wurde eine Fokalthherapie angeschlossen.

## **7.2 Distanzierung**

Die Gefühle in der Krise, besonders aber nach traumatischen Ereignissen, können so überwältigend sein, dass KlientInnen sich ohne Hilfe nicht aus ihrer Einengung befreien können. Vergangenheit und Zukunft sind vom Trauma oder dem Krisengeschehen überschattet, positive Perspektiven fehlen. Dadurch sind Betroffene nicht mehr in der Lage, sich einen Überblick über die Situation zu verschaffen, rationale Überlegungen anzustellen und dementsprechend zu handeln. Der Klient muss dann darin unterstützt werden, einen inneren Abstand zur aktuellen Problematik herzustellen. Es soll ermöglicht werden, das Krisengeschehen aus der Distanz zu betrachten und die Situation zu reflektieren. Dabei steht die Unterstützung kognitiver Prozesse im Vordergrund. Bei Interventionen, die der Distanzierung dienen, ist vom Therapeuten darauf zu achten, dass Affekte nicht verstärkt, sondern emotionale Distanz hergestellt werden kann. Beispielhaft sei hier die Arbeit mit hilfreichen Gestalten genannt, die in verschiedenen therapeutischen Methoden zum Einsatz kommt. „Innere Helfer“ können Personen,

Tiere, Orte oder Zeichen der Kraft sein. Sie sind Repräsentanten guter innerer Objekte und vermitteln Trost und Rat. Sie wirken innerer Einsamkeit entgegen. Sie können aber auch entwicklungsfördernde Impulse geben, indem sie als innere Dialogpartner bereitstehen und bei der Distanzierung helfen (Reddemann und Sachsse 1997, Reddemann 2001). Der innere Dialog ermöglicht einen Blick von außen auf das Krisengeschehen. Indem man über seine Situation nachdenken kann, wird die Dynamik von Hilflosigkeit und Ohnmacht vorübergehend unterbrochen. Dadurch entsteht wieder Handlungsfähigkeit. Auch die Betrachtung der Krise aus der Perspektive einer anderen Person oder aus einer anderen zeitlichen Perspektive (rückblickend von einem Zeitpunkt ausgehend, an dem die Krise bereits überwunden ist), dient dazu, einen inneren Reflexionsprozess anzuregen, der auch unterschiedliche und widersprüchliche Aspekte des Krisengeschehens berücksichtigt.

Wenn nach akuten Traumatisierungen die intrusiven Symptome, also Alpträume und Flashbacks sehr massiv sind, ist die Tresorübung unterstützend (Reddemann, 2001, Sachsse, 2004). Mit dieser Übung wird ein Vorgang des bewussten Verleugerns oder Abspaltens unterstützt. In einem ersten Schritt wird angeregt sich vorzustellen, belastende Gedanken, Bilder oder Assoziationen auf ein Foto, einen Film oder eine Tonbandkassette zu projizieren. Diese werden anschließend in einen Safe oder Tresor, zu dem nur der Klient Zugang hat, gesperrt. Der Tresor sollte in einem Raum sein, der sich nicht im Wohnbereich des Klienten befindet und der ebenfalls versperrt wird.

### **7.3 Zugang zu den mit der Krise verbundenen Gefühlen**

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Bearbeitung der emotionalen Bedeutung des Geschehens eine zentrale Stellung in der Krisenintervention einnimmt. Dies gilt sowohl bei akuter Traumatisierung wie auch bei Verlust- und Lebensveränderungskrisen. Steht anfänglich eher die emotionale Entlastung im Vordergrund, geht es im weiteren Prozess vor allen Dingen darum, auch widersprüchliche Gefühle, die vom Betroffenen als verwirrend und belastend erlebt werden, wahrnehmen, durchleben und einordnen zu können, wie im vorherigen Fallbeispiel beschrieben. In vielen Krisen kommt es vor, dass bestimmte Aspekte einer konflikthafter Beziehung (auch zu Verstorbenen) oder eines Problems bzw. die Gefühle, die damit verbunden sind (z.B. Zorn, Schuld- und Schamgefühle), abgewehrt werden müssen. Eine Studie von James und Gilliland (2001) bestätigt jedenfalls, dass die persistierende Abwehr emotionaler Reaktionen den Verlauf einer Krise negativ beeinflussen und potentielle Gefährdungen verstärken kann.

Es kann z.B. versucht werden, sich eine „aktuell vorherrschende Stimmung“ genau beschreiben zu lassen, eventuell auch nach den damit verbundenen Körperpersensationen zu

fragen oder zu einer bestimmten Körperwahrnehmung (Verspannungen, Schmerzen) ein Gefühl assoziieren zu lassen.

Oft ist auch das Aufgreifen von Träumen sehr hilfreich und gibt eine Orientierung darüber, an welchem Punkt des Verarbeitungsprozesses der Klient steht.

In Verlustkrisen können Abschiedsrituale, das Erfragen des Lieblingsgegenstandes (Lieblingsblume, Kleidungsstück etc.) oder des Lieblingsortes des Verstorbenen oder des „verbindenden Gegenstandes“ („linking object“, Volkan, 2000) Gefühle aktualisieren und dadurch den Trauerprozess unterstützen.

#### **7.4 Klärung und Konfrontation, Problemlösung**

Während man in der Krisenintervention nach akuten Traumatisierungen konfrontative Methoden eher vermeiden sollte, steht besonders bei den Lebensveränderungskrisen die Verdeutlichung und Bearbeitung von Konflikten im Vordergrund. Ziel der Klärung ist, Verständnis für die neue und unklare Situation und die damit verbundenen bewussten und unbewussten, zum Teil widersprüchlichen Tendenzen, Erlebnisweisen, Erinnerungen und Emotionen zu entwickeln. Wenn das Verständnis für Ängste, Behinderungen, Vermeidungen und Widerstände geweckt ist, kann konkreter an deren Beseitigung und an der Problemlösung gearbeitet werden. Copingstrategien können dann erweitert, differenziert und verändert werden. Neue kreative Lösungen für Problemsituationen können gefunden werden und durch Probandeln versuchsweise umgesetzt werden. In Rollenspielen kann eine Konfrontation mit einem realen Konfliktpartner (z.B. mit dem Vorgesetzten oder dem Partner) antizipiert werden. Ebenso kann eine problematische, angstbesetzte Situation (z.B. eine Prüfung) vorgestellt und probeweise durchgespielt werden. Auch in Imaginationen kann die Begegnung mit einer Symbolgestalt oder dem realen Konfliktpartner oder dem verlorenen Menschen angeregt werden. Je nach Problemlage kann der Klient in einen inneren Dialog treten, offene Dinge aussprechen oder sich überlegen, was er dieser Person noch mitteilen will. Es kann auch Abschied (nach Todesfällen und Trennungen) genommen werden. Widersprüchliche innere Tendenzen und Ambivalenz können durch die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen, denen Gestalt gegeben wird, verdeutlicht und bearbeitet werden.

Wie bereits erwähnt lassen sich die verschiedenen Schwerpunkte der Arbeit nicht immer klar voneinander abgrenzen, so auch im folgenden Fall. Hier finden sich Elemente der emotionalen Entlastung, als auch solche der affektiven wie kognitiven Klärung und Konfrontation.

Frau M., eine 28-jährigen Krankenschwester sucht das Kriseninterventionszentrum auf, da sie sich seit einigen Monaten zunehmend niedergeschlagen und erschöpft fühlt. In der Zeit vor dem Erstkontakt traten zusätzlich Suizidgedanken auf. Sie arbeitet seit 4 Jahren auf einer internen Intensivstation. Diese Arbeit belastet sie derzeit sehr. Sie schildert sich selbst als perfektionistisch und pflichtbewusst, daher geht sie auch immer wieder zur Arbeit, obwohl die Erschöpfung und das Gefühl, sie könne die Arbeit nicht mehr bewältigen, schlimmer würden. Sie hat Schlafstörungen, grübelt oft die ganze Nacht und weiß derzeit nicht mehr weiter. Auch die Betreuung ihrer gehörlosen Eltern belastet sie sehr.

Es handelt sich um ein Burnout-Syndrom mit schwerer depressiver Symptomatik und psychosomatischen Begleiterscheinungen. Einerseits ist die Klientin auf Grund ihrer überhöhten Ich-Ideal-Vorstellungen nicht in der Lage, sich durch einen längeren Krankenstand Entlastung zu verschaffen und ihre berufliche Situation mit Abstand zu überdenken. Andererseits werden ihr Enthusiasmus und ihr Pflichtbewusstsein von anderen ausgenutzt und sie findet wenig Verständnis für ihre Situation. Folgende Maßnahmen werden im Erstgespräch empfohlen: ein unbefristeter Krankenstand, eine antidepressive Medikation und Krisenintervention. Als Ziel der Gespräche formuliert die Klientin den Wunsch nach einer Unterstützung, um sich besser abgrenzen zu können und Hilfe bei der Überlegung, wie es beruflich weitergehen könnte. Es bestünde die Möglichkeit, sich auf eine andere Station versetzen zu lassen. Dies würde aber die Aufgabe wichtiger Berufsziele mit sich bringen, da sie jetzt die Chance hätte, Vertreterin der Stationschwester zu werden.

Durch die geschilderten Allgemeinmaßnahmen – die Herstellung einer tragfähigen Beziehung zum Therapeuten, emotionale Entlastung, Krankenstand und Medikation trat nach etwa 3 Wochen eine deutliche Besserung des Zustands ein. Dazu trägt auch die Imagination der Kraftquelle bei. Der Kontakt zu einem kräftig verwurzelten Lindenbaum, unter dessen weit ausladende Äste mit dichtem Laub sie sich sehr geschützt und geborgen fühlt, gibt ihr neue Kraft.

In Folge stehen Konfliktbearbeitung und Problemlösung im Vordergrund. Zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung wird in der 6. Stunde die Brücke als Motiv des Überganges eingestellt. Sie sieht eine Holzbrücke über einen kleinen Fluss. Auf ihrer Seite ist eine sehr schöne Wiese, es geht ihr gut und sie ist entspannt. Sie hat ein Rad bei sich, jenseits der Brücke befindet sich ein dunkler Wald, es dämmt, sie möchte jetzt nicht über die Brücke fahren. Sie kündigt aber an, dass sie bald den Wald erkunden will. Wie schon bei der Kraftquelle stellt sich die positive Übertragungssituation

dar. Sie möchte im Schutz der Therapie die momentane Ruhe des Krankenstandes genießen und sich mit dem Arbeitsbeginn und der Entscheidung über ihre Zukunft noch Zeit lassen. In der 7. Stunde wird abermals die Brücke eingestellt. Diesmal fährt sie mit dem Rad über die Brücke in den Wald. Der Weg ist schwierig, es gibt viele Wurzeln, denen sie ausweichen muss. Mit strukturierender Unterstützung bewältigt sie die Schwierigkeiten. Hinter dem Wald findet sie sich auf einem Schotterweg, der durch eine trockene Wiese führt. Sie fühlt sich einsam. Dass sie diesen schwierigen Weg alleine bewältigen muss, macht sie sehr traurig. Schließlich kommt sie in eine belebte kleine Ortschaft und setzt sich in ein Straßencafé. Sie fühlt sich dort wohler. Im Nachgespräch bringt sie die ausgetrocknete Wiese mit der Arbeit auf der Intensivstation in Verbindung, und entschließt sich auf eine HNO Ambulanz zu wechseln, wie es ihr von der Oberschwester angeboten worden war.

Bei Abschluss der Krisenintervention geht es ihr wesentlich besser, sie arbeitet bereits 3 Wochen in der Ambulanz und hat das Gefühl, dass der Wechsel eine gute Entscheidung war. Sie hat wieder Zukunftsperspektiven. Die während der Krisenintervention wiederholt aufgetauchten Gefühle von Einsamkeit und Verlassenheit, bringt sie mit ihren enttäuschten Beziehungswünschen und der oft schwierigen Situation mit ihren Eltern in Verbindung. Sie überlegt eine längere Psychotherapie anzuschließen, um sich mit diesen Themen auseinander zu setzen.

### **7.5 Neuorientierung und Abschluss**

Der Abschluss einer Krisenintervention muss sorgfältig vorbereitet werden. Dazu gehört es zu überlegen, was in der gemeinsamen Arbeit erreicht wurde, welche neuen Problemlösungsstrategien entwickelt wurden, und wie sich der Klient in zukünftigen schwierigen Situationen verhalten wird.

Es soll auch ausreichend Zeit sein, die Trennung vom Berater/von der Beraterin zu besprechen und die damit verbundenen Gefühle zu durchleben. Es muss vermieden werden, dass die Ablösung zu einer neuerlichen Verletzung wird. Der behutsame Umgang mit dieser Problematik kann für die KlientInnen zu einer korrigierenden emotionalen Erfahrung werden.

Zeigen sich tieferliegende Konflikte, neurotische Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, kann es nach Abschluss der Krisenintervention sinnvoll sein eine Psychotherapie anzuschließen. Nach akuten Traumatisierungen sind weiterführende traumatherapeutische Interventionen dann notwendig, wenn die Symptome im Rahmen der Krisenintervention (6 bis 8 Wochen) nicht abklingen.

## **8. Schlussbemerkung**

Die Arbeit mit Menschen in schweren Krisen und nach akuten Traumatisierungen stellt für TherapeutInnen und BeraterInnen eine große Herausforderung dar. Keine Situation gleicht der anderen, und es bedarf großer Flexibilität, um jedes Mal aufs Neue mit den KlientInnen gemeinsam den jeweils individuellen Weg aus einer subjektiv zunächst oft aussichtslos erscheinenden Situation zu finden. Dabei ist oft nur ein schmaler Grat zwischen Empathie und Distanz. Zu nah und man kann keine Hilfe sein. Ohne Mitgefühl wiederum kann kein Bündnis zwischen TherapeutIn und KlientIn entstehen. Der Schriftsteller Max Frisch soll gesagt haben: „Krise ist ein produktiver Zustand. Man muss ihr nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen.“ Ziel der Krisenarbeit ist es, einerseits Katastrophen zu verhindern und andererseits genau diesen produktiven Zustand zur Weiterentwicklung und Reifung zu nutzen.

*Dr. Claudius Stein*

Kriseninterventionszentrum Wien

Lazarettgasse 14A, 1090 Wien

[claudius.stein@kriseninterventionszentrum.at](mailto:claudius.stein@kriseninterventionszentrum.at)

## Literatur:

- .....  
*Bion WR (1992) Lernen durch Erfahrung.* Frankfurt a. Main: Suhrkamp TB  
.....  
*Caplan, G. (1964) Principles of preventive psychiatry.* New York, London: Basic Books.  
.....  
*Cullberg, J. (1978) Krisen und Krisentherapie.* Psychiatrische Praxis 5, S. 25-34.  
.....  
*Dross M (2001) Krisenintervention.* Göttingen: Hogrefe  
.....  
*Erikson E.H. (1966) Identität und Lebenszyklus.* Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag  
.....  
*Heim, E. (2000) Der Bewältigungsversuch in Krise und Krisenintervention.* In Schnyder, U., Sauvant, J.D. (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie.* Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber Verlag. S.27-43.  
.....  
*James RK, Gilliland BE (2001) Crisis intervention strategies (4th ed.).* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole  
.....  
*Lazar R (1996) „Container-Contained“ und die hilfreiche Beziehung.* In Erman M: *Die hilfreiche Beziehung.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht S.68-91.  
.....  
*Lorenz R. (2005) Salutogenese.* München, Basel: Ernst Reinhardtverl.  
.....  
*Müller W, Scheuermann U (Hrsg.) (2010) Praxis Krisenintervention.* Stuttgart: Kohlhammer  
.....  
*Reddemann L, Sachsse U (1997) Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1, Stabilisierung.* In PTT Persönlichkeitsstörung 3/97. Stuttgart: Schattauer, S. 113-147.  
.....  
*Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta  
.....  
*Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz R (Hrsg.) (2004) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention.* Göttingen: Hogrefe  
.....  
*Rosenberg L (1998) Kraftquellen und Ressourcen in der KB-Therapie.* In: *Imagination 2/1998.* Wien: Facultas-Universitätsverlag, S. 5-36.  
.....  
*Rupp M. (2003) Notfall Seele;* Stuttgart: Thiemeverlag.  
.....  
*Sachsse U. (2004) Traumazentrierte Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauerverlag.  
.....  
*Schnyder U., Sauvant, J.D. (2000) Krisenintervention in der Psychiatrie.* Bern: Hans Huber Verlag.  
.....  
*Sonneck G, Kapusta N, Tomandl G (Hrsg.) (2012) Krisenintervention und Suizidverhütung.* Wien: Facultas Universitätsverlag  
.....  
*Stein C (2009) Spannungsfelder der Krisenintervention.* Stuttgart: Kohlhammer  
.....  
*Stein C (2012) Krisen bewältigen. KIP in der Krisenintervention.* In Ullmann H, Wilke E (Hrsg.): *Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie.* Bern: Hans Huber, S. 352- 376.  
.....  
*Stein C. (2014) Krisenintervention bei akuter Traumatisierung und Krise. Stabilisierung – Konfrontation – Problemlösung.* In: *Suizidprophylaxe Nr. 156 2014 Jg. 41 Heft 1.* Regensburg: Roderer Verlag. S.8-16  
.....  
*Till W (2014) Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Reflexionsräume unter Handlungsdruck.* In: *Suizidprophylaxe Nr. 156 2014 Jg. 41 Heft 1.* Regensburg: Roderer Verlag. S.16–24  
.....  
*Volkan, V., Zintl, E. (2000) Wege der Trauer.* Gießen: Psychosozialverlag.  
.....  
*Winnicott DW (1971) Vom Spiel zur Kreativität.* Stuttgart: Klett-Cotta

# *Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Containing, Übertragung, Gegenübertragung<sup>1,2</sup>*

Wolfgang Till

## **Abstract**

Eine halt gebende Beziehung ist die Basis für das Gelingen jeglicher Krisenintervention. In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, inwieweit ein psychoanalytisches Verstehen der therapeutischen Beziehung für Krisenintervention von wesentlichem Nutzen ist. Dazu wird zunächst Containing in der Krisenintervention dargestellt. Danach wird die Frage der Bedeutung von Übertragung, Gegenübertragung, projektiver Identifikation und szenischem Verstehen für Kriseninterventionen, insbesondere wenn diese schwierig verlaufen, diskutiert. In Kriseninterventionen häufig vorkommende Übertragungs-Gegenübertragungskonstellationen sowie Möglichkeiten der Handhabung und Nutzung von Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen in Kriseninterventionen werden vorgestellt. Als ein Sonderfall dazu werden Eckard Dasers Überlegungen zu einer speziellen Deutungsform, nämlich der Deutung aus der Gegenübertragung, referiert. Dieser Artikel enthält zur Veranschaulichung auch einige Fallvignetten.

## **1. Einleitende Überlegungen**

Krisenintervention (KI), deren allgemeine Grundprinzipien im Beitrag von Claudius Stein in diesem Heft dargestellt werden, ist unter anderem durch Eklektizismus und Methodenvielfalt gekennzeichnet; das heißt, dass es aus allen Psychotherapieschulen Beiträge für Krisenintervention geben kann und auch gibt. Psychoanalytische bzw. psychodynamische Beiträge zu KI findet man allerdings nur selten. Dies stellt ein Manko dar; denn obwohl KI und psychoanalytisches Arbeiten an diametralen Endpunkten des Psychotherapiespektrums angesiedelt sind, können psychoanalytische

---

1 Bei diesem Artikel handelt es sich um die überarbeitete und erweiterte Fassung eines Teils des Artikels „Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Möglichkeiten und Grenzen“, der 2011 in der Zeitschrift *Journal für Psychologie* 19/3, S. 1-24 erschienen ist.

2 In diesem Beitrag ist durchgehend von KlientInnen und TherapeutInnen die Rede – auch wenn das nicht immer korrekt ist. Da es bei Krisenintervention einen fließenden Übergang zwischen psychosozialer Beratung und Behandlung gibt, wäre es manchmal passender von PatientInnen zu sprechen; und da überdies verschiedene Berufsgruppen Krisenintervention betreiben, sind mit dem Terminus „TherapeutInnen“ auch BeraterInnen, also Angehöriger anderer Berufsgruppen, die im psychosozialen Bereich tätig sind, gemeint.



Haltung, psychoanalytisches Verstehen und in modifizierter Form auch psychoanalytische Technik wichtige Beiträge zum Bereich Krisenintervention erbringen. Ich habe mich daher in einigen Arbeiten (Till 2009, 2011, 2013, 2104 a und b) mit verschiedenen Aspekten einer psychoanalytischen Sicht von Krisenintervention beschäftigt und lege in dem vorliegenden Beitrag den Schwerpunkt auf psychoanalytische Überlegungen zur therapeutischen Beziehung in der KI. Ge- und misslungene Beziehungserfahrungen sind generell sehr wichtige Einflussfaktoren für die Entwicklung der menschlichen Psyche. Sie fließen in fast jeder Psychotherapie nicht nur als zu bearbeitende Themen (aktuelle und vergangene Außenbeziehungen), sondern auch insoweit ein, als sie maßgeblich dafür sind, wie KlientInnen Kontakt und Beziehung zu ihren TherapeutInnen „gestalten“ und wie sie deren Hilfsangebot begegnen und es für sich nützen können. Dies gilt auch für kurzfristige therapeutische Hilfen in akuten Krisensituationen, also für Krisenintervention. Für KI ist gemäß den in der Fachliteratur mehrfach angeführten allgemeinen Grundprinzipien (siehe u. a. Sonneck et al 2012, Stein 2009, Till 2004) das Zur-Verfügung-Stellen einer Halt gebenden Beziehung, die von Verständnis und einer Haltung, die man als Schicksalsrespekt bezeichnen könnte, getragen ist, unverzichtbare Basis und Kernpunkt, ohne die Krisenintervention in der Regel – trotz aller sonstigen Interventionstechniken – nicht gelingen kann. Für psychoanalytische Theorie und Praxis ist die Beachtung und Reflexion der therapeutischen Beziehung zentraler Gegenstand; dazu gehört die Frage wie KlientInnen TherapeutInnen erleben, was sie Ihnen gegenüber empfinden und wie sie zu ihnen in Beziehung treten ebenso wie die Frage, wie TherapeutInnen auf KlientInnen reagieren; dabei inkludiert die Reflexion der therapeutischen Beziehung selbstverständlich die unbewussten Anteile auf beiden Seiten. Wie diese verschiedenen Vorstellungen über die therapeutische Beziehung zueinander in Bezug gebracht werden können, werde ich im Folgenden ausführen.

## **2. Containing**

Die Halt gebende Funktion der therapeutischen Beziehung in der KI wird anschaulich und besser verstehbar, wenn man Bions (1990) Konzept von „*Container-Contained*“ auf KI bezieht. „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 [...] 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. Anstrengend ist das Containen für TherapeutInnen deshalb, weil es bei Krisenintervention oft um sehr heftige und aktuelle Gefühle (z.B. absolute Hilflosigkeit, tiefe Trauer oder mörderische oder selbstmörderische Wut) geht. Es kann dann bei TherapeutInnen statt zu einem Containen zu einem Agieren kommen (s. unten Gegenübertragung/agieren). Wenn das Containment gelingt, 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 (diese beiden Begriffe siehe Kast 1987) –, sollen sie durch das Verstehen zu zweit lernen, die zu starre Affektkontrolle lockern zu können.

### **3. Übertragung, Gegenübertragung, projektive Identifikation, szenisches Verstehen**

Beziehung und Interaktion zwischen KlientIn und TherapeutIn können bei einer Krisenintervention sehr komplex sein, sich schwierig gestalten und sie beinhalten gerade deshalb oft wichtige diagnostische Informationen über die KrisenklientInnen, über deren aktuellen psychischen Zustand und – was für KI oft von besonderer Bedeutung ist – auch über deren Gefährdungspotential. Dass die therapeutische Beziehung in einer KI schwierig sein kann, ist nicht verwunderlich; dem Überforderungscharakter von Krisen entsprechend sind bei KlientInnen „ansonsten gut funktionierende psychische Strukturen und Abwehrmechanismen geschwächt. 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

Verständnis und für den Umgang essentiell hilfreich; mit ihrer Hilfe ist vor allem bei negativen Übertragungen und projektiven „Verwicklungen“ eine Eskalation in der therapeutischen Beziehung und somit ein Scheitern der Krisenintervention vermeidbar.

Da die genannten Konzepte sowohl innerhalb des psychoanalytischen Diskurses als auch durch modifizierte Übernahme durch andere Psychotherapieschulen mehrfachen Bedeutungswandel erfahren haben, werden sie hier als Basis für die weiteren Überlegungen in einem kurzen Exkurs definiert. Unter Übertragung versteht man die Art, wie KlientInnen TherapeutInnen erleben, welche Gefühle sie für sie empfinden und welche Wünsche sie an sie richten wie sie also ihre Beziehung zu ihnen gestalten; all das kann aus anderen, früheren Objektbeziehungen der KlientInnen in die momentane Beziehung zu den TherapeutInnen übertragen werden. Unter Gegenübertragung kann man die Summe aller Gefühle, Gedanken und Phantasien verstehen, die TherapeutInnen in ihren Beziehungen zu den KlientInnen erleben. Die Wahrnehmung der eigenen Reaktion kann den TherapeutInnen einen zusätzlichen Weg zum Verständnis der unbewussten seelischen Vorgänge der KlientInnen ermöglichen. Dies ist die weite Definition von Gegenübertragung, die Paula Heimann (1964) in den Diskurs um Gegenübertragung eingebracht hat. Die projektive Identifikation ist ein komplexes Interaktionsmuster und ein unbewusst ablaufender seelischer Austauschprozess zwischen KlientInnen und TherapeutInnen, bei dem der/die KlientIn zunächst versucht, sich eines unerträglichen Selbstanteils (unaushaltbare Gefühle, wie sie in Krisen oft vorhanden sind) quasi zu entledigen, indem er/sie diesen auf den/die TherapeutIn projiziert. Er/sie setzt dabei mittels seiner/ihrer Handlungen den/die TherapeutIn unter Druck, der Projektion zu entsprechen. Der/die TherapeutIn, der/die sich zunächst mit diesem Selbstaspekt des/der PatientIn identifiziert, kann durch die eigenen psychischen Möglichkeiten, die andere sind als die des/der KlientIn, die Projektion quasi verdauen, sie verstehen und dem/der KlientIn in verarbeiteter Form zur Verfügung stellen (siehe u. a. Ogden 1988). Das Konzept des szenischen Verstehens besagt, dass KlientInnen Konflikte nicht nur sprachlich mitteilen, sondern unbewusst die Situation des Gesprächs wie eine Bühne benutzen, auf der sie ihre Konflikte in Szene setzen. TherapeutInnen erhalten dreierlei Arten von Informationen von ihren KlientInnen (Argelander 1970): objektive Informationen (biografische Fakten, Angaben über Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale und bei KI Informationen über den Krisenanlass), subjektive Informationen (subjektive Bedeutung der berichteten Daten und somit auch der derzeitigen Krise) und szenische oder situative Informationen (wie KlientInnen sich und ihre Schwierigkeiten im Gespräch präsentieren, darstellen, „in Szene setzen“). Die letztgenannten Informationen sind oft – so auch bei Kriseninterventionen – für Verstehen und diagnostische Einschätzung am aufschlussreichsten (Till 2014 a).

#### 4. Spezielle Übertragungs-Gegenübertragungskonstellationen

Übertragung und Gegenübertragung sind immer individuelle Prozesse zwischen einem/r KlientIn und einem/r TherapeutIn bezogen auf eine bestimmte Situation und auf einen bestimmten Zeitpunkt im Verlauf einer Behandlung. Trotzdem gibt es Übertragungs-Gegenübertragungskonstellationen, die bei Krisen häufig vorkommen, für diese charakteristisch sind und Kriseninterventionen oft schwierig werden lassen.

*Gemäßigt positive versus idealisierende Übertragung.* Oft gibt es bei Kriseninterventionen, vor allem dann, wenn diese von KlientInnen aus eigenem Willen und Antrieb in Anspruch genommen werden, eine sogenannte *gemäßigt positive Übertragung*, also eine von Vertrauen geprägte Einstellung gegenüber dem/der TherapeutIn und seinem/ihrer Hilfsangebot. Anders ausgedrückt besagt diese Übertragungskonstellation, dass es bei diesen KlientInnen – aufgrund internalisierter früherer guter Beziehungserfahrungen – gute innere Objekte gibt, die es den KlientInnen ermöglichen, sich mit einer positiven Grundhaltung auf TherapeutInnen und Krisenintervention einzulassen. Eine gemäßigt positive Übertragung ist also eine gute Basis für Krisenintervention. Sie braucht nicht deutend hinterfragt zu werden, sondern kann für den Aufbau der therapeutischen Beziehung, zur Stärkung des Arbeitsbündnisses und damit für eine Stabilisierung der KrisenklientInnen genutzt werden.

Deutlich zu unterscheiden von ihr und mit ihr nicht zu verwechseln ist eine *idealisierende Übertragung*. Bei dieser wird der/die TherapeutIn in unrealistischer Art und Weise als RetterIn erlebt und als einzige Person, die einen versteht. Eine idealisierende Haltung TherapeutInnen gegenüber kann es öfter am Beginn einer KI (in zeitlicher Nähe zum Krisenauslöser, z. B. nach einem plötzlichen Todesfall oder einer unerwarteten Mitteilung einer bedrohlichen Diagnose) geben, um so die narzisstische Kränkung der Krise eher ertragen zu können. Wenn die Idealisierung nur mit der momentanen Situation in Zusammenhang steht, kann sie in der Regel auch wiederum bald aufgegeben werden und einer zwar positiven, aber realistischen Einstellung dem/der TherapeutIn gegenüber Platz machen. Wird an der Idealisierung festgehalten, hat dies meistens nicht nur mit den narzisstischen Erschütterungen durch die Krise, sondern mit der Persönlichkeitsstruktur (ev. einer zugrunde liegenden narzisstischen Problematik) des/der KlientIn zu tun. Eine derartige Idealisierung erschwert zumeist die KI, weil ihre Bearbeitung den Rahmen der KI sprengt und von dem/der KlientIn als so kränkend erlebt werden kann, dass er/sie die KI abbricht; überdies kann es sein, dass aufgrund der ichstärkenden Funktion der Idealisierung die KI schwer beendbar wird.

*Negative Übertragung und der Zusammenhang mit aktuellen Beziehungskrisen.* Eine Besonderheit in den Übertragungsprozessen kann bei KI darin liegen, dass sie mit der

aktuellen Lebenssituation in Zusammenhang stehen. 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 des Kriseninterventionsgesprächs 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 behindern.

Folgende Fallvignette veranschaulicht diese Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation.

Cäcilie, über 40 Jahre alt, seit mehr als zehn Jahren mit der „großen Liebe“ ihres Lebens verheiratet, kommt in einer akuten und aktuellen Ehekrise in ein Kriseninterventionszentrum. Ihr Ehemann hat seit einigen Wochen eine Freundin. Sie ist zutiefst gekränkt, verzweifelt, sieht keinen Sinn mehr in ihrem Leben und hat Suizidphantasien, die sie vor allem dem Mann gegenüber, aber auch anderen Angehörigen gegenüber in heftiger Art und Weise äußert. Trotzdem sie freiwillig – wenn auch auf Anraten einer Freundin – das Kriseninterventionszentrum aufsucht, vermittelt sie von Beginn an und mehr oder minder lückenlos während des ersten Gesprächs dem männlichen Therapeuten Folgendes. Sie möchte mit ihm nicht reden und sie fühlt sich von ihm nicht verstanden. Alles, was er sagt oder fragt sei falsch oder kränkt sie; sie vermittelt dem Therapeuten also, dass sie sich von ihm ausschließlich schlecht behandelt fühlt. Nach diesem ersten Kriseninterventionsgespräch fragt sich daher der Therapeut – seine Gegenübertragungsreaktionen beachtend –, ob er "wirklich so unmöglich gewesen sei" und "womit er diese heftige Kritik und Zurückweisung verdient habe". Er gewinnt den Eindruck, dass die Aggressionen, die Cäcilie ihm gegenüber direkt und indirekt geäußert hat, genau dem entsprechen, was sie ihrem Mann vorwirft und ihm mitteilen will. Die Verletztheit und die daraus resultierende mörderische Wut dem Mann gegenüber werden also von Cäcilie auf den Therapeuten übertragen. Dieser Eindruck wird noch dadurch verstärkt, dass Cäcilie nach dem Gespräch mit dem Therapeuten in derselben Institution wegen einer notwendigen Medikation mit einer Ärztin gesprochen hat. Dieser gegenüber war Cäcilie kooperativ und nicht negativ eingestellt. In den Gesprächen mit dem männlichen Therapeuten gab es aber weiterhin so gut wie keinen übertragungsfreien Raum; und die negative Übertragung blieb so massiv, dass ein gemeinsames Arbeiten fast nicht möglich war.

*Unerträgliche Gefühle und projektive Identifikation.* Nicht nur Beziehungserfahrungen mit wichtigen Anderen, sondern auch Selbstanteile von KlientInnen können

Gegenstand von Übertragung sein. Im ersten Fall (so wie bei der Fallvignette Cécilie) fühlt sich der/die TherapeutIn in der Gegenübertragung wie die übertragene dritte Person; Racker (2002) spricht dann von *komplementärer Übertragung*. Im zweiten Fall wird ein Selbstanteil übertragen und der/die TherapeutIn fühlt sich in der Gegenübertragung wie der/die KlientIn; Racker spricht dann von *konkordanter Übertragung*. Ein noch differenzierteres Konzept, das sich mit dem Prozess der Projektion eines als unerträglich erlebten Selbstanteils beschäftigt, ist das oben bereits skizzierte der *projektiven Identifikation*.

Als unerträglich erlebte Gefühle kommen in sehr vielen Krisen vor. Je mehr ein Krisenanlass eine traumatische Qualität hat, umso eher werden Gefühle von Überwältigtsein und Unerträglichkeit bei KlientInnen auftreten. Diese entlasten sich dann öfter ein Stück weit von ihrem inneren Druck dadurch, dass sie diese unerträglichsten Gefühle mittels projektiver Mechanismen auf die TherapeutInnen übertragen. Die TherapeutInnen sind dann mit diesen unerträglichsten Gefühlen identifiziert, fühlen sich in das Innenleben der KlientInnen hineingezogen und spüren selber wie es den KlientInnen in der Krise geht. Projektive Identifikationen gibt es bei Kriseninterventionen öfter. Ausmaß und Zeitdauer projektiver Mechanismen in der therapeutischen Beziehung können ein Indikator sowohl für den Schweregrad der Krise als auch für das Vorhandensein einer allfälligen Grundstörung des/der KlientIn sein. Manchmal steht bei KlientInnen während Kriseninterventionen (zeitweilig) die Abwehr unerträglichster Gefühle im Vordergrund. Auch dies kann in der Gegenübertragung für TherapeutInnen spürbar werden.

*Agieren von Trennungs- und Verlusterfahrungen.* Bei Trennungs- und Verlustkrisen kommt es öfter als bei KI aus anderen Gründen zu Abbrüchen durch die KlientInnen. Die Trennungs- bzw. Verlusterfahrung wird dann von den KlientInnen 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).

*Fallvignette Charlotte.* Diese kann als Beispiel für verschiedene in diesem Abschnitt diskutierte Aspekte gesehen werden: für die Übertragung eines unerträglichsten Selbstanteils der Klientin, für das Spüren der Abwehr unerträglichster Gefühle in der Gegenübertragung des Therapeuten und für das Agieren von Verlusterfahrung durch die Klientin. Bei *Charlotte* ging es um einen traumatischen Verlust. Ihr Sohn hat sich

nach zwei Jahren einer fortschreitenden psychischen Erkrankung für sie unerwartet während eines Krankenhausaufenthalts suizidiert. Zwei Wochen nach dem Suizid kam sie erstmals zum Therapeuten. In den ersten Gesprächen war sie abwechselnd von Trauerschmerz überwältigt und andererseits hat sie diesen Schmerz immer wieder abgewehrt. Auch der Therapeut hat sich in diesen ersten Stunden beim Zuhören immer wieder von Trauerschmerz überwältigt gefühlt. Gleichzeitig brachte Charlotte auch konkrete Situationen (Freigabe der Leiche von der Gerichtsmedizin, Begräbnis, ihr Arbeitsbeginn nach dem Krankenstand rund um Tod und Begräbnis des Sohnes) ein, die sie auch handlungsorientiert besprechen wollte. Nach einigen wenigen 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 Nachfragen des Therapeuten, dass sie nur innere Leere empfinde. Diese Atmosphäre empfand der Therapeut zunehmend lähmend und schwer und zunehmend wurde auch er leer; es fiel ihm nichts mehr ein und er wurde geistesabwesend. Charlotte schien ihren Trauerschmerz (und möglicherweise auch andere Affekte) abzuwehren und quasi sich und im Anschluss auch den Therapeuten „abzustellen“. Trotz verschiedener Deutungsversuche seitens des Therapeuten 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 den Therapeuten nicht mehr erreichbar. Sie ließ ihn mit dem Eindruck zurück, dass er vor der Zeit von ihr verlassen worden, ihre Beziehung vorzeitig abgebrochen war und mit der offenen Frage "Warum?". Die Gefühle und Gedanken des Therapeuten in der Gegenübertragung entsprachen also dem, was Charlotte nach dem Verlust des Sohnes erlebt hatte. Am Ende dieser abgebrochenen, nicht zu Ende geführten Krisenintervention war der Therapeut auf das Wahrnehmen seiner Gegenübertragungsgefühle und auf seinen Versuch zurückgeworfen, die psychodynamische Bedeutung des Abbruchs im Nachhinein zu verstehen.

## **5. Handhabung und Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung**

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. Es stellt sich nun die Frage, wie Handhabung und Nutzung derartiger Phänomene bei Krisenintervention möglich sind; denn ein deutendes Aufgreifen des Übertragungsgeschehens, wie dies bei psychoanalytischen Behandlungen üblich ist, ist in der Regel nicht oder nur in beschränktem Maße möglich. Dies würde meistens die Möglichkeiten dessen, was im Rahmen von Krisenintervention mit

einem/einer durch die Krise destabilisierten KlientIn reflektierbar ist, überschreiten. In jedem Fall ist es aber bei Kriseninterventionen wichtig, Übertragungs-Gegenübertragungsphänomene *wahrzunehmen*, 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). Damit könnte ein Containing nicht hinreichend stattfinden, für KlientInnen würde eine Möglichkeit der Kommunikation und der Beziehungsaufnahme „abgeschnitten“ werden und von den TherapeutInnen würden wichtige Informationen über die KlientInnen und deren Krisen nicht wahrgenommen werden. Zu einem Gegenübertragungsagieren käme es, wenn der/die TherapeutIn von Schrecken und Dramatik der Situation und den damit verbundenen heftigen Emotionen des/der KlientIn quasi gebannt ist und nicht die notwendige professionelle Distanz zum psychischen Erleben des/der KlientIn in der Krise wahren kann. Es bestünde dann die Gefahr, dass der/die TherapeutIn sich unreflektiert sowohl in Emotionen als auch in Handlungen hineinziehen lässt und dabei die Frage, was der/die KlientIn im Sinne eines Übertragungsgeschehens mit ihm/ihr tut (z. B. ihn/sie zu einem/einer idealisierten HelferIn macht), was der/die KlientIn ihm/ihr (unbewusst) damit mitteilen will (z. B. „Spüre wie es mir geht!“) und warum der/die KlientIn dies tut (z. B. um sich von einem unaushaltbaren emotionalen Druck ein Stück weit zu entlasten), aus dem Auge verliert. Bei einem Gegenübertragungsagieren kann es auch leicht zu Missverstehen, zu Eskalation der therapeutischen Beziehung und zu Abbrüchen in Kriseninterventionen kommen. Eine weitere „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 Gegenübertragungsagieren 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 für eine Nutzung von Übertragungs- Gegenübertragungsphänomenen notwendig, dass der/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 eigenen Person und eigenen Erfahrungen (z. B. mit eigenen Verlust- oder Trennungskrisen) zu tun haben, und die durch KlientInnen in ihm/ihr ausgelösten Gefühle und Phantasien, die quasi adäquate Reaktionen auf die Probleme des/der KlientIn sind, auseinanderzuhalten versuchen. Dieses Auseinanderhalten ist oft vor allem für TherapeutInnen, die am Berufsanfang stehen, eine schwierige Herausforderung. Bei projektiven Übertragungsformen ist ein *Durcharbeiten in der Gegenübertragung* von besonderer Wichtigkeit. Wenn es bei Krisenintervention zu projektiven Identifizierungen kommt, ist das Durcharbeiten in der Gegenübertragung, also ein „Durchkauen“ und „Verdauen“ des Projizierten durch den/die TherapeutIn – eine Arbeit, die in der Regel zwischen den Kriseninterventionsgesprächen stattfindet – oft die einzige Möglichkeit, das Übertragungsgeschehen und die KlientInnen in ihrer momentanen Verfasstheit zu verstehen und ein Entgleiten der therapeutischen Beziehung in der KI zu vermeiden. Dieser Prozess kann anhand folgender *Fallvignette* skizziert werden.

Eine junge Frau namens *Inez* kommt in ein Kriseninterventionszentrum. Vor mehr als einem Jahr ist ihr damaliger Freund bei einem Streit und Tumult in der Folge einer Sportveranstaltung umgebracht worden. Seitdem geht es ihr schlecht; sie ist verzweifelt, depressiv, voll innerer Unruhe und konsumiert täglich zur Beruhigung abwechselnd Alkohol, Cannabis oder Tranquilizer. Sie befindet sich derzeit wieder in einer Beziehung und der jetzige Freund möchte sich von ihr trennen. Der Therapeut vermutet, dass durch die aktuelle Krise wegen der drohenden Trennung der traumatische Verlust des vormaligen Freundes im Erleben von Inez verstärkt aktiviert wurde. Sie verhält sich während dieses ersten Gesprächs dem Therapeuten gegenüber abweisend und provokant. Zum Beispiel will sie ihre für die Verrechnung mit der Krankenkasse notwendigen Daten nicht bekannt geben. Als der Therapeut erklärt, warum das für die Institution notwendig ist, verfällt sie in die Du-Form und sagt „Wenn Euch das hilft, dann könnt Ihr meine Karte haben“ und wirft ihr Sozialversicherungskarte dem Therapeuten über den Tisch hin. Weiters missversteht sie mehrfach die Äußerungen des Therapeuten und dreht deren Sinn immer wieder völlig um. Inez sagt auch Dinge, mit

denen sie Druck auf den Therapeuten ausübt und die man als Drohung verstehen kann. Als ihr der Therapeut erklärt, dass trotz der Möglichkeit von einigen Kriseninterventionsgesprächen bei ihm aufgrund ihrer schon lange anhaltenden Schwierigkeiten mit dem Verlust des getöteten Freundes eine längerfristige Psychotherapie angebracht erscheint und er ihr das –unter Umständen mit Wartezeit verbundene–Procedere für einen Kassenpsychotherapieplatz erklärt, sagt sie: “Wenn ich jetzt aus dem Fenster springe, bekomme ich sicherlich gleich einen Kassenplatz“. Im Gegensatz zu den beschriebenen Äußerungen und Verhaltensweisen, die man als Zeichen heftiger Aggression verstehen kann, gelingt es dem Therapeuten nicht, mit Inez darüber zu reden, ob sie Aggressionen empfindet. Derartig Versuche des Therapeuten wehrt sie völlig ab. Nach dem Gespräch war der Therapeut voll Wut auf Inez; er war selber über die Heftigkeit seiner Reaktion erschrocken und diese Gefühle haben ihn bei Gedanken an Inez und das Gespräch weiterhin verfolgt. Ihm war klar, dass er vor dem nächsten vereinbarten Gespräch mit seiner heftigen Gegenübertragungsreaktion mehr „ins Reine kommen“ beziehungsweise diese besser verstehen müsste. Im Durcharbeiten seiner Gegenübertragungsgefühle sind bei ihm folgende Überlegungen aufgetaucht: Gab es im Erleben von Inez seit der Tötung des früheren Freundes massive innere Spannungen, verschiedene starke Affekte und möglicherweise ohnmächtige Wut? Wurden diese Affekte und vor allem die Aggressionen durch die aktuelle Krise mit dem derzeitigen Freund verstärkt? Konnte Inez diese Affekte nicht spüren beziehungsweise konnte sie sich diese nicht zugestehen? Hat sie sie daher im Therapeuten mittels verschiedener Interaktionen deponiert? Hat sie den Therapeuten dem Mechanismus einer projektiven Identifikation entsprechend in ihr Innenleben hineingezogen und hat er quasi ihre Gefühle gespürt? Trotzdem dieser Vorgang nach diesem einen Gespräch nur ansatzweise verstehbar war, half das Durcharbeiten und Nachdenken doch, Inez, ihre Situation und ihren Zustand anders verstehen zu können. Die heftige Gegenübertragungsaggression des Therapeuten verschwand und er konnte im nächsten Gespräch Inez wieder offen und neutral begegnen und eine Fortsetzung der Krisenintervention war möglich. Abschließend ist zu den Ausführungen dieses Kapitels festzuhalten, dass die Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung zwar eine wichtige und hilfreiche, aber auch eine sehr sensible Angelegenheit sein kann, die vorsichtig zu handhaben ist.

## **6. Deutung aus der Gegenübertragung**

In der Folge stelle ich nun noch eine andere Möglichkeit vor, Gegenübertragung im Rahmen von Krisenintervention zu nutzen. Der deutsche Psychoanalytiker und Psychiater Eckard Daser (2001) hat eine spezielle Deutungsform beschrieben, die er Deutung aus der Gegenübertragung nennt; diese ist für Krisenintervention besonders geeignet ist, weil sie mehr der Beziehungsbildung als dem Einsichtsgewinn dient und

so zur Ich-Stärkung beiträgt; Beziehungsbildung und Ich-Stärkung sind bei Krisenintervention besonders wichtig. Daser meint dazu wörtlich: „Zu diesem Zweck achte ich möglichst genau auf alle Gefühle, Einfälle und Phantasien, welche Rede und Verhalten des Patienten in mir auslösen“ [also auf die eigenen Gegenübertragungsreaktionen]. „Diese Eindrücke..... versuche ich, zu möglichst anschaulichen, verbalisierbaren Bildern zu entwickeln. Wenn mir das gelingt, bemühe ich mich, diese Bilder mit den Worten des Patienten in Beziehung zu setzen und das Ergebnis dem Patienten auf eine Weise mitzuteilen, die er akzeptieren kann. Anders ausgedrückt: ich versuche von meinem Erleben aus eine Brücke zum Patienten zu schlagen“. Ein Beispiel von Daser, nämlich das Protokoll des Beginns eines ersten Kriseninterventionsgesprächs mit einer 19jährigen hochschwangeren Frau, soll dies veranschaulichen; in dieser Passage kommt es mehrfach zu Deutungen aus der Gegenübertragung:

*„Die adipöse, schwangere, junge Frau sitzt mir längere Zeit angespannt schweigend gegenüber. Dabei wirkt sie auf mich ebenso anspruchlich wie höhnisch und zurückweisend zugleich. Beim Versuch, diese Zwiespältigkeit in Worte zu fassen, fällt mir das Wort „Verstocktheit“ ein. Beim Überlegen, wie ich dies [Anmerkung W T: die Gegenübertragung] der Patientin annehmbar mitteilen könnte, komme ich auf den Satz, den ich der Patientin sage:*

*T.: „Es ist alles verstockt in Ihnen.“*

*Stoßweise redend, wie ein Stottern in Worten, antwortet die Patientin:*

*P.: „Schon: Es macht alles den Hals zu oben. Ich hab` Probleme mit dem Sprechen. Es macht alles so zu.“*

*Nun entsteht eine Pause, in der ich den dringenden Wunsch verspüre, es möge etwas fließen [Anmerkung W T: ein Gegenübertragungsbild]. Daher sage ich:*

*T.: „Es kann nichts fließen.“*

*Darauf antwortet die Patientin in jetzt flüssiger Rede:*

*P.: „Ich hab` so eine Verkrampfung und das Gefühl, ich soll nicht reden. Wie: ‘Halt den Mund!’“*

*T.: „Sie sollen nicht reden?“ – Betonung auf „sollen“ -*

*P.: „Ja. Ein Gefühl, wie wenn Mama dreinspricht: Halt’s Maul, Du hast schon genug gesagt.‘ Oder genug angestellt.“.....*

*Dann kommt wieder eine längere Pause, in der sich bei mir das Gefühl bildet, als ob sich die Patientin von mir zurückzöge [Anmerkung W T: wiederum ein Gegenübertragungseindruck]. Daher sage ich:*

*T.: „Mir kommt es jetzt so vor, als ob die Entfernung zwischen uns größer würde.“  
Mit überraschender Entschiedenheit entgegnet die Patientin:*

*P.: „Ich seh’s nicht so. Ich hock`halt in einem Glaskasten, streng’ mich an und versuch’ zu reden. Und“, so fährt sie weinend fort, „es geht nichts nach draußen...“*  
*Und nun erzählt die Patientin weinend, aber fließend, den Rest, [Anmerkung W T: dieses ersten Kriseninterventionsgesprächs] „von ihrem unehelichen Kind, das auszutragen sie den Eltern abgetrotzt hat, durch das sie aber auch in größere Abhängigkeit von den Eltern zu geraten fürchtet.“*

In dieser kurzen Sequenz wird sichtbar, wie das deutende Einbringen der Gegenübertragungseindrücke des Therapeuten eine Kontakt- und Beziehungsaufnahme und damit ein Kriseninterventionsgespräch ermöglichen; so kommt das Gespräch in Gang und führt von einer verstockten Feindseligkeit, von negativer Übertragung (wahrscheinlich einer Mutter-Übertragung), die am Beginn ein Sprechen behindert hat, zu Kooperation und Offenheit, weil sich die Klientin anscheinend in ihrer momentanen Gefühlslage verstanden fühlt (Till 2014 a). Damit ein derart deutendes Einbringen der Gegenübertragung dem Beziehungsaufbau dienen kann, bedarf es eines – wahrscheinlich auf Erfahrung basierenden – sensiblen Wahrnehmens des/der KlientIn und der eigenen Reaktionen auf diese/n. Wenn die Gegenübertragungseindrücke zu stark von eigenen Anteilen der Person des/r TherapeutIn bestimmt sind und nicht mit einer „adäquaten“ Reaktion auf den/die KlientIn zu tun haben, wird eine Deutung aus der Gegenübertragung für den/die KlientIn störend wirken und daher nicht dem für die KI notwendigen Beziehungsaufbau dienen.

## **7. Abschließende Überlegungen**

Abschließend kann man festhalten: Krisenintervention, auch wenn sie sich an den allgemeinen Grundprinzipien von KI orientiert, kann durch psychoanalytisches Verstehen und insbesondere durch Reflexion des Beziehungsgeschehens unter Bedachtnahme psychoanalytischer Konzepte zur therapeutischen Beziehung wesentlich spezifiziert und bereichert werden. Bions Überlegungen zu Containing können TherapeutInnen helfen, auch in schwierigen Krisensituationen eine verstehende und akzeptierende Beziehung zu KrisenklientInnen herzustellen und aufrecht zu erhalten und somit den KrisenklientInnen in der sie überfordernden Krisensituation Halt zu geben. Bewusstes Wahrnehmen und Reflektieren von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen können wesentlich dazu beitragen, dass Eskalationen des Beziehungsgeschehens, insbesondere bei schwierigen Kriseninterventionen, und ein Entgleiten der Gegenübertragungsreaktionen, also ein Gegenübertragungsagieren, hintan gehalten werden können.

Ich hoffe, mit diesem Beitrag TherapeutInnen anderer Schulen, die also nicht psychoanalytisch orientierte sind, anzuregen, sich mit einer an psychoanalytischen Konzepten orientierten Reflexion des Beziehungsgeschehens zu beschäftigen. Ich hoffe aber auch, psychoanalytisch orientierte TherapeutInnen, für die diese psychoanalytischen Konzepte eine Selbstverständlichkeit sind, die sich aber in der Regel kaum oder gar nicht mit KI beschäftigen, anzuregen, dies in der Praxis (Kriseninterventionen selber durchführend oder diese supervidierend) vermehrt zu tun. Beides kann ein lohnendes Unterfangen sein.

*Dr. Dr. Wolfgang Till*

Wiedner Hauptstrasse 114/17, A-1050 Wien

Mail: [wolfgang.till@kriseninterventionszentrum.at](mailto:wolfgang.till@kriseninterventionszentrum.at), [till.wolfgang@aon.at](mailto:till.wolfgang@aon.at)

## Literatur

- .....  
**Argelander, Hermann (1970):** *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Primus Verlag.
- .....  
**Bion, Wilfred (1990):** *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- .....  
**Daser, Eckard (2001):** *Deuten als Form der hilfreichen Beziehung. Dargestellt an zwei Sequenzen aus psychoanalytischen Kriseninterventionen*. *Psyche*, 55, 504-533.
- .....  
**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.
- .....  
**Heimann, Paula (1964):** *Bemerkungen zur Gegenübertragung*. *Psyche*, 18, 483-493.
- .....  
**Kast, Verena (1987):** *Der schöpferische Sprung*. Olten: Walter-Verlag.
- .....  
**Lazar, Ross (1993):** „Container – Contained“ und die helfende Beziehung. In: Ermann, Michael (Hg.): *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, (68-91).
- .....  
**Ogden, Thomas (1988):** *Die projektive Identifikation*. *Forum Psychoanalyse*, 4, 1-21.
- .....  
**Racker, Heinrich (2002):** *Übertragung und Gegenübertragung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- .....  
**Sonneck, Gernot et al. (2012):** *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas WUV, UTB.
- .....  
**Stein, Claudius (2009):** *Spannungsfelder der Krisenintervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- .....  
**Till, Wolfgang (2004):** *Krisenintervention oder Beziehung gibt Halt*. In: Hochgerner, Markus et al. (Hg.): *Gestalttherapie*. Wien: Facultas, 232-252.
- .....  
**Till, Wolfgang (2009):** *Psychoanalytische Aspekte in der Krisenintervention*. *Psyche*, 63, 773-793.
- .....  
**Till, Wolfgang (2011):** *Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Möglichkeiten und Grenzen*. *Journal für Psychologie*, 19/3, 1-24.
- .....  
**Till, Wolfgang (2013):** *Krisenintervention – Möglichkeiten und Grenzen psychoanalytischen Verstehens, psychoanalytischer Haltung und psychoanalytischer Technik*. In: Diercks, Christine & Schlüter, Sabine (Hg.): *Psycho-Analysieren. Sigmund-Freud-Vorlesungen 2012*. Wien: Mandelbaum Verlag, 284-295.
- .....  
**Till, Wolfgang (2014a):** *Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Reflexionsräume unter Handlungsdruck*. *Suizidprophylaxe*, 156, Jg. 41/1, 16-24.
- .....  
**Till, Wolfgang (2014 b):** *Psychoanalytisches Nachdenken in und über Kriseninterventionen*. *Werkblatt – Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik*. 73, Heft 2, 31. Jg., 209-216.
- .....  
**Yontef, Gery (1988):** *Assimilating diagnostic and psychoanalytic perspectives into Gestalt therapy*. *The Gestalt Journal*, 12, 5-32.

## *Zwanzig Jahre Weiterbildungscurriculum Krisenintervention von ÖAGG und ÖGATAP – Ein Erfahrungsbericht* *Wolfgang Till, Claudius Stein*

Wir nehmen nicht nur dieses Schwerpunktheft über Krisenintervention, sondern auch den Umstand des 20-jährigen Bestehens zum Anlass, über das Weiterbildungscurriculum zu berichten. Dabei werden wir in der Folge nicht nur die verschiedenen Angebote, sondern auch die Entwicklungsgeschichte und notwendig gewordene Veränderungen darstellen.

### **Entstehung und grundlegende Überlegungen**

Im Jahre 1994 haben wir, die Autoren dieses Beitrags, ein Konzept für ein berufs begleitendes Weiterbildungscurriculum für Krisenintervention (KI) entwickelt. Maßgeblich waren für uns damals folgende Überlegungen:

PsychotherapeutInnen werden ebenso wie ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und Angehörige aller anderen Berufsgruppen, die im psychosozialen Feld in Behandlung, Beratung, Begleitung und Betreuung tätig sind, in ihrem Berufsalltag immer wieder mit Menschen in akuten Krisen konfrontiert. Dabei ist aufgrund des für Krisen typischen Gefährdungspotentials oft ein schnelles, kurzfristiges, risikoreiches und daher in besonderem Maße verantwortungsvolles professionelles Handeln erforderlich. Das kann TherapeutInnen und BeraterInnen bei ihrer Arbeit spezielle Schwierigkeiten bereiten und Angst und Überforderung auslösen. Diese Belastungen von TherapeutInnen und BeraterInnen werden durch den großen emotionalen Druck, unter dem KlientInnen in Krisen stehen und den sie vermitteln, durch potentielle Gefährdungen (insbesondere lösen suizidale Einengung und Suizidäußerungen bei TherapeutInnen und BeraterInnen oft Ängste aus) und durch das bei KI häufig vorkommende Fehlen eines stabilen und kontinuierlichen Settings hervorgerufen. Weiters war für uns noch die Überlegung wichtig, dass ein „guter“ professioneller Umgang mit Menschen in Krisen auch ein bedeutsames gesellschafts- und gesundheitspolitisches Anliegen ist; denn diese Arbeit hat einen erheblichen präventiven Effekt; Ausbruch und Chronifizierung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie von sozialen Fehlentwicklungen können so verhindert beziehungsweise verringert werden. Maßgeblich für die Entwicklung dieses Curriculums war überdies der Eindruck, dass damals in den meisten therapeutischen und sozialen

Ausbildungen theoretische und praktische Kenntnisse von KI nicht in hinreichendem Ausmaß vermittelt wurden.

Das aufgrund all dieser Überlegungen entwickelte Konzept haben wir dem ÖAGG und der ÖGATAP – den Psychotherapievereinen, in denen wir damals „beheimatet“ waren – vorgelegt. 1995 wurde die Umsetzung dieses Konzeptes von den beiden Vereinen beschlossen und das Weiterbildungscurriculum somit gegründet. Seitdem sind ÖAGG und ÖGATAP Veranstalter dieser Weiterbildung (WB). Eine spannende, manchmal aber nicht ganz einfache Herausforderung war es damals auch, dass dieses Curriculum das erste gemeinsame Projekt der beiden größten österreichischen Psychotherapieausbildungsvereine war. Im Folgejahr, also 1996, hat die erste Gruppe mit dem Weiterbildungscurriculum begonnen.

### **Das zweijährige Curriculum: Struktur und Inhalte**

Da Kriseninterventionen – wie bereits erwähnt – von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen durchgeführt werden, richtet sich dieses Curriculum an alle Personen, die im psychosozialen Feld tätig sind. Teilnahmevoraussetzungen sind eine einschlägige berufliche Tätigkeit – das Curriculum ist eine berufsbegleitende WB und keine Ausbildung – und ein gewisses Maß an Selbsterfahrung. Das Curriculum ist in zwei Teile geteilt und umfasst folgende Seminare mit folgenden Inhalten:

#### **Teil A: PSYCHOSOZIALES KRISENMANAGEMENT**

In vier Seminaren werden allgemeine Grundlagen der Krisenintervention vermittelt:

##### **Seminar A1: KRISEN IM EIGENEN LEBEN**

*Einführungsseminar, themenzentrierte Selbsterfahrung*

##### **Seminar A2: KRISENINTERVENTION I**

*Psychosoziale Krisen: Definitionen, Charakteristika, Modelle, Abgrenzung gegenüber anderen Zuständen*

*KI bei psychosozialen Krisen: Prinzipien, Richtlinien für den Ablauf, Gesprächsführung*

##### **Seminar A3: SUIZIDALE KRISEN**

*Abschätzung des Suizidrisikos, Krisenintervention bei Suizidgefahr, Theorien über Suizidalität*

##### **Seminar A4: KRISENINTERVENTION II**

*KI bei verschiedenen Arten von Krisen, nach Traumatisierungen, in verschiedenen Settings, unter Berücksichtigung unterschiedlicher institutioneller Rahmenbedingungen und aus der Sicht verschiedener Berufsgruppen*



## **TEIL B: INTERVENTIONEN IN SPEZIELLEN KRISENSITUATIONEN**

In sieben Seminaren werden theoretisches Wissen und praktische Fähigkeiten für Kurzpsychotherapie, Beratung und Betreuung mit/von KlientInnen in speziellen Krisensituationen vertieft sowie spezielle Methoden, die im Rahmen von KI angewendet werden können, vorgestellt:

### **Seminar B1: KRISENINTERVENTION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN**

*Anwendung und Modifikation der allgemeinen Grundprinzipien von KI für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Krisen*

### **Seminar B2: KRANKHEIT–STERBEN–TOD**

*Arbeit mit Abschied, Verlust und Trauer*

### **Seminar B3:**

#### 1. Teil: NOTFALLPSYCHIATRIE

*Überblick zur Differentialdiagnostik und Einschätzung des Gefährdungspotentials psychiatrischer Notfälle, Motivation und Überweisung zu psychiatrischer Behandlung*

#### 2. Teil: RECHTLICHE ASPEKTE VON KRISENINTERVENTION

*Verschwiegenheitspflicht, rechtliche Aspekte von Selbst- und Fremdgefährdung, Unterbringungsgesetz*

### **Seminar B4:**

#### 1. Teil: IMAGINATIVE TECHNIKEN IN DER KRISENINTERVENTION

*Einführung in die Arbeit mit Imaginationen, Vorstellung von Imaginationsmotiven, die bei KI indiziert sein können, und praktische Übungen*

#### 2. Teil: ÜBERTRAGUNG UND GEGENÜBERTRAGUNG IN DER KRISENINTERVENTION

*Übertragung, Gegenübertragung, projektive Identifikation, szenisches Verstehen. Anwendbarkeit dieser Konzepte bei KI*

### **Seminar B5: PAAR- UND FAMILIENKRISEN**

*KI in einem Mehrpersonensetting, Gesprächsführung und Interventionen in der Arbeit mit Paaren und Familien in Krisensituationen, insbes. bei eskalierten Beziehungskonflikten*

### **Seminar B6: KRISENINTERVENTION NACH SEXUELLEM MISSBRAUCH UND GEWALTANWENDUNG**

*Täter-Opfer-Dynamik, Interventionen bei Missbrauchs- und Gewaltopfern aus frauenspezifischer Sicht*

### **Seminar B7: ABSCHLUßSEMINAR**

*Abschluss des Lehrgangs auf inhaltlicher und persönlicher Ebene*

Im ersten Seminar geht es ausschließlich um Selbsterfahrung. Durch die Bearbeitung eigener Krisen soll das Bewusstsein der TeilnehmerInnen dafür geschärft werden, wie sich Krisen anfühlen, wie sie verlaufen und was sowohl in akuten Stadien als auch im weiteren Verlauf von Krisen bei der Bewältigung helfen kann. Bei allen anderen Seminaren geht es um eine Mischung aus Theorie und Praxis. Theoretische Konzepte zu Krisen und Krisenintervention werden sowohl in der Gruppe erarbeitet als auch von den SeminarleiterInnen vorgestellt. Der Praxisbezug wird durch Besprechen von Fällen der TeilnehmerInnen und der SeminarleiterInnen sowie durch Rollenspiele hergestellt, in denen Gesprächsführung und Interventionsmöglichkeiten bei akuten Krisen geübt werden. Während des Teils B finden vier Mal Blocksupervisionen in Kleingruppen statt. In diesen werden einschlägige Erfahrungen mit Kriseninterventionen aus den jeweiligen aktuellen Tätigkeitsfeldern der TeilnehmerInnen reflektiert und es wird versucht, einen Bezug zwischen diesen praktischen Erfahrungen und den Inhalten der Seminare herzustellen. Um den unterschiedlichen Interessen und dem unterschiedlichen Weiterbildungsbedarf der TeilnehmerInnen gerecht zu werden, wurde das Curriculum so konzipiert, dass eine Teilnahme in verschiedenen Formen möglich ist. Prinzipiell ist eine Teilnahme am gesamten Curriculum (insgesamt 218 Arbeitseinheiten = AE) vorgesehen; es ist aber auch möglich, dass InteressentInnen, die eine WB in geringerem Umfang wollen, nur an Teil A als Kurzcurriculum (insgesamt 80 AE) teilnehmen. Diese können den Teil B (insgesamt 138 AE) zu einem späteren Zeitpunkt besuchen. Im Sinne psychotherapeutischer Fortbildung können PsychotherapeutInnen als Gäste an einzelnen speziellen Seminaren des Teils B teilnehmen.

Bei den Seminarinhalten gab es im Laufe der Jahre aufgrund der Erfahrungen mit den Weiterbildungsgruppen geringfügige Veränderungen. Nur bei den ersten Gruppen wurden Seminare zu Krisenmodellen (dieses Thema wurde dann in das Seminar „Krisenintervention I“ integriert), zu chronischer Suizidalität und zu selbstverletzendem Verhalten angeboten. Später kamen stattdessen folgende Seminare hinzu: „Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen“ (an diesem Thema bestand ein besonders großer Bedarf), „Imaginative Techniken in der Krisenintervention“ und „Übertragung und Gegenübertragung in der Krisenintervention“. Als ReferentInnen waren bei allen Gruppen Claudius Stein und Wolfgang Till als Leiter des Weiterbildungscurriculums sowie Verena Kast und Sabine Scheffler tätig; mehrfach haben folgende ReferentInnen Seminare geleitet: Michael Ertl, Adelheid Wimmer, Katharina Schwarz, Andrea Brandl-Nebehay, Tom Levold, Barbara Burian-Langeegger, Joachim Hinsch, Jürgen Kind und Ulrich Sachsse; jeweils nur einmal im Rahmen des Weiterbildungscurriculums tätig waren: Gertrude Bogyi, Paula Lanske, Manuel Rupp, Elmar Etzersdorfer, Esther Wanschura, Hildegard Katschnig, Sonja Wohlatz, Margot Scherl und Gottfried

Höbinger. Der Teil A wurde öfter als der Teil B durchgeführt. Das gesamte Curriculum fand in dieser Form sieben Mal und zuletzt zwischen 2009 und 2011 statt. Über weitere Veränderungen und Entwicklungen wird unten berichtet. Zusätzlich zum Curriculum haben wir einige Male Fünftagesseminare zu Grundlagen von KI angeboten und abgehalten sowie einzelne Fortbildungsseminare zu Themen, die dem Bereich KI nahe sind, mit Gast-ReferentInnen aus dem Ausland und eine drei Seminare umfassende Fortbildungsreihe zu „Traumazentrierter imaginativer Psychotherapie“ organisiert.

### **Bewährtes und Veränderungen**

In den zwanzig Jahren des Bestehens des Weiterbildungscurriculums gab es beides, nämlich Aspekte, die sich manchmal auch trotz Schwierigkeiten und Infragestellung bewährt haben und beibehalten wurden, als auch Veränderungen und Weiterentwicklungen. Die Mischung von Theorie und Praxis und der starke Praxisbezug in den Seminaren haben sich bewährt. Ebenfalls bewährt hat sich auch der Einstieg in die WB über themenbezogene Selbsterfahrung. Nicht zuletzt ist dieser persönliche Beginn auch für die Gruppenbildung hilfreich und hat in der Regel eine gute Basis dafür geschaffen, im weiteren Verlauf des Curriculums an den schwierigen und belastenden beruflichen Krisenthemen gemeinsam zu arbeiten. Beibehalten wurde auch der breite Zielgruppenzugang. Die Heterogenität der Grundberufe, des Wissens- und Erfahrungsstands und der Tätigkeitsfelder der TeilnehmerInnen hat manchmal auch Spannungsfelder eröffnet; in Summe haben aber die bereichernden Aspekte dieser Art der Gruppenzusammensetzung gegenüber den schwierigen überwogen.

Inhaltliche Veränderungen haben zum Teil aufgrund unserer eigenen fachlichen Weiterentwicklung stattgefunden. Neben dem Suizidalitätsschwerpunkt fanden im Laufe der Jahre Aspekte der Psychotraumatologie stärkere Berücksichtigung. Die Methode KI wird heute auch in Hinblick auf ihre Anwendung bei unterschiedlichen Arten von Krisen mehr differenziert. Weiters haben wir aus den Psychotherapierichtungen, denen wir zugehören, verstärkt Sichtweisen und Interventionsmöglichkeiten ins Curriculum eingebracht und uns mit deren speziellen Modifikationen für die Kriseninterventionsarbeit beschäftigt. C. Stein tat dies aus dem Bereich der Katathym Imaginativen Psychotherapie, W. Till aus dem Bereich psychoanalytisch orientierten Arbeitens. Es gab aber auch Veränderungen im Curriculum, die durch verschiedenartige Entwicklungen und Bedingungen im Umfeld bedingt waren. Es wurden Nachbardisziplinen entwickelt beziehungsweise weiterentwickelt, nämlich Notfallpsychologie, Psychotraumatologie und spezielle Konzepte für Traumabehandlung. Das ist einerseits fachlich bereichernd, führt aber auch zu Überschneidungen und Konkurrenzsituationen. Die Notfallpsychologie beschäftigt sich nicht nur mit Einsätzen vor Ort – was eine wichtige Neuerung bedeutet –, sondern beansprucht diesen Bereich für die Berufsgruppe der

PsychologInnen. Sie verfolgt damit auch berufsgruppenspezifische Interessen und steht damit zum Teil in Widerspruch zu dem für KI notwendigen Grundprinzip der Interdisziplinarität. Die Konzepte der Psychotraumatologie ähneln in Bezug auf Akuttraumatisierungen jenen der Krisenintervention.

Auf dem „Psychomarkt“ sind daher zahlreiche Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zu Notfallpsychologie und Traumabehandlung entstanden; überdies haben neben dem ÖAGG-ÖGATAP-Curriculum auch andere Institutionen in Österreich begonnen, Fort- und Weiterbildungen zu KI anzubieten. Dies hat dazu geführt, dass es viel Konkurrenz am „Markt“ gibt und die quasi Monopolstellung, die das ÖAGG-ÖGATAP-Curriculum zur Zeit ihres Entstehens hatte, verloren gegangen ist. Weiters ist heute der Bereich KI auch in den verschiedenen „Psycho“-Ausbildungen besser verankert als dies vor zwanzig Jahren der Fall war; im Prinzip ist das eine sehr begrüßenswerte Entwicklung; sie hat aber auch die Notwendigkeit eigener Weiterbildungen im Bereich KI verringert. Zu den gesellschaftlichen Veränderungen, die Auswirkungen auf das Curriculum hatten, gehört überdies auch, dass durch die schwieriger gewordene finanzielle Situation in der Gesellschaft weniger Geld für Weiterbildungen vorhanden ist; ArbeitgeberInnen psychosozialer Institutionen können weniger finanzielle Mittel für Weiterbildungen ihrer MitarbeiterInnen zur Verfügung stellen.

All diese zuletzt genannten Veränderungen haben dazu geführt, dass die Nachfrage nach einer zweijährigen WB deutlich zurückgegangen ist. Zunächst haben wir auf die veränderte Marktlage so reagiert, dass wir den Teil A zweimal hintereinander angeboten haben und dann aus diesen beiden Gruppen eine Gruppe gebildet werden konnte, die am Teil B teilgenommen hat. Schließlich gab es aufgrund der zurückgegangenen Nachfrage keine Möglichkeit mehr, das gesamte Curriculum zu veranstalten.

### **Gegenwart und Ausblick: das Kurzcurriculum und Erweiterungspläne**

Aus den angeführten Gründen wird seit 2011 nur mehr ein Kurzcurriculum, das dem Teil A des gesamten Curriculums entspricht, angeboten. Dieses hat seitdem dreimal stattgefunden. Es umfasst insgesamt 80 AE und die vier Seminar „Krisen im eigenen Leben“, „Krisenintervention I“, „Krisenintervention bei Suizidalität“ und „Krisenintervention II“ mit den oben beschriebenen Inhalten. Diese Form der WB ist – trotz Kürze und trotz verschiedener Konkurrenzangebote – nach wie vor nachgefragt und stellt ein von den TeilnehmerInnen als wertvolle Lernerfahrung geschätztes Angebot dar.

Da wir Weiter- und Fortbildungen im Bereich KI für wichtig halten und auch Interesse und Lust daran haben, auf diese Art unser Wissen und unsere Erfahrung weiter zu

vermitteln, planen wir das jetzige Kurzcurriculum ein wenig (ev. um zwei Seminare) zu erweitern und zu verändern. Wir wollen das Spezifische der Art von KI, wie wir sie vertreten und vermitteln, stärker betonen und damit auch das Profil unseres Angebots – auch gegenüber anderen Kriseninterventionsweiter- und Fortbildungen – schärfen. Wir planen einerseits unserem psychotherapeutischen Hintergrund entsprechend einen verstärkten Akzent auf einen tiefenpsychologisch/psychodynamischen Zugang zu KI zu legen; andererseits wollen wir die suizidpräventiven Aspekte von KI noch stärker betonen. Wir hoffen auf eine konstruktive Weiterentwicklung unserer WB, und darauf, dass sich auch in Zukunft viele KollegInnen aus dem psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich für unser Angebot und unser Anliegen interessieren. InteressentInnen können sich mit Fragen über die unten angegebenen Kontaktadressen an die Leiter wenden.

### **Korrespondenzadressen:**

*Dr. Claudius Stein*

Westbahnstrasse 14/8, A-1070 Wien

claudius.stein@kriseninterventionszentrum.at

*Dr. Dr. Wolfgang Till*

Wiedner Hauptstrasse 114/17, A-1050 Wien

Mail: wolfgang.till@kriseninterventionszentrum.at, till.wolfgang@aon.at

# *Krisenintervention im Kontext von Schuld*

*Zur Ausformung spezifischer Rollenanforderungen für  
PsychotherapeutInnen im Praxisfeld der Krisenintervention*

*Helene Bader*

## **Abstract**

Der Beitrag untersucht als Einzelfallstudie anhand einer Fallvignette einen Kriseninterventionseinsatz und nimmt Bezug auf belastende Schuldgefühle in ihren verschiedenen Facetten. Ausgehend von der Phase des Schocks der Betroffenen in der Krisensituation wird aus der Perspektive der psychodramatischen Psychotherapie der Themenkreis Schuld bei Angehörigen und professionellen HelferInnen beleuchtet, um mit einer Reflexion zum Praxisfeld der Krisenintervention abzuschließen.

Keywords: Krisenintervention, Suizid, multidimensionale Sichtweisen der Schuld, Psychodrama

## **1. Einleitung**

Diese Arbeit untersucht die Frage, unter Berücksichtigung der Gegenübertragung, wie ausgehend vom Fallbeispiel Angehörige und professionelle HelferInnen mit dem Thema „Schuld“ umgehen.

### **1.1. Fallvignette**

Um in die Thematik dieses Beitrages einzuführen, stelle ich hier zunächst eine Fallvignette aus meiner Praxis in der Krisenintervention voran:

Ein Mann hat sich das Leben genommen. Seine Frau kauert in der kleinen Dachwohnung auf dem Sofa. Leise weint sie vor sich hin. Der Suizident liegt im Keller. Der Polizist fragt, ob meine Kollegin und ich ihn sehen wollen. Im Laufe des Einsatzes ist immer wieder „Schuld“ das Thema. Eine Schuld, die niemand egalisieren kann. Ich frage die Frau, wie sie denn jetzt „schuld sein“ könne, wo sich doch gerade herausgestellt hat, dass heute der letzte Tag des Arbeitslosengeldbezuges des Verstorbenen war. Nicht einmal die Freunde wussten von diesem Umstand. Aber da war noch der Streit. Kurz bevor der Mann in den Keller ging, hat er einen Vorwurf an seine Frau gerichtet und diese hat ihm widersprochen. Und deshalb, so glaubt

sie jetzt, hat sich der Mann das Leben genommen. Sie waren doch eine glückliche Familie. Dass der Mann ab und an Frauenkleider trug, war in der Familie toleriert worden, betont die Ehefrau. Allerdings sollte die Außenwelt davon nichts erfahren, es wurde jedoch darüber gemunkelt, erzählt die Witwe weiter.

Die Tochter Anna ist bereits außer Haus. Sie studiert in einer anderen Stadt. Die Tochter kommt erst am Nachmittag. Anna hängt so am Vater. Die Mutter verboht sich in „ihre“ Schuld. Sie ist schuld, sie kann es nicht akzeptieren, sie schreit, sie weint und fällt wieder in sich zusammen ....

### **1.2. Krisenintervention als Praxisfeld psychotherapeutischen Handelns**

Gernot Sonneck stellt den Verlauf von akuten Krisen nach Caplan (1964), der die Veränderungskrise in Blickfeld hat, und Cullberg (1978), welcher sich besonders der traumatischen Krise widmet, dar. Nur bei der traumatischen Krise gibt es eine Schockphase, die gleichzeitig die erste Verlaufsphase bildet, die wenige Sekunden bis 24 Stunden dauern kann (Sonneck et.al. 2012, S 61). Das einfache Dasein ohne Vorbehalte für Menschen in Krisen ist der wichtigste Baustein in der Bewältigung der akuten Krise. Diese Ersthilfe kann von helfenden Personen ohne professionelle Ausbildung gegeben werden. Erst die weitere Bearbeitung des Traumas und das Aufspüren wesentlicher Bewältigungsstrategien sollte von psychotherapeutisch geschultem Personal durchgeführt werden. Die Schuldfrage ist für KriseninterventionsmitarbeiterInnen unbeantwortbar. Ein Beistehen bei den eventuell aufgeworfenen Fragen der Angehörigen macht etwas mit den HelferInnen. Auch wenn diese Fragen nicht gestellt werden, sind sie da und wirken auf alle in dem Fall Involvierten. Der unvermeidliche Satz "Ich bin Schuld", ausgesprochen von den Angehörigen, ist am besten mit weiteren Fragen zu begegnen. Eine realitätsbezogene Antwort, wie "Ich sehe keine Schuld", erschwert jeden Anknüpfungspunkt und lässt die KriseninterventionshelferInnen leicht oberflächlich erscheinen. Wenn niemand Schuld hat, braucht auch die Frage nach der Schuld nicht gestellt werden – oder fühlt sich dann am Ende die/der KriseninterventionshelferIn schuldig? Für professionelle KriseninterventionsmitarbeiterInnen ist es besonders wichtig, die Schuldgefühle der zu begleitenden Personen aushalten und „containen“ zu können.<sup>1</sup>

### **1.3. Annäherung an das Schuldthema**

Bei näherer Beschäftigung mit dem Themenfeld Schuld beginne ich bei der differentiellen Affektskala von Krause (1993). Jörg Merten und Rainer Krause haben sich

---

<sup>1</sup> Vgl. 12. Plattformtagung der Österreichischen Krisenintervention 2014 (<http://www.pndooe.at/archiv/12-%C3%B6sterreichische-plattformtagung/>). Bei dieser wissenschaftlichen Tagung zum Thema „Schuld und Schuldgefühl“ in Linz wurde die Belastung der HelferInnen im Hinblick auf die emotionale Beanspruchung in der Krisenintervention umfassend thematisiert.

in der differentiellen Affektskala DAS eingehend mit den grundlegenden Affekten beschäftigt. Besonders bemerkenswert erscheint mir, dass die Schuld im Zusammenhang mit den Attributen „reumütig, schuldig und tadelnswert“ steht und die Scham mit der näheren Bezeichnung „gehemmt, verschämt und verlegen“ versehen wird. Christian Endler (2014) sieht aus psychotherapeutischer Perspektive die Schuld eng mit der Trauer verbunden. Wobei Endler metaphorisch die Möglichkeit anbietet, die Schuld als „Rucksack“ zu entlarven, welcher von Personen weitergegeben wird, die sich ihrer Verantwortung entziehen.

Karoline Zeitlinger-Hochreiter (1996) lädt uns zu einer psychodramatischen Betrachtung ein, in der Gefühlszustände wie, Zorn, Ärger, Liebe usw., oder auch komplexere Vorgänge wie Überzeugung und Neugierde, immer als einen Teil interaktioneller Prozesse im sozialen Atom zu verstehen sind. Dieser beschriebene Umstand leitet direkt zum Schuldthema über: Wer in der Interaktion was einbringt und was damit ausgelöst wird, ist die nächste Frage. Dazu führt Hochreiter-Zeitlinger eine Aufstellung an, die sie den „subjektiven Gefühlsklassen“ zuschreibt. Sie unterscheidet 'harmonische' Emotionen, wenn zwei Personen in ihren Gefühlen spontan übereinstimmen, 'disharmonische Emotionen', wenn die gegenseitigen Emotionen sich nicht entsprechen, 'gebrochene Emotionen', wenn eine starke Emotion mit Gleichgültigkeit beantwortet wird und 'vorübergehende' Emotionen, wenn sich eine Person ihrer Emotionen nicht bewusst wird" (Zeitlinger-Hochreiter 1996, S 141f). Im Psychodrama wird die Anziehung, Abstoßung und Gleichgültigkeit zwischen Personen als emotionale Interaktion beschrieben. Dadurch wird die spezifische Bindungsqualität in einer Beziehung definiert. Dazu kann angemerkt werden, dass sowohl die Anziehung (man denke an Menschen, denen zu viel Nähe massiven Stress verursacht) genauso wie Abstoßung und auch die Gleichgültigkeit im Extremfall zur totalen Absage an das Leben, also zum Suizid führen kann. Damit sind wir der Schuldfrage in unserer Analyse allerdings keinen Schritt näher gekommen, oder höchstens insofern, als deutlich wird, dass reduktionistische Perspektiven nicht angemessen sind.

Aus dem psychodramatischen Blickwinkel stellt Jutta Fürst (2004) den Menschen als von einem „Aktionshunger“ erfüllt dar. Mit einem Lebenswillen (à la Bergson, vgl. Buer 2004) sei er getrieben, seine Lebenswelten nach seinen Vorstellungen „spontan“, also frei und uneingeschränkt zu gestalten. Dass der Mensch Gott spielen möchte, also im Spiel aktiv transzidiert, stellt eine bedeutsame Erfahrung dar, welche die innere Bühne mit Glückserfahrungen erweitert. Damit wird eine Vorgehensweise eingeschlagen, die eine größere Tragfähigkeit des Verstehens eines Individuums schafft. Allerdings nicht nur für den einzelnen Menschen in seiner spirituellen Dimension gilt diese



Verstehens-Erweiterung, sondern für sämtliche Lebewesen in ihrer Eingebundenheit in die Natur. Es ist klar, dass dem einzelnen Menschen in seiner Entwicklung nicht nur Positives widerfahren kann. Das Unterstützende im Verstehen ist, dass allen MitspielerInnen im Universum – vom Wassertropfen, bzw. Wasserstoffatom bis hin zu menschlichen Gesellschaften – gewisse Gegebenheiten eigen sind. Damit meine ich, alles Existenzielle hat Merkmale, Bedürfnisse und Eigenschaften, die auf die Lebensbühne gebracht werden. Es gibt nicht etwas, was keine Rolle spielt. Alles hat eine Bedeutung und alles spielt mit.

In der Welt ist der Mensch mit seinen eigenen Ausstattungen eingebettet. Das ist eine Herausforderung. Ob das Individuum zum Egoisten wird, nur auf seine Vorteile schaut und so in der Welt destruktiv agiert, oder in der selbstlosen Aufopferung untergeht, führt zu einem ähnlichen Ergebnis, nämlich zum Schaden für sich selbst. Wann das Ausscheren aus der Angemessenheit beginnt, bleibt dabei in der Verantwortung jedes Einzelnen. „Das Böse zeigt sich in der Richtungslosigkeit des Lebenswillens und in den zerstörerischen Folgen.“ (Buer 2004, S 47)

Mit dieser Darstellung wird der Dimension der Schuld die Motivation des Tuns eines Individuums zugrunde gelegt. Soziometrisch möchte ich noch ergänzen, dass der Suizid die schärfste negative Wahl bedeutet. Ob dies Angehörige auch so empfinden, kann die gemeinsame Geschichte der Angehörigen mit dem Suizidenten erklärbar machen. Monika Wicher (2014) hat in einem Vortrag zum Thema der politischen Dimension der Soziometrie mit einer kurzen psychodramatischen Analyse eröffnet. Dabei formuliert sie sinngemäß, dass wir im Leben alleine stehen und doch unsere Kinder, PartnerInnen, Eltern, Freunde, usw. in uns tragen, die nicht wirklich sichtbar sind. Sie führt weiter aus, dass es letztlich auch keine Trennung der Menschen geben könne, egal wie wir uns entscheiden sollten. Vielleicht ist die Schuld ein mögliches Band, das die/den Toten mit den Lebenden verbindet? Auch hier bildet der Begriff des „sozialen Atoms“ nach Moreno (vgl. Hutter 2004) die Grundlage meines Gedankenganges.

Möglicherweise kommen wir der Thematik mit Mathias Hirsch (2014) näher, der die erstaunliche Gültigkeit der Schuldeinteilung von Jaspers zitiert, die vier Ebenen unterscheidet. Auf der ersten Ebene befindet sich die kriminelle Schuld. Orientierungshilfen stellen dabei Gesetze dar, die in gerichtlichen Instanzen durchgesetzt werden können. Der juristische Blickwinkel für klar nachweisbare Verbrechen steht hier im Mittelpunkt. Die politische Schuld sieht Hirsch auf der zweiten Ebene. Dabei verortet er die Verantwortlichkeit für das Handeln beginnend beim Staatsoberhaupt bis hin zum einzelnen Staatsbürger. Hier stehen die Gewalt und die Motivation der Macht im

Vordergrund. Die dritte Ebene besetzt Jaspers mit der moralischen Schuld, welche sich nicht auf Zurufe von außen, wie Befehle oder ähnliche Pflichthinweise aus der Verantwortung nehmen darf. Das Gewissen des einzelnen Menschen und der Austausch mit seiner Umwelt umfassen den moralischen Schuldbereich, wobei die Wertigkeit jedes Einzelnen durch die soziale Rolle hervorgehoben wird. Die vierte Ebene bildet nach Jaspers die metaphysische Schuld. Diese Ebene übersteigt die juristische, politische und moralische Schuld. Als Instanz gilt hier nur Gott alleine. „Dass ich noch lebe, wenn solches geschehen ist, legt sich als untilgbare Schuld auf mich ....“ (Hirsch 2014, S 31). Einen weiteren Blickwinkel ermöglicht uns Jens L. Tiedermann (2013) über das Schamgefühl. "Unerträgliche Schamgefühle können durch erträgliche Schuldgefühle ersetzt werden. Dabei spielt die Verwandlung der Scham- in Schuldgefühle, bei denen es um eine konkrete Tat oder einen Gedanken geht, eine besonders große Rolle. Der Scham gehen keine Ambivalenz und damit kein Konflikt voraus. Der Beschämte steht daher nicht am 'Scheideweg', ihm bleiben weder Wahl noch Ausweg“ (Tiedermann 2013, S 95). In dieser Ausweglosigkeit liegen die Unterschiede zwischen Scham- und Schuldgefühlen begründet. Eine möglicherweise passiv zu ertragende Scham wird aktiv umgewandelt, indem der Betreffende jemand anderen beschämt, um seine eigene Scham nicht erleben zu müssen. Schuldgefühle sind enger mit inakzeptablen Verhaltensweisen verbunden, Scham dagegen ist eine Emotion über das Selbst, die verinnerlicht wird, bevor die Fähigkeit vorhanden ist, zwischen Handeln und Selbst zu unterscheiden (ebd.). Im Gegensatz zu Schuldgefühlen, die man dadurch lindern kann, dass man um Vergebung bittet, bietet Scham nicht so leicht die Möglichkeit, sich von ihr zu befreien.

Barbara Juen und Dietmar Kratzer (2012) unterscheiden zwischen handlungsbezogenen Schuldgefühlen und personenbezogenen Schuldgefühlen, wobei die personenbezogene Schuld in der Sicht dieser AutorInnen deutlich schwerer zu wiegen scheint. Im Modell des OPD-2–Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2–(Arbeitskreis OPD 2009) zeigt sich der Schuldkonflikt als einer von acht menschlichen Grundkonflikten. Der Schuldkonflikt erstreckt sich zwischen Selbst- und Fremdbeschuldigung. „Das Gefühl von Schuld tritt auf, wenn man den anderen tatsächlich oder vermeintlich verletzt oder dessen Bedürfnisse oder Rechte beeinträchtigt hat. Schuldgefühl entsteht in der Regel im Zusammenhang mit diesem Konflikt zwischen egoistischen und prosozialen Tendenzen. Dabei muss es sich nicht um reale oder fantasierte Verstöße im interpersonalen Verhalten handeln, sondern es können auch Verletzungen von verinnerlichten Werten und Normsystemen sein. Inhalt und Ausmaß der verinnerlichten Normen und der sich daraus ergebenden Schuldgefühle sind stark sozial geprägt und kulturabhängig.“ (ebd., S 238) Michael Schacht (2003) formuliert zu dem Thema "Täter" und "Opfer" in folgender Weise: "Hier wird das Erkennen der Verantwortung

für das eigene Leid in der Rolle des Täters thematisiert. Es ist zu betonen, dass es nicht ausschließlich um den Aspekt von Täterschaft und Verantwortung gehen darf. Die Verantwortung für die eigene Tat ist immer im Spannungsfeld mit von außen kommenden Widerfahrnissen zu sehen, denen eine Person ausgesetzt ist. Die allzu einseitige Betonung der eigenen Verantwortung folgt einem ebenso illusionären Muster wie die zu starke Betonung des eigenen Status als Opfer“ (Schacht 2003, S 409). Auch Schacht nimmt damit eine psychodynamische Position in der Analyse von Schuldkonflikten ein.

Die Gefühlsblindheit – auch Alexithymie genannt – ist nach Manfred Stelzig (2013) ein wichtiger Bereich der Psychodynamik. "Mehrere Faktoren dürften bei der Entstehung der Gefühlsblindheit zusammenwirken. Zum Ersten sehen wir die Abwertung von Gefühlen an sich. Die Betroffenen stufen Gefühle als störend, kompliziert und überflüssig ein. Andererseits haben sie auch nie gelernt, Gefühle zuzulassen, zu spüren oder gar zu empfinden." Ob eine derartige Gefühlsblindheit Schuld forciert oder abwehrt bleibt eine spannende Frage.

## **2. Methode der psychotherapeutischen Einzelfallstudie**

Im nächsten Schritt führe ich die Darstellung mit der Methode der Einzelfallstudie anhand des eingangs skizzierten Falles fort. Gerade in der psychotherapeutischen Krisenintervention ermöglicht das Forschungsdesign einer Einzelfallstudie eine besondere Nähe zum Gegenstand, die mit hoher „ökologischer Validität“ und „Repräsentanz“ der Forschungsergebnisse für den psychotherapeutischen Arbeitsalltag einhergeht (vgl. Fischer 2011, S 146). Dieser Kriseninterventionseinsatz wurde von mir im Rahmen der Krisenintervention des Landes Steiermark durchgeführt.<sup>2</sup> Als Mitarbeiterin des KIT (Kriseninterventionsteam Land Steiermark) bin ich ehrenamtlich tätig. Die Basis dieser Arbeit ist meine psychotherapeutische Ausbildung in Psychodrama-Psychotherapie, aufbauend habe ich ein Weiterbildungscurriculum für Krisenintervention absolviert. Österreichweit sind die MitarbeiterInnen der regionalisierten Kriseninterventionszentren in der „Plattform Krisenintervention“ vernetzt.<sup>3</sup> Im Kriseninterventionsteam Land Steiermark wird darauf Wert gelegt, zu zweit zu den Einsätzen zu gehen. Das war auch im beschriebenen Fall so. Besonderes Augenmerk lenke ich vor dem Einsatz auf meine eigene Befindlichkeit. Ich prüfe kurz, bin ich heute in der Lage, bin ich in so einer guten Verfassung, dass ich mit belastenden Ereignissen umgehen kann. Dabei kommt mir die Ehrenamtlichkeit der Kriseninterventionstätigkeit sehr entgegen.

---

2 Zur Krisenintervention Land Steiermark vgl. <http://www.katastrophenschutz.steiermark.at/cms/ziel/1242112/de/>

3 Zur Plattform Krisenintervention vgl. <http://www.plattform-akutbetreuung.at/txt/show.php?id=1>

Die vorgestellte Krisenintervention fand im Haus der betroffenen Angehörigen statt. Zum Zeitpunkt der Intervention befanden sich die Witwe sowie mehrere MitarbeiterInnen der Polizei im Haus. Nach ungefähr einer Stunde kamen drei Freunde der Familie vorbei. Der beschriebene Einsatz hat sich einmalig über vier Stunden erstreckt. Die Dokumentation über den vorgestellten Fall habe ich im Anschluss aus dem Gedächtnis vorgenommen. Die beschriebene Fallvignette habe ich anonymisiert und verfremdet. Sehr wichtige Elemente meiner Kriseninterventionseinsätze sind die freischwebende Aufmerksamkeit und die Bereitschaft für die betroffenen Menschen da zu sein. Ich will diesen Betroffenen meine Zeit schenken. Das aktive Zuhören und meine wertschätzende Haltung, die ich den Angehörigen entgegenbringe, ermöglichen mir einen inneren Rollenwechsel. Das ist für mich der Nährboden meiner authentischen Empathie. Meine ehrliche innere Anteilnahme ist auch der Bestandteil, den ich nicht „spielen“ kann. Es stellt eine Kommunikation vom „Ich zum Du“ dar, welche ich als Begegnung bezeichne. Den Inhalt des Gesprächs bestimmt der Betroffene. Angesichts der Härte von Schicksalsschlägen passiert die Kommunikation auch sehr oft nonverbal. Ich bin da und begleite den Menschen in der krisenhaften Situation. Der Einsatz dauert üblicherweise so lange bis die erste Erstarrung, der große Schock ein wenig weggestellt werden kann. Wenn nach Stunden dies nicht erreicht wurde, ist es unbedingt erforderlich die Betreuung weiteren Professionisten zu übergeben. Die Analyse der vorgestellten Fallvignette wird in Anlehnung an die oben angeführten vier Schuldebene nach Jaspers durchgeführt.

### **3. Ergebnisse und Diskussion**

#### **3.1. Die Schuldfrage**

Beamte der Exekutive haben die Spuren gesichert und den Tatort kriminalistisch untersucht sowie die Angehörigen befragt. Ob der vorliegende Fall einen kriminellen Schuldbestandteil hat, kann ich als Kriseninterventionsmitarbeiterin nicht beurteilen. Weiters ist es schwierig, wirtschaftlichen Notsituationen eine gesellschaftliche, politische Schuld zuzuschreiben. Die Kündigung von damals Hunderten von MitarbeiterInnen im Konzern, in dem der Suizident beschäftigt gewesen war, hat auch nicht zu hunderten Suiziden geführt. In der Gegenübertragung ist bei mir allerdings spürbar geworden, dass der Mann sich sehr stark über seine Arbeit identifiziert hat und diese Stütze nun weggefallen ist. Genau am letzten Tag des Arbeitslosengeldbezuges hat er die Tat ausgeführt. Zur moralischen Schuld ist auszuführen, dass es mehrere Menschen gab, mit denen der Suizident sein Leben geteilt hatte, wo Liebe und Interesse am anderen vorhanden waren. Welche Motivationen waren überhaupt bestimmend im Erleben dieses Mannes, bevor er sich das Leben genommen hat? Wer oder was hätte diesen

Menschen am Leben halten können? Diese Fragen sind allenfalls spekulativ zu beantworten. Wer kann allerdings die metaphysische Schuld in diesem Fall verleugnen? Wie viele Menschen haben bemerkt, dass es diesem Mann schlecht ging? Wie viele haben seine psychosexuellen Vorlieben Frauenkleidung zu tragen ins Lächerliche gezogen – und den Mann nicht toleriert?

Dieses belastete Gefühl für die Zukunft, oder die darin steckende pathologische Angst, ist ein gefährliches Terrain. Der Suizident war nicht „auf Rosen gebettet“, wie man mitunter in Österreich verharmlosend umschreibt. Er hatte mit vielen Widrigkeiten im Leben zu kämpfen. Seine Frau erzählte mir, dass er ein ganz anderer Mensch war, wenn er sich von ihr einen Rock ausborgte und die Spitzenbluse dazu. „Er war dann ganz normal“, sagte sie. Das Wichtigste, was anders war, wenn er Frauenkleider trug, war dass er dann keine Angst mehr hatte. Angstfrei zu sein, war für diesen Mann wie ein anderes Leben, das war Freiheit für ihn. Aber diese Freiheit hat an der Wohnungstür aufgehört, weil in seiner Umgebung wohl alle gelacht und ihn für einen Spinner und Perversen gehalten haben. Gerade im Jahr 2014, 10 Jahre nachdem ich diesen Krisenfall begleitet habe, ist das Lied „Rise like a Phoenix“ zum Siegerlied beim Europäischen Songcontest gewählt worden. Haben da wirklich so viele Menschen gespürt, dass das Verändern der Genderrolle wie eine Wiedergeburt sein kann?

Auf den beschriebenen Kriseninterventionseinsatz umgelegt könnte es bedeuten, dass der innere Druck der Arbeitslosigkeit und des Andersseins ganz viel Schamgefühl beim Betroffenen verursacht hat – und sich diese Scham durch den Suizid auf die Angehörigen als Schuld niedergelegt hat.

### **3.2. Die Fallgeschichte im Spiegel der Umwelt und meiner Gegenübertragung**

Wie reagierten die meisten Menschen im Umfeld des Suizidenten? Ich hab es damals hautnah miterlebt. Es schien den meisten Menschen egal zu sein. Ein Arbeitsloser hat sich umgebracht. Das ist natürlich ein Problem, diese Arbeitslosigkeit und der Ehestreit, ja das ist auch ein Problem. Es geht uns trotzdem gar nichts an. Ich vernahm sogar Stimmen, die meinten: „Eigentlich sehr anständig, der liegt dem Staat nicht mehr auf der Tasche und vielleicht findet die Frau einen netteren Mann, der nicht immer so nörgelt und herumspinnst und vielleicht findet sie auch einen richtigen Mann“. Man wusste, dass er gelegentlich in Frauenkleidern zu sehen war. Diese von mir „nachformulierte“ Haltung des sozialen Umfelds des Verstorbenen schien mir sehr von einer egoistischen Position getragen zu sein. Und in meinem Erleben war es so, dass ich mich dann von einer humanitären Institution zu dieser betroffenen Frau geschickt fühlte, die von Schuldgefühlen überwältigt war. Und ich sollte ihr helfen. Im Rückblick finde ich

die Frage interessant, ob wir die Frau ansatzweise aus diesem Spannungsfeld befreien konnten. Zumindest war sie nach dem Einsatz viel ruhiger.

Es kamen auch Freunde und Verwandte, die zum einen selbst Unterstützung brauchten und doch auch Hilfe für die Witwe waren. Es standen sich beim Einsatz vor Ort die mit dem Schuldgefühl Behafteten gegenüber – es waren Einzelpersonen und Gruppen.

In der Krisenintervention kann es nonverbale und verbale Kommunikation geben. Das Reden fällt oft sehr schwer. Gefühle mitzuteilen bedeutete für diese Menschen Stress, den sie bevorzugt vermeiden wollten. Gerade das beschriebene Beispiel zeigte ein karges und von wenig Kommunikation geprägtes Bild.

In meiner persönlichen Erinnerung an das Szenario in der dargestellte Fallgeschichte kommt immer wieder das Schuldthema. Was hatte sie nun mit mir zu tun, die Schuld, die ich als sehr mächtig erlebte? Wenn ich gesagt hätte, „Nein, Sie sind doch nicht schuld!“, dann wäre es als ob ich gesagt hätte, „Heute ist kein Tag“. Natürlich war für die Frau damals kein Tag, ein „Untag“ sozusagen. Diesen Tag, der irgendwie ‚nicht sein konnte‘ und doch wohl nie mehr aus dem Gedächtnis dieser Frau hinausgehen würde. Ich merke, obwohl es rund zehn Jahre her ist, ist er auch bei mir nicht vergessen. Was hat sie denn mit mir als Helferin zu tun, diese Schuld? Es wird so verständlich, dass interaktionales Geschehen zwischen Menschen und auch Dingen, nicht so krasse Auswirkungen hat, als die Interaktion mit sich selbst (vgl. Juen & Kratzer 2012). Dieses emotionale Ringen der Witwe hat damals auf mich wie eine Geburt gewirkt. Ich kann mich erinnern, dass ich kurzfristig in eine heftige Gegenübertragungssituation kam und mich wieder bewusst auf meine Rolle konzentrieren musste, um nicht den Kreis der Schuld zu schließen und mich selber schuldig zu fühlen. Nach dem Anblick des Suizidenten war dann in meinem Erleben besonders Ergriffenheit vom Mitgefühl mit dem Paar – dem verstorbenen Mann und der Witwe – im Vordergrund. Nach vielen Stunden des Aushaltens und des empathischen Daseins für die Frau war diese einigermaßen beruhigt und gefasst – und wir konnten den Einsatzort verlassen.

### **3.3. Ergebnisse aus dem vorgestellten Einsatz**

Für mich persönlich ist jeder Einsatz in der Krisenintervention mit ganz vielen Fragen verbunden, natürlich viele Fragen nach dem "warum", was alles auch das Thema der Schuld inkludiert. Gerade der beschriebene Einsatz zeigt mir, dass dieser Mann, diese Familie, ein Teil unserer Gesellschaft sind, die uns aufzeigen, dass es da Themen gibt, die uns ein beklemmendes Gefühl vermitteln. Wir kommen zu Fragen, ob wir in unserer sozialen Wirklichkeit vielleicht anders bzw. achtsamer sprechen und handeln sollten. Durch die ehrenamtliche Tätigkeit im Kriseninterventionsteam in der Steiermark

habe ich mein Weltbild sehr erweitert und sehe meine persönliche Verantwortung ein bisschen bewusster als ich sie vor dieser Tätigkeit eingeschätzt habe. Die praktische Arbeit in der Krisenintervention bringt trotz aller Professionalität auf der Basis einer gründlichen Einschulung immer wieder Bereiche zu Tage, welche einzigartig vom Schicksal inszeniert werden. Eine wichtige Maxime ist für mich, wieder Schuld und Schuldgefühle auseinander zu halten. Das bedeutet für mich, die Realitätsbühne zu betreten. Wenn wir die subjektiven Kausalzusammenhänge von Ursache und Wirkung der Schuld betrachten, kann die Spannung der Verstrickung deutlich reduziert werden.

Für mich als Kriseninterventionsmitarbeiterin hat sich folgende Formulierung bewährt: "Man fühlt sich oft schuldig, auch wenn man keine Schuld hat." Diese Aussage kann ein Geschehen relativieren und bietet damit den zu Betreuenden ein Entlastungsangebot. Den Fokus der Krisenintervention lenke ich bevorzugt auf positives Handeln, um vorsichtig Entlastung zu erreichen, z.B. „Sie haben reanimiert? Das ist gut!“ Wenn ich die Ressourcen der Betroffenen erkennen kann und diese positiv verstärke, kann dies zu einer weiteren Entlastung führen. Ein Beispiel wäre Lob, das behalten die Menschen sehr lange und erzählen mir auch noch nach Jahren, wie gut es tat, ein positives Wort in der schweren Zeit zu hören. „Aus dem Gefängnis“ herauslotsen wäre ein stimmiges Bild dazu (vgl. Juen 2012).

Wir KriseninterventionsmitarbeiterInnen werden gerne als HelferInnen angesehen, welche die Seite der Prosozialen abdecken, die Stellvertreter der Gesellschaft, die den Betroffenen Empathie und wohlwollende Unterstützung angeidehen lassen. Ich schließe bei Wolfgang Schmidbauer (1992) an, welcher bei den Helfern<sup>4</sup> durchwegs frühe Defizite des Selbstwerts ortet und annimmt, dass diese Helfer nun Anerkennung durch das Helfen lukrieren wollen. Dieser Handel darf doch als eine eigenartige Rechnung betrachtet werden: Zuerst bekommt das Ich zu wenig und in der Folge gibt das Ich ganz viel und somit soll es anerkannt werden. In dieser Sichtweise ist die helfende Person abhängig davon, dass jemand Hilfe braucht, um eigene Defizite zu kompensieren. Schmidbauer äußert sich kritisch zum Zusammenhang mit Idealansprüchen: "Gemeint ist das Ideal-Ich der Eltern, das mit dem Anspruch der perfekten Erfüllung an ein Kind herangetragen wird." (ebd. S 14) Er wird noch deutlicher: "In einer vergleichbaren Weise halte ich auch die Unvollkommenheit des Helfers für potentiell produktiv." Diese Aussage scheint einen Weg aus einer unreflektierten prosozialen Haltung heraus zu zeigen.

---

4 Geschulte MitarbeiterInnen der professionellen Krisenintervention sollten zur ausreichenden Reflexion fähig sein, um sich vom Helfersyndrom im Sinne Schmidbauers zu distanzieren.

Gehen wir nochmals zur Themenstellung der Schuld im OPD-2. Der Gegenspieler vom Prosozialen, der Egoist, befindet sich nur am anderen Pol und markiert eben diesen Schuldkonflikt. Erst wenn ich mich in der ausgewogenen Mitte befinde, kann ich aus dem Konflikt aussteigen. Genau diese Mitte empfehle ich als Haltung für den Kriseninterventionseinsatz.

Wie ist es zu verstehen, wenn Betroffene am Ende einer für sie belasteten Phase berichten, dass bestimmte Menschen, die ihnen sehr wichtig sind (etwa die Kriseninterventionsmitarbeiterin), die erlösenden Worte sprachen: „Da kannst du gar nicht schuld sein.“? Es ist klar, dass Krisenintervention nicht zum Beschwichtigungsverfahren werden soll. Da würden sich die Betroffenen wohl auch nicht ernst genommen fühlen, wenn ihre Gefühlsregungen derart negiert würden. Aber an vereinzelt Stellen sollte doch eine persönliche Meinung Platz haben – eben wenn dies als spezifische Qualität im Einsatzfall wahrgenommen wird und die Verbalisierung eine Entlastung für die angehörige Person ermöglicht. Aus meiner Praxis mit traumatisierten Individuen habe ich gelernt, dass es Menschen, die unter hoher Stressbelastung stehen, ab und zu gut tut, direktiv behandelt zu werden. Das fördert die Vorstellung, dass es eine Person gibt, die Verantwortung übernimmt, wie in der Kindheit Mutter und Vater, und die einfach sagt: „So ist es, und gut ist es, oder eben nicht so gut, aber wir stehen jetzt dazu.“ Diese einfache Vorgangsweise entlastet. Das oft wortlose Unterstützen durch Empathie, das quälende Schuldgefühle mildern kann, ist deshalb nicht in Frage gestellt.

#### **4. Ausblick für die therapeutische Begleitung von Lebenskrisen**

Juen & Kater (2012) empfehlen den Umgang mit Schuld in ruhiger, besonnener Weise zu handhaben. Es sind einfache Grundlagen, die besonders wirksam sind, wie etwa das Zuhören und die Personen aussprechen zu lassen. Bei personenbezogenen Schuldgefühlen ist im Gespräch auf die Handlungsebene zurückzuführen: 'Was haben Sie getan?' Mit dieser Intervention können die KlientInnen gleichsam aus dem „Loch“ der persönlichen Schwere herausgelockt werden.

„Der Mensch ist des Menschen Wolf.“ Dieser Aussage ist mit Respekt zu begegnen. Für mich ist die freischwebende Aufmerksamkeit und das Reden lassen als psychotherapeutische Grundhaltung der heilsame Beitrag in der Krisenintervention. Wenn wir anders agieren würden, bestünde die Gefahr, als „Wolf im Schafspelz“ wahrgenommen zu werden. Um nicht das mögliche eigene Schuldgefühl bei einem Einsatz zu sehr zu strapazieren, ist es von außerordentlicher Wichtigkeit Supervision und Teambesprechungen in Anspruch zu nehmen. Für Hinterbliebene hat Schuld eine sehr wichtige



Funktion als Band, welches zum Verstorben führt. Wenn die KriseninterventionshelferInnen diese Verbindung über die Schuldthematik vom Suizidenten zu den Angehörigen egalisieren würden, wäre die vom Suizidenten hinterlassene „Leere“ noch größer. Am schwierigsten erscheint mir, auf die präsuizidale Einengung zu achten. Es hat sich auch sehr bewährt, die zu Betreuenden nach dem Einsatz an weitere ProfessionistInnen oder im günstigen Fall an Angehörige zu übergeben, die nicht so sehr vom dramatischen/traumatischen Ereignis betroffen sind, wie Nachbarn oder Freunde.

Von meiner Kollegin habe ich einige Monate nach dem Einsatz erfahren, dass sie die Witwe zufällig getroffen habe und diese ihr sehr für die geleistete Unterstützung gedankt habe. Die Frau habe ihr auch berichtet, dass es ihr relativ gut gehe und dass sie weder Medikamente noch eine andere weiterführende Therapie nach der Krisenintervention benötigt habe.

*Helene Bader, MSc*

Psychotherapeutin in freier Praxis Krieglach / Steiermark

Doktorandin Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau

helenebader@yahoo.com

## Literatur:

.....  
**Buer, Ferdinand (2004):** *Morenos therapeutische Philosophie und die psychodramatische Ethik.* In: Fürst, Jutta; Ottomeyer, Klaus; Pruckner, Hildegard; (Hrsg.): Psychodrama-Therapie, Wien: facultas, S. 30-58.

.....  
**Endler, Christian (2014):** *Hilfe auf jedem Weg? Von der Herausforderung des Therapeuten durch die Suizidplanung eines Klienten mit Demenzdiagnose.* Forum Psychotherapie (in Druck 2015).

.....  
**Fischer, Gottfried (2011):** *Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin.* Gießen: Psychosozial.

.....  
**Hirsch, Mathias (2002):** *Schuld und Schuldgefühl.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

.....  
**Hutter, Christoph (2004):** *Konzepte in der Persönlichkeitstheorie Morenos.* In: Fürst, Jutta; Ottomeyer, Klaus; Pruckner, Hildegard; (Hrsg.): Psychodrama-Therapie, Wien: facultas, S. 103-113.

.....  
**Juen, Barbara, Kratzer, Dietmar (Hrsg.) (2012):** *Krisenintervention und Notfallpsychologie.* Innsbruck: STUDIA Universitätsverlag.

.....  
**Krisenintervention Land Steiermark (o.J.):** *Krisenintervention und interkonfessionelle Akutbetreuung.* URL: <http://www.katastrophenschutz.steiermark.at/cms/ziel/1242112/de/> [15.1.2015]

.....  
**Merten, Jörg & Krause, Rainer (1993):** *D A S (Differentielle Affekte Skala) Arbeiten der Fachrichtung Psychologie.* Universität des Saarlandes, Nr. 172. Saarbrücken: Universität.

.....  
**Arbeitskreis OPD (2009):** *OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik),* Bern: Hans Huber.

.....  
**Plattform Krisenintervention (o.J.):** *Plattform Psychosoziale Krisenintervention-Akutbetreuung Österreich.* URL: <http://www.plattform-akutbetreuung.at/txt/show.php?id=1> [15.1.2015]

.....  
**Schacht, Michael (2003):** *Spontaneität und Begegnung.* München: inScenario.

.....  
**Schmidbauer, Wolfgang (2013):** *Hilflose Helfer.* Hamburg: Rowohlt.

.....  
**Sonneck, Gernot; Kapusta, Nestor; Tomandl, Gerald & Voracek Martin (2012):** *Krisenintervention und Suizidverhütung, 2. Auflage.* Wien: facultas.

.....  
**Stelzig, Manfred (2013):** *Krank ohne Befund.* Salzburg: Ecowin.

.....  
**Tiedermann, Jens (2013):** *Scham.* Gießen: Psychosozial.

.....  
**Wicher, Monika (2014):** *unveröffentlichte Eröffnungsrede zum Psychodrama-Symposion „Politische Dimension der Schuld“.* Spital am Pyhrn am 2.5.2014.

.....  
**Zeitlinger-Hochreiter, Karoline (1996):** *Kompodium der Psychodrama-Therapie.* Köln: inScenario

.....  
**Plattformtagung der Österreichischen Krisenintervention 2014:** <http://www.pndooe.at/archiv/12-%C3%B6sterreichische-> [11.2.2015] [plattformtagung/](http://www.pndooe.at/archiv/12-%C3%B6sterreichische-) [4.12.2014]

## *Rückblick auf die Gestalttage 2015*

Die Fachsektion Integrative Gestalttherapie organisierte auch heuer wieder „Gestalttage“, die zum Thema **„Körper – Selbst – Erfahrung“** am 23. und 24. Jänner 2015 im Hotel Bokan in Graz stattfanden. Mit ihrem Untertitel **„Zur Theorie des 'leiblichen Selbst' und ihren praxeologischen Konsequenzen für die Psychotherapie“** spannte sie ein weites Feld von Theorie bis Praxis und weit über den Tellerrand der Gestalttherapie hinaus. Dementsprechend groß war das Interesse und die Zahl an TeilnehmerInnen: insgesamt waren etwa 160 Personen angemeldet und davon waren etwa ein Drittel AusbildungskandidatInnen – was durchaus nach einem neuen Rekord aussieht. Dank des Einsatzes des Organisationsteams um Monika Weitlaner und der Kooperationsbereitschaft des Hotels war trotz dieses wohl nicht erwarteten Ansturms und eines relativ dichten Programms ein reibungsloser Ablauf bereitet.

Der Vortrag von **Elisabeth List** (Universitätsprofessorin für Philosophie an der Universität Graz; Graz) wurde wegen einer Erkrankung der Autorin von Liselotte Nausner vorgelesen. Unter dem Titel **„Neurowissenschaft und Psychotherapie“** setzte sich Frau List mit den neurobiologischen Forschungen von Antonio Damasio und dessen Zugängen zum Verständnis von Bewusstseinsprozessen und psychischen Strukturen auseinander. Sie beschrieb Damasios Verständnis, dass „Bewusstsein“, psychische Prozesse und geistige Reflexionsfähigkeit in biologischen Prozessen eingebettet und untrennbar mit ihnen verbunden sind („der Geist braucht einen Körper“) und kritisierte, dass Damasio in seine Überlegungen kaum die Wirkung des interpersonalen Felds und Dialogs bzw. die Bedeutung der Sprache in der Entwicklung von Bewusstseinsfähigkeit miteinbezieht.

**Sylvester Walch** (Psychologe, Psychotherapeut, u.a. Lehrtherapeut in der FS-IG; Oberstdorf/Allgäu) widmete seinen Vortrag dem Thema **„Leibprozesse in der Integrativen Gestalttherapie“**. Er ging von der „existenziellen Verschränkung von Körper, Seele und Geist aus“ und bezog sich auf die von W. Reich und anderen entwickelten Grundlagen der Körperpsychotherapie. Als wichtige Sichtweise unterstrich Sylvester Walch, dass sich jede Erfahrung im Leib manifestiert. Er griff insbesondere heraus,

dass durch traumatisierende und überfordernde Erfahrungen dissoziative Prozesse in Gang kommen können, die in „Kontraktionen“ bzw. Muskelverspannungen, „Verpanzerungen“ (W. Reich) und z.T. zur zumindest partiellen Anästhetisierung der betroffenen Bereiche führen. Daraus resultierten Verluste an körperlicher/leiblicher Selbstwahrnehmung und an Erleben und somit auch an Orientierungs- und Handlungsfähigkeit. Davon ausgehend beschrieb der Autor sein körperorientiertes Vorgehen und schloss mit einem Blick auf die von ihm vertretene Persönlichkeitstheorie und über die Grenze der konventionellen Psychotherapie hinaus.

**Silvia Stoller** (Philosophin, Dozentin am philosophischen Institut der Universität Wien; Wien) begab sich in ihrem Vortrag **„Grenzen der Erfahrung und Bestimmung von Geschlecht“** auf die (v.a. phänomenologische) Suche nach dem „Bestimmbaren“ am Beispiel der Kategorisierung der Geschlechtszugehörigkeit und landete bei der Einsicht, dass immer ein – oft entscheidender – Rest an „Unbestimmbarem“ bleibt. In Anlehnung an Husserl („bestimmbare Unbestimmtheit“) und mit der Feststellung, dass „Wahrgenommenes immer auf nicht Wahrgenommenes“ hinweist, entwickelte sie die Sicht von Merleau-Ponty, dass wir „uns entschließen“ müssten, „die Unbestimmtheit als Positives anzuerkennen“ und nicht versuchen, sie in Bestimmtheit aufzulösen. Damit kam sie zum Schluss, dass die „Geschlechtsidentität nicht vollständig beschreibbar“ wäre und dass Versuche der „eindeutigen“ Kategorisierung immer fehlgingen.

Unter dem Titel **„das Körper-Selbst wecken“** stellte **Michael Rupp** (Psychotherapeut/HGG, Bodydynamics-Ausbildner; München) die körperpsychotherapeutische Methode „Bodydynamics“ vor und schlug eine mehr praxisorientierte Richtung als seine VordnerInnen ein. Er beschrieb das auf Lisbeth Marcher zurückgehende Modell von „Charakterstrukturen“, das für das therapeutische Handeln in „Bodydynamic“ eine wesentliche Grundlage darstellt. Er veranschaulichte die praktische Vorgehensweise abschließend mit einem Fallbeispiel und hob hervor, dass die Feststellung der Muskelspannung bzw. der Muskelschlaffheit in „Bodydynamics“ als diagnostisches Kriterium entscheidend ist.

**Matthias Hirsch** (Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker und Gruppenanalytiker; Düsseldorf) befasste sich in seinem Vortrag **„der eigene Körper als Objekt“** mit (körperlichen) Selbstbeschädigungen als Traumafolge. Er bezeichnete die Dissoziation des Körpers als zentrales Thema der Psychotraumatologie und setzte sich im ersten Teil des Vortrags mit den Ursachen und der theoretischen/psychodynamischen Fundierung dieses Phänomens auseinander. Er differenzierte das „Muttertrauma“ (unzureichende Ausbildung der Körper-Selbst-Integration

durch Mängel in der Zuwendung durch die primären Bezugspersonen) und das „Vatertrauma“ (spätere Traumatisierung durch Gewalt- und Missbrauchserfahrungen v.a. durch Personen im unmittelbaren Umkreis der Betroffenen). Matthias Hirsch entwickelte daraus seine Hypothesen zur Ausbildung selbstschädigenden Verhaltens und von psychosomatischen Erkrankungen.

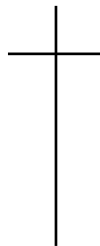
Die Texte der Vorträge werden in Kürze auf [www.gestalttherapie.at](http://www.gestalttherapie.at) nachlesbar sein. Am Samstagnachmittag wurden Workshops angeboten, die sich einerseits mit dem gestalttherapeutischen leiblichen Dialog (Ingeborg Netzer; Wien) auseinandersetzten und andererseits weit über die übliche gestalttherapeutische Herangehensweise hinausgingen: „Bodybliss“ (Jasmin Mirfakhari; Wien), „Breema“-Körperarbeit (Claudia Saltiel und Renate Reinwein-Kemptner; Graz) und „Zapchen-Somatics“ (Heidrun Mäntel-Frick und Jens Frick; Graz).

Am Rande der Gestalttage fand am Freitagabend die jährliche Mitgliederversammlung der FS-IG statt. Am Samstagabend wurde bei einem Fest gut gespeist und zur Musik der Gruppe „Martini Rosso“ ausgiebig getanzt. Bei dieser Gelegenheit gratulierte die Sektionsleiterin Liselotte Nausner den im Jahr 2014 graduierten Mitgliedern und begrüßte die KandidatInnen der im Herbst 2014 begonnenen Ausbildungsgruppe. Für mich waren diese Gestalttage nicht nur eine gute Gelegenheit zur Begegnung und zum Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, sondern auch eine Fülle an neuen Eindrücken und Perspektiven, die in den Vorträgen entwickelt und präsentiert wurden. Ich habe die fachliche Tiefe und den konzentrierten Blick auf das weite Spektrum genossen, das körper- bzw. leiborientierte Zugänge zur Psychotherapie bzw. zur Integrativen Gestalttherapie eröffnen. Was ich allerdings in der Fülle und Vielfalt vermisst habe, war ausreichend Gelegenheit zur Diskussion, um im kollegialen Kreis die Inhalte zu integrieren und ggf. mit vertrauten Konzepten der Integrativen Gestalttherapie in Beziehung zu bringen oder sich davon abzugrenzen.

Alles in allem waren diese Gestalttage für mich eine Bereicherung und eine sehr gelungene Veranstaltung – vor allem dem Organisationsteam sei's gedankt!

*Günther Ditzelmüller*

Jänner 2015



## *Nachruf auf Brigitte Schmidmayr* (1962-2015)

Die Ausbildungsgruppe Ö19 (1995-1998) und die Gestaltsektion trauern um ein schillerndes Mitglied. Brigitte Schmidmayr hat den Kampf gegen die Krebskrankheit verloren und ist am 26.1.2015 gestorben.

Brigitte war in den Jahren ihrer Ausbildung auch als KandidatInnenvertreterin tätig. Sie besaß eine besondere Begabung für Sprache und für Musik. Als Musiktherapeutin war sie lange Jahre in der Lehre tätig und begleitete die StudentInnen als Professorin und Supervisorin. Als Gestalttherapeutin arbeitete sie in freier Praxis und leitete für die Kinderkrebshilfe „Geschwistercamps“, wo sie in den Ferien die Geschwister krebskranker Kinder wochenweise outdoor- und gestalttherapeutisch betreute. Brigitte war mir und vielen von uns eine beliebte, wenn auch nicht immer einfache und manchmal streitbare Kollegin und Freundin. Sie war ernsthaft und witzig, konnte ausschweifend sein und konzentriert auf den Moment. Sie liebte Natur und Kultur.

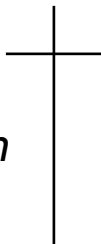
Liebe Brigitte, es passt nicht zu dir, dass wir uns nicht mehr sehen, weil es ausgemacht war und es bleibt jetzt für immer offen. Es passt nicht zu dir, unverlässlich zu sein. Du warst so lebendig, im Leben verwurzelt und das Leben umarmend. Du hast es geliebt auszugehen, dich in Szene zu setzen, dein Leben zu genießen. Du hast die verbale und intellektuelle Auseinandersetzung geliebt, die Kunst, die Musik und die Schönheit.

Du hast es geliebt, mit Menschen in Kontakt zu sein und die Krankheit hat dich dazu gebracht, dich zurückzuziehen. Dein Rückzug war umfassend und es gab nur noch wenige Menschen, die dich in den Monaten und Jahren deiner Krankheit begleiten durften. Brigitte, dein Tod kommt einfach zu früh. Als ich deinen Tod beweinte, tröstete meine Tochter mich mit den Worten: „Mama ich weiß auch nicht, wo sie ist, aber es geht ihr sicher gut jetzt...“ Ich wünsche dich an einen schönen und friedlichen Ort, Brigitte, und freue mich auf ein Wiedersehen im nächsten Leben oder in der Unendlichkeit!

*Heidi Haschka*

ÖAGG VORSTAND

## *Nachruf auf Dr. Edmund Frühmann (1922 – 2014)*



Am 1.10.2014 ist Prof. Dr. Edmund Frühmann in Salzburg gestorben. Seine Frau Eva war bei ihm.

Edmund war Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeut, er war ein Arzt, der sein soziales Engagement in seinen Beruf integriert hatte und er war einer der bedeutendsten Aktivisten des ÖAGG. Sein erfahrungsreiches Leben, über das er selbst nie viel sprach, begann in einer altösterreichischen Familie in Brünn. Schon im Gymnasium hatte er den Wunsch, Arzt zu werden. Nach der Matura durfte er kein Studium beginnen. Edmund galt im 3. Reich als Halbjude. Er wurde zum Wehrdienst des NS-Staates eingezogen. Erst nach dem Krieg konnte er sein Studium als Werkstudent abschließen und nach einigem Bemühen auch seine Staatsbürgerschaft erhalten.

In den 60er Jahren war Edmund einer der Mediziner, die im ÖAGG mit Psychologen und Pädagogen als Gruppentrainer gruppenspezifische Selbsterfahrungsgruppen leiteten und auch Seminare dazu veranstalteten. Viele späteren Funktionäre und Ausbilder im ÖAGG lernten ihn als Trainer schätzen, Edmund war im Trainingsgeschehen ein zurückhaltender Trainer, der alles unterstützte und förderte, was aus der Eigendynamik der Gruppe kam. In seiner Art war nichts von Belehren oder gar Bestimmen von oben herab, autoritatives Einwirken war ihm fremd. Er war ein Anbieter, kein Anordner, ein Förderer, kein Macher.

Als sein ärztlicher Fachkollege Raoul Schindler mit dem Psychologen Otto Wilfert und anderen Mediziner, Psychologen und Pädagogen 1967 das internationale Seminar für Gruppenarbeit in Alpbach gründete, war Edmund einer der ersten Trainer und blieb im ersten Jahrzehnt. Auch danach war er immer wieder als Trainer dabei. In den Sitzungen der Trainergruppe agierte er am liebsten aus der zweiten Reihe. Geschickt, manchmal wie unbemerkt, brachte er die Dinge auf den Punkt und in Bewegung. Zugunsten der Alpbachseminare initiierte Edmund unter Nutzung seiner Kenntnisse – ohne je hervortreten – eine Hörfunkreportage. Ein ORF-Team unter Leitung der Redakteurin

Koschka Hetzer machte zwei Tage lang Aufnahmen. Das war auch ein PR-Ereignis für den ÖAGG.

1969 gründete Edmund mit dem Grazer Professor Erich Pakesch für den ÖAGG das "Gleichenberger Seminar für Psychotherapie und Gruppenmethoden", wo er auch als Trainer aktiv war. Diese Veranstaltung hatte direkten Einfluss auf die Sektion Graz-Steiermark und ihre Entwicklung, ebenso auf die Ausbildung in den verschiedenen Fachsektionen.

Ähnlich war es mit der Gründung des Institutes für psychische Beratung und Gruppenarbeit in Salzburg mit Albin Hofer-Moser. Auch hier Stärkung der Sektion und der örtlichen Fachsektionen in ihrer Ausbildungsarbeit und erfolgreiche Entwicklung, die auch in das benachbarte Bayern wirkte.

In Sri Lanka trat Edmund 1985 zum Buddhismus über. Vieles dieser Lehre hatte er schon in anderer Weise integriert. In seinem Zusammenleben mit Salzburger Buddhisten verschiedener Schulen gelang ihm die Integration der verschiedenen Gruppen zu einer-seiner-Buddhistengemeinde.

Edmunds Abschied ereignete sich mit seinen Kindern aus drei Ehen, mit ehemaligen Schülern, Klienten, Bekannten und Freunden unter behutsamer Begleitung der Buddhistengemeinde: traurig, würdig und verinnerlicht, wohl ganz in seinem Sinn. Allen, die ihn kannten, bleibt die Erinnerung an ihn in ihrer ganzen Fülle und tiefen Dankbarkeit. Ich teile sie mit den vielen, denen du, lieber Edmund deine Freundschaft geschenkt hast. Von Herz zu Herz, in den unzähligen Naherlebnissen und im verinnerlichten Sein des Lachens wie der Tränen.

Hab' Dank du lieber, lieber Freund, hab' Dank du lieber, lieber Edmund!

*Wolf Aull*



# ÖAGG

## Terminkalender 2015

16. April **Jour fixe: „Arbeit auf der Begegnungsbühne“**  
ReferentIn: Hildegard Pruckner, MSc  
**FS PD** Fachsektion Psychodrama, Rollenspiel & Soziometrie – GRAZ
21. April **Jour fixe: “Irre, Ärzte; Gott und Teufel“ – Psychotherapie/Psychiatrie in historischer Perspektive**  
Luna Steiner  
**FS IG** Fachsektion Integrative Gestalttherapie
- 1.–3. Mai **Symposium „BEREICHERUNG ODER BESCHRÄNKUNG?“**  
Spital/Pyhrn; [www.psychodrama-austria.at/fachsektion/psychodrama-symposium-aktuell.html](http://www.psychodrama-austria.at/fachsektion/psychodrama-symposium-aktuell.html);  
**FS PD** Fachsektion Psychodrama, Rollenspiel & Soziometrie
19. Mai **Jour fixe: „Wes Brot ich ess, des Lied ich sing“.** Perspektiven der Psychotherapie  
Liselotte Nausner  
**FS IG** Fachsektion Integrative Gestalttherapie
16. Juni **Jour fixe: „Arbeit mit suizidalen KlientInnen. Eine nicht nur therapeutische Herausforderung“**  
Wolfgang Till  
**FS IG** Fachsektion Integrative Gestalttherapie
19. September **Jour fixe: „healing tasks“** – James Kepners gestalt- und traumatherapeutischer Ansatz zur Therapie missbrauchsbezogener KlientInnen  
Elisabeth Leitner  
**FS IG** Fachsektion Integrative Gestalttherapie

# ÖAGG

## Terminkalender 2014

20. Oktober **Jour fixe: „Analytische Babybeobachtung nach der Tavistockmethode.“**

Bericht aus der Forschungspraxis

Etta Hermann-Uhlig

**FS IG** Fachsektion Integrative Gestalttherapie

12. November **Jour fixe: „Psychodramatherapie bei Persönlichkeitsstörungen“**

Mag<sup>a</sup> Sonja Hintermeier, MSc

**FS PD** Fachsektion Psychodrama, Rollenspiel & Soziometrie – SALZBURG

## International

11. – 14. März **1. IAGP Regionalkonferenz in Südafrika.** Gruppen Grenzüberschrei-

tungen: Co-Creating Spaces for Trans ändern, Pretoria, Südafrika;

[www.upgroups2015.co.za/](http://www.upgroups2015.co.za/)

31. Aug.–5. Sept. **19. Internationaler Kongress der Gruppenpsychotherapie  
und Gruppenprozesse**

Verzweiflung und Sehnsucht in Zeiten der Krise–Gruppen in der Stadt ...

der Welt, Rovinj, Kroatien; [www.iagpcongress.org/](http://www.iagpcongress.org/)

24.–27.Sept. **8. Europäische Konferenz zur Psychotherapieforschung**

Klagenfurt; [www.spr2015.com/klagenfurt](http://www.spr2015.com/klagenfurt)

## Neue Mitglieder im ÖAGG

- Abdul-Hussain Surur Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Atzlinger Gerda Dr<sup>in</sup>, *Linz*  
Auer Johanna Maria MMag<sup>a</sup>, *Wien*  
Barrientos Irene Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Bösch Anna Rosa Mag<sup>a</sup> *Wien*  
Brandecker Karin Mag<sup>a</sup> MA, *Linz*  
Brunner-Lesner Petra, *Himberg*  
Buxbaumer Hugo Mag., *Klagenfurt*  
Dabringer Maria Mag<sup>a</sup> Drin, *Wien*  
Dangler Doris, *Wien*  
Danzer Susanna Mag<sup>a</sup>, *Gmunden*  
Dattler Bibiana, *Klosterneuburg*  
de Araujo Lira Andrea Mag<sup>a</sup>, AE, *Linz*  
Dobnik Christian, *Graz*  
Dorfer Anneliese, B.A., *Wien*  
Embacher Maria Mag<sup>a</sup>, *Salzburg*  
Fischer Claudia Mag<sup>a</sup> Dipl.-Psych., *Wien*  
Ganglbauer Klaus Mag., *Wien*  
Gappnig Manuela, *Klagenfurt*  
Geiger Veronika Mag<sup>a</sup> *Wien*  
Giarratana Alessandro Mag., *Weidling*  
Grasserbauer Petra, BSc, *Naarn im Machland*  
Grassner Gisela Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Grüssinger Gabriele, B.A., *Wien*  
Hacker Edith Maria DSB, *St. Georgen im Attergau*  
Hasler Karoline Mag<sup>a</sup> MBA, *Graz*  
Heilinger Leopold-Johann Ing., *Wien*  
Hofbauer Birgit, BE, *Zwettl*  
Hofmann Susanne, *Gleisdorf*  
Horner Daniela Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Jäger Caroline Mag<sup>a</sup>, *Dornbirn*  
Jaritz Hannes, MA, *Wien*  
Jilek Claudia, *Wien*  
Kastinger Annemarie, *Schalchen*  
Kaufmann Oliver Mag., *Wien*  
Koenig Jörg Ulrich DSA (FH), *Wien*  
Köfer Monika Dr<sup>in</sup>, *Rosenbach*  
Kramer-Baumgartner Bettina Dr<sup>in</sup>, *Wien*  
Kräutler Simone Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Krispler Michaela, *Puch/Hallein*  
Kurz Claudia, *Wien*  
Lang David Dr., *Salzburg*  
Langmaier Thomas Mag. (FH), *Wien*  
Leitner Sandra BA, *Bad Aussee*  
Malamos Veronika, *Wien*  
Marksteiner-Fuchs Petra Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Marl Michaela, *Feldkirchen bei Graz*  
Merl Elisabeth Dr<sup>in</sup>, *Wien*  
Mitter Christof BA, *Wien*  
Musger Jette DSA, M.A., *Graz*  
Onderek Tomas, BA, *Schönau am Königsee*,  
Payré Barbara Mag<sup>a</sup> (FH), *Kirchschlag*  
Pröll Rita Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Raab Bernhard, *Linz*  
Ramler Christian, *Mödling*  
Reif Michael Mag., *Wien*  
Roidmaier Stefanie, B.A., *Salzburg*  
Ruiner Stefanie Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Schaber Verena Mag<sup>a</sup>, *Salzburg*  
Schauer Andreas Mag. (FH), *Waidhofen an der Ybbs*  
Scheiner Pamela Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Schmidsberger Florian Mag., *Wien*  
Schober Helene Mag<sup>a</sup>, *Linz*  
Schober-Lesjak Doris MAS, *Velden*  
Schrittesser Barbara, *St. Georgen am Weinberg*  
Schulz Sandra, *Wien*  
Schwaiger Judith, *Bad Goisern*  
Schweiger Susanne Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Sindler Andreas Gerhard Mag., *Graz*  
Stammer Julia Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Stampl Ulrike, *Gleisdorf*  
Stenmaurer Arlena, *Linz*  
Stempkowski Gudrun Mag<sup>a</sup>, *Perchtoldsdorf*  
Taschwer Monika, *Wölfnitz*  
Teodor Ingrid, *Wien*  
Tomek Michaela Mag<sup>a</sup>, *Wien*  
Trenker Andrea, *Wilflingsdorf*  
Urich Andreas Mag., *Vöcklabruck*  
Uttenthaler Reinhard DI Mag., *Wien*  
Weimann-Zauner Sarah Gwendolyn BA, *Mondsee*  
Weissenböck Michaela, *Mödling*  
Winter Theresia, *Gumpoldskirchen*  
Zöserl Christian, *Losenstein*

## *OPD-2 Aufbaukurse*

---

Das diagnostische Manual OPD-2 hat sich überraschend schnell durchgesetzt, sowohl national als auch international. Heute stellt das OPD-2 eine höchst effiziente Unterstützung für das Erstgespräch und den Kassenantrag dar, eröffnet ein besseres Verständnis der Struktur und der Konflikte, aber auch der Ressourcen unserer Patienten und Patientinnen und ermöglicht eine sinnhafte Therapieplanung.

In beiden Aufbaukursen kann die OPD-2 Zertifizierung erlangt werden, sofern zuvor zwei Kurse absolviert wurden. Die Seminare haben hohen Praxisbezug und beinhalten Erstgespräche bzw. Live-Interviews. Sie werden von Autoren und Entwicklern des Projekts gehalten und von der Fachsektion Gruppenpsychoanalyse in Kooperation mit der Praxis Löwengasse veranstaltet.

- Leitung:** Dr. med. Gerhard Schüßler (Aufbaukurs 1),  
Dr. med. Manfred Cierpka (Aufbaukurs 2)
- Termine:** 8. und 9. Mai 2015 (Aufbaukurs 1),  
2. und 3. Oktober 2015 (Aufbaukurs 2),  
jeweils 9:00 bis 18:00 Uhr
- Ort:** Praxis Löwengasse, Wien 3, Löwengasse 2
- Kosten:** Für ÖAGG-Mitglieder sowie Ausbildungskandidaten und -kandidatInnen: 300,- € pro Seminar, ansonsten 350,- € pro Seminar. Alle Preise MWSt.-befreit.
- Anmeldung:** praxis@loewengasse.at, www.loewengasse.at, Tel. (01) 718 18 18,  
Mo-Fr 9-13 Uhr

*Gruppendynamik – das Verständnis für Gruppen erweitern  
ein Methodenseminar mit Selbsterfahrung*

Die Gruppe ist mehr als die Summe der Individuen, daher benötigt die Arbeit in und mit Gruppen Kenntnisse über Gruppendynamik. In diesem Seminar werden Modelle und Konzepte der Gruppendynamik vorgestellt und gleichzeitig eigene Erfahrungen reflektiert. Ziel ist es die eigenen Handlungsoptionen als LeiterIn oder Mitglied einer Gruppe, eines Teams, zu erweitern.

**Leitung:** Heinz Baumann  
**Co-Leitung:** N.N.  
**Termin:** 24.–26. September 2015  
**Kosten:** € 360,- zzgl. 20% Ust  
**Ort:** Schloss Retzhof / Leibnitz [www.retzhof.at](http://www.retzhof.at)  
**Info & Anmeldung:** [retzhof@stmk.gv.at](mailto:retzhof@stmk.gv.at)

**ÖAGG**

Österreichischer Arbeitskreis  
für Gruppentherapie und Gruppendynamik

**ÖAGG-Akademie**  
**Psychotherapeutisches Propädeutikum**  
**WIEN – GRAZ – LINZ – ST.PÖLTEN**

1080 Wien, Lenaugasse 3  
Tel.: 01/405 39 95, Fax: DW 20  
E-Mail: [propaedeutikum@oeagg.at](mailto:propaedeutikum@oeagg.at)  
Homepage: [www.oeagg.at/propaedeutikum](http://www.oeagg.at/propaedeutikum)

*Laufender Einstieg möglich!*

## *Sicherheit gewinnen in der Begegnung mit Anderen*

Psychotherapeutische Gruppe für Männer und Frauen mit psychiatrischen Diagnosen



Erfahrungen teilen, Beistand geben und nehmen, Begegnung mit Anderen mit Ihren Ähnlichkeiten und in Ihrer Verschiedenheit. Die Kleingruppe bietet einen geschützten Raum für die Auseinandersetzung mit eigenen Verhaltensmustern und fördert Gesundheit, Wachstum und persönliche Weiterentwicklung.

- Leitung:** Ekkehard Tenschert MSc  
**Termin:** jeweils Dienstag 10:30–12:00 Uhr (außer Schulferien)  
**Kosten:** € 35.– / 90 Minuten; Teilrefundierung möglich  
**Ort:** Praxis3, 1030 Wien, Messenhausergasse 9 / 3  
**Anmeldung:** Bitte vereinbaren Sie telefonisch ein kostenloses Vorgespräch!  
Tel: +43 699 191 313 02, Info: [www.praxis3.at](http://www.praxis3.at)

## *Der Mensch wird am Du zum Ich*

Psychotherapie (Integrative Gestalttherapie) und Selbsterfahrung in der Kleingruppe



Die Gruppe bietet einen geschützten Raum, in dem wir uns auch mit den Seiten zeigen können, mit denen wir sonst allein bleiben. In der Begegnung mit anderen erfahren wir etwas, das wir nicht aus uns selbst schöpfen können.

- Leitung:** Ekkehard Tenschert  
**Termin:** jeweils Mittwoch 18:30–20:00 Uhr (außer Schulferien)  
plus 2 begleitende Wochenenden / Jahr  
**Kosten:** € 35.– / 90 Minuten ; Teilrefundierung möglich  
**Ort:** Praxis3, 1030 Wien, Messenhausergasse 9 / 3  
**Anmeldung:** Bitte vereinbaren Sie telefonisch ein kostenloses Vorgespräch!  
Tel: +43 699 191 313 02, Info: [www.praxis3.at](http://www.praxis3.at)

*Gruppendynamik Special 2015*  
**HERRSCHEN UND TEILEN**

GD.DG

**Gruppendynamik**Mühldorf

Wirksam sein und Wirklichkeit in Gruppen

**Leitung:** Dr. Rainer Fliedl, Maria Majce-Egger, Mag.<sup>a</sup> Susanna Schenk

**Zeit:** 02.07.2015–04.07.2015

**Ort:** 1050 Wien

**Zielgruppe:** Wohl-Habende und Mit-Teilende

**Methode:** Experimentelle T-Gruppe (20 AE)

**Anrechenbar:** FS GD.DG: GD 4.2.2., GT 4.1.1., DG 4.2.2.1

**Kosten:** € 420,- Ust.-frei

**Info/Anmeldung:** semorg@gruppendynamik-muehldorf.com T: 01 544 44 56  
www.gruppendynamik-muehldorf.com

**Anmeldeschluss:** 15.06.2015

**Beschreibung:** Eigenständigkeit und Abhängigkeit zwischen wirksamem Scheitern und Gelingen. Ob verwirrt oder gelungen zwischen Ökonomie und Leidenschaft das Zusammenleben riskieren.

*Gruppendynamik Skill Training 2015*  
**LERNEN MIT UND IN GRUPPEN**

GD.DG

**Gruppendynamik**Mühldorf

Prozesse in Gruppen analysieren und wirkungsvoll intervenieren

**Leitung:** Dr. Rainer Fliedl, Maria Majce-Egger, Mag.<sup>a</sup> Susanna Schenk

**Zeit:** 22.10.2015–26.10.2015

**Ort:** 1050 Wien

**Zielgruppe:** Personen, die in und mit Gruppen, Teams arbeiten

**Methode:** Gruppendynamisches Skill Training (40 AE)

**Anrechenbar:** FS GD.DG: GD 4.4.2., GT 4.1.1., DG 4.2.2.5

**Kosten:** € 640,- Ust.-frei

**Info/Anmeldung:** semorg@gruppendynamik-muehldorf.com T: 01 544 44 56  
www.gruppendynamik-muehldorf.com

**Anmeldeschluss:** 15.09.2015

**Beschreibung:** Dynamiken erkennen und theoretisch zuordnen; Interventionen planen, durchführen, überprüfen; Kompetenzentwicklung durch Funktionswechsel; Prozessbezogenes Arbeiten üben.

# Psychodrama und Suizidalität



Karin Philipp

## **Psychodrama und Suizidalität**

Ein psychotherapeutischer Weg der  
Bearbeitung

2014, 156 S.

**ISBN 978-3-639-72173-7**

Etwa jede zweite Person in der Allgemeinbevölkerung erlebt mindestens einmal in ihrem Leben irgendeine Form von Suizidalität. Berechnungen zufolge sterben jährlich weltweit mehr als eine Million Menschen durch Selbsttötung. In der Altersgruppe der 15 - 35-Jährigen ist der Suizid zumindest die zweithäufigste Todesursache. Aber auch in höherem Lebensalter ist ein Anstieg der Suizidrate zu verzeichnen. Trotzdem wird das Suizidproblem oftmals verschwiegen und verleugnet.

PsychotherapeutInnen werden im beruflichen Alltag immer wieder mit Suizidalität konfrontiert. Dieses Buch bietet grundlegende und spezielle Informationen zum Thema Suizidalität. Es beschäftigt sich im ersten Teil mit den Entstehungstheorien, den Arten und der Diagnostik von Suizidalität. Der zweite Teil widmet sich der Psychotherapie von suizidalen Menschen. Das suizidologische Wissen wird auch psychodramatisch betrachtet. Mehrere Fallbeispiele illustrieren die psychotherapeutische Arbeit mit der Methode des Psychodramas.

### **Die Autorin**

Karin Philipp, MSc ist Psychotherapeutin in eigener Praxis und Mitarbeiterin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wien.



*Workshop Integrative Gestalttherapie ÖAGG:  
Selbsterfahrung in der Gruppe – Einführungsseminar*

*Ich darf sein, die/der ich bin -  
und werden, die/ der ich sein kann.*

**Methoden:** Integrative Gestalttherapie mit Anwendung kreativer Elemente, körperorientierter (Bewegungs-) Angebote, Arbeit mit Symbolen. Im Vordergrund stehen die (Selbst-) Wahrnehmung und die (Kontakt-) Erfahrungen in der Gruppe.

- Leitung:** Dr. Bernhard Weiser, Ulrike Resch, MSc  
**Termin:** Fr. 8. Mai (10.00–18.30 Uhr) – Sa. 9. Mai 2015 (9.00–18.30 Uhr)  
**Ort:** 6020 Innsbruck, Gänsbachstr.6 (Praxis von IGfB)  
**Zielgruppe:** an Selbsterfahrung in Integrativer Gestalttherapie Interessierte und PropädeutikumskandidatInnen  
**Anmeldung:** im Sekretariat der Integrativen Gestalttherapie unter [gestalttherapie@oeagg.at](mailto:gestalttherapie@oeagg.at) oder 01 7184860.  
**Kosten:** € 260,- (20 AE)  
**Anrechenbar:** als Selbsterfahrung für das Propädeutikum und als Voraussetzung für das Fachspezifikum Integrativer Gestalttherapie im ÖAGG

## *Integrative Gestalttherapie ÖAGG Selbsterfahrung in der Gruppe – Einführungsseminar*

- Leitung:** Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Ingeborg Netzer, MSc und Mag.<sup>a</sup> Elisabeth Konecny-Knell
- Zeit:** 13.–15. November 2015, Beginn: Fr. 16.00 Uhr, Ende: So. 12.00 Uhr
- Ort:** Praxis Dr.<sup>in</sup> Ingeborg Netzer, Wolfganggasse 41/11, 1120 Wien
- Zielgruppe:** an Selbsterfahrung in Integrativer Gestalttherapie Interessierte und PropädeutikumskandidatInnen
- Anmeldung:** und nähere Informationen im Sekretariat des ÖAGG, Fachsektion für Integrative Gestalttherapie bei Fr. Draczynski, bis 23. Oktober 2015, Tel.: + 43 1 718 48 60
- Kosten:** € 260,- (20 Einheiten)
- Anrechenbar:** als Selbsterfahrung für das Propädeutikum und als Voraussetzung für das Fachspezifikum Integrativer Gestalttherapie im ÖAGG

*Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Ingeborg Netzer, MSc*

Integrative Gestalttherapeutin, Lehrtherapeutin,

Coach für wissenschaftliches Arbeiten und

Supervisorin in freier Praxis

[www.ingeborg-netzer.at](http://www.ingeborg-netzer.at)

Tel.: 01 812 33 16

*Mag.<sup>a</sup> Elisabeth Konecny- Knell*

Integrative Gestalttherapeutin, Supervisorin,

Coach und Selbsterfahrungsexperin

in freier Praxis

[www.psyweb.at/konecny-knell](http://www.psyweb.at/konecny-knell)

0664 404 65 76

## *Ergänzungscurriculum: Körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie mit Dr. Sylvester Walch*

Ziel dieser dreiteiligen Seminarreihe ist die sinnvolle Integration körperzentrierter Interventionen in den Prozess einer ganzheitlich orientierten Psychotherapie. Schmerzhaftes Lebenserfahrungen, verdrängte Gefühle und psychische Probleme können erst dann tief greifend geheilt werden, wenn die dazugehörigen leiblichen Repräsentationen (u.a. chronische Kontraktionen, Energieverlust oder selbstdestruktive Muster) genügend Berücksichtigung finden. In einer Kombination von Selbsterfahrung und Kompetenztraining soll die heilende Wirkung intensiver Leibarbeit direkt erfahrbar werden, um im eigenen Berufsfeld Leibinterventionen fachkundig anwenden zu können. In Theorie und Praxis werden dabei drei körpertherapeutische Tiefungsebenen näher behandelt: a) das Ansprechen und das Verstärken von Körperausdruck und non-verbale Signalen, b) die direkte Berührung und c) die Begleitung autonomer Körperreaktionen. Des Weiteren werden die Unterschiede und Anwendungsbereiche von katalytischen (konfliktzentrierten) und nährenden (abschmelzenden) Interventionen dargestellt und geübt. Ferner wird auf spezielle Gesichtspunkte wie Übertragung, Widerstand sowie Umgang mit schweren Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen eingegangen.

<b>Zielgruppe:</b>	PsychotherapeutInnen (graduiert und in Ausbildung)
<b>Kosten:</b>	€ 680,- pro Seminar plus Unterkunft / Verpflegung
<b>Termine:</b>	2.12.–6.12.2015; 29.4.–3.5.2016 und 2.10.–6.10.2016
<b>Beginnzeit:</b>	am 1. Tag eines Seminars um 16.30 und Ende am letzten Tag um 12.00
<b>Leitung:</b>	Dr. Sylvester Walch
<b>AssistentIn:</b>	Dr. <sup>in</sup> Melitta Schwarzmann (Lehrtherapeutin Integrative Therapie)
<b>Ort:</b>	Seminarhaus Holzöstersee (Raum Salzburg), A- 5131 Franking, Holzleithen 15

**Info & Anmeldung:** Dr. Sylvester Walch, Bachstr. 3, D-87561 Oberstdorf  
Mail: [sylvester@walchnet.de](mailto:sylvester@walchnet.de) Web: [www.walchnet.de](http://www.walchnet.de)

Sylvester Walch, Dr., geb. 1950, Ausbilder für Psychotherapie, u.a. Integrative Therapie, Integrative Gestalttherapie, transpersonale Psychotherapie und holotropes Atmen. Begründer des Ergänzungscurriculums für körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie. Lehraufträge an verschiedenen Universitäten im deutschsprachigen Raum. Buchautor.

## *Transpersonale Selbsterfahrung und Holotropes Atmen*

Dieses Seminar ist für Menschen gedacht, die gerne die Möglichkeiten ihres Bewusstseins nützen möchten, um seelische Wunden zu heilen, brachliegende Potenziale zu entfalten und spirituelle Einsichten zu gewinnen. Mit Hilfe von veränderten Bewusstseinszuständen, hervorgerufen durch beschleunigtes Atmen (holotropes Atmen nach Stanislav Grof), evokative Musik und prozessuale Körperarbeit, können auf einer tieferen Ebene innere Konflikte bearbeitet und einengende Lebensmuster aufgelöst werden. Dabei werden bedeutsame lebensgeschichtliche Erlebnisse, sogar bis hin zu peri- und pränatalen Einflüssen, heilsam integriert. Es können aber auch archetypische, spirituelle und mystische Erfahrungsebenen der Seele zugänglich werden, die über die gewohnten Raum- und Zeitgrenzen hinausgehen. Dadurch können Lebensprozesse tiefer verstanden, intuitive Fähigkeiten gefördert und das Vertrauen in die innere Weisheit gestärkt werden. Unterstützt durch persönlichen Erfahrungsaustausch in der Gruppe und in Kleingruppen, regelmäßige Meditationen und kontemplative Übungen werden die Erfahrungen weiter aufgearbeitet, integriert und vertieft, sodass die Erlebnisse in einem sinnvollen Bezug zum Alltag verstanden und umgesetzt werden können.

- Leitung:** Dr. Sylvester Walch  
**Zeit:** 3.6.-7.6.2015; 23.10.-27.10.2015; 9.3.-13.3.2016 und 15.6.-19.6.2016  
(bei Anmeldung unbedingt Terminwunsch bekannt geben)  
**Ort:** Seminarhaus »Holzöstersee« (Franking – Raum Salzburg)  
**Kosten:** € 680,-  
**Info:** Dr. Sylvester Walch, Bachstraße 3, D-87561 Oberstdorf  
**Anmeldung:** Telefon: +49 83 22 66 11 Fax: +49 83 22 66 01  
E-Mail: [sylvester@walchnet.de](mailto:sylvester@walchnet.de) Website: [www.walchnet.de](http://www.walchnet.de)  
**Einführungsliteratur:** Dimensionen der menschlichen Seele. 5. Aufl., 452 S., Düsseldorf 2012  
**Weiterführende Literatur:** Vom Ego zum Selbst. 3. Aufl. 325 S., München 2013.  
**Seminarreihe – STW:** Seelische Integration, transpersonale Transformation und spiritueller Weg. Start des 9. Durchgangs: Frühjahr 2016.  
**3-teilige Seminarreihe: Körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie.** Start des nunmehr 5. Durchgangs, Herbst 2015.  
**Seminar für Verantwortungsträger:** Führen mit der Kraft der Inneren Weisheit.  
Termin: 17.3.–20.3.2015. Details siehe Homepage.  
**Nähere Infos für alle Veranstaltungen, Radiointerviews, etc. siehe: [www.walchnet.de](http://www.walchnet.de)**

# INSPIRIERT.

Ein Plädoyer für ein neues Menschenbild. Sylvester Walch zeigt als profunder Kenner der menschlichen Psyche einen ganzheitlichen Weg der Selbstverwirklichung, der die spirituelle und psychische Entwicklung fördert. Praxisorientierte Reflexionen und meditative Übungen helfen innere Hindernisse zu überwinden, um die eigenen Potenziale besser entfalten zu können.



336 Seiten | € (D) 19,99

[www.walchnet.de](http://www.walchnet.de)

© Finetric\*, München

So liest man heute

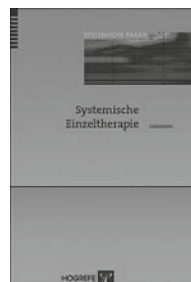
VERLAGSGRUPPE  
Droemer Knaur\*

# Systemische Einzeltherapie

**Konrad Peter Grossmann**

Göttingen, Hogrefe 2014,

ISBN: 9783840924637



Was für ein nüchterner Titel für so ein wohltuendes Fachbuch! Der äußere Rahmen dieses Buchs beschäftigt sich mit Überlegungen zur Gestaltung einer systemischen Einzeltherapie, beginnend bei der Konzeption des Erstgespräches, über die Folgegespräche bis hin zur Evaluierung des Prozesses und dem Therapieabschluss.

Konrad Grossmann erzählt aber in der „inneren Geschichte“ von der heilenden Wirkung der Musik, die mit Gesang und Text verbunden Worte und Sätze für das, was wir nur schwer beschreiben können, liefert. „Sie generiert Narrative mit deren Hilfe wir eigene Erfahrungen, Wünsche, Ängste und Sehnsüchte ordnen und verstehen können und die uns das Gefühl vermitteln, mit unserer Erfahrung nicht allein zu sein“ (S 14). Schon in der ersten Fallgeschichte werden die verschiedenen Aspekte des psychischen Systems als „inneres Band“ benannt, mit dem ein Zusammenspiel erarbeitet wird, das sich mehr an einer Lösung als am Problem orientiert. In Analogie zur einfachen Strukturierung guter Songs (vorrangig von Bob Dylan und den Beatles) wird die Form eines Therapieprozesses beschrieben. Sie folgt der systemischen Modellbildung der Synergetik und verwirklicht sie in einer spezifischen Architektur von Erst-, Folge- und Abschlussgesprächen. Wie selbstverständlich wird man als LeserIn in einen Rhythmus der Gestaltung von Veränderung hineingezogen. Viele Liedtexte begleiten die Erzählung der Fallgeschichten und der gewählten Interventionen. Einige davon sind noch wenig bekannt, wie die idiografische Systemmodellierung oder das Zeichnen von „Gefühlslandschaften“ als Mittel der Problemdissoziation. Auch der in der systemischen Therapie oft wenig beachteten Bedeutung der therapeutischen Beziehung wird viel Aufmerksamkeit geschenkt.

Am Ende des Buches taucht die Idee auf, Psychotherapie so wie in Bob Dylans „Watching the River flow“ als einen Prozess zu sehen, bei dem PsychotherapeutInnen am Fluss sitzen und zusehen, wie sich „vor dem Hintergrund der Selbstwirksamkeit von Klientinnen Unterschiede in ihrem Fühlen, Denken und Verhalten nach und nach entfalten“ (S 97). Da fühlt man sich sanft eingeladen, das eigene bemühte und oft so anstrengende therapeutische Tun zu verlassen und sich vertrauensvoll auf einen gemeinsamen Dialog von KlientInnen und PsychotherapeutInnen einzustimmen.

*Margarete Mernyi*

# *Wirkungen, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*

*Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen*



**Anton Leitner, Brigitte Schigl, Michael Märtens (Hg.)**

*Facultas Verlags- und Buchhandels AG 2014*

ISBN 978-3-7089-1125-0

Eine RISK-Studie der Donau-Universität Krems analysiert PatientInnenbefragungen und 18 der in Österreich zugelassenen psychotherapeutischen Fachspezifika reagieren reflektierend aus der Sicht ihrer jeweiligen Fachrichtung. Diese Reflexionen sind im Kern des Buches (Kap. 4.1 bis 4.18) angesiedelt.

Den Beiträgen ist die ausführliche Darstellung und grundsätzliche Diskussion der in den Jahren 2007 bis 2013 erarbeiteten Studie vorangestellt, die sich mit „diesen Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie“ auseinandersetzt.

Die mixed method-Studie und ihr Einmünden in ein Buch, das als „Beipackzettel“ auch für „PatientInnen“ gedacht ist, folgt einem mehrstufigen heuristischen Prozess. Dessen gegliederte Beschreibung stellt das gegenwärtige Methodeninventar vor und geht auch auf dessen Erfassungs- und Auswertungsgrenzen sowie die Interpretationsspielräume ein. Mittels Faktorenanalyse werden sechs Kriterien für die Bewertung therapeutischer Wirksamkeit, Risiken und unerwünschten Effekten definiert.

Beschwerdebriefe, Antworten auf paper-pencil- und Online-Fragebögen und qualitative Diskussionen mit ExpertInnen bilden Diskussionsgrundlage und empirisches Material zur stochastischen Auswertung.

Eine Quintessenz der Ausführungen bildet der vierseitige „Beipackzettel“ am Ende, aufgegliedert in zwei Seiten „PatientInneninformation – bitte sorgfältig lesen“ und eine von PatientIn und TherapeutIn zu unterzeichnende „Checkliste ‚Psychotherapievertrag‘“.

Die Kapitel 5 und 6 beschreiben die ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich Psychotherapie in Österreich derzeit zu bewegen hat. Berufspflichten, deren Verletzung und die Ahndung solcher Verletzungen werden erörtert. Dokumentationspflicht, Verschwiegenheitspflicht, ...der umfangreiche gesetzliche

Verhaltenskatalog und die rechtlichen Konsequenzen werden den Ausübenden kompakt und übersichtlich vor Augen geführt und sind bestens geeignet, allfällige Informationslücken auf diesem Sektor zu schließen.

Da den tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierten Therapierichtungen in der Studie ein höheres Risikopotential bescheinigt wird als allen anderen, sei auf zwei Stellungnahmen aus diesen Bereichen hingewiesen.

Aus Sicht der Analytischen Psychologie seien die in ihrer Persönlichkeit geschulte TherapeutInnen selber das „Medikament“. Der Vergleich mit wirksamen Chemikalien und deren Standardisierung sei daher unzulässig.

Die beiden Kommentatorinnen aus dem Bereich Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierter Psychotherapie betonen die Komplexität der psychischen Problemkreise, bei denen ihre Therapierichtung indiziert ist, „...lang anhaltende Angsterkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, (Charakter-) Neurosen und Psychomatosen... Menschen mit heterogenen, komplexen Problemlagen und ...strukturell schwer kranke PatientInnen“ (S. 144) bedingen von vornherein besonders lange Therapiezeiten und einen höheren Kostenaufwand.

Schließlich werden die Ergebnisse der RISK-Studie zusammenfassend und im Vergleich mit bisheriger Grundlagenforschungsliteratur diskutiert und offene Fragen, „Chancen und neue Risiken“ erörtert. Dabei wird die Suche danach, was in einem therapeutischen Prozess wesentlich wirkt – TherapeutInnen, Therapieverfahren oder die „Passung“ (z. B. die gendermäßige Konstellation TherapeutIn-PatientIn) – in viele einander teilweise übergreifende Detailfragen aufgespalten und vorsichtig gemutmaßt, was zukünftig noch zu erheben und was überhaupt erhebbar sein könnte.

In verkürztem Überblick beinhaltet das Buch:

- die ausführliche Beschreibung einer fünfjährigen empirischen Studie zur Erfassung von Wirkungs- und Risikofaktoren von Psychotherapie. Zusammenfassung auf [www.donau-uni.ac.at/de/departement/psymed/forschung/psychotherapiesupervision/projekt/id/12096/index.php](http://www.donau-uni.ac.at/de/departement/psymed/forschung/psychotherapiesupervision/projekt/id/12096/index.php)
- die Gegenüberstellung der inferenzstatistischen Auswertung der RISK-Studie und den Wirkungs- und Risikobeschreibungen durch VertreterInnen der einzelnen Fachspezifika,
- kompakte und informative Beschreibungen des ethischen und rechtlichen Rahmens, der den zugelassenen TherapeutInnen in Österreich vorgegeben ist,



- einen mehrseitigen „Beipackzettel“ zur Aufklärung über Intention und Risiko sowie das Festhalten des „Psychotherapievertrags“ in Form einer von beiden VertragspartnerInnen zu unterzeichnenden „Checkliste“.

Einige mögliche Fehlerquellen und Grenzen der Datenerhebung werden im Buch genannt. Die Kenntnis der Unsicherheitsfaktoren der aufgezählten inferenzstatistischen Verfahren wird allerdings vorausgesetzt. Deshalb sei daran erinnert, dass auch auf Nachkommastellen genau errechnete Kennzahlen nur nach bestem ExpertInnenwissen und –gewissen bezifferte Schätzungen sind, und dass –dem Geleitwort (S. 9) gemäß das einzige Kriterium für Wissenschaftlichkeit der ExpertInnenkonsens ist.

Der Inhalt des Buches trägt nicht zuletzt den Impuls zum perpetuierten Informationsaustausch zwischen populationsweiter Forschung und individueller therapeutischer Erfahrung.

*Anna Blaha*

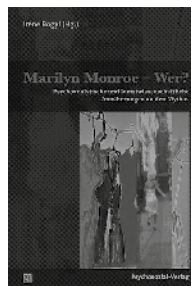
## Marilyn Monroe – Wer?

*Psychoanalytische und kunstwissenschaftliche  
Annäherungen an den Mythos.*

**Irene Bogyi (Hg.)**

*Gießen, Psychosozial-Verlag 2014*

ISBN 978-3-8379-2307-0



„Marilyn Monroe – Wer?“ ist die Frage, mit der die Wiener Psychoanalytikerin und Lehrtherapeutin Irene Bogyi das von ihr herausgegebene Buch betitelt. Für diese Frage formuliert sie das Ziel einer psychoanalytischen und kunstwissenschaftlichen Annäherung, die sie gemeinsam mit einer interdisziplinären AutorInnengruppe unternimmt. Das Thema ist Leben und Sterben, Traum und Albtraum, legendenumwobener Mythos und biographische Realität der 1962 verstorbenen amerikanischen Schauspielerin und Sängerin Norma Jeane Mortenson. Als Filmikone und archetypisches Sexsymbol ist sie bis heute fest in der Medienwelt verankert – was der Analyse des unter ihrem Künstlerinnennamen Marilyn Monroe bekannten Phänomens auch mehr als 50 Jahre nach ihrem Tod weiterhin Aktualität verleiht.

Im einleitenden psychoanalytischen Beitrag „Marilyn Monroe und Ralph Greenson. Eine Analyse zum Tode“ fokussiert Irene Bogyi auf die langjährige, die berufliche Karriere der Monroe begleitende Psychoanalyse der Schauspielerin bei Ralph Greenson. Diese Analyse war eine Psychotherapie, die zwei Stars verbunden hat. Monroe war als Filmstar die meistfotografierte Frau ihrer Zeit. Der „Analytikerstar“ Greenson war als Psychotherapeut der „Reichen und Schönen“ ebenso wie als Wissenschaftler, Fachautor und charismatischer Redner international profiliert. In Bogyis vorzüglich recherchiertem Beitrag finden wir mehrere Blickwinkel auf diese Psychoanalyse – am eindrücklichsten erscheint mir die Betrachtung der ethischen Aspekte, die die Autorin unter anderem auch mit Lehrbuchaussagen Greensons belegt und wirkungsvoll mit Texten der Monroe und von ihrem Ehegatten Arthur Miller kontrastiert. So tritt eine Fülle an Behandlungsfehlern zutage, die die Analyse der Monroe wirklich zu einer „Analyse zu Tode“ erscheinen lässt, als ein Arrangement mit vielen Grenzverletzungen, die – ohne dass die Autorin dies ausdrücklich so bezeichnet – das Bild einer missbräuchlichen psychotherapeutischen Beziehung vermuten lassen. Die Psychoanalytikerin und Medienwissenschaftlerin Beate Hofstadler schafft eine

die LeserInnen faszinierende Verbindung ihrer beiden Professionen. Ihr Beitrag „Na ja, ich glaube ich bin Marilyn Monroe“ –Die Frau, die die Kamera liebte“ ist an der Biographie wie an der Filmographie Monroes im Wechselspiel mit ihrer zeitgebunden kulturellen Dimension in den USA der 1950er Jahre orientiert. Dies führt uns zu einer Analyse ihrer besonderen Medienwirksamkeit. Der Zugang Hofstadlers erscheint mir zugleich feministisch wie psychoanalytisch-triebtheoretisch geprägt. Dadurch wird ein vertieftes Verständnis von Monroes Starruhm ermöglicht, der stets konsequent an der Linie der gerade noch gesellschaftlich tolerierten sexuellen Provokation angelegt war. Auch mit ihrer detaillierten filmwissenschaftlichen Recherche macht Hofstadler den Lesenden Lust, mehr Filmmaterial der Monroe durch ihre Gedanken neu sensibilisiert anzusehen.

Da der Sammelband insgesamt Beiträge von 10 AutorInnen enthält, können die Texte hier nur ausschnittsweise vorgestellt werden. Der anerkannte Toxikologe Rainer Schmidt lädt etwa zu „einer pharmakologischen Annäherung“ ein, sein Beitrag heißt „Marilyn Monroe – künstliche Träume“. Schmidt legt dar, wie stark das Leben der Monroe durch eine polytoxikomanische Suchterkrankung überschattet war, die die Fragilität einer Persönlichkeit erahnbar macht, die nach außen zumeist durch eine traumbildhafte Starfassade überlagert blieb. Sein Artikel endet mit der pharmakologischen Analyse von Monroes Tod, was im Buch einen Bogen zurück zur psychoanalytischen Betrachtung von Irene Bogyi spannt, da Ralph Greenson für seine Patientin nicht nur Psychotherapeut, sondern auch Medikamente verschreibender Psychiater war. Weniger geglückt wirkt der Beitrag von Hans Pettermann „Von der Kunst, spielen zu können“. Dieser Eindruck entsteht zum einen dadurch, weil er in der Darstellung – etwa in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie – nur unzureichend auf aktuelle Literatur gestützt ist und zum anderen, weil er ohne hinreichende Beantwortung der eingangs vom Autor selbstgestellten Fragen abbricht.

Weitere Beiträge in diesem Band wurden von August Ruhs, Ruth Cerha, Elisabeth Bronfen, Sebastian Leikert, Andreas Jacke und Tamara Sudimac gestaltet. Insgesamt entsteht eine vielschichtige interdisziplinäre Perspektive zu Leben und Mythos von Marilyn Monroe, die spannend zu lesen ist. In gewisser Weise liegt diesem Buch durch die psychoanalytische Methodik ein Dualismus zugrunde. Das Traumbild einer „Sexgöttin“ sagt sowohl etwas über die Person aus, die dieses Bild – sei es lustvoll aber auch mit hohem persönlichen Aufwand – darstellt und symbolisiert, wie ebenso ein deutender Bezug zu denjenigen Personen möglich wird, die in voyeuristischer Begeisterung diesem Traumbild fasziniert nachhängen. Als lesende Person kann man leicht von diesem Voyeurismus angesteckt werden, aber das ist wahrscheinlich auch ein Teil



## *Gemeinsam statt einsam. Grundlagen der Integrativen Gruppentherapie*

**Renate Frühmann**

*Kröning, Asanger-Verlag 2013,*

ISBN 978-3-89334-564-9



Renate Frühmann hat mit diesem Buch ein Lehrbuch für Gruppenarbeit- und Gruppentherapie geschaffen, das nicht nur fachspezifisch – dem Ansatz der Integrativen Therapie folgend – relevant ist, sondern darüber hinaus und im Besonderen auch für Integrative GestalttherapeutInnen, denn die Autorin war lange Zeit in dieser Fachrichtung und in der Fachsektion IG des ÖAGG beheimatet und hat über viele Jahre die Gruppenarbeit der Integrativen Gestalttherapie auch als Ausbilderin geprägt.

Das Buch bietet einen guten Überblick über die wesentlichen Aspekte der psychotherapeutischen Gruppenarbeit. Der historische Kontext, die Anfänge von Gruppendynamik und Gruppentherapie werden dargestellt, deren Weiterentwicklung bis hin zu aktuellen Positionen und Perspektiven von Gruppenarbeit aus Sicht der Integrativen Therapie. Kernkapitel ist dabei aus meiner Sicht jenes über das „Mehrperspektivische Gruppenmodell“, das die Autorin schon 1987 entwickelt hat und das nach wie vor das Referenzmodell für Integrative und Integrativ Gestalttherapeutische Gruppenarbeit ist. Die unterschiedlichen Perspektiven (Gruppe, Individuum, Szene, Zeit, exzentrische Position) werden grundlegend und differenziert dargestellt. Der Autorin gelingt es sehr anschaulich, den komplexen Vorgang des Verknüpfens der verschiedenen (Beobachtungs-) Perspektiven zu beschreiben und damit die Kunst des Vernetzens, die GruppenleiterInnen zu beherrschen haben: Partielles Engagement, emotionale Beteiligung und Präsenz ohne sich zu verlieren, szenisches Wahrnehmen, gleichzeitiges Erfassen und strukturelles Verstehen von Phänomenen und Vorgängen wird verbunden mit theoretischem Wissen über Gruppen und Gruppenprozesse sowie dem Erkenntnisprozess im Hier und Jetzt der aktuellen Gruppensituation und den dazugehörigen eigenen Lebenserfahrungen und Resonanzen. Dieser komplexe Vorgang erfordert ein hohes Maß an Erfahrung und Kompetenz. Gleichzeitig und oszillierend involviert sein und die innere Distanz zu leben ist nach Renate Frühmann die Balance, um die es beim Leiten von Gruppen im therapeutischen Kontext geht.

Die Autorin betrachtet und reflektiert Gruppenarbeit aus unterschiedlichen Blickwinkeln: Sei es aus Sicht der Gruppenleitung, deren besonderen Aufgaben und Fähigkeiten, den unterschiedlichen Modalitäten von Gruppenarbeit (konfliktzentriert, erlebniszentriert, übungszentriert oder supportiv), den unterschiedlichen Ebenen (personenzentriert, gruppenzentriert oder themenzentriert/gruppengerichtet), verschiedenen Merkmalen und Aspekten von Gruppen (Zusammensetzung, Atmosphäre, Kontaktverhalten, Übertragung und Gegenübertragung, Widerstandsphänomene) und auch besonderen Situationen in Gruppen, seien es Krisen, Ausscheiden von Mitgliedern, Übergänge/Wechsel von Leitung. Beiläufig werden prägnante Zusammenfassungen der philosophischen Grundlagen von IT und IG, eine Darstellung der Kontaktstörungen oder Beispiele für Interventionsmöglichkeiten geboten.

Renate Frühmann schöpft aus einem großen Fundus an Erfahrungen als Gruppenleiterin und als Psychotherapeutin und verbindet ihr Wissen über Psychotherapie mit den Prinzipien der Gruppenarbeit. Heil – und Wirkfaktoren werden im Hinblick auf Gruppentherapie reflektiert, ebenso wie therapeutische Haltungen und Stile. Sie kombiniert Theorie zur Gruppentherapie mit der fachspezifischen Methodik und ihrer gelebten Praxis zu einem ganzheitlichen und vielschichtigen Gesamten. Dieses Buch kann als Lehrbuch für Gruppentherapie genutzt werden. Es bietet in seiner konsequent praktischen Ausrichtung, aber der ebenso konsequent theoretischen Anbindung eine wertvolle Vernetzung von Wissenschaft und gelebter Praxis und damit eine Basis des Verstehens und Handelns für die Arbeit mit Gruppen.

*Ulla Diltsch*

# *Die Gruppe und das Unbewusste*

**Dieter Sandner**

Springer: Berlin 2013, ISBN 978-3-642-34818-1



Mit seinem 2013 erschienenen Buch "Die Gruppe und das Unbewusste" stellt Dieter Sandner seine Überlegungen zu verschiedenen theoretischen Konzepten und deren praktischen Anwendungen in der gruppenanalytischen Arbeit vor. Es umfasst eine Sammlung von überarbeiteten Essays und neuen Texten, die er in den letzten 40 Jahren veröffentlicht hat. Der Titel "Die Gruppe und das Unbewusste" lässt den Leser eine Erarbeitung und Diskussion von Konzepten erwarten, die sich mit unbewussten Prozessen in Gruppen beschäftigt, wie sie durch einige der wichtigsten Theoretiker der Gruppenanalyse beschrieben wurden. Der Autor hinterfragt deren Verständnis der psychoanalytischen Begriffe und ihre entsprechenden Modifikationen für die gruppenanalytische Praxis. Explizit oder implizit verfolgt er diese Absicht durch das ganze Buch hindurch.

Dieter Sandner konzentriert sich auf die Beurteilung der psychotherapeutischen Praxisausganglichkeit der wichtigsten gruppenanalytischen Konzepte, indem er die praktische Wirksamkeit der spezifischen Arbeitsweisen und der Anleitungen der frühen Gruppenanalytiker beschreibt. Ist es wirksamer, "die Gruppe-als-Ganzes" zu betrachten, als eine Gestalt wie Bion und Foulkes dies taten, oder sollten Gruppenanalytiker versuchen, den Angstpegel durch das Fokussieren auf einzelne Teilnehmer zu reduzieren? Welche Art von Gruppenkultur kreiert der Gruppenanalytiker durch welche Technik der Gruppenleitung und welche Gruppenkultur bietet den meisten Freiraum für die Teilnehmer, sich in einer Weise zum Ausdruck bringen, dass deren Äußerungen als wichtige und hilfreiche Beiträge in der kollektiven experimentellen Arbeit der Gruppe gesehen werden können? Auf diese Weise durchleuchtet Sandner die gruppenanalytischen Konzepte von Burrow, Bion, Foulkes, Alexander Wolf und Walter Schindler, wendet die verschiedenen Techniken in seiner gruppenanalytischen Arbeit an und untersucht den praktischen Nutzen dieser sich manchmal widersprechenden Konzepte. Er stellt Fragen, wo die Antworten eigentlich auf der Hand liegen. Daher kommt er zu sehr interessanten Ideen über die Gruppe und das Unbewusste und bietet uns zahlreiche anregende Perspektiven. Sandner führt uns nicht nur in die wichtigsten Konzepte der Gruppenanalyse ein, er beschäftigt sich auch kritisch mit ihnen, unterzieht sie einer eingehenden Prüfung und variiert sie je nach seinen Standards der Praktikabilität, um so schließlich zu seiner eigenen integrierten Technik zu gelangen.

Dieter Sandner strukturiert sein Buch entsprechend in zwei ausführliche Teile, einer befasst sich mit der Theorie und der zweite mit der Praxis der Gruppenanalyse, ein dritter Teil widmet sich der Forschung in der Gruppenanalyse und ein kurzer vierter Teil besteht aus den biographischen Notizen zu den wichtigsten Theoretikern der Gruppenanalyse. Neben seiner eingehenden Prüfung der Techniken eröffnet er einen theoretischen Diskurs über das Verhältnis von Individuum und seinem sozialen Umfeld, dem individuellen und dem sozialen Unbewussten. Er macht uns begrifflich, dass wir schon seit Trigant Burrows Konzeptualisierungen zwischen einer eher gruppenzentrierten Sicht und Technik und einer gewissen Skepsis gegenüber der vorbehaltlosen Bevorzugung von Gruppenphänomenen in der Gruppenpsychotherapie schwanken. Dieter Sandner kommt zu dem Schluss, dass für den praktizierenden Gruppenanalytiker beide Ansätze wertvoll sind, warnt aber davor, in Gruppen Ängste zu schüren, da diese zu Abwehrphänomenen der gesamten Gruppe führen könnten. Er erinnert daran, dass Trigant Burrow die Gruppenanalyse in den ersten Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts entwickelt hat und dass seine damals avantgardistischen Ideen heute immer noch sehr modern sind. Er weist darauf hin, dass Burrows Arbeit nicht eine neue Methode der Psychotherapie sondern vielmehr eine Weiterentwicklung und eine vermehrt wissenschaftliche Grundlage der Psychoanalyse zum Ziel hatte. Burrow erkannte, dass alle Gruppenteilnehmer einschließlich des Analytikers die Interaktion von einer subjektiven Perspektive aus betrachten und dass nur durch konsensuelle Beobachtung diese Subjektivität reduziert werden und damit das Verfahren ausreichend wissenschaftlich erachtet werden kann. Sandner führt uns zurück zu Burrows grundlegenden Vorstellungen von einer Gruppenmethode sowie spezifischen Konzepten wie z.B. der Matrix und unterstreicht Burrows starken Einfluss auf zukünftige Gruppenanalytiker, vor allem Foulkes und Wolf, worauf uns vor kurzem sehr facettenreich die neue Publikation von Edi Gatti Pertegato aufmerksam machte.

Dieter Sandner verweist auf diverse Ungereimtheiten in diesen Konzepten und unvorhersehbare Folgen von deren praktischer Anwendung für die Gruppenleitung. Er formuliert deutlich seine Kritik und wägt ab, was sich seiner Meinung und Erfahrung nach als hilfreich oder weniger hilfreich für die Gruppenteilnehmer erwiesen hat, z. B. die Bedeutung der individuellen Bewegungen innerhalb der Gruppe und die enorme Bedeutung dessen, was er heute "konsensuelle Validierung" nennt. Im Gegensatz zu Burrow betrachtete sich Foulkes als konstanter Faktor in der Gruppe, der jedoch die konsensuelle Validierung der Erfahrung erheblich einschränkt. Der Autor kommt an vielen Stellen in seinem Buch zu dem Schluss, dass die verschiedenen Konzepte kaum verglichen oder verknüpft wurden, geschweige denn sei ernsthafte Forschung durchgeführt worden. Dieter Sandner bringt nützliche konzeptionelle Stränge in unsere Erinnerung, die unterwegs fallen gelassen oder vernachlässigt wurden, wie etwa Bennis und Shepards Konzept der "interperson" sowie des "interself" und "hidden interself" in Gruppen.



Der zweite Teil des Buches befasst sich mit dem praktischen Nutzen und Wert von Gruppenanalyse, etwa dem Bestreben die psychosoziale Kompetenz von Fachkräften in verschiedenen psychosozialen Kontexten zu fördern. Ein Hauptziel der gruppenanalytischen Arbeit ist es, die Teilnehmer zu befähigen, eine entlastende und unterstützende (nicht ängstigende) Gruppenkultur zu etablieren, wo sie gemeinsam an der Klärung der Dynamik in der Gruppe arbeiten können. Die einzelnen Gruppenteilnehmer sollten ermutigt werden, sich in diesen Prozess zu involvieren. Der Gruppenleiter sollte die Aufmerksamkeit der Teilnehmern auf diese einzelnen Schritte und deren Reaktionen darauf lenken. Er sollte mit der Gruppe gemeinsam klären, welche Gruppenkonstellationen welche Abwehrstrategien hervorrufen und tatsächlich alle Gruppenteilnehmer zu einer konsensuellen Validierung der Situation motivieren. Sandner nennt seine Herangehensweise "integrative gruppenanalytische Technik" und betont, wie wichtig ein solches Mentalisieren des Gruppenprozesses ist und verweist auf die wichtige Arbeit von Ulrich Schultz-Venrath, der das Konzept der Mentalisierung mit der gruppenanalytischen Theorie zu verbinden versucht. Schließlich vermittelt Sandner die Idee der Gruppe als einen Ort der Solidarität und der manchmal schwierigen aber schließlich auch befriedigenden Zusammenarbeit. Ein kürzerer dritter Teil gibt einen Einblick in die Möglichkeiten und Methoden der qualitativen Forschung in der Gruppenanalyse und veranschaulicht dies anhand eines von ihm selbst entwickelten und angewandten Forschungsinstruments, der psychoanalytisch-empirischen Hermeneutik. Der letzte Teil enthält vier Kapitel mit biographischen Notizen und den wichtigsten theoretischen Konzepten und der beruflichen Orientierung von vier Gruppenanalytikern: Trigant Burrow, Alexander Wolf, S.H. Foulkes und Walter Schindler.

Das Buch ist benutzerfreundlich strukturiert. Die grauen Kästchen am Anfang jedes Kapitels erleichtern die Orientierung im Buch und machen es so zu einem sehr nützlichen Werkzeug für das Studium und die Lehre der Gruppenanalyse, wenngleich auch das Sachregister detaillierter sein könnte. Die Tatsache, dass Sandner viele theoretische Aspekte immer wieder bringt, könnte als unnötige Wiederholung betrachtet werden, was sich aus der Zusammenstellung bereits veröffentlichter Texte in diesem Buch ergibt. Allerdings hilft dies vor allem Ausbildungskandidaten und Studenten der Gruppenanalyse die verschiedenen Aspekte der beschriebenen Konzepte umfassender zu verstehen. Der Leser kann bildlich dem Autor in seinem im Laufe der Jahre wachsenden Verständnis bezüglich der verschiedenen theoretischen Ansätze folgen. Eine zusätzlich interessante und gewinnbringende Perspektive könnte eine explizite Diskussion von Sandners theoretischen Schlussfolgerungen sowie seiner "integrativen gruppenanalytischen Technik" innerhalb des intersubjektiv-relationalen Paradigmas eröffnen.

*Helga Felsberger*

## *Management, absurd. Ein Blick auf die Kehrseite moderner Management-Begriffe*

**Niki Harramach, Robert Prazak,**  
**mit Illustrationen von Walter Csuvala**  
*Springer Gabler, Wiesbaden 2014*  
ISBN: 978-3-658-04040-6



Niki Harramach war viele Jahre als Rechtsanwalt tätig. Er ist Inhaber eines der ältesten, international tätigen österreichischen Trainingsinstitute. Er ist Gruppendynamiker, Unternehmensberater, Wirtschaftstrainer, Organisationsentwickler und langjähriges Mitglied im ÖAGG, wo er Lehrtrainer für Organisationsentwicklung ist. Robert Prazak hat über 20 Jahre Erfahrung als Wirtschaftsjournalist, unter anderem als Ressortleiter des Wirtschaftsblattes. Seit 2012 ist er mit einem eigenen Redaktionsbüro selbstständig tätig.

Die Autoren vermitteln ein Gefühl für das Absurde an einigen Management-Begriffen. Sie stellen Schlagworte, Stereotypen und Klischeebilder des Mainstream in ihren unrealistischen Aspekten kritisch in Frage. Nach meinem Gefühl ist das Buch ein Entscheidungshelfer für eine geerdete Einschätzung von Situationen und Begegnungen im Management- und Beratungsgeschäft. Es ist zugleich ein Lehr- und Arbeitsbuch, leicht und interessant zu lesen. An vielen Stellen sehr humorvoll. Die Autoren leben dabei eine konstruktivistische, den in Gruppen und Organisationen eingebundenen Menschen zugewandte, entwicklungsfördernde und das Bewusstsein erweiternde Grundhaltung.

In einem Streifzug durch die 13 Kapitel liest man über Diversity, Führung, Burnout, Stress und Boreout, Kommunikation, Leitbilder und Werte, Social Media, Soft Skills, nachhaltiges Wirtschaften, Überregulierung, Change-Management, Tierseminare, Entscheidungs- und Konflikttheorie.

Der Leser findet erfolgversprechende Blickwinkel, außer Acht gelassenes und empfehlenswerte Gegenmittel. Es ist lustvoll, immer wieder in dem Buch zu lesen. Da finde ich zum Beispiel: „Das Wesentliche am Führen sind die Geführten und die gemeinsame Entwicklung von Führungskräften und Geführten. ... Wussten sie, dass die Gurkenkrümmungsverordnung der EU bereits aufgelassen wurde? Es besteht also

noch Hoffnung, der Überregulierung in unserer Gesellschaft Herr zu werden. ... Kein Mensch mit Sinn für Selbstvermarktung kann es sich leisten, im Web 2.0 nicht präsent zu sein. Social Media kann aber auch unsozial genutzt werden ... und Change ist immer präsent. ... Konflikte sind nicht schädlich, sie können für die persönliche Entwicklung gut genutzt werden. ... Dem viel zitierten Burnout wird das Boreout zur Seite gestellt. Um Unterforderung, Langeweile und Desinteresse im Job entgegenzuwirken, sollten die Jobs an den Menschen angepasst werden und nicht umgekehrt, und Verantwortung übertragen werden.“

Es ist ein sehr gutes, in der ÖAGG Bibliothek entlehnbares Buch, geschrieben für Manager, Unternehmer und Führungskräfte und alle Interessierten.

*Leo Käfer*

## *Redaktionsschluss & Erscheinungstermine für die nächsten Ausgaben*

<b>Ausgabe</b>	<b>Redaktionsschluss</b>	<b>Erscheint</b>
Feedback 3&4 – Supervision und Coaching	15.9.2015	Ende Okt. 2015
Feedback 1&2 – Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	29.2.2016	Anfang April 2016

## *Bibliotheksöffnungszeiten*

**Die Öffnungszeiten der ÖAGG-Bibliothek für Frühling /  
Sommer und für Herbst/Winter 2015:**

**Mittwoch von 17.30–20.00 Uhr:**

8. April, 6. Mai, 3. Juni, 2. September, 7. Oktober, 4. November, 2. Dezember

**Freitag von 15.00–19.00 Uhr:**

24. April, 29. Mai, 26. Juni, 25. September, 30. Oktober, 27. November

# ÖAGG

Österreichischer Arbeitskreis  
für Gruppentherapie und Gruppendynamik

**P.b.b.**

Erscheinungsort Wien | Verlagspostamt 1080 Wien  
Aufgabepostamt 1010 Wien | Zulassungsnummer: 02Z032586 M  
Laufende Nummer: 355 | ZVR: 662792666 | ISSN 2226-9002

**Medieninhaber: ÖAGG**

Lenaugasse 3, A -1080 Wien  
Tel. +43 /1/405 39 93 | Fax +43 /1/405 39 93-20  
Email: [office@oeagg.at](mailto:office@oeagg.at) | Internet: [www.oeagg.at](http://www.oeagg.at)

**Herausgeber:** Mag.<sup>a</sup> Maria-Anna Pleischl, Mag. Dr. Günter Dietrich  
Redaktion: [feedback@oeagg.at](mailto:feedback@oeagg.at)  
Produktion: flyeralarm | Auflage: 2250