

Monika Tuczai

# Dem Entsetzen begegnen. Ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention zur psychotherapeutischen Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion

**Zusammenfassung:** Die Ausführungen reflektieren die Tätigkeit der Autorin in einer Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen. Es wird die akute Belastungsreaktion von Frauen während und in den Tagen bzw. Wochen nach der Tat aus dem Blickwinkel betroffener Frauen und aus personenzentrierter Sicht beschrieben. Weiters wird ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention als angemessene psychotherapeutische Antwort auf diesen Ausnahmezustand dargestellt. Einer personenzentrierten Haltung, die Interventionen stets auf der Basis von Empathie, unbedingter Wertschätzung und Kongruenz gestaltet und überprüft, kommt dabei besondere Bedeutung zu.

**Stichwörter:** akute Belastungsreaktion, Vergewaltigung, Krisenintervention, Personenzentrierter Ansatz

**Abstract:** Facing dismay. A person-centered concept of crisis-intervention for psychotherapeutic treatment of raped women with acute stress reaction. The article reflects the author's practice in a counselling center for raped women. Women's acute stress reaction during the act and the days and weeks later is described from the view of afflicted women and as the person-centered approach sees it. A concept of person-centered crisis intervention as an appropriate psychotherapeutic answer to this state of emergency is shown. The importance of a person-centered attitude, with interventions based on empathy, unconditional positive regard and congruence is emphasized.

**Keywords:** acute stress reaction, rape, crisis intervention, Person-centered Approach

Basierend auf der langjährigen Tätigkeit in einer Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen bietet der vorliegende Artikel einen Überblick über die Ausdrucksformen des Erlebens betroffener Frauen und deren Reaktionen auf die traumatische Erfahrung sowie über notwendige und hilfreiche Interventionen, durch die der Prozess der Verarbeitung unterstützt werden kann.

Der Fokus liegt – im Gegensatz zur bestehenden Literatur über Psychotrauma (z. B. Butollo et al., 1999; Coffeng, 2002; Herman, 2003; Huber, 2004; Mörth, 1994; Reddemann, 2002; van der Kolk et al., 2000; Warner, 2001), die sich vorwiegend mit den langfristigen Folgen und deren Behandlung beschäftigt – auf der Darstellung der akuten Belastungsreaktion in den Tagen und Wochen nach der Vergewaltigung. Das Wissen darüber ist insofern von Bedeutung, als durch das Erkennen bzw. Anerkennen akuter traumatischer Erfahrungen eine Integration derselben ermöglicht und dadurch eine Manifestation des Traumas bzw. die Ausbildung von Folgestörungen verhindert werden kann (Brossi, 2006; Hermann, 2003). Langjährige und kostenintensive Psychotherapieprozesse können vermieden werden, wenn betroffene Personen bereits in ihrem Erleben der

akuten Reaktion verstanden und positiv wertschätzend begleitet werden.

Zunächst wird die akute Belastungsreaktion nach der ICD-10 definiert und aus der Sicht betroffener Frauen phänomenologisch beschrieben. Im Folgenden wird ein personenzentriertes Verständnis des akuten Erlebens und schließlich ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention für die psychotherapeutische Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion dargestellt.

## Definition der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10

Die ICD-10 der WHO führt Vergewaltigung als eine überwältigende traumatische Erfahrung mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit an und beschreibt sie als auslösendes Ereignis für eine *akute Belastungsreaktion* (F43.0; Dilling et al., 1993, S. 168). Typischerweise beginnt diese mit einer „Art von ‚Betäubung‘, einer gewissen Bewußtseinseinengung und

eingeschränkten Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der aktuellen Situation folgen (bis hin zum dissoziativen Stupor) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktion oder Fugue. Meist treten vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten auf“ (ebd.). Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und klingen innerhalb von Stunden oder Tagen wieder ab.

Vergewaltigung ist jedoch eine sehr außergewöhnliche und einschneidende Lebenserfahrung, die nicht spontan innerhalb weniger Stunden oder Tage verarbeitet werden kann. Bei geeigneter Begleitung durch Personen, die die Reaktionen betroffener Frauen empathisch verstehen und unbedingt positiv wertschätzen, ist eine Integration dieser Erfahrung – abhängig von der Intensität und Un-erträglichkeit der Erfahrung, der individuellen Vulnerabilität und der zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien – zumindest bei bislang psychisch gesunden Personen innerhalb von vier bis acht Wochen möglich (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130).

Wenn die traumatische Erfahrung nicht bewältigt werden kann, kann sich die Symptomatik der akuten Belastungsreaktion innerhalb weniger Wochen bzw. Monate (selten mehr als sechs) zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1; Dilling et al., 1993, S. 169) weiterentwickeln. Diese wird in der ICD-10 als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung definiert, „die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. [...] Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. [...] Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme und übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen“ (ebd., S. 169f.).

## **Die akute Belastungsreaktion aus dem Blickwinkel vergewaltigter Frauen**

### **Überwältigung und Bedrohung: Der Körper reagiert als Erstes**

Angesichts des Entsetzens während einer Vergewaltigung strebt der menschliche Organismus nach bestmöglicher Anpassung an das bedrückende Ereignis. Die neuesten neurobiologischen Forschungen

unterscheiden zwei unterschiedliche Systeme im Körper, um auf eine bedrohliche Situation zu reagieren, das Furcht- und das Paniksystem (Sachsse, 2003). Zunächst reagiert das Furchtsystem: Auf der körperlichen Ebene kommt es zu einer reflexhaften Anspannung der Muskulatur; der Blutdruck, die Herzrate und die Atmung steigen an. Es kommt zu einer Ausschüttung der Neurotransmitter Noradrenalin und Adrenalin. Initiiert und kontrolliert durch die Amygdala, wird der Körper in maximale Reaktionsbereitschaft versetzt. Er reagiert mit Kampf oder Flucht lange bevor das Frontalhirn die Erfahrung bewusst wahrnimmt und mit Hilfe des Brocaschen Zentrums in kommunizierbare Sprache umwandelt.

Die unausweichliche Bedrohung des eigenen Lebens während der Vergewaltigung bewirkt ein Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Obwohl der Körper der betroffenen Frau voll alarmiert ist, ist es angesichts der Ausweglosigkeit nicht mehr möglich, die bereits aktivierten Reaktionen (Kampf oder Flucht) umzusetzen: die normalen Anpassungsstrategien sind überfordert (Biermann-Ratjen, 2003; Hermann, 2003). Die Person gerät in Panik.

Wenn, wie bei einer Vergewaltigung, keine Beruhigung von außen möglich ist, bewirkt die Ausschüttung von Opioiden eine Schmerzunempfindlichkeit und Erstarrung des Körpers; der Herzschlag sinkt und die Atmung verflacht, obwohl der Adrenalinspiegel steigt. Dieser Zustand ist aus dem Tierreich als Totstellreflex oder Freeze-Reaktion bekannt. Beim Menschen gibt es eine Notfall-Reaktion, die über diese Freeze-Reaktion der Panikattacken hinausgeht: die Dissoziation (Sachsse, 2003, S. 6). Der Organismus schaltet zum eigenen Schutz sowohl die Reaktionen nach außen (Kampf, Flucht) wie auch nach innen (Panik) völlig ab. Die betroffene Person versucht, „den erlebten Schrecken zu bewältigen, indem sie diese Inhalte von der bewussten Wahrnehmung abspaltet“ (Butollo et al., 1999, S. 36).

Durch die traumatische Erfahrung einer Vergewaltigung werden beide Systeme gleichermaßen aktiviert: die energieverbrauchende Übererregung im Rahmen des Furchtsystems wird plötzlich abgelöst von der energiebewahrenden Dissoziation im Rahmen des Paniksystems (Sachsse, 2003). Diese gegensätzlichen Erregungszustände bleiben über Tage und Wochen nach der Vergewaltigung erhalten und wechseln einander ab. Sie zeigen sich phänomenologisch in Form von Übererregung, Intrusion und Flashbacks einerseits sowie Konstriktion und Vermeidung andererseits (siehe wie folgt).

### **Das Entsetzen hält an: Übererregung und Angst**

Das Gefühl von Sicherheit ist verloren: alltägliche Situationen, selbst vertraute Personen können von der betroffenen Frau als Bedrohung erlebt werden. Die spezifische Angst vor einer Wiederholung der Tat bestimmt die Tage und Wochen nach dem Übergriff.

Das Bedürfnis sich vor weiteren Angriffen zu schützen, versetzt die Frau in einen Zustand von Übererregung (Herman, 2003). Ihr

Körper ist immer in Alarmbereitschaft und auf neue Gefahren vorbereitet. Die Folgen dieser chronischen Erregung sind Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit.

Die Angst ist häufig generalisiert, sodass alle Männer als potenzielle Täter wahrgenommen werden, selbst der eigene Partner. Kleine Gesten und harmlose Worte können genügen, um die Angst wieder zu aktualisieren. Alltägliche Situationen wie der Weg zur Arbeit oder zur Freundin sind mit Angst besetzt; Angst, wieder in eine ausweglose Situation zu geraten, aus der Flucht nicht möglich ist und in der keine Hilfe von außen zu erwarten ist. Betroffene Frauen fragen sich, ob sie je wieder angstfrei leben und auf andere Menschen – insbesondere Männer – zugehen werden können.

### Die Erinnerung bricht herein: Intrusion und Flashbacks

Übererregung und Angst werden auch dadurch aufrechterhalten, dass wiederholt ungewollt Gedanken und Erinnerungen an die Tat bzw. Flashbacks oder „Intrusionen“ (Herman, 2003, S. 58) auftreten, während denen das traumatische Ereignis und die damit verbundenen Gefühle der Angst und Ohnmacht – auch in einer noch so sicheren Umgebung – immer wieder unerwartet und unmittelbar erlebt und durchlitten werden, als ob sie gerade eben geschehen würden.

Der traumatische Augenblick wird nicht als verbale, lineare Erzählung, sondern in Form von intensiven Gefühlen und deutlichen, unauslöschlichen Bildern gespeichert und „gelangt dann spontan ins Bewusstsein, im Wachzustand als plötzliche Rückblende und im Schlaf als angsterfüllter Alptraum“ (ebd.). Flashbacks können auch durch so genannte Triggerreize ausgelöst werden, das sind ganz bestimmte Reize, die an die Vergewaltigung erinnern, aber auch völlig harmlose Reize aus dem Alltag.

### Wie blind, wie taub, wie unantastbar: Konstriktion, Dissoziation, Vermeidung

Aufgrund der Ausweglosigkeit lösen sexuelle Übergriffe ein Gefühl absoluter Hilflosigkeit und Ohnmacht aus. Es kommt zum Zusammenbruch des eigenen Selbstverteidigungssystems; die traumatisierte Person flieht, aber häufig nicht durch eine reale Handlung, sondern durch eine Veränderung des Bewusstseinszustandes: der Organismus erstarrt. Die Erlebnisinhalte werden nicht vollständig, sondern nur verzerrt oder gar nicht wahrgenommen.

Betroffene Frauen berichten, dass sie während der Vergewaltigung den eigenen Körper verlassen und die traumatisierende Situation von außen betrachtet hätten, oder als sei der Übergriff ein böser Traum, aus dem sie bald erwachen würden. Derartige dissoziative Bewusstseinsveränderungen sind Ausdruck der „Konstriktion“ (Herman, 2003, S. 65), der Erstarrung, Emotionslosigkeit,

Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, einer Art inneren Lähmung. Sie werden nicht nur während des Übergriffs als „peritraumatische Dissoziation“ (Butollo et al., 1999, S. 36), sondern auch im Verarbeitungsprozess zu Hilfe genommen, um die überwältigenden, bedrohlichen Gefühle abzuwehren und so ihr Eindringen ins Bewusstsein zu vermeiden.

Nicht alle Frauen reagieren mit Vermeidung durch konstriktive Symptome. Viele Frauen entziehen sich bewusst den Angst machenden Gedanken und Gefühlen: Beispielsweise schlafen sie nachts nicht, um das Auftreten von quälenden Alpträumen zu vermeiden; andere versuchen durch Alkohol oder Drogen die unmittelbaren schmerzhaften Erinnerungen zu betäuben und so den Eingang des Erlebten ins Bewusstsein zu verhindern; oder sie vermeiden bewusst bestimmte Aktivitäten, Orte oder Menschen, die an das Trauma erinnern könnten.

Solange Personen das traumatische Ereignis nicht ins Selbstkonzept integrieren können, fühlen sie sich abwechselnd einem der beiden Erlebenszustände, der Konstriktion oder der Intrusion, ausgesetzt und haben den Eindruck, darüber keine Kontrolle zu haben.

„Sie sind gefangen zwischen zwei Extremen: zwischen Gedächtnisverlust oder Wiedererleben des Traumas“ (Herman, 2003, S. 72), zwischen absoluter Gefühllosigkeit und überwältigenden Gefühlen, zwischen Handlungsunfähigkeit und impulsiven Handlungen, zwischen totaler Abwehr und Zusammenbruch der Abwehr.

### Personzentriertes Verstehen des Ausnahmezustandes der akuten Belastungsreaktion

Aus personenzentrierter Sicht wird die Erfahrung des sexuellen Übergriffs organismisch als Bedrohung bewertet (Biermann-Ratjen, 2003), was dazu führt, dass der Körper in Reaktionsbereitschaft versetzt wird, um entweder zu kämpfen oder zu fliehen. Aufgrund der Ausweglosigkeit innerhalb der Situation der Vergewaltigung bewertet der Organismus diese natürlichen Anpassungsstrategien als nutzlos und nicht zielführend, was in der Folge zu einem Erleben massiver Angst und absoluter Ohnmacht und Hilflosigkeit führt.

Die Autonomie der betroffenen Frau wird verletzt. Das Bedürfnis nach positiver Beachtung „als lebenswertes und liebenswertes, nicht mit anderen zu verwechselndes, mit sich selbst identisches Individuum“ (Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 83) wird vom Täter missachtet. Während der Vergewaltigung zählen die Bedürfnisse der Frau überhaupt nicht, im Gegenteil: Der Angreifer demonstriert, wie sehr er ihre Autonomie und Würde verachtet; die Frau kann ihren Standpunkt nicht bewahren. Dies beeinträchtigt die positive Selbstbeachtung. Durch die Ignoranz und Geringschätzung, die der Täter mit seinem Verhalten gegenüber dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung der Frau zum Ausdruck bringt, wird die Wahrnehmung, ein eigenständiges Selbst zu haben, erschüttert. Viele betroffene Frauen trauen sich danach kaum noch etwas zu, sind ängstlich und unsicher.

Das Selbstkonzept, autonom und unabhängig zu sein, Situationen richtig einschätzen und eigenen Gefühlen vertrauen zu können, Kontrolle über Intimität und Aggression sowie Konfliktkompetenz und Selbstachtung zu haben, wird unerwartet und massiv in Frage gestellt. Nichts ist mehr, wie es war, alles gerät durcheinander, auf nichts ist mehr Verlass. Das gesamte bisherige Leben, die bisherigen Erfahrungen und zwischenmenschlichen Beziehungen werden hinterfragt. Betroffene Frauen empfinden Verunsicherung und Zweifel gegenüber der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit. Sie fragen sich, ob sie – wie bisher angenommen – überhaupt noch in der Lage sind, Situationen richtig einschätzen zu können, ob sie Menschenkenntnis haben und ob sie je wieder vertrauen werden, wenn sie sich nicht einmal ihrer eigenen Wahrnehmung sicher sein können. Das Selbstkonzept muss Erinnerungen an Verwundbarkeit, an einen Körper, der überwältigt, von anderen kontrolliert und verletzt werden kann, an ein Selbst, das unterlegen sein kann und sich unterwerfen können musste, integrieren, ebenso wie intensive Gefühle der Angst, der (Mit-)Schuld, des Misstrauens, der Hilflosigkeit, der Ohnmacht und der Verzweiflung.

Personenzentrierte Autorinnen und Autoren (Biermann-Ratjen, 2003; Biermann-Ratjen et al., 1997; Brossi, 2006; Fartacek, 1999; Gutberlet, 1985; Scholl-Kuhn, 1994) beschreiben die akute Belastungsreaktion als (akute) Inkongruenz zwischen der organisches Bewertung der traumatischen Erfahrung und dem Selbstkonzept bzw. als „Stressinkongruenz“, die „entsteht, wenn die Person mit überwältigenden Erfahrungen konfrontiert wird, die für ihr Selbst unerträglich sind, es in Frage stellen, es in seiner Existenz bedrohen oder zerstören“ (Speierer, 2002, S. 168). Derartige bedeutsame Lebensereignisse stellen die stärksten „Inkongruenzquellen“ (ebd.) für Personen dar. „Wenn Inkongruenz besteht und das Individuum sich dessen nicht bewusst ist, dann ist es potentiell anfällig für Angst, Bedrohung und Desorganisation. Wenn eine bestimmte neue Erfahrung die Diskrepanz so klar hervortreten lässt, dass sie bewusst wahrgenommen werden muss, wird das Selbstkonzept des Individuums durch widersprüchliche und nicht vereinbare Erfahrungen desorganisiert“ (Rogers, 1959a/1987, S. 29f.). Die bedrohliche traumatische Erfahrung ist nicht vereinbar mit dem bestehenden Selbstkonzept bzw. würde dieses erheblich verändern. Die Person erlebt dies als erhöhte Spannung, Unruhe, Angst, Druck, Hilflosigkeit, Bedrohung etc. Sie ist verletztlich. Um das Selbstkonzept zu schützen und zu erhalten, wird ein Abwehrprozess in Gang gesetzt (Gutberlet, 1985; Scholl-Kuhn, 1994; Speierer, 1997; Brossi, 2006; Fartacek, 1999; Keil, 2002; Biermann-Ratjen, 2003). Die traumatisierte Person versucht, alle Situationen zu vermeiden, die sie in die gleiche Gefühlslage versetzen, und verhindert so ein Eindringen des bedrohlichen Erlebnisses in das Bewusstsein. Im Gegensatz zu dieser aktiven Form der Vermeidung auf der Verhaltenzebene distanzieren sich betroffene Frauen auch häufig auf der Erlebensebene von ihrer Erfahrung: Sie fühlen sich wie betäubt, haben an nichts mehr Freude, fühlen sich innerlich wie gelähmt und

erleben damit die „Generalisierung ihrer Abwehr, die Verslossenheit gegenüber der Gesamtheit der Erfahrung“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130). Durch Flashbacks bricht die Abwehr aber immer wieder zusammen.

Selbstexploration ist unter diesen Bedingungen nur schwer möglich. Das Verhalten und Erleben in der akuten Belastungsreaktion entspricht dem ungesunden, starren Pol des Prozesskontinuums (Brossi, 2006; Rogers, 1961a/1998). Es besteht nur ein geringes Ausmaß an Offenheit für Selbsterfahrung, Fähigkeit zur Selbstexploration, Kongruenz, kognitiver Flexibilität, Gefühl der Eigenverantwortlichkeit und Kontakt- bzw. Beziehungsfähigkeit. „Der Erfahrungsfluss und damit der Wachstumsprozess sind unterbrochen. Die Gewissheit der Kontinuität des Lebens ist verloren gegangen. Dadurch mangelt es ihr [der Person] auch an Vertrauen, die Krise bewältigen zu können. Deshalb braucht sie Schutz und sucht sie Hilfe“ (Brossi, 2006, S. 382).

Unter besonders günstigen Bedingungen kann die traumatische Erfahrung „in einem Wechsel aus Intrusionen, Angetriggertsein, Alpträumen und Aussprechen (im Kontakt mit Vertrauenspersonen) einerseits und Konstriktionen, Abschalten, Ablenken und Wegdenken andererseits in vier bis acht Wochen ‚integriert‘ sein“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130). Die Frau kann dann „... daran denken, ohne in einen Flashback abzurutschen ...“ (Reddemann & Sachsse, 1997; zit. nach ebd.). Die Erfahrung und deren organisches Bewertung können als angemessene Reaktion und Selbsterfahrung ins Selbstkonzept aufgenommen werden und in der Folge zu positiven Veränderungen, Wachstum und Entwicklung im Sinne der Selbstaktualisierungstendenz beitragen (Gutberlet, 1985).

Wenn im Sinne der Selbstbehauptungstendenz das Selbstkonzept die Oberhand gewinnt, muss das Erleben des sexuellen Übergriffs vom Bewusstsein ferngehalten oder verzerrt symbolisiert werden (Gutberlet, 1985). Dadurch wird im Dienste der Erhaltung des bestehenden Selbstkonzepts eine Einengung des emotionalen und sozialen Lebens bewirkt. Es kommt zum Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen und zu einer emotionalen Verarmung. Auch Hoffnungen und Zukunftspläne werden beeinträchtigt. „Damit fordern konstriktive Symptome, auch wenn sie ein Versuch sind, übermächtige Symptome abzuwehren, einen hohen Preis für den Schutz, den sie vielleicht gewähren. Sie verengen das Spektrum der Lebensmöglichkeiten, beeinträchtigen die Lebensqualität und perpetuieren letztlich die Auswirkungen des traumatischen Ereignisses“ (Herman, 2003, S. 71).

Ist es nicht möglich, die traumatische Erfahrung ins Selbstkonzept zu integrieren, kann die „Mischung aus: der nach Integration drängenden und sich in Intrusionen immer wieder zeigenden traumatischen Erfahrung, der Erfahrung der Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung durch traumatische Selbsterfahrung, der Erfahrung der Abwehr der traumatischen Erfahrung und auch der Abwehr der Erfahrung der Inkongruenz“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130) zu mittel- bzw. langfristigen Beeinträchtigungen, wie

z. B. einer posttraumatischen Belastungsstörung, Angststörung, Sozialphobie, Depression oder andauernden Persönlichkeitsveränderung, führen.

Egal, welchen Verlauf der Prozess der Verarbeitung des Traumas nimmt, die Reaktionen der betroffenen Frau werden vom Personenzentrierten Ansatz auf jeden Fall „als ein sinnvoller, letztlich nachvollziehbarer Versuch verstanden, sich inneren und äußeren Bedingungen so anzupassen, daß der Organismus erhalten wird und – wenn die Erhaltung gesichert scheint – auch wachsen kann“ (Gutberlet, 1985, S. 57). Aus der Sicht des Organismus ist die jeweilige Reaktion „die beste und sinnvollste, die er in diesem Moment treffen kann“ (ebd., S. 58). Nicht die Reaktion der Frau ist außergewöhnlich, sondern die Situation, durch die sie hervorgerufen wurde.

### **Ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention zur Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion**

„Wer mit Krisen konfrontiert wird – mit eigenen und denjenigen von KlientInnen – wird mit dem Dunkel, dem Chaos konfrontiert“ (Brossi, 2006, S. 373). Dieses Dunkel und Chaos verdeutlicht die Grenzen des ‚üblichen‘ psychotherapeutischen Vorgehens, da aufgrund der Intensität der Notlage, aus der sich ein besonderes Schutzbedürfnis auf Seiten der traumatisierten Frau ergibt, auch konkrete Interventionen nötig sind, die auf den ersten Blick die personenzentrierte Haltung in Frage stellen. Wenn Interventionen auf dem Hintergrund der Einschätzung und des Erlebens der Gesamtsituation gesetzt und in Rogers‘ Sinne immer und ausschließlich von einem präsenten, empathischen ‚in Kontakt Sein‘ mit der Klientin und ihren augenblicklich vordergründigen Bedürfnissen geleitet werden, stellt der Personenzentrierte Ansatz in der akuten Belastungsreaktion eine hilfreiche Lichtquelle und einen optimalen Wegweiser dar, um sich sowohl als Psychotherapeutin als auch als Klientin im Dunkeln und im Chaos der Krise besser orientieren zu können. Bevor Interventionen eingeleitet werden, müssen sie zunächst vor allem daran überprüft werden, ob sie auf dem Hintergrund einer personenzentrierten Haltung gestaltet werden (Stumm & Keil, 2002; Keil, 2002; Finke, 2004), ob sie eine adäquate Antwort auf die vielschichtigen Bedürfnisse betroffener Frauen darstellen und ob sie (wahrscheinlich) von der Klientin wahrgenommen werden.

### **Präsenz als personenzentrierte Grundhaltung in der Begleitung vergewaltigter Frauen**

„It helps if another person simply keeps the client company providing simple human contact, taking an existential and human position. The other person can offer understanding of how hard it is to feel or to describe what happened. The helper trusts that this can

happen later. [...] When one is willing to be truly present, human contact is the best that can be offered“ (Coffeng, 2002, S. 157).

Der Präsenz kommt in der Begleitung vergewaltigter Frauen besondere Bedeutung zu. Sie brauchen ein Gegenüber, das in besonders aufmerksamer Weise mit ihnen verbunden ist, das den Kontakt an ihrer Stelle aufrecht erhält und das sie in ihrem Wechselbad der Gefühle ernst nimmt, versteht und positiv beachtet.

Präsenz ist der jeweils persönliche Ausdruck von Kongruenz, unbedingter positiver Wertschätzung und einfühlichem Verstehen sowie die Voraussetzung für deren Verwirklichung (Schmid, 2002; Schmid, 2002a). Präsenz bedeutet im Hier und Jetzt mit der betroffenen Frau zu sein, sie unmittelbar zu erleben, auf ihre Ressourcen zu vertrauen, sich auf der Ebene aller Sinne ansprechen zu lassen und dabei gleichzeitig des eigenen Geworden-Seins, des eigenen Selbst-Verständnisses und der eigenen Befindlichkeit als Psychotherapeutin in Abgrenzung zur Klientin gewahr zu bleiben (Gaul & Macke-Bruck, 2002). Diese Haltung ermöglicht, sich dem Erleben und den aktuellen Bedürfnissen der vergewaltigten Frau anzunähern und empathisch nachzuvollziehen, was sie gerade in diesem Moment am dringendsten braucht.

### **Kontakt herstellen und Schutz bieten**

Je nach Intensität des Erlebens der Frau kann sich die Kontaktaufnahme unterschiedlich schwierig gestalten. Die von Prouty beschriebenen Kontaktreflexionen (Situationsreflexionen, Reflexionen des Gesichtsausdrucks; Wiedergeben der Körperhaltung; Wort-für-Wort-Wiederholungen; Wiederaufgreifen bereits stattgefundenen Kontakte) sind hilfreich, nahe am verbalen oder nonverbalen Ausdruck der betroffenen Person zu bleiben und dadurch den Kontakt zur Wirklichkeit, zu sich selbst und zum Gegenüber wieder herzustellen (Prouty et al., 1998; Coffeng, 2002; Keil, 2002; Warner, 2001).

Das bedeutet ganz konkret, Blickkontakt mit der betroffenen Frau zu halten, ihr mitzuteilen, wo sie ist, dass sie hier sicher ist und nichts gegen ihren Willen unternommen werden wird.

Wenn sie auf der emotionalen und kognitiven Ebene nicht ansprechbar ist, kann versucht werden, über die Körperwahrnehmung der Klientin Kontakt aufzunehmen. „Spüren Sie, wie Ihre Fußsohlen auf dem Boden aufliegen und wie Ihre Oberschenkel, Ihr Gesäß, Ihr Rücken, Ihre Arme und Hände den Sessel berühren?“ – „Contact with the ground“ (Coffeng, 2002, S. 156) – stellt zunächst direkten Kontakt zum Körper her, wodurch wiederum der Kontakt ins Hier und Jetzt und zu den Gefühlen gefördert wird. Die vergewaltigte Frau kann sich selbst wieder besser spüren, sobald sie ‚sicheren Boden unter den Füßen‘ hat. Darüber hinaus helfen Rückmeldungen der Psychotherapeutin darüber, wie sie die Klientin erlebt und deren Gesichtsausdruck oder Körperhaltung wahrnimmt, der Klientin den Kontakt zu sich selbst wieder herzustellen.

Auf der verbalen Ebene ist besonders darauf zu achten, nahe an den Worten der Klientin zu bleiben, diese möglichst exakt wiederzugeben und nichts hinzuzufügen. Dies fördert das Vertrauen und das Gefühl, dass ihre Erlebnisse ein Recht haben so zu sein, wie sie sind. Das exakte Wort, die Phrase oder das Bild ermöglichen, mit dem eigenen Erleben in Verbindung zu bleiben. Die kleinste Veränderung eines Wortes kann die Frau in ihrem Erleben verletzen, verunsichern und verwirren: „It is as if the client were asking if her experience had a right to exist in the world. The therapist’s responding with words that don’t fit can feel like giving an answer of ‚no‘ to that question“ (Warner, 2001, S. 188).

Sich selbst als Psychotherapeutin und reale Beziehungspartnerin auf das Erleben der Klientin einzulassen und die eigene Betroffenheit und Anteilnahme über das Geschehene auszudrücken, ist eine weitere Möglichkeit, Kontakt herzustellen (Finke, 2004; Keil, 2002). Die Mitteilung der eigenen emotionalen Resonanz, von Finke (2004, S. 67) als „Selbstöffnen“ im Zusammenhang mit dem Therapieprinzip Kongruenz beschrieben, tritt dabei in den Vordergrund und kann im Sinne von Rogers’ Therapietheorie auch bei der betroffenen Frau Selbstexploration in Gang setzen und schrittweise ein Kongruent-Werden und somit eine Symbolisierung bewirken (Keil, 2002).

Selbst ganz ‚alltägliche‘ Interventionen sind für die Herstellung von Kontakt und einer Atmosphäre der Sicherheit, des Schutzes und der Geborgenheit förderlich: Dazu gehört beispielsweise, für die Frau eine Tasse Tee zu kochen, sie duschen zu lassen, eine Decke zur Verfügung zu stellen, in die sie sich kuscheln kann, sie eventuell schlafen zu lassen, ausreichend Taschentücher bereit zu halten und Ähnliches mehr.

Für manche Frauen schafft körperliche Nähe ein Gefühl der Geborgenheit und des Aufgehobenseins. Psychotherapeutinnen sollten nicht davor zurückschrecken, ihrem eigenen Impuls, die vergewaltigte Frau schützend zu berühren, nachzugehen. Dabei ist allerdings genau darauf zu achten, ihre Grenzen nicht erneut zu überschreiten, wie es bereits während der Vergewaltigung intensiv passierte, sondern immer genau nachzufragen und auch nachzuspüren, ob die konkrete Berührung tatsächlich gewünscht ist. Ihre Hand zu halten oder sie zwischen den Schulterblättern oder am Unterarm zu berühren, ist unverfänglich und kann sehr viel Nähe, Kontakt und Schutz herstellen. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei den eigenen Handlungsmotiven zu widmen: Mache ich etwas, das in meiner eigenen Hilflosigkeit begründet ist oder aber ist es Ausdruck empathischen Verstehens?

## **Zeitdruck lindern**

Die Forderung nach Hilfe kann sehr vehement und dringlich sein und Krisenbegleiterinnen enorm unter Druck setzen. Dann besteht die Gefahr, sich als Psychotherapeutin von der Akutheit und vom

Zeitdruck der Situation ‚anstecken‘ zu lassen, in den Strudel der Krise hineingezogen zu werden und sich in der Folge inkompetent und nutzlos zu fühlen. Großartige Interventionen und Hilfsaktionen sind in dieser Situation ohnehin nicht indiziert. Die vergewaltigte Frau vermittelt nicht nur Dringlichkeit, sondern auch, dass sie in ihrem momentanen Zustand nichts tun kann, weil es ihr an Kraft fehlt. Dass sie ihren unerträglichen Zustand von Angst und Hoffnungslosigkeit beenden möchte, ist nachvollziehbar und verstehbar, aber nicht mit ‚Rettungsaktionen‘ realisierbar. Sofort auf die Dringlichkeit selbst einzusteigen, würde bedeuten, die ambivalenten Bedürfnisse – einerseits der Wunsch, etwas gegen die Gefühle zu tun, andererseits das Bedürfnis, mit diesen Gefühlen gut aufgehoben zu sein und nichts tun zu müssen, wofür es ohnehin an Kraft fehlt – zu ignorieren und in der Folge die Frau mit einem Hilfsangebot, das zu früh einsetzt, zu überfordern.

Die in der Psychotherapeutin ausgelösten Gefühle der Hilflosigkeit und das daraus entstandene Bedürfnis nach ‚rettenden Aktionen‘ sind Ausdruck ihrer eigenen Inkongruenz. Erst wenn diese als solche wahrgenommen und positiv beachtet sowie vielleicht auch deren Auslöser erkannt wird, ist die Wahrnehmung der Psychotherapeutin wieder offen dafür, genau hinzuschauen, was die betroffene Frau braucht (Brossi, 2006). Sie ist nicht weiter mit ihrer eigenen Hilflosigkeit beschäftigt und kann dem Krisenerleben der Frau wieder ihre ungeteilte Aufmerksamkeit bzw. unbedingte positive Beachtung schenken und als spürbares und schützendes Gegenüber erlebt werden.

## **Subjektives Krisenerleben relativieren durch Information und Parteilichkeit**

Betroffene Frauen stehen ihren traumatischen Reaktionen häufig ablehnend gegenüber: Sie machen sich Vorwürfe, dass sie damit nicht besser umgehen können; sie schämen sich, weil sie andere mit ihren Gefühlen belasten, weil sie glauben, damit alleine fertig werden zu müssen; sie haben Angst verrückt zu sein und vieles andere mehr. In solchen Situationen wirkt es entlastend, Vergewaltigung als ein außergewöhnliches und belastendes Ereignis zu benennen und zu vermitteln, dass ihre Gefühle nachvollziehbar und -föhlbar sind und keine kranke, sondern eine völlig normale Reaktion darstellen, um das Erlebte zu verarbeiten. Informationen über die Art und den Verlauf von Belastungsreaktionen vermitteln der betroffenen Frau ein Gefühl der Kontrolle, die Symptome erscheinen nicht mehr so fremd, erschreckend und bedrohlich.

Viele Frauen fühlen sich schuldig, überhaupt in eine solche Situation geraten zu sein und werfen sich vor, sie provoziert zu haben oder sie nicht durch ausreichende Gegenwehr verhindert zu haben. Gesellschaftliche Vorstellungen über Vergewaltigung bestärken diese Einstellungen. Die klare Botschaft, dass keine Frau selbst Schuld hat an einem sexuellen Übergriff, sondern dass die

Verantwortung dafür alleine beim Täter zu suchen ist, schafft Erleichterung ebenso wie das Benennen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und des Heranwachsens als Frau „in einer Kultur, die patriarchal organisiert ist und unter Macht-/Ohnmachtsbedingungen funktioniert“ (Winkler, 2002, S. 69). Diese parteiliche und politische Haltung stellt der verinnerlichten gesellschaftlichen Werthaltung eine frauen- und traumaspezifische Bewertung gegenüber und fördert das Vertrauen der Frau zu sich selbst und das Gefühl des Verstandenseins durch die Psychotherapeutin.

### Vorhandene Ressourcen (re-)aktivieren

Um ausreichend Schutz zu gewährleisten, ist es notwendig, vom ersten Gespräch an gemeinsam mit der Frau innere und äußere Ressourcen, die sich in vergangenen belastenden Situationen als hilfreich erwiesen haben, zugänglich zu machen und neue zu eröffnen.

Wie ging die betroffene Frau bisher mit Krisen um? Kann sie irgendwie daraus schöpfen, um die aktuellen Erfahrungen zu verarbeiten? Was macht sie gerne? Kann sie auch trotz ihrer Ängste, Depressionen und Hilflosigkeitsgefühle etwas Gutes für sich tun (Musik hören, Tagebuch führen bzw. Gebete, Sport, Körperpflege, Handarbeiten/Bastelarbeiten ...)? Können Imaginationsübungen helfen, sich von der intensiven Erfahrung zu distanzieren? Die Traumatherapeutin Reddemann (2002) schlägt beispielsweise vor, der Schreckenswelt eine Gegenwelt gegenüberzustellen, bewusst an etwas Anderes zu denken, sei es ein blauer Himmel mit strahlender Sonne, die Erinnerung an den letzten Urlaub oder Ähnliches. Wichtig ist dabei nur, dass dieses Bild – im Unterschied zu den traumatischen Bildern – mit positiven Emotionen besetzt ist. „Wenn ein Gegenbild da ist, gibt es eine Wahl für mich. [...] Etwas machen zu können, nicht mehr ohnmächtig zu sein, ist eine sehr wichtige Erfahrung für Menschen, die extreme Ohnmacht und Hilflosigkeit erlebt haben“ (ebd., S. 30). Die Außenwelt ist nicht veränderbar, aber innere Veränderungen sind herbeiführbar. Nicht immer gelingt es, eine Gegenwelt zu schaffen, aber vielleicht ist es möglich, sich anders von den überwältigenden Gefühlen zu distanzieren, wie z. B. mit der Tresorübung. „Bei ihr geht es darum, etwas, was einen belastet, erst einmal wegzupacken. Da man aber weiß, dass man es doch noch einmal betrachten will, gibt man es in den Tresor. Dort ist es sicher aufbewahrt und kann so lange dort bleiben, bis man sich damit beschäftigen kann und will“ (ebd., S. 51).

Die Aktivierung und Förderung der inneren Ressourcen und das Vertrauen der Psychotherapeutin ins Selbsthilfepotenzial der Klientin geben Kraft und Mut. Sie tragen dazu bei, sich zumindest für eine Weile gut und nicht belastet zu fühlen, geben ein Stück Eigenverantwortung, Kontrolle, Selbstachtung und Selbstvertrauen zurück und verringern das Gefühl des absoluten Versagens.

Die äußeren Ressourcen sind in der akuten Krise von besonderer Bedeutung. Wie sehen die aktuellen Lebensbedingungen der Frau

aus? Lebt sie alleine? Gibt es Vertrauenspersonen? Ist es möglich, diese in die Krisenintervention einzubeziehen? Wo kann sie sich hinwenden, wenn sie sich niemandem aus ihrem sozialen Umfeld anvertrauen will oder es keine hilfreichen Vertrauenspersonen gibt? Ist sie arbeitsfähig oder braucht sie einen Krankenstand? Braucht sie Medikamente? Möchte sie den Täter anzeigen und wer kann sie dabei unterstützen? Kann sie sich das alles selbst organisieren oder braucht sie Hilfe dazu? Wenn ja, welche Art von Hilfe kann sie annehmen? Welche Ressourcen kann die Psychotherapeutin zur Verfügung stellen? Beispielsweise können Telefonzeiten vereinbart werden, zu denen sie sicher erreichbar ist, oder kürzere Abstände zwischen den Therapiestunden. Wenn medikamentöse Hilfe nötig ist, kann die Klientin an eine Psychiaterin vermittelt oder, wenn sie sich gar nicht mehr selbst versorgen kann, bei einer stationären Unterbringung unterstützt werden.

Außerhalb des psychotherapeutischen Kontakts sind der Frau ihre eigenen Ressourcen nicht immer sofort zugänglich. Um dem entgegenzuwirken, kann ein „Notfallplan“ (Reddemann, 2002, S. 28) erstellt werden. Auf einem einfachen Zettel wird schriftlich festgehalten, was jemals in schweren Lebenslagen geholfen hat. Diesen Zettel kann die betroffene Frau zu Hause an einer sichtbaren Stelle anbringen. Dadurch werden die Ressourcen noch einmal konkretisiert und stehen dann im Zustand des Gefühlschaos in ihrer Klarheit zur Verfügung. Die Dinge, die von der Klientin besonders hilfreich erlebt werden, stehen dabei in der Liste ganz oben. Telefonnummern von Einrichtungen, die rund um die Uhr erreichbar sind bzw. vom psychiatrischen Krankenhaus, und die mit der Psychotherapeutin vereinbarten Telefonzeiten sollen in diese Liste aufgenommen werden.

### Suizidalität

Im Falle von Suizidgefährdung auf Seiten der Klientin fühlen sich Psychotherapeutinnen zumeist sehr belastet. Dies liegt einerseits am Druck, den Institutionen auferlegen, nämlich Suizidhandlungen von Klientinnen zu verhindern, andererseits an der eigenen Angst und Unsicherheit.

Erst wenn die Psychotherapeutin mit ihrem eigenen Erleben der Panik empathisch umgeht und sich selbst darin positiv beachtet, kann sie wieder wertschätzenden Kontakt zur Klientin herstellen und sich voll und ganz deren Erleben widmen. Dann kann das suizidale Erleben der Klientin angesprochen und ihm ausreichend Raum und Zeit gegeben werden (Fartacek, 1999; Sonneck, 2000; Reimer, 2000). Der Klientin wird vermittelt, dass auch diese Gefühle – selbst wenn sie sehr in Sorge versetzen und betroffen machen – als Reaktion auf ihr traumatisches Erleben ausgehalten, empathisch verstanden und angenommen werden. Rogers (1951a/1992, S. 59) selbst schreibt dazu: „Mir scheint, daß der Therapeut nur dann die große Stärke der Fähigkeit und Kapazität des Individuums zur

konstruktiven Handlung erkennt, wenn er voll und ganz einverstanden ist, daß *jede* Möglichkeit, *jede* Richtung gewählt wird. Wenn er damit einverstanden ist, daß unter Umständen auch der Tod gewählt wird, dann wird das Leben gewählt werden“. Rogers' Haltung betont die Bedeutung, beide Seiten, nämlich den Todeswunsch, in dem sich die Frau im Moment selbst ausschließlich erfährt, wie auch den Wunsch nach Leben positiv zu beachten und zu verstehen.

Lässt sich die Beunruhigung nicht beseitigen, weil kein Kontakt zu den Anteilen, die leben wollen, hergestellt werden kann, hat die unmittelbare Bedrohung des Lebens Priorität und es muss über den Willen der Klientin hinweg eine stationäre Unterbringung veranlasst werden. „Gemäß der personenzentrierten Sichtweise kann man nie Verantwortung *für* den Klienten ergreifen. Im Krisenfall liegt die besondere therapeutische Verantwortung darin, in der Beziehung zum Klienten sowohl für sich als Person als auch für sich in der Rolle als Therapeut die Verantwortung für das eigene Erleben zu übernehmen. Das eigene Erleben der Bedrohung, der Sorge, des Bedürfnisses nach Schutz und Sicherheit kann zu konkreten Verhaltensweisen führen, welche Grenzen des Klienten überschreiten. Der Klientenzentrierte Therapeut, der mit dem Klienten ins Spital fährt, tut das genau genommen nicht *für* den Klienten, sondern *für sich*, als Konsequenz *seines* Erlebens“ (Keil, 2002, S. 367).

### Die Bedeutung der ‚Abwehr‘ verstehen

Die Abwehr der traumatischen Erfahrung ist für betroffene Frauen – sowohl während als auch unmittelbar nach dem Erlebnis – überlebenswichtig. Schutz und Stabilisierung stehen daher im Vordergrund der Begleitung von Frauen in der akuten Belastungsreaktion. Dazu kann es auch nötig sein, die Abwehr zunächst bewusst zu bewahren und sogar im Sinne der positiven Selbstbeachtung konstruktiv zu stützen und sich nicht vorschnell „auf die neblige Zone am Rande der Gewährwerdung“ (Rogers, 1977b, S. 24) zu beziehen. Begleitung von Frauen, die einen Teil ihrer Erlebnisinhalte durch Verzerrung, Verleugnung, Abspaltung oder Ähnliches abwehren und vom Bewusstsein fern halten, bedeutet, dem nachzugehen, was es so schwierig macht, dass die traumatische Erfahrung ins Selbstkonzept integrierbar wird, und dies positiv zu beachten (Finke, 2004). Das sind einerseits die häufig widersprüchlichen, das Selbstkonzept bedrohenden Gefühle, andererseits die individuellen Bewertungen und Bedeutungen einer Vergewaltigung und wie es dazu kommen bzw. mit welchem Verhalten Frau eine solche getreu der gesellschaftlichen Vorstellungen vermeiden kann.

Frauen in ihrem persönlichen Ausdruck der Abwehr möglichst genau zu verstehen und unbedingt positiv zu beachten, ist elementar für die Integration der traumatischen Erfahrung. Dadurch wird sichtbar, was die Symbolisierung so schwierig macht bzw. auch verhindert. Erst dann, wenn sich die vergewaltigte Frau in ihrem Abwehrverhalten verstanden fühlt und sich selbst darin versteht,

kann sie sich ihrem traumatischen Erleben zuwenden. Vor allem in der Akutphase besteht die Gefahr einer Retraumatisierung, wenn zu früh an den Inhalten des Traumas gearbeitet wird (Herman, 2003; Reddemann, 2002).

### Trauer und Neuorientierung

Die Trauer um das Verlorene ist der letzte Schritt im Verarbeitungsprozess. Dabei geht es um die Trauer über den Verlust der eigenen Grenzen, der Selbstbestimmung und Autonomie, der Sicherheit in Beziehungen zu anderen, des Gefühls der körperlichen Unversehrtheit und Integrität, des individuellen Wertesystems sowie des zursichgewandten Blicks in die eigene Zukunft.

Sich dem Schmerz über das Verlorene in ihrem eigenen Tempo anzunähern, ihn auszudrücken und über die Verluste zu trauern, ist der „Anfang einer Entwicklung, an deren Ende es wieder möglich ist, sich als Person anzunehmen und zu lieben. Verarbeitung bedeutet, die Gefühle solange durchleben und bereden zu können, bis sie als integraler Bestandteil wahrgenommen werden. [...] Die Befreiung aus der Vergangenheit bringt die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Gegenwart wieder“ (Mörth, 1994, S. 172) und ermöglicht die Wiederaufnahme von Plänen für die Zukunft.

### Schlussbemerkung

Die Verarbeitung der traumatischen Erfahrung ist gekennzeichnet durch ein Hin- und Herpendeln zwischen Erleichterung und erneutem Aufflackern der quälenden Gefühle. Um die Erfahrung der Vergewaltigung verarbeiten zu können, braucht die betroffene Frau Ansprechpersonen, die ohne Schuldzuweisungen und ohne moralisierende Einstellungen zuhören können, was geschehen ist, und sie in ihrem Erleben begleiten.

Der Personenzentrierte Ansatz bietet durch die Verwirklichung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen (Rogers, 1957a/1991) ideale Voraussetzungen, dass sich die betroffene Frau mit ihren Gefühlen von Selbstzweifel, Schuld, Scham, Angst, Erniedrigung, Demütigung, Verzweiflung, Ohnmacht und Hilflosigkeit möglichst angstfrei auseinandersetzen und in der Folge ihre akute Belastungsreaktion als sinnvolle und angemessene Antwort des Organismus anerkennen und verstehen kann. Dem Erleben von Frauen wird von der personenzentrierten Psychotherapeutin nichts hinzugefügt oder weggenommen; so, wie es ist, wird ihm empathisch, unbedingt positiv wertschätzend und kongruent begegnet und emotionale Resonanz entgegengebracht – im Vertrauen auf das „Potenzial zur selbstorganisierten Entwicklung in eine positive Richtung“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 133) im Sinne der Aktualisierungstendenz.

Diese personenzentrierte Haltung ermöglicht es, die akute Belastungs- oder Krisenreaktion – unabhängig davon, wodurch sie

ausgelöst wurde – „als in sich wertvoll zu verstehen. Damit werden Krisen zu einer Quelle, aus der von Gesellschaft und Kultur verletzte Personen die individuell besten Möglichkeiten für ihr Leben in dieser Welt entwickeln können“ (Keil, 2002, S. 375).

Abschließend soll erwähnt werden, dass die Begleitung von Personen in der akuten Belastungsreaktion auch von der Psychotherapeutin ein hohes Maß an Belastbarkeit erfordert und mit den eigenen Grenzen des Aushaltbaren konfrontiert. Die Arbeit mit

traumatisierten Personen sollte daher immer mit Unterstützung im Rahmen von Inter- und Supervision erfolgen (vgl. Brossi, 2006), sodass auch für das Erleben der Krisenbegleiterin unterstützende Ansprechpersonen gesichert sind. Darüber hinaus ist ein wohlwollender Umgang mit sich selbst und „Selbstfürsorge“ (Reddemann, 2005) außerhalb der beruflichen Tätigkeit von großer Bedeutung, um einem Burnout vorzubeugen.

## Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1997). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 8. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person, 7, 2*, 128–134.
- Brossi, R. (2006). Krisenintervention. In: J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 373–391). Heidelberg: Springer.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer.
- Coffeng, T. (2002). Contact in the Therapy of Trauma and Dissociation. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and Perception* (pp. 153–167). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)* (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fartacek, R. (1999). Aspekte Klientenzentrierter Psychotherapie in der Psychiatrie am Beispiel einer stationären Krisenintervention. *Person, 3, 1*, 25–31.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Gaul, S. & Macke-Bruck, B. (2002). Gedanken zum Anspruch „Gegenwärtig zu Sein“. Die Vielfalt der Modelle in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Sicht von zwei Praktikerinnen. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 257–269). Köln: GwG-Verlag.
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie/Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-info, 61*, 51–62
- Herman, J. (2003). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2004). *Wege der Trauma-Behandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2*. Paderborn: Junfermann.
- Keil, S. (2002). Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 353–376). Wien: Springer.
- Mörth, G. (1994). *Schrei nach Innen. Vergewaltigung und das Leben danach*. Wien: Picus.
- Prouty, G., Pörtner, M. & Van Werde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2002). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (6. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2005). Selbstfürsorge. In O. F. Kernberg, B. Dulz, J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 563–568). Stuttgart: Schattauer.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997). Stabilisierung. Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1. Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 3*, 113–147.
- Reimer, C. (2000). Psychotherapeutischer Umgang mit suizidalen Patienten. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke, *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 577–595). Wien: Springer.
- Rogers, C. R. (1951a/1992). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer. (Orig. ersch. 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–185). Mainz: Grunewald. (Orig. ersch. 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21, 2*, 95–103).
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Eds.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill).
- Rogers, C. R. (1961a/1998). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Sachsse, U. (2003). Distress-Systeme des Menschen. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, 7*, 4–15.
- Schmid, P. F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centered therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and Perception* (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Schmid, P. F. (2002a). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Scholl-Kuhn, C. (1994). Die Verweigerung der Wahrnehmung von Vorhersehbarem. Theoretische Überlegungen zum Thema „Krisenintervention“ in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Personzentriert*, 1, 71–79.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Speierer, G. W. (1997). Personenzentrierte Krisenintervention. *Person*, 1, 1, 62–65.
- Speierer, G. W. (2002). Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 163–185). Wien: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien: Springer.
- van der Kolk, B., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Verlag Junfermann.
- Warner, M. (2001). Empathy, Relational Depth and Difficult Client Process. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 181–191). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Winkler, M. (2002). Das Private ist politisch. Aspekte Personenzentrierter Feministischer Therapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 66–78). Köln: GwG-Verlag.

### **Autorin:**

**Monika Tuczai**, 1969, Mag<sup>a</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis in Wien. Mitglied der Sektion Forum der Arbeitsgemeinschaft personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG). Leitungsteam des Lehrgangs Psychotherapeutisches Propädeutikum der APG. Langjährige Tätigkeit in der Krisenbegleitung vergewaltigter Frauen in einer Beratungsstelle der Stadt Wien sowie in der Aids Hilfe Wien.

### **Korrespondenzadresse:**

A-1170 Wien, Hormayrgasse 5/20

E-Mail: monika.tuczai@gmx.at

Homepage: [www.psychotherapie-beratung.net](http://www.psychotherapie-beratung.net)