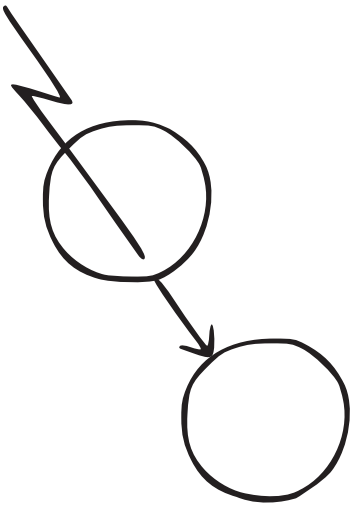
Kongress

Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns



Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision

17./18.06.2011 · Urania Berlin e.V.

An der Urania 17, 10787 Berlin

www.indirekte-traumatisierung.de

Kongressreader

VeranstalterInnen:

Dr. Tanja Rode
Supervision (DGSv) & Coaching
Beratung & Psychotherapie (HPG)
Fortbildungen & Vorträge

GPTG
GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTRAUMATOLOGIE TRAUMATHERAPIE GEWALTFORSCHUNG

Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung (GPTG e.V.)

PartnerInnen:

DGSv

Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.

DGfPI

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V.

DGPT

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

INSTITUT FÜR TRAUMATHERAPIE
OLIVER SCHUBBE
Carmerstr. 10, 10623 Berlin
☎ +49 30 4642 185
www.traumatherapie.de
Info@traumatherapie.de

kammerzertifiziert (16 FE pro Wochenende)

Brainspotting 1 - 3



Oliver Schubbe: Brainspotting 1 (03./04.02.12) in Bielefeld mehr… Flyer

Oliver Schubbe: Brainspotting 2 (01./02.12.11) in Liestal, (09./10.06.12) in Berlin und (25./26.08.12) in Hamburg mehr…



Constanze Wieland-Horn: Brainspotting 1 (11./12.02.12) in Hamburg und (03./04.03.12) in Berlin mehr…



Dr. David Grand: Brainspotting 3 (14. - 16.09.12) mehr… und Brainspotting Intensive (17. – 21.09.12) mehr… in Berlin (auf Englisch)

Resource Brainspotting

Lisa Schwarz, M.Ed.: Resource Brainspotting with Attachment and Dissociation (04. - 06.11.2011) mehr… Flyer in Berlin (auf Englisch)



Vertiefungsseminare in Berlin



Gabriele Kahn: Das Innere-Kinder-Retten (07./08.01.12) mehr… Flyer



Dr. med. Katharina Drexler: Transgenerational weitergegebene Traumata, (10./11.03.12) mehr… Flyer



Tomris Grisard: „Altlasten über Bord werfen“ – Trauma-behandlung bei älteren Menschen (21./22.04.12) mehr… Flyer



Dr. phil. Kai Fritzsche: Aufbauseminar Ego-State-Therapie (29./30.09.12) mehr… Flyer



Ursula Bülow-Beermann: Körperfokussierte Traumatherapie (10./11.11.12) mehr… Flyer



Dr. med. Katharina Drexler: EMDR in der Behandlung psychosomatisch Erkrankter (17./18.11.12) mehr… Flyer

Fachartikel unserer Referentinnen und Referenten auf **www.traumatherapie.de**

Einleitung ---------- 3

Dr. Tanja Rode
Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns –
Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision – eine Einführung ---------- 4

Dr. Judith Daniels
Dissoziation - Auslöser der Sekundären Traumatisierung? ---------- 21

Wilfried Lauinger
„Wenn Traumatisches in die Supervision einfällt…."
Herausforderungen an Supervisoren und Supervisorinnen ---------- 26

Reinhild Schweer
Die traumatisierte Institution – Der Mythos eines sicheren Hafens ---------- 41

Prof. Dr. Silke Gahleitner, Maria Krautkrämer-Oberhoff, Sigrid Richter-Unger
Auf die Haltung kommt es an! ---------- 44

Christine Bick
Schule - ein sicherer Ort ?
Emotionale Stabilität für Schüler, Schülerinnen und Lehrkräfte ---------- 57

Dr. Gabriele Fröhlich-Gildhoff
Indirekte Traumatisierung in der stationären Traumatherapie,
Gefährdungen und Chancen für die BehandlerInnen ---------- 85

Alexander Korittko
Wenn Kollegen und Familien mitleiden... - Sekundäre Auswirkungen und systemische Lösungswege
nach berufsbedingter Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten ---------- 94

Prof. Dr. Rafael Behr
Indirekte Traumatisierung in der Polizeiarbeit
Determinanten für Copingstrategien in Gefahrengemeinschaften aus Sicht der Polizeikulturtheorie ---------- 106

Dr. Renate Schmieder, Ewald Epping
„Indirekte Traumatisierung in Seelsorge und Kirche –
Einblicke in Dynamiken, Erfahrungsaustausch und Anforderungen an supervisorisches Handeln" ---------- 126

Dorothea Zimmermann
Indirekte Traumatisierung im Kontext von Migration, Flucht und Asyl ---------- 130

Marit Cremer, Claudia Kruse
Belastungen für DolmetscherInnen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesprächen –
Möglichkeiten des Umgangs und Schutzes vor indirekter Traumatisierung ---------- 141

Maria Zemp
Umgang mit Erschöpfung und Burnout im Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt ---------- 153

Renate Jegodka
Systemische Forschung zu Aspekten Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit" ---------- 176

Oliver Schubbe
Praktische Ideen zur Selbstfürsorge in Therapie und Beratung ---------- 190

Die AutorInnen ---------- 198

Einleitung

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

hiermit können wir Ihnen nun den Reader zum Kongress „Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns – Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision“ vorlegen, der am 17./18.06.2011 in Berlin stattfand.
An dieser Stelle möchten wir uns noch einmal bei allen Referentinnen und Referenten des Kongresses bedanken, die den Kongress so reich und vielfältig gestaltet haben.
Nicht alle Workshops konnten verschriftlicht werden. Manche lebten im wesentlichen von der Unmittelbarkeit der Begegnung, der Live-Arbeit und vom Austausch. Insofern liegen Ihnen hiermit einerseits nicht alle Inhalte des Kongresses vor. Andererseits weisen die Beiträge auch über den Kongress hinaus; sie sind ein Teil des aktuellen Diskurses um Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns sowie ein Teil der fachlichen wie gesellschaftlichen Fragen, die sich daraus ergeben.
Ein weiterer großer Dank gilt also den Autorinnen und Autoren, die uns ihre Arbeit hiermit zur Verfügung stellen.

Außerdem danken wir den unterstützenden Partnergesellschaften:
der Deutschen Gesellschaft für Supervision, DGSv,
der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention, DGfPI,
der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V., DGPT.

Der Reader folgt der Logik: vom Allgemeinen – zum Konkreten – zur Selbstfürsorge.
Hier finden Sie Einblicke in verschiedene Perspektiven, verschiedene Berufe, ihre Besonderheiten, ihre Gefahren, ihre spezifischen Ressourcen und Notwendigkeiten sind die Themen dieses Readers. Es werden Fragen aufgeworfen, Diskussionen eröffnet und Ideen geliefert.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen, vielleicht Wiedererkennen Ihrer Erfahrungen, Inspiration und neue Erkenntnisse beim Stöbern.

Dr. Tanja Rode
und
für die GPTG, Gesellschaft für Psychotraumtologie, Traumatherapie und Gewaltforschung
Oliver Schubbe
September 2011

Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns –
Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision – eine Einführung

Mich beschäftigt das Thema der Indirekten Traumatisierung, seit ich beruflich zu sexueller Gewalt arbeite, erst unmittelbar subjektiv, dann reflektiert, dann sehr schnell systematisiert und weitervermittelt, weil ich es so wichtig fand. Ein Thema also, das mein Berufsleben begleitet.

Im Folgenden möchte ich weniger Empirisches als vielmehr ein paar prinzipielle Gedanken vorstellen. In allen wissenschaftlichen und berufspraktischen Belangen ist es möglich, in Kontroversen, Missverständnisse und Respektlosigkeiten zu gehen. Wo auch immer sich die Gelegenheit dazu bietet, tun wir Menschen das in der Regel auch.
Bei dem Thema „Trauma“, erst recht „Sekundärtraumatisierung“ oder „indirekte Traumatisierung“ erhält die Dynamik von Kontroversen, Missverständnissen, Sich-angegriffen-fühlen und/oder Angegriffen-sein eine besondere Geschwindigkeit und Intensität.
Möglicherweise - analog zum Thema - eine Dynamik von Alles oder Nichts, Ganz oder gar nicht, Opfer oder Täter/in sein bzw. als Opfer- oder Täterparteilich gelten, von Leben oder Tod.

Das Phänomen „Indirekte Traumatisierung“

Mir erscheint es sinnvoll, sowohl bei „Trauma“ als auch bei Indirekter Traumatisierung von einem wechselseitigen Prozess auszugehen, in dem

- eine traumatische (als existenziell bedrohlich erlebte) Situation
- von einer – traumatisierten – Person als existentiell bedrohlich erlebt wird (mit Schock, Gefühlsüber- oder Unterdosierung, Dissoziation, Freeze, Fragmentierung), die Bedingungen und Voraussetzungen hat, Alter, biographischen und sozialen Hintergrund, Ressourcen und Verletzlichkeiten
- der (der Prozess)in Beziehungen, unmittelbare Interaktionen,in soziale Bezügen und Institutionen und gesamtgesellschaftlichen Bedingungen eingebettet ist,
- und in einen traumatischen Prozess (mit Folgen) übergehen kann, aber nicht muss.

Hilfreich erscheint mir auch die Perspektive auf den Unterschied zwischen Belastung und Trauma als ein Kontinuum, als Übergang, nicht als Ist oder Ist-nicht.
Das bedeutet auch, unter „Trauma“ mehr zu verstehen als PTBS (Posttraumatisches Belastungssyndrom), die *eine* lediglich so benannte Folge oder Überlebensstrategie sein kann, so wie es auch viele andere Folgen geben kann, die in der ICD 10 als Diagnosen kodiert sind.
Dabei stellt die ICD 10 *eine* mögliche Bezugnahme für den Begriff „Krankheit“ dar; „Krankheit“ z.B. als gesellschaftliche Voraussetzung zur Finanzierung einer *bestimmten* Hilfe.

Nicht auf den Begriff von „Krankheit“ angewiesen, aber häufig darin enthalten sind

- Große Unerwünschtheit
- Starke Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit
- Unterliegt nicht der unmittelbaren Willens- und Entscheidungsfreiheit

Mit Sekundärtraumatisierung oder Indirekter Traumatisierung ist die Traumatisierung gemeint, die durch die Begleitung, Begegnung, Konfrontation, das Mitbekommens, Zeugin sein von „direkter“ / „unmittelbarer“ oder „primär-Traumatisierung“ entstehen kann.

Eine von verschiedenen Formen der Systematisierung bezieht sich auf die Dimensionen der Auswirkungen

1. Unser Selbst-Bezug
2. zwischenmenschliche Beziehungen, hier im folgenden mit dem Schwerpunkt des Berufs
3. unsere Weltsicht
4. Spiritualität, i.S.v. Gefühl von und Streben nach Sinn und Eingebundenheit in Größeres (ein nicht notwendig religiöser Begriff von Spiritualität)

Zum Selbst-Bezug gehören

- Ich-Empfinden, Vertrauen in uns selbst, Affekttoleranz
- Invasive Bilder und Darstellungen auch bis ins Privatleben >>Störung
- Erinnerung an eigene Traumatisierung
- Das Gefühl, nicht richtig in der Welt zu sein
- Das Gefühl der Einsamkeit und Kontaktlosigkeit,
- Selbstzweifel und größere Verletzlichkeit
- Gefühle eigener Hilflosigkeit, Ohnmacht
- Schlaflosigkeit wie Alpträume
- Beeinträchtigung von Humor, Empathie und Willenskraft
- Traurigkeit ohne direkten Anlass, Depression
- Wut, Ärger, Gereiztheit Erregung und höhere Erregbarkeit
- Ängste, Panikattacken
- Abstumpfen (auch Abschalten durch nicht Hören, Dissoziation, „Mitgefühlserschöpfung“ wörtlich beschreibend gemeint)
- Zynismus

- Störungen des Verschlechterung des Gedächtnisses, der kognitiven Leistung, der Selbstprüfungsfähigkeit und der Konzentrationsfähigkeit
- Körperliche Erkrankungen

Dabei werden erschüttert

- die Vorstellung der persönlicher Unverwundbarkeit – wenn es sie gab
- positive Selbstsicht (z.B. eine gewisse Kontrolle über den Lauf der Dinge zu haben)

Zwischenmenschliche Beziehungen

- Beziehungsprobleme, Familiäre Spannungen, Trennungen
- Probleme in der Sexualität
- Vernachlässigung anderer Beziehungen und Lebensbereiche

(Hierzu der Beitrag von Alexander Korittko)

Berufliche Folgen können sein

- das eigene Selbstwertgefühl und vollständig vom Erleben und Bewerten des Gelingens der Arbeit abhängig machen.
- den Lebenssinn ausschließlich über das Thema realisieren, obsessive Beschäftigung damit.
- Regeln und Grenzen der Arbeit über Bord werfen.
- in den Angeboten, gegenüber dem Klientel, gegenüber der Arbeit uferlos werden.
- Hohe Verantwortungsgefühle bis Retterinnen- und Retterphantasien und –ansprüche
- Mangel an Unterscheidungsfähigkeit zwischen Klient/in und sich selbst
- Intoleranz gegenüber weniger traumatisierten KlientInnen[1]
- Zunahme von Fehlern, von Unsicherheit
- Scham gegenüber KollegInnen / FreundInnen
- Aktivierung von Verteidigungsmechanismen und Abschottung gegenüber KollegInnen: „die anderen verstehen nur nicht, ich weiß es am besten und am einzigsten“
- Zweifel an der eigenen professionellen Kompetenz und Identität
- Überarbeitung

[1] nach Kinzey 1994 aus C Frey: Die unheimliche Macht des Traumas. In Trauma und Ressourcen, Martine Verwey, 2001 VWB Verlag, S. 122. Nach: Dr. Susanna Smolenski / Erika Sander, Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler, 2007: Sekundärtraumatisierung und BurnOut-Prophylaxe

- Erschöpfung, Unlust
- Ausstiegswünsche

Zu den möglichen Veränderungen unserer Weltsicht gehören

- Zerstörung unserer Überzeugungen
- Zusammenbruch der Vorstellung einer geordneten sinnhaften gerechten Welt [2] - wenn es sie gab

Auf der Ebene von Spiritualität

- Verlust von Hoffnung
- Verlust des Sinngefühls
- Verlust des Gefühls von Eingebundenheit

Interessant dabei ist, dass nicht-traumatisiert zu sein, „gesund" zu sein, auf Illusionen beruht: wie der, dass die Welt eine Ordnung habe oder der, dass wir unverwundbar seien. Hier zeigt sich möglicherweise auch ein Unterschied zwischen Menschen, die bereits traumatisiert wurden und solchen, die zum ersten Mal in ihrem Leben „aus der Bahn geworfen" werden.
Die benannten Phänomene gehören zu Indirekter Traumatisierung, aber nicht jedes Phänomen allein macht schon eine Indirekte Traumatisierung aus.

Begriffe

Für den hier beschriebenen Themenkomplex werden vor allem die Begriffe Indirekte Traumatisierung, Sekundärtraumatisierung und Stellvertretende Traumatisierung verwandt.
Andere Begriffe sind

- Mitgefühlserschöpfung, die v.a. auf den Aspekt der Empathie abhebt
- Retraumatisierung, die die Wiedertraumatisierung ein und derselben Person meint, wenn sie erneut traumatisiert wird
- Traumatische Gegenübertragung als Begriff der Psychoanalyse.
- Interessant sind hier weitere Systematisierungen, die auch ohne psychoanalytischen Bezug hilfreich sein können: die Unterscheidung zwischen *reaktiver* und *proaktive* Gegenübertragung[3] (in der hier

[2] Lemke, Jürgen: Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröning Asanger Verlag 2. Auflage 2008, S. 73

[3] Lemke, Jürgen: Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröning Asanger Verlag 2. Auflage 2008, S. 89 u 96ff.

verwendeten Begrifflichkeit der *primären* oder *sekundären* Traumatisierung zuzuordnen, wie wohl nicht gleichzusetzen!) und die Unterscheidung zwischen *komplementärer* und *konkordanter*[4] Gegenübertragung (was in unserem Zusammenhang beispielsweise der *Identifikation mit dem Opfer* bzw. der *Identifikation mit dem Aggressor* entspräche (so wir mit Opfern arbeiten) – auch wieder: ohne Gleichsetzung)

- Der Begriff des Verwundeten Heilers will für weitere Interessierte wenigstens benannt sein. Er taucht in der Literatur zum Thema auf, bezieht sich aber mehr auf den primär traumatisierten Menschen, der *dann* zum Heiler, zur Heilerin wird. Hier geht es nicht in erster Linie um Sekundärtraumatisierung .
- Co-Traumatisierung (analog zum Co- Alkoholismus) hat sich nicht durchgesetzt.
- Schließlich gibt es noch das Konzept „Transmission des Traumas“ oder „transmissive Traumatisierung“, als übermittelte und gestaltete Traumatisierung, ein Begriff der vor allem in der intergenerationellen Weitergabe von Traumata eine Rolle spielt.[5]

Auch die Begriffe Indirekte Traumatisierung, Sekundärtraumatisierung und Stellvertretende Traumatisierung können präziser unterschieden werden. Sie werden im folgenden synonym verwendet.
Sekundärtraumatisierung wird in anderen Sprachzusammenhängen als das verstanden, was hier als Retraumatisierung beschrieben und bezeichnet wurde; deshalb findet dieser Begriff – allein aus Gründen des hier Verwechslungspotentials weniger Verwendung.

Interessant ist, dass der Begriff der Sekundärtraumatisierung eine weitere Unterscheidung erlaubt: hier kann auch von Tertiärtraumatisierung gesprochen werden. Das wäre *dann* der Fall, wenn ein Therapeut / eine Therapeutin im Rahmen einer Supervision von traumatischen Geschehnissen berichtet und dies den Supervisor / die Supervisorin entsprechend überfordert.

(Hierzu der Beitrag von Wilfried Lauinger)

Stellvertretende Traumatisierung wird zuweilen als sehr spezifisch dem Beruf des Psychotherapeuten zugeordnet, als inhaltliche Differenzierung sicher sinnvoll, aber aus meiner Sicht nicht als begrifflich notwendig und hilfreich.

[4] Lemke, Jürgen: Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröning Asanger Verlag 2. Auflage 2008, S. 89 u 96ff.

[5] Charlotte Aykler: TRANSMISSION VON TRAUMATA & VIKTIMISIERUNG. Über Auswirkungen von Gewalt, Trauma und chronisch Traumatisierten auf professionelle Berufsgruppen, Wien 1999

Von Indirekter Traumatisierung können betroffen sein

- Im Privaten: PartnerInnen, Kinder, Angehörige, FreundInnen
- Im Beruflichen:HelferInnen (wie BeraterInnen, TherapeutInnen, Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei und deren UnterstützerInnen, z.B. SupervisorInnen[6] - aber auch JournalistInnen, DolemterscherInnen – deren KollegInnen, Vorgesetzte, Institutionen
- Ganze Gesellschaften, Bevölkerungsgruppen,
- Generationen

Wenn in unserem Land zu den transgenerationalen Folgen nationalsozialistischer Gewaltherrschaft geforscht wird, so drängt sich - je nachdem wer forscht – in besonderer Form nicht nur die Identifikation mit den Opfern, sondern v.a. auch und besonders ungewollt die Identifikation mit den Tätern auf.

(Hierzu der Beitrag von Renate Jegodtka)

Luise Reddemann warf in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob es diesbezüglich auch eine besondere Schwierigkeit gibt, als Kinder oder Kindeskindern des Nationalsozialismus sich Selbstfürsorge zu gönnen.[7]

Auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene im Umgang mit Trauma und Sekundärtrauma…

… lassen sich große *Pendelbewegungen* und *Ungleichzeitigkeiten* ausmachen. Mit Pendelbewegungen meine ich, dass, nachdem lange Zeit verschiedene Realitäten von Traumatisierung tabuisiert waren, es zunächst eine massive Betonung ihrer Existenz gab und meiner Meinung geben musste. Dazu gehören die Frauenbewegung, die Selbsthilfebewegung und der Beginn der Skandalisierung von sexueller Gewalt an Mädchen in den 80er Jahren, die in besonderem Maße zur Enttabuisierung und zum Beginn der Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung beigetragen hat.

Jetzt gibt es in Teilen Kritik des inflationären Gebrauchs und damit auch der Bagatellisierung von Trauma – und dies ist ebenso angemessen und notwendig.
In manch anderen Bereichen der Gesellschaft – und das meine ich mit Ungleichzeitigkeiten – hingegen ist die umfassende Ernsthaftigkeit von Traumatisierungen noch lange nicht angekommen oder wird zynisch abgewehrt.

---

[6] Dr. Susanna Smolenski / Erika Sander, Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler, 2007: Sekundärtraumatisierung und BurnOut-Prophylaxe

[7] Reddemann, Luise: Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burn-Out-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. In Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin. Themenschwerpunkt: Früherkennung und Prävention psychologischer Traumatisierung und das Trauma der Helfer. Hg: Gottfried Fischer. Asanger Verlag. Jg. 1. 2003. Heft 1, S. 79-85

Viele Projekte und Institutionen der Unterstützung sind keineswegs gesichert. Oder, exemplarisch: Das „Weichei“ oder das „Opfer“ als Schimpfwort kann – je nach Zusammenhang – verschiedenes sein: schon Re-Aktion oder Noch-Nicht-Begriffen.

Welche Zusammenhänge spielen bei der Sekundären Traumatisierung eine Rolle

individuell

eigene biographische traumatische Erfahrungen

Je näher das begleitete Trauma an der eigenen Geschichte ist, desto schwieriger kann es für den /die Professionelle werden. Das gilt nicht per se; es geht nicht um lineare Wenn-Dann-Logik, nicht um Automatismen, um „Ursachen“, sondern um Potentiale oder „Gründe“, die ebenso Gefahren wie Ressourcen werden können.

Wer primärtraumatisiert ist –

- kann besonders verletzlich sein,
- oder an manchen Stellen „blind“,
- oder abgeklärt,
- oder kann auf höherem Niveau seine / ihre entsprechenden Erfahrungen integriert haben und damit zugleich weniger verletzlich als auch besonders hilfreich sein.

Geschlecht

Das weibliche Geschlecht gilt als gefährdeter – wobei unerforscht bleibt, mit welchen vielleicht häufigeren weiblichen Lebenserfahrungen oder Zuweisungen dies zusammen hängt.

Weitere bedeutsame Unterschiede sind Alter, sozialer Status, persönliche Eingebundenheit

Berufliche Unterschiede

Beruf „per se“ (im Unterschied zu privat)

- Es gibt eine Ausbildung (möglicherweise aber nicht traumaspezifisch).
- Es gibt die Möglichkeit des Feierabends, vorgesehene Grenzen der Rolle (nicht immer und überall)
- die Möglichkeit der professionellen Distanz, der Reflektion

- relative Vorhersehbarkeit (nicht immer)
- Handlungsfähigkeit und Kontrolle (nicht immer)
- die bewusste Entscheidung für das Thema… (auch nicht immer)
- Weiterbildung, Supervision

Die Begegnung mit dem Trauma

Alles, was das ursprüngliche Trauma ausmacht

- dessen Heftigkeit, Ausweglosigkeit, Massivität,
- Umgang des sozialen Umfelds damit, Einsamkeit,
- Ohnmacht, Angst, Verletzlichkeit, Schuld- und Schamgefühle,
- Gefühle von Ausgeliefertsein
- Lebensbedrohung und Existentialität
- Gesellschaftliche Tabuisierung

… und dessen Unterschiedlichkeiten (zum einen je nach Beruf, aber auch innerhalb eines Berufes gibt es Unterschiede)

- Man-made-desaster, durch Menschenhand (statt Unfall oder Naturkatastrophe)
- Beabsichtigte Handlung (statt Versehen oder Unfall)
- beabsichtigte Traumatisierung (Unterschied, hier geht es auch um das Ziel der Traumatisierung)
- die Nichtanerkennung des Geschehenen / Erlebten als Trauma (statt von allen gesehen und entsprechend geahndet / geschützt)
- dem ausgeliefert sein (statt unterbrochen, beendet, geschützt oder begleitet, unterstützt, dazu gehört auch die Wiederherstellung von Gerechtigkeit und „gewaltfreier Ordnung“)
- die soziale und emotionale Nähe der Opfer zu den TäterInnen– im Unterschied zum Fremden
- die besondere Schwere, wenn die Betroffenen Kinder sind

(hierzu die Beiträge von Prof. Dr. Silke Gahleitner, Maria Krautkrämer-Oberhoff und Sigrid Richter-Unger zur Jugendhilfe oder von Christine Bick zur Schule)

- die besondere Schwere, wenn die Ausgeliefertheit nicht punktuell, sondern über lange Zeit bzw. durchgehend besteht
- Rituelle Gewalt
- Systematische Verfolgung
- Folter

- Staatliche Gewalt
- die Massivität der Folgen
- spezifische Überlebensstrategien
- Sicherheit oder Nicht-Sicherheit der Betroffenen. Täterkontakt oder Sicherheit / Gegenwärtigkeit der Traumatisierung -

  davon wiederum zwei Arten:

  1. Bedrohung durch Abschiebung, unsicherer Aufenthaltsstatus, Gefahr beim Abschieben werden. Grundvoraussetzungen von Therapie, nämlich äußere Sicherheit systematisch nicht erfüllt.[8]
  2. (z.B. Rituelle) Gewalt, die wie in einer zweiten Welt gleichzeitig in unserer Gesellschaft stattfindet

(zu Migration der Beitrag von Dorothea Zimmermann)

- der unterschiedliche Kontext des Traumas: Krieg oder Frieden

(hierzu der Beitrag von Maria Zemp)

- Identifikation mit Opfer- und mit TäterInnen. Damit die kaum aushaltbare intensiven, tiefgreifenden Ambivalenzen. In einer tiefen Dimension: die Frage des Menschseins, des Menschenbildes
- Wissen um Ausmaß der Gewalt, Wissen um das, was Menschen Menschen antun,
- Wissen darum, dass all dies ein Bestandteil unserer Welt ist

Das Setting

- Räumliche Unmittelbarkeit versus räumliche Distanz (zum Ursprungstrauma),
- zeitliche Unmittelbarkeit versus zeitliche Distanz

Auch diese Unterschiede existieren in Übergängen und Schnittmengen: Der Einsatzhelfer, der in ein Katastrophengebiet kommt, hat keine räumliche Distanz, sondern erlebt z.B. den Anblick von Toten, den Geruch von Verwesung, die Schreie von Verletzten sehr unmittelbar.[9]Die Beraterin, die mit einer Klientin

[8] Gurris, Norbert F.: Belastungen für Therapeuten in der Arbeit mit Folterüberlebenden. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin. Themenschwerpunkt: Früherkennung und Prävention psychologischer Traumatisierung und das Trauma der Helfer. Hg: Gottfried Fischer. Asanger Verlag. Jg. 1. 2003. Heft 1, S. 23- 37, S. 29

[9] Andreatta, Pia und Brandstetter Karin: DIE ERSCHÜTTERUNG VON GRUNDANNAHMEN BEI EINSATZKRÄFTEN und TRAUMA-HELFERN: EIN HEURISTISCHER VERSUCH DIE SEKUNDÄRE TRAUMATISIERUNG ZU UMFASSEN . In: Opferhilfe Sachsen e.V. Sammelband: „Sekundäre Traumatisierung“ Reader der Tagung vom 23. – 25 April 2007 in Meißen 17-38

arbeitet, die noch sexuelle Gewalt erlebt, hat nur eine punktuelle zeitliche Distanz (also in dem Moment kein Trauma, aber vielleicht oder gar sicher am Wochenende wieder).

Unsere Rolle

Empathie –die empathische Begleitung von traumatisierten Menschen. Sie kann entstehen durch das Miterleben, Hören und Sehen von traumatischen Erfahrungen. Sie kann auch eintreten, ohne dass traumatische Inhalte konkret ausgesprochen werden, durch die Atmosphäre der erlebten Gewalt oder die Präsenz der Überlebensstrategien.
Aber: Auch und gerade Berufe, in denen es bewusst *nicht* um Empathie gehen soll, sind gefährdet – vielleicht trotzdem oder vielleicht gerade deshalb – Journalisten und Fotographen sollen nicht empathisch *unterstützen*, sie sollen Empathie und Schock *auslösen* – ob diese, auch für ZuhörerInnen, ZuschauerInnen, LeserInnen, durchaus traumatisierende Art der Berichterstattung sinnvoll ist, sei mal dahin gestellt. Damit befasst sich unter anderem Petra Tabeling von DART. Die Ambivalenz des Nicht-Mitfühlen-Sollens beim Dolmetschen bringt Günther Orth mit dem Titel „Keine Miene verziehen? Dolmetschen mit Folterüberlebenden“ treffend auf den Punkt.

(hierzu der Beitrag von Marit Cremer und Claudia Kruse)

Ganz unberührt ist dabei die Frage: Wäre es „gesünder“, nicht empathisch zu sein? Und wenn es *gesünder* wäre, wäre es dann – also - anzustreben?

Weitere Unterscheidungen in der Begegnung mit dem Trauma

- Kontrolliertheit der Situation versus Unerwartetheit
- Die Intensität der Befassung (als TherapeutIn, SozialarbeiterIn, KrankenpflegerIn)[10]
- Intensität der Bildern und Vorstellungen,
- Die Geschwindigkeit bzw. Langsamkeit oder Stillstand von Verbesserung
- punktuelle oder chronische Belastung (zu viel Trauma)
- körperliche Belastung
- Eigene sinnliche Wahrnehmung
- Die Nähe zur KlientIn, die Dauer des Kontakts
- ambulant oder stationär

(hierzu der Beitrag von Dr. Gabriele Fröhlich-Gildhoff)

[10] Dr. Susanna Smolenski / Erika Sander, Dr. v. Ehrenwall‘sche Klinik, Ahrweiler, 2007: Sekundärtraumatisierung und BurnOut-Prophylaxe

- selbst Teil der Organisation sein, in der die Traumatisierung stattfindet, wie in Kirche und Seelsorge

(hierzu der Beitrag Renate Schmieder und Ewald Epping)

- Die eigene Rolle im Sinne der Aufgabe: Helfen begleiten, Helfen retten, Helfen schützen, Helfen übersetzen oder Berichten über …
-

Prozessbezogene Aspekte (sowohl persönlich als auch berufsbedingt)

Hilfreiche versus maladaptive Copingstrategien. Damit ist gemeint, dass nicht die erste Reaktion allein entscheidend ist, sondern die eigene Wahrnehmung, Interpretation und der Umgang mit ihr.Dies ist für die Unterstützung und die Verhinderung von traumatischen Folgen und Beeinträchtigungen außerordentlich relevant.

- Nicht die intrusive Erinnerung per se gilt als das Problem und als dringend vermeidensnotwendig, sondern die negative Interpretation und die Vermeidung selbst.[11]

- Außerdem: der Versuch der Korrektur der Vergangenheit, Wunschdenken
- Grübeln.[12]
- Weitere Faktoren traumatogener Verarbeitung sind Kindling: die vorherige Sensibilisierung durch wiederholte unterschwellige emotionale Belastungen
- und Dissoziation.[13]

(hierzu der Beitrag von Dr. Judith Daniels)

[11] Brauchle, Gernot: Zur Aufrechterhaltung sekundärer Traumatisierung bei psychosozialen Einsatzkräften. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin. Themenschwerpunkt: Sekundäre Traumatisierung und das Trauma der Helfer. Hg: Heidi Möller, Maria Pia Andreatta. Asanger Verlag. Jg. 5. 2007. Heft 3, S. 37- 46, S. 43

[12] Brauchle, Gernot: Zur Aufrechterhaltung sekundärer Traumatisierung bei psychosozialen Einsatzkräften. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin. Themenschwerpunkt: Sekundäre Traumatisierung und das Trauma der Helfer. Hg: Heidi Möller, Maria Pia Andreatta. Asanger Verlag. Jg. 5. 2007. Heft 3, S. 37- 46, S. 43

[13] Daniels, Judith: Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin. Themenschwerpunkt: Sekundäre Traumatisierung und das Trauma der Helfer. Hg: Heidi Möller, Maria Pia Andreatta. Asanger Verlag. Jg. 5. 2007. Heft 3, S. 49-61, S. 49ff.

Schwierige Institutionelle Bedingungensind

- Unklare Leitungs- und Teamstrukturen
- Informelle Macht und Hierarchien
- Grenzverletzungen
- Verwischung zwischen privat und professionell

(hierzu der Beitrag von Reinhild Schweer)

Sowie das Gegenteil:

- Autoritäre Strukturen bis Kadavergehorsam
- Uneinsehbarkeit von Entscheidungen von oben
- Mangelnde Mitsprache

Wer sich mit Institutionen befasst, die sexuellem Missbrauch Vorschub leisten, trifft analog auf die Beschreibung dieser beiden Extreme.

Gesellschaftliche Bedingungen

- Anerkennung / Nicht- Anerkennung in der Bevölkerung (die Frage: *Wollen Sie jetzt in Stuttgart Polizist sein?* habe ich kürzlich als Plakat auf einem Bahnhof gesehen – in Frankfurt, nicht mal in Stuttgart)

(u.a. hierzu der Beitrag Prof. Dr. Rafael Behr)

- Sozialer Status – weniger Status höhere Anfälligkeit
- Geld!Bezahlte – unbezahlte – schlecht bezahlte Arbeit
- Mitleid! Kennen Sie das auch: „Was Du für eine schwere Arbeit machst! Das könnt ich nicht!“ – fühlt man sich gleich besser und Ressourcenreicher, gell?
- Empfinden von Sinnhaftigkeit des eigenen Berufs

All diese Faktoren spielen eine Rolle. Und nichts davon ist singulär entscheidend für das Entstehen oder das Ausmaß von Indirekter Traumatisierung.
Wie Direkte Traumatisierung kann auch die Indirekte Traumatisierung nicht als individuelles oder rein interaktionelles Geschehen betrachtet werden, sondern als ein komplexes, vielschichtiges bedingungsreiches Geschehen.

Mögliche hilfreiche Perspektiven auf Indirekte Traumatisierung

prinzipiell

- Wissen und Information
- Keine Schuldzuweisung – weder an KlientInnen noch an „Betroffene“ –aber verantwortlich damit umgehen und selbstverantwortlichen Umgang fördern und fordern
- Keine Klientifizierung von KollegInnen, keine Pathologisierung, keine Manifestierung von Opfer-Status
- Kein Vorwurf der Unprofessionalität – und trotzdem alles dafür tun, dass Professionelle so gut wie möglich Handwerkszeug und Strukturen haben, die schützen
- Nicht der Vorstellung der Unvermeidbarkeit Vorschub leisten –und zugleich alles dafür tun, sie zu vermeiden. „Berufsrisiko“ find ich einen guten Begriff – nach dem Motto: Kann passieren, ist nahe liegend, muss aber nicht. Und es gibt hilfreiche Präventionsmaßnahmen, die zu einer guten Ausbildung bzw. Berufsbegleitung gehören sollten, und die zugleich keine Garantie darstellen.
- Raum und Zeit für Sprache, Ausdruck, Reflexion
- Eine Atmosphäre von Wohlwollen, die Offenheit, Ehrlichkeit und das Berichten peinlicher Empfindungen ermöglicht, ohne gleich eins auf den Deckel zu kriegen (auch ganz wichtig in Hinblick auf Rollenfragen)
- Offener Umgang, Ansprechen von Hindernissen: Mythos der Professionalität, Angst vor Gesichtsverlust, Gefühl des Verrats an KlientInnen, wenn selbst gutes Leben
- Anerkennung dessen, was ist. Anerkennung: Indirekte Traumatisierung als gegeben annehmen und mit Respekt begegnen.
- Sorge um hilfreichen Umgang. also „Anerkennung dessen, was ist“ nicht gemeint als Verzicht auf Handlung und Veränderung. Sondern Anerkennen, dass es da was zu tun gibt.
- Kein schlechtes Gewissen bei guter Selbstfürsorge
- Selbstfürsorge als ethische Pflicht (das Flugzeug)
- Keine prinzipiellen Unterschiede im Menschenbild zwischen Helfenden und Hilfesuchenden – bei gleichzeitiger Anerkennung der Asymmetrie der Beziehung
- Zur Kenntnisnahme der enormen Unterschiedlichkeit von Kulturen und Subkulturen in Sprache, Bezugnahme und Umgang mit Traumata
- Unbedingt: politische Einordnung und Perspektive. Ebene der Transformation und Entlastung von sich selbst sowie in Beratung und Therapie
- Auf keinen Fall: Politisierung und unmittelbare und lineare Verallgemeinerung höchst persönlicher Erfahrungen – weder der eigenen noch anderer.

Aspekte der Selbstfürsorge

Je für sich

Alles, was mit Abstand zu tun hat: Mit Sicherheit, Selbstliebe, Humor, Natur, Körper, mit lieben Mitmenschen

In (professioneller) Gemeinschaft

Alles, was jene Bereiche schützt und stützt, die bei Traumatisierungen betroffen sind: Sicherheit, Gemeinschaft, Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Sinnerleben, Respekt, Erfolge feiern, Klare Strukturen

Auf den Kontakt mit den Betroffenen, Hilfesuchenden

…gehe ich nicht ein, weil das von Beruf zu Beruf sehr unterschiedlich ist

Andere Lebensbereiche pflegen

Nicht nur arbeiten!

(hierzu der Beitrag Oliver Schubbe)

Transformation oder Posttraumatisches Wachstum

Als eine andere Ebene als die des Abstands, Distanz, Grenzen

- Weiterentwicklung der Persönlichkeit, von Spiritualität, Hoffnung, Geduld, Optimismus, Lebensfreude, Humor
- Opfer - Täter - Retter – um diese Anteile wissen – auch bei uns selbst
- ein stärkeres Gewahrsein aller Aspekte des menschlichen Lebens.
- Gewahrsein dessen, dass Fragen von Menschlichkeit dieser Arbeit innewohnen
- das Realisieren von existentiellen Begegnungen, neue Ebene von Sinn und Verbundenheit
- Neue Dimension von Sinngebung, Zugang zu grundsätzlichen Fragen von Vertrauen in die Welt, Fragen von Menschlichkeit.

Und dazu tragen u.a. bei: Weiterbildung, kollegialer Austausch, Supervision, Kongresse, selbst weiterbilden, Schreiben, Politik machen

Gesellschaftliche Dimension

- Wohlwollen der Welt
- Gerechtigkeit
- Öffentliche Anerkennung
- Gesellschaftliche Ächtung von menschengemachter bewusster Traumatisierung; sprich: von Gewalt (nicht nur die unmittelbare, auch strukturelle Gewalt)
- Strukturen der Sicherheit
- Frieden

Das alles sind Anforderungen, Notwendigkeiten, Wünsche, die nicht von heute auf morgen realisiert werden können. In diesem Sinne möchte ich schließen mit einem Zitat des islamischen Mystikers und Philosophen Ibn al Arabi: **Es gibt nur zwei Dinge zu tun: Das Notwendige und Das Unmögliche.**

Literatur:

Andreatta, Maria Opia: Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata. Kröning 2006

Brauchle, Gernot: Zur Aufrechterhaltung sekundärer Traumatisierung bei psychosozialen Einsatzkräften. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin. Themenschwerpunkt: Sekundäre Traumatisierung und das Trauma der Helfer. Hg: Heidi Möller, Maria Pia Andreatta. Asanger Verlag. Jg. 5. 2007. Heft 3, S. 37- 46

Eidmann, Freda: Trauma im Kontext. Göttingen 2009

Figley, Charles: Mitgefühlserschöpfung – der Preis des Helfens. In: Stamm, Beth Hudnall: Sekundäre Traumastörungen. Paderborn 2002, S. 41-59

Fliß, Claudia / Igney, Claudia (Hg.): Handbuch Rituelle Gewalt. 2010

Gasch, Ursula: Traumatisierungsrisiko von polizeilichen Einsatzkräften vor dem Hintergrund eines berufsbezogenen Selbstverständnisses. In: Trauma & Gewalt 4 / 2007

Hering, Thomas, Beerlage, Irmgard: Arbeitsbelastungen und Gesundheit im Rettungsdienst. In: Trauma & Gewalt 4 / 2007

Kassam-Adams, Nany: Die Risiken der Behandlung sexueller Traumata: Stress und sekundäre Traumatisierung bei Psychotherapeuten. In: Stamm, Beth Hudnall: Sekundäre Traumastörungen. Paderborn 2002, S. 66-74

Lemke, Jürgen: Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Asanger Verlag (Kröning) 2006

Lüderitz, Susanne: Wenn die Seele im Grenzbereich von Vernichtung und Überleben zersplittert. Paderborn 2005

Maercker, Andreas & Gabriela Nietlisbach, Universität Zürich auf einem Workshop „Sekundärtraumatisierung & Burnout“ für die Opferberatungsstellen der Deutschschweiz

Maercker, Andreas: © Maercker, 2009 (nach R. Papadoupoulos, Univ. Essex). http://www.sdbb.ch/dyn/bin/180264-180868-1-maercker_posttraumatische_reifung.pdf

Martine (Hg.): Trauma und Ressourcen - Trauma and Empowerment (curare-Sonderband 16/2001)

Pearlman, Laurie Anne: Selbstfürsorge für Traumatherapeuten – Linderung der Auswirkungen einer indirekten Traumatisierung. In: Stamm, Beth Hudnall: Sekundäre Traumastörungen. Paderborn 2002, S. 77-86

Pross, Christian: Verletze Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen. Stuttgart 2009

Rees, Gavin: Von der Stigmatisierung zur Unterstützung. Wie die Royal Marines Stress bekämpfen – und was BBC-Journalisten von ihnen lernen können. In: Trauma & Gewalt 4 / 2007

Rode, Tanja / Raupp, Christine / Benzel, Bärbel / Trunczik, Jutta: Beratung von Frauen mit Multipler Persönlichkeitsstruktur Ein Konzept aus der feministischen Praxis. 2006

Rode, Tanja / Wildwasser Marburg e.V. (Hg.): Bube, Dame, König – DIS. Dissoziation als Überlebensstrategie im Geschlechterkontext. Köln 2009

Rosenbloom, Dena J., Pratt, Anna C, Pearlman, Laurie Anne: Die Reaktion von Helfern auf die Traumaarbeit – Verstehen und Intervenieren in einer Organisation. In: Stamm, Beth Hudnall: Sekundäre Traumastörungen. Paderborn 2002, S. 87-98

Smolenski, Susanna / Erika Sander, Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler, 2007: Sekundärtraumatisierung und BurnOut-Prophylaxe

Smolenski, Susanna / Erika Sander, Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler, 2007: Sekundärtraumatisierung und BurnOut-Prophylaxe

Stamm, Beth Hudnall (Hg.): Sekundäre Traumastörungen. Paderborn 2002

Verwey, Martine (Hg.): Trauma und Ressourcen - Trauma andEmpowerment (curare-Sonderband 16/2001)

Weidmann, Anke: Primäre und sekundäre Traumatisierung: ein Berufsrisiko für Journalisten? In: Trauma & Gewalt 3 / 2008

Dissoziation - Auslöser der Sekundären Traumatisierung?

Dr. Judith Daniels, Fortbildungsinstitut für Sekundärtraumatisierung (FST)

In den letzten Jahren lässt sich ein wachsendes Interesse an den negativen Auswirkungen der therapeutischen Arbeit auf die Therapeutinnen[1] beobachten. Neben dem Burnout ist dabei zunehmend auch die Sekundäre Traumatisierung als Spezifikum traumatherapeutischer Arbeit in den Blick geraten. Unter Sekundärer Traumatisierung versteht man die „Ansteckung“ mit typischen posttraumatischen Symptomen im Verlaufe der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen. Es handelt sich dabei also um eine „übertragene“ Traumatisierung, die zu Stande kommt, obwohl die Therapeutin nicht selbst mit dem traumatisierenden Ereignis konfrontiert ist. Mittlerweile ist das Risiko einer Sekundären Traumatisierung auch bei einigen Berufsverbänden anerkannt. Auch neuere deutschsprachige Lehrbücher enthalten Beschreibungen der Sekundären Traumatisierung bzw. Anleitungen zur Psychohygiene (s. z.B. Huber, 2004; Sachsse, 2004). Diese Empfehlungen stützen sich jedoch hauptsächlich auf klinische Erfahrungen und eine sehr beschränkte theoretische Basis (z.B. Pearlman & Saakvitne, 1995). Bisher wurde jedoch nie geprüft, ob sich die Sekundäre Traumatisierung tatsächlich in Form von posttraumatischen Symptomen niederschlägt und eine klinisch relevante Belastung verursacht. Im Rahmen einer explorativen Studie wurden deshalb Therapeutinnen interviewt, die angaben, eine solche Phase berufsbedingter Belastung erlebt zu haben (Daniels, 2008). Diese Interviews belegen, dass sich tatsächlich ohne direkten Kontakt zum Ausgangstrauma eine solche „übertragene“ Traumatisierung herausbilden kann. Diese äußert sich in Form von PTBS-ähnlichen Symptomen, kann aber in schweren Fällen auch über diese hinausgehen. Voraussetzung für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung sind vermutlich ausgeprägte Empathiefähigkeit und dissoziative Verarbeitung des Traumamaterials seitens der Therapeutin.

Definition

Sekundäre Traumatisierung ist definiert als eine Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht (Daniels, 2003). Dieser Gruppe zuzuordnen sind die Übertragung posttraumatischer Stresssymptome auf Familienangehörige (z.B. Dekel & Solomon, 2006) und die berufsbedingte Traumatisierung von Therapeutinnen (z.B. Jenkins & Baird, 2002). Obwohl diese Personen also selber keine sensorischen Reize des traumatisierenden Ereignisses (wie Gerüche, Geräusche, Bilder) wahrnehmen, kommt es in der Folge einer traumatischen Verarbeitung von Informationen zur Symptombildung. Die Sekundäre Traumatisierung äußert sich in Symptomen der drei PTBS-Symptomcluster:

[1] Im Sinne der besseren Lesbarkeit verzichte ich in diesem Text auf die simultane Verwendung von m nnlichen und weiblichen Sprachformen. Unter Bezug auf die Studien zur mentalen Repr sentation (z.B. Heise, 2003) beschr nke ich mich auf die weibliche Form, die m nnliche ist jedoch jeweils mitzudenken.

Hyperarousal: Unter dieser Kategorie werden überdauernde Angstsymptome oder Indikatoren eines dauerhaft erhöhten Erregungslevels zusammengefasst.

Vermeidung: Dieses Symptomcluster umfasst zum einen Verhaltensweisen, die bewusst dazu dienen Reize zu vermeiden, die mit dem Trauma assoziiert sind. Zum anderen umfasst es eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität, wie Interessensverlust und Entfremdung.

Intrusion: Das Symptomcluster Intrusion bildet das Leitsymptom der PTBS. Es umfasst verschiedene Formen des Wiedererlebens sowie psychische oder physiologische Belastungsreaktionen auf Hinweisreize.

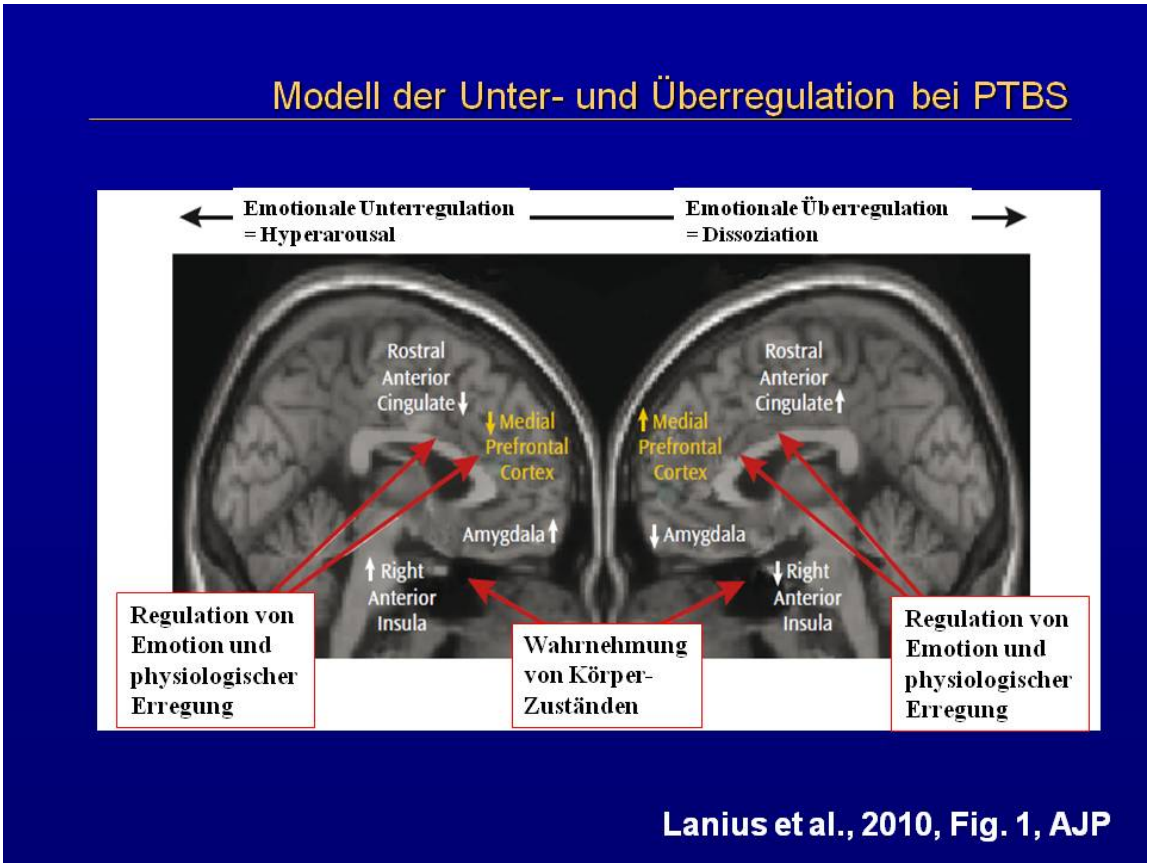
Theorie der Sekundären Traumatisierung

Neben den Symptomen scheint auch die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung der der PTBS zu ähneln: Der relevanteste Risikofaktor ist in beiden Fällen die peritraumatische Dissoziation. Mit neuropsychologischen Modellen lässt sich erklären, warum es in der therapeutischen, also äußerlich sicheren Situation zu einer traumatischen Verarbeitung kommen kann. Dazu tragen drei Prozesse bei, die im menschlichen Organismus angelegt sind: Empathie, Sensitivierung und Dissoziation (Daniels, 2007).

- Empathiefähigkeit stellt sowohl eine notwendige Bedingung für die therapeutische Arbeit als auch einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung dar. Sie ermöglicht die Übernahme von Emotionen, was wiederum zu
- einer Sensitivierung emotionsverarbeitender Gehirnregionen, führt. Dieses bedingt die
- dissoziative Verarbeitung von Traumamaterial seitens der Therapeutin.

Die resultierenden Wahrnehmungsveränderungen ähneln dann weitgehend den Reaktionen von Traumaopfern in der traumatischen Situation und sind unter dem Stichwort „peritraumatische Dissoziation“ in der Literatur als varianzstärkster Prädiktor der PTBS beschrieben worden (Ozer et al., 2003). Es wird vermutet, dass es während der Dissoziation zu einer veränderten Abspeicherung von Informationen kommt, bei der zwar sensorische Eindrücke, nicht aber Kontextfaktoren abgespeichert werden.

Dissoziation ist vermutlich ein Zustand emotionaler Überregulation, indem jene Hirnregionen zu stark aktiviert sind, die normalerweise Emotionen regulieren helfen, und jene Hirnregionen zu wenig aktiviert sind, die für das Emotions- und Körpererleben wichtig sind:



Dabei ist davon auszugehen, dass die Dissoziation durch besonders starke Angst-Erregung ausgelöst wird und eine anfängliche Überaktivierung limbischer Regionen den übermäßigen Regulationsprozess in Gang setzt. Es ist deswegen auch nicht verwunderlich, dass sich bei Patienten mit dissoziativer PTBS besonders stark ausgeprägte Übererregungs-Symptome finden lassen.

Die These, dass ein vergleichbarer, dissoziativer Zustand seitens der Therapeutin die Sekundäre Traumatisierung bedingt, wurde in einer weiteren Untersuchung exploriert: Dazu wurde in einer epidemiologischen Fragebogenstudie retrospektiv die Phase der stärksten Belastung erhoben. Die untersuchte Stichprobe umfasste 1.124 Personen, in der Mehrheit ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen. Von diesen wurden 29,1 Prozent mit dem „Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung“ (FST, Daniels, 2006) post hoc als sekundärtraumatisiert diagnostiziert. Die Analyse der Dauer der Belastungsphase zeigte, dass die Symptomatik bei der Mehrheit der sekundärtraumatisierten Personen länger als vier Wochen andauerte. Innerhalb der ersten drei Monate nahm die Symptombelastung aber bei 67,0 Prozent ab. Besorgniserregend war jedoch die Feststellung, dass immerhin 13,8 Prozent von dauerhaften Veränderungen (mind. > 6 Monate) berichteten.

Dissoziative Verarbeitung wurden in dieser Studie in Form eines Fragebogens mit sechs Items operationalisiert. Die Therapeutinnen wurden gebeten ihre habituelle Neigung einzuschätzen, in therapeutischen Situationen zu dissoziieren, in denen Traumamaterial berichtet wird. Diese Ergebnisse korrelierten signifikant mit der Schwere sekundärtraumatischer Symptome. Zusammengefasst deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die peritraumatische Verarbeitung ein wichtiger Auslösefaktor der Sekundären Traumatisierung ist.

Dieser Zusammenhang konnten mittlerweile anhand drei weiterer Studien repliziert werden. Dabei zeigte sich, dass die Anzahl der Therapie-Sitzungen pro Woche, die Berufserfahrung als TraumatherapeutIn, der prozentuale Anteil traumatisierter KlientInnen oder der prozentuale Anteil von Frühtraumatisierten die Symptombelastung in dieser Stichprobe nicht vorhersagen konnten. Die habituelle peritraumatische Dissoziation hingegen erwies sich in alle vier bisher durchgeführten Studien als signifikanter Risikoschätzer.

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Sekundäre Traumatisierung also nicht ein Zeichen mangelnder Professionalität, sondern ein Resultat traumatogener Informationsverarbeitung auf der Basis ausgeprägter Empathiefähigkeit ist. Sekundäre Traumatisierung ist eine normale Reaktion auf unnormale Informationen – und sollte als solche nicht weiter einer professionsweiten Tabuisierung unterliegen.

Um das Risiko einer Sekundären Traumatisierung zu verringern, scheint es jedoch geboten, die eigenen dissoziativen Verarbeitungsmechanismen steuern zu lernen. Eine regelmäßige Überprüfung der Belastung mit sekundärtraumatischen Symptomen kann einer Chronifizierung vorbeugen und sollte deshalb in die Supervision aufgenommen werden (Mittlerweile wurde ein Fragebogen entwickelt, der alle oben beschrieben Symptome umfasst und als Screening geeignet ist; Download unter www.sekundärtraumatisierung.de).

Literatur:

Daniels J (2008). Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeutinnen. Psychotherapeut, 53(2): 100-107.

Daniels J (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, 3: 49-61.

Daniels J (2006). Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstruktes. Dissertation. Universität Bielefeld. Download unter: http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2007/1017/index.html

Daniels J (2003). Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie. Diplomarbeit. Universität Bielefeld.

Dekel R, Solomon Z (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: The role of POWs' distress. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 41:27-33.

Heise E (2003). Auch einfühlsame Studenten sind Männer: Das generische Maskulinum und die mentale Repräsentation von Personen. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 2:285-292.

Huber M (2004). Trauma und die Folgen. Paderborn: Junfermann.

Jenkins SR, Baird S (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validational study. Journal of Traumatic Stress 15:423-432.

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS (2003) Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychological Bulletin 129:52-73.

Pearlman LA, Saakvitne KW (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. London: Norton.

Sachsse U (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

„Wenn Traumatisches in die Supervision einfällt….“
Herausforderungen an Supervisoren und Supervisorinnen

Wilfried Lauinger

Supervision qualifiziert für berufliche Tätigkeiten, die mit traumatischen Situationen verbunden sein können: z. B. Patienten- und Klientensuizide in Kliniken oder betreutem Wohnen, Tod durch exzessives äußeres Verbluten im Hospiz, zutiefst beschämende verbale Übergriffe von Heimkindern gegenüber Erziehenden. Mitarbeitende werden auch Opfer von Angriffen, die selbst erfahrene, gut ausgebildete Profis aus der Bahn zu werfen drohen: Mobbing, Stalking, Geiselnahme, schwere Körperverletzung, u. ä. Auch außerberufliche traumatische Biographie-Ereignisse können unvorhersehbar in Beratungsszenen ‚einfallen’ – im wahrsten Sinne des Wortes: Bei der Arbeit in einem Familienunternehmen wird von einem Familienmitglied ein langjährig verdrängtes und geheim gehaltenes traumatisches Ereignis erinnert, die Beratungsszene wird unerwartet durch einen emotionalen Dammbruch ‚überflutet’.
Daneben gibt es die Situationen, in denen Mitarbeitende am traumatischen Erleben ihrer Klienten oder Kollegen beteiligt werden und eventuell so stark damit in Berührung kommen, dass die sekundäre / indirekte Traumatisierung einsetzt mit vergleichbarer Symptomatik wie bei den direkt Betroffenen. Auch Supervidierende können in der weiteren Folgewirkung in den emotionalen Sog des Geschehens geraten mit entsprechenden Auswirkungen (tertiäre Ebene).
Müssen Supervidierende nun traumatherapeutische Verfahren beherrschen? Welche fachlichen Kenntnisse und Kompetenzen benötigen sie selbst, wenn Traumatisches an Sie herangetragen wird?
Um sprachlichen oder inhaltlichen Verwirrungen vorzubeugen, sei zunächst zwischen verschiedenen Dimensionen zu unterscheiden:

- Was wird unter einem primären (direkten) traumatischen Erlebnis verstanden?
- Wo verläuft die Grenze zum sekundären (indirekten) oder gar tertiären traumatischen Erleben?
- Was gehört in den Rahmen von Supervision, was nicht?

Als Grundlage gemeinsamen Verständnisses über traumatisches Erleben beziehe ich mich auf die Ausführungen von Lammer (2009):

> „Der griechische Begriff trauma bedeutet Verletzung. Ein Psychotrauma ist eine psychische Verletzung, die durch extremen psychischen Stress entsteht. Traumatisierung ist also eine Stressreaktion auf belastende Ereignisse.“ (Lammer 2009, S.3).

Wie kann es bei belastenden Ereignissen zu so extremem psychischen Stress kommen? Die Belastung wird zunächst ausgelöst durch die Wahrnehmung eines Ereignisses, das als existenziell bedrohlich für sich selbst oder für eine andere Person eingestuft wird. Damit kann folgender Prozess einhergehen:

> „In Sekundenbruchteilen entscheidet das Reptilienhirn (=Stammhirn), ob Sie angreifen oder fliehen, je nachdem, ob Sie sich für über- oder unterlegen halten. Ist beides nicht möglich, erstarren Sie und erleiden wehrlos das Geschehen. Diese Situation, wenn jemand weder kämpft noch flieht, sondern in Hilflosigkeit erstarrt, ist es, in der Traumatisierung entsteht.“ (Lammer 2009. S.4).

Ob ein Ereignis traumatisch erlebt wird, lässt sich also nicht am Ereignis selbst fest machen, sondern daran, wie die erlebende Person die auslösende Situation subjektiv wahrnimmt (Gefahrenpotential, Schädigungsgrad), und welche Lösungs- / Handlungsmöglichkeiten die erlebende Person subjektiv zur Verfügung hat.
Das traumatische Erleben kann sich sowohl auf eine gegen sich selbst gerichtete existentielle Bedrohung oder Schädigung beziehen, oder auf das direkte Miterleben der Bedrohung und Schädigung, die sich gegen andere Person richtet.

> „Die Anlässe, auf die Menschen am häufigsten mit Traumatisierung reagieren, sind: alle Formen von Gewalt, auch sexualisierte Gewalt, Unfälle und die Beobachtung von Gewalt und Unfällen.“ (Lammer 2009. S. 3).

Solche Prozesse werden im Folgenden als „Primäre Traumatisierung“ bezeichnet. Im Unterschied zur Begriffskombination „direkt / indirekt“ (die dasselbe meint) greife ich lieber auf die Begriffe „primäre“, „sekundäre“, tertiäre“ Traumatisierung zurück, weil diese in zeitlicher Abstufung die einsetzende Kettenreaktion beschreiben, um die es vorrangig geht. Sie weisen auch darauf hin, dass die Stärke der Symptomatik abnimmt, je größer der zeitliche und räumliche Abstand zum primären Geschehen ist. Diese Regel greift allerdings nicht, wenn sich die sekundäre Traumatisierung chronifiziert und zu einem posttraumatischen Belastungssyndrom (PTBS) entwickelt. In solchen Fällen wären die Merkmale des PTBS zu benennen und darauf hin zu wirken, dass eine psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen wird. Die Frage, ab wann von Trauma oder Traumatisierung gesprochen werden ‚darf’, wie viele Symptome genau in welcher Ausprägung vorhanden sein müssen, ist hier nachrangig. In der supervisorischen Arbeit ist das Phänomen ausgeprägter Hilflosigkeit bzw. auffällig veränderten Verhaltens das Indiz – ausgelebt in sehr extrovertierter oder introvertierter Form. (dazu s. u. die Praxisbeispiele).

Im Primärvorgang gibt es zwei Möglichkeiten, wie die psychische Belastung entstehen kann: Sowohl durch das unmittelbare Erleben einer physischen oder psychischen Grenzverletzung an der eigenen Person, oder durch das Miterleben einer solchen Grenzverletzung an einer anderen Person. Bereits hier wird deutlich, dass sich Erlebnisse über Wahrnehmungsprozesse auf andere Personen übertragen können! Wenn hier von Übertragungen die Rede ist, sind damit nicht die Übertragungen und Gegenübertragungen aus der psychoanalytischen Begrifflichkeit gemeint, obwohl es Überschneidungen geben kann – das Praxisbeispiel 2 wird dies veranschaulichen. Wie diese Übertragungsprozesse erklärt und belegt werden können, zeigen jüngere Forschungsergebnisse und Publikationen aus den Neurowissenschaften (z. B. Bauer 2006).
Von sekundärer Traumatisierung ist dann zu sprechen, wenn Personen betroffen sind, denen weder direkt selbst die psychische oder physische Schädigung widerfahren ist, noch die eine solche an jemand anderem unmittelbar beobachtet haben. Der sekundäre Prozess vollzieht sich meist über den direkten, zeitversetzten Kontakt mit Menschen, die primär traumatisiert wurden, durch deren Erzählungen oder durch nonverbales Übermitteln und Aufnehmen von emotionalen Zuständen. Wenn sekundär betroffene Personen ihrerseits das Aufgenommene verbal oder nonverbal weitergeben – z. B. in Supervision – wird eine dritte Ebene eröffnet, auf der es in seltenen Fällen sogar zu einer tertiären Traumatisierung kommen kann (bei Supervidierenden oder Teilnehmenden einer Supervisionsveranstaltung).
Die tertiäre (supervisorische) Ebene stellt den Lernraum für ein Modell, das teilweise primäres, überwiegend sekundäres Erleben aus der Sphäre der Hilflosigkeit und den damit verbundenen destruktiven Bewältigungsversuchen in eine diagnostische und strukturelle Einordnung führt. Dabei geht es im Kern um die Integration der Gefühle, die die Seele aufgrund der subjektiv empfundenen Unerträglichkeit aus dem Spektrum des gewohnten realitätsbezogenen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsrepertoires ‚ausgelagert' hat. Dieser Vorgang ist eingekleidet in das Repertoire trauma-typischer Symptombildung: Aufrechterhalten der körperlichen Alarmreaktionen, starke Angst und Aggression, fragmentierte Wahrnehmung, Intrusion oder Dissoziation (Lammer 2009, S. 4 f.). Um eine wirksame Integrationshilfe zu bieten, gilt es zu explorieren, was genau abgespalten wurde. Es geht um das Identifizieren der fokalen Themen, die mit der sekundären Traumatisierung verbunden sind – bewusst oder unbewusst. Dabei lassen sich aus langjähriger supervisorischer Praxis mindestens drei fokale Themenkomplexe benennen:

1. berufliche Realität,
2. delegierte Gefühle,
3. real-potentielle Überforderung.

(s. zusammenfassende Abbildung 1)

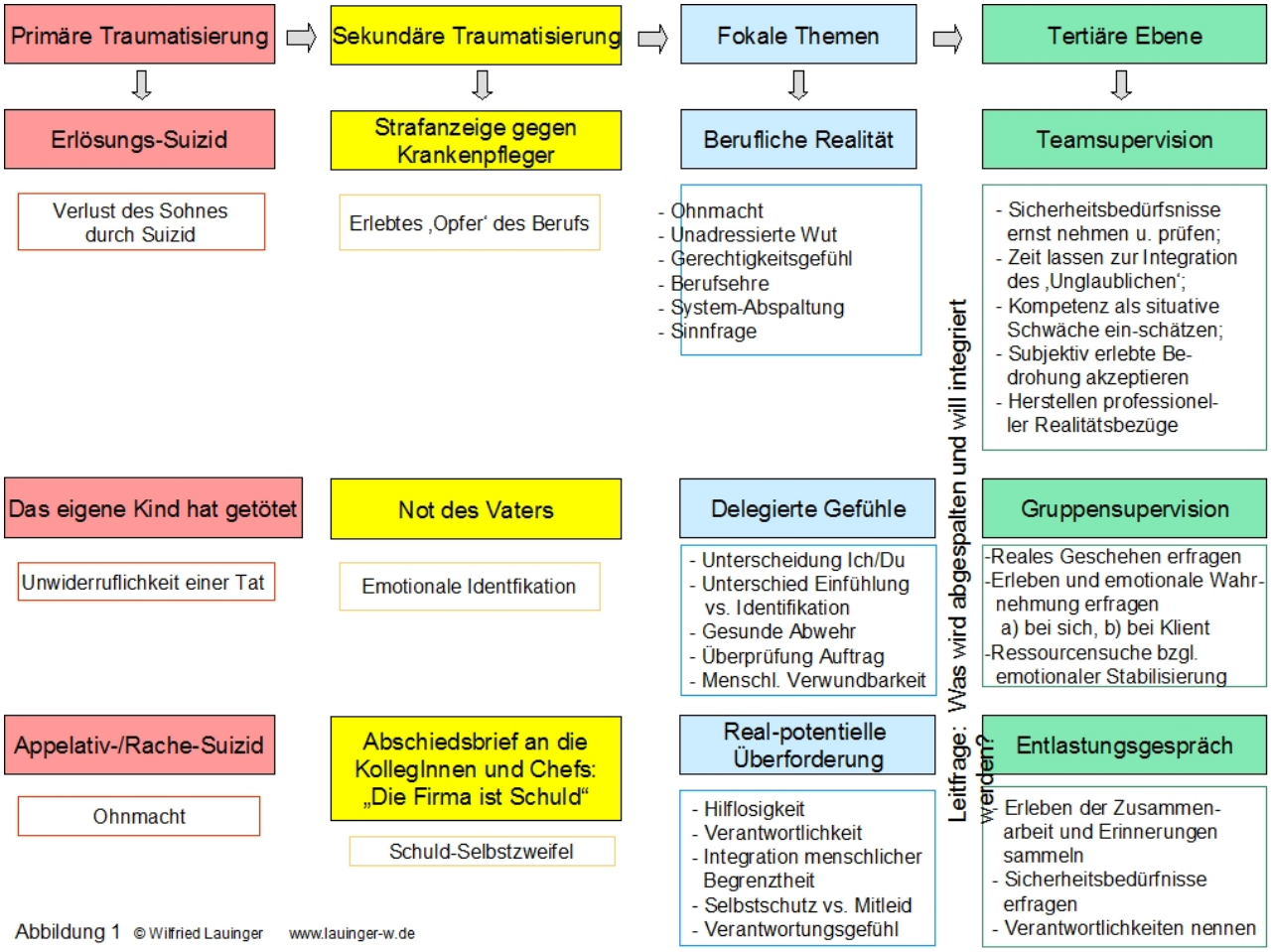


Abbildung 1 © Wilfried Lauinger www.lauinger-w.de

Diese Differenzierung ist notwendig, weil sich daraus unterschiedliche Indikationen für das Interventionsverhalten der Supervidierenden bzw. die Lern- und Bildungsziele der Supervision bei der Durcharbeitung der eingebrachten Praxisfälle ergeben. Die folgenden Praxisbeispiele zeigen, wie sich im klassischen supervisorischen Lernraum die Sequenz von der primären zur sekundären Traumatisierung darstellen kann, und welche Interventionsvarianten sich modellhaft für die tertiäre Ebene ergeben.

1. Fallbeispiel: Die Strafanzeige

Im Rahmen der Teamsupervision auf einer geschlossenen psychiatrischen Akutstation berichten die Mitarbeitenden zu Beginn der Sitzung, dass sich vor einiger Zeit ein Patient auf der Station das Leben genommen hatte. Er war wiederholt eingewiesen worden, weil er seit langer Zeit gegenüber seiner Umgebung verbalisierte, dass er seine chronische psychische Erkrankung nicht mehr aushalten könne und seinem Leben ein Ende setzen wollte. Diese Absicht hatte er bereits mit mehreren massiven, sorgfältig geplanten Suizidversuchen unterstrichen (u. a. auch während der Unterbringung in einer anderen stationären Einrichtung). Trotz umfangreicher prophylaktischer Maßnahmen konnte der Patient während Reparaturarbeiten an den Sicherheitsfenstern der Station eine minimale, nicht absehbare Lücke im Arbeitsablauf nutzen und sich in einem unbeobachteten Moment aus dem dritten Stock stürzen.

Alle Mitarbeitenden berichten überzeugend, dass das klinikinterne Unterstützungssystem sehr gut gearbeitet habe. Sie hätten sich durch Vorgesetzte und Kollegenschaft gut unterstützt gefühlt, und es gebe keinerlei Schuldvorwurf. Die Situation sei sorgfältig untersucht und ausführlich dokumentiert worden, auch die Kontrollinstanz des Trägerverbandes habe keinerlei Vorwurf erhoben und ggf. Unterstützung angeboten. Der Supervisor nimmt keine Signale auf, die in Richtung mangelnder Reflexionsarbeit und schuldabweisender Selbstentlastung zeigen.

Während des Gesprächs fällt dem Supervisor auf, dass sich der Leitende Pfleger der Station ungewohnt ruhig und zurückgezogen verhält. Es handelt sich um einen langjährig erfahrenen Fachpfleger, der sonst mit Ruhe und Humor, aber dennoch fachlich-kompetent, viele Situationen meistert und für seine Souveränität sehr geschätzt wird. Persönlich vom Supervisor angesprochen, sagt er, dass trotz aller Bemühungen und Erklärungen die Eltern des Verstorbenen Strafanzeige gegen ihn erstattet hätten und die Staatsanwaltschaft gegen ihn ermitteln würde, da er zum Zeitpunkt des Suizids anwesend war. Die Eltern würden ihm jeglichen Kontakt verweigern, auch die Klinikleitung bemühe sich vergeblich um Verbindung.

Auf Nachfrage nach seinem Befinden erzählt er, er habe Mühe, seinen Dienst zu verrichten, wäre auch privat sehr zurückgezogen und schweigsam, vermeide sogar mittlerweile, seine Post aus dem Briefkasten zu holen und zu öffnen. Er habe bereits einige Patientensuizide miterlebt, eine solche Situation kenne er jedoch nicht. Er komme nicht damit zurecht, angeklagt zu sein und auf nicht absehbare Zeit mit dem Damoklesschwert eines Strafverfahrens leben zu müssen. Es sei für ihn einfach Alles unglaublich und er habe nie damit gerechnet, in eine solche Situation zu geraten. Dem Supervisor fällt auf, dass in der Erzählung des Pflegers ein sarkastisch-resignierter Ton dominiert.

Oberflächlich betrachtet könnte man annehmen, dass eine primäre bis sekundäre Traumatisierung vorliegt, verbunden mit dem Suizid eines Patienten als auslösender Situation. Das primäre traumatische Ereignis, das dann in Folge den Pfleger erreicht, bestünde im Tod des Patienten während seines Dienstes. Dagegen spricht, dass der Pfleger sich in einer hilflos-ohnmächtigen Situation erlebt, die er in anderen Fällen von Patientensuizid so noch nie erlebt hat. Der primäre, auslösende Teil ist also dort zu finden, wo die Eltern ihren Zorn, ihre Hilflosigkeit, ihre verschobenen Schuldgefühle und ihre nicht gelebte Trauer angesichts des Verlustes ihres Kindes in Form der Strafanzeige gegen den Pfleger aggressiv agieren. Das Trauma der Eltern initiiert nicht nur einen Sekundärprozess, sondern erzeugt auch eine primäre Komponente, da die Eltern mit der Anzeige einen realen Angriff starten in der Absicht, den Pfleger als - aus ihrer Sicht - zu bestrafenden Schuldigen zu schädigen. Im Sekundärprozess gerät der Pfleger spiegelbildlich in eine Situation, die von Zorn, Hilflosigkeit und Nicht-Akzeptanz geprägt ist. Er erlebt die Strafanzeige als faktische Bedrohung, obwohl die gesamte Umgebung (incl. der ermittelnden Beamten) ihm sagen oder signalisieren, dass es mit höchster Wahrscheinlichkeit nach Lage der Dinge nicht zu einer Anklageerhebung kommen würde. Der Hinweis auf das Vorliegen eines traumatischen Erlebens liegt neben dem ungewöhnlichen Verhalten des Pflegers darin, dass sich seine Wahrnehmung auf das Bild der Anklagebank reduziert, er die Situation nicht mehr angemessen einschätzt, sondern das Bedrohungsgefühl sein gesamtes Leben dominiert. Er befindet sich emotional in der oben beschriebenen traumabildenden Situation, weder in den Gegenangriff gehen zu können (wie und gegen wen?), noch sich durch Flucht entziehen zu können (wohin?). Und er erlebt eine Erschütterung mehrer Grundannahmen, aus denen sich das menschliche Welt- und Selbstverständnis bildet: der Grundannahme des Wohlwollens, der Sinn- und Bedeutungshaftigkeit sowie des Selbstbildes (vgl. (Andreatta / Unterluggauer 2010, S.52 f.).

Was sind in diesem Beispiel fokale Themen?

- Ohnmacht: Wie geht der ansonsten sehr handlungsorientierte Mitarbeiter damit um, dass er hier ‚nichts machen' kann?
- Zorn, der niemanden treffen kann: Wohin damit, wenn sich die Adressaten entziehen?
- Gerechtigkeitsempfinden: Er hat sich in der Prophylaxe höchsten Standards verpflichtet und diese stets nach allen Seiten hin übermittelt – er fühlt sich als Person in seiner Professionalität verkannt und zu unrecht angeklagt.
- Verletzung der Berufsehre: Wie kann man ausgerechnet ihm, der er sich mit vollem Einsatz der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Lebens und der Gesundheit verschrieben hat, einen solchen Vorwurf machen?
- Systemabspaltung: Der ansonsten hoch qualifizierte Fachpfleger hat sich offenbar nie mit der Tatsache beschäftigt, dass die Möglichkeit, in eine strafrechtliche Ermittlung zu geraten, fester Bestandteil seiner beruflichen Realität und des gesellschaftlich verankerten Rechtssystems ist.
- Sinnfragen: Wozu anderen Menschen helfen, wenn das der Dank dafür ist?

Was ergibt sich daraus für das methodische Interventionsverhalten in der Supervision?

- Zunächst gilt es, alle die oben genannten Themen, Gefühle und Gedanken ‚zulässig' werden zu lassen, d. h. sie ggf. selbst auszusprechen und damit besprechbar zu machen. Das Betonen der Wahrscheinlichkeit, dass die Strafanzeige nicht zu einer Anklageerhebung führen wird, ist eher eine wohlmeinende Rationalisierung als eine Stütze für den betroffenen Pfleger. Er kann es so noch nicht einordnen, deshalb bedarf es der Unterstützung durch den Supervisor im Sinne von Einfühlungsangeboten, die in das Team gegeben werden: „Wie würde es mir gehen, wenn mich so etwas treffen würde?"
- Die Sicherheitsbedürfnisse des Pflegers dürfen nicht als unrealistische Panikmache abgetan werden, sondern sie sollten als verständliche, objektiv bedrohte Bedürfnisse zugestanden werden – ungeachtet aller Vorhersagen.
- Damit Unglaubliches in die Realität integriert werden kann, bedarf es Zeit. Der Supervisionsraum bietet die Chance, Gefühle des Zorns, der Ohnmacht und der Ungerechtigkeit auszuleben, ohne in die naheliegenden Gegenentwertungen gegenüber den Aggressoren oder den Ermittlern zu verfallen.
- Für den Leitenden Pfleger kann es auch hilfreich sein zu erkennen, dass seine starkes Erleben von Hilflosigkeit die Kehrseite (s)einer hohen Kompetenz ist: Er besitzt eine schnelle Auffassungsgabe für komplexe Situationen im Stationsalltag, und er verfügt über ausgeprägte Handlungsressourcen. Auf genau diese Kompetenzen kann und darf er jetzt nicht zurückgreifen, was ihn auf eine harte Probe stellt – für diese Situation benötigt er andere Fähigkeiten.
- Auf Grundlage von Einfühlungsangeboten und dem gebotenen Raum für das emotionale Erleben des Einzelnen und der Teammitglieder bietet Supervision zu geeigneter Zeit durch das Berücksichtigen struktureller und kognitiver Aspekte eine hilfreiche Stützfunktion und ein bedeutendes Lernfeld. Professioneller Realitätsbezug beinhaltet z. B. zu wissen, dass alle Mitarbeitenden potentiell immer Objekt abgewehrter Schuld- und Ohnmachtsgefühle von Angehörigen und Patienten sind. Dies hin und wieder erleben zu müssen, gehört nicht nur zu den Risiken des Berufs, sondern im therapeutischen Sinne zu seiner Funktion und Sinnhaftigkeit. Das exemplarische Verstehen solcher Vorgänge gehört ebenso zur fachlichen Qualifikation wie das Wissen um die Wirkung von Medikamenten oder die Phänomenologie psychischer Erkrankungen.
- Professioneller Realitätsbezug beinhaltet die Akzeptanz eines Rest-Zweifels, dass tatsächlich eigene Versäumnisse vorkommen können, dass es in der helfenden Tätigkeit nicht möglich ist, ‚unschuldig' zu bleiben (auch wenn es in der vorliegenden Situation keine Hinweise auf ein schuldhaftes Versäumnis gibt).
- Zum professionellen Realitätsbezug gehört ebenfalls ein Wissen darüber, welche Schritte im juristischen Verfahrensablauf unaufhaltsam eintreten, wenn der ‚Auslöseknopf Strafanzeige' einmal

gedrückt wurde – völlig unabhängig von der betroffenen Person und den realen Geschehnissen. Niemand kann dieses Räderwerk anhalten, bevor bestimmte Abläufe erfolgt sind. Pflegekräfte sollten diese Vorgänge kennen und als Tatsachen glauben, damit sie nicht unvorbereitet in eine „unglaubliche" Situation geraten. In der Berufsausbildung von Pflegekräften wurde dieses Thema lange Zeit wenig bis gar nicht berührt, für Supervision ergibt sich damit ein weiterer Bildungsauftrag.

2. Fallbeispiel: Die Not des Vaters

Für die Mitarbeitenden eines Trägers der ambulanten Jugendhilfe finden monatlich Gruppensupervisionen statt. Gegen Ende einer Sitzung erzählt eine Familienhelferin, Frau B., dass sie seit einem halben Jahr den Vater eines 10-jährigen Jungen betreut, der durch Zündeln den Tod einer ganzen Familie verursacht hat. Der Träger bzw. Frau B. wurden direkt nach der Brandkatastrophe vom Jugendamt mit der Betreuung des Jungen und seines alleinerziehenden Vaters beauftragt. Kurz darauf wurde der Junge in einer stationären Jugendhilfe-Einrichtung untergebracht, die ambulante Jugendhilfe-Maßnahme war somit offiziell beendet. Frau B berichtet, dass sie den Vater seither auf dessen Wunsch hin wöchentlich auf der Fahrt zu seinem Sohn in die Jugendhilfeeinrichtung „ehrenamtlich" begleite. Er habe sie darum gebeten, mitzufahren, mit dem Sohn und den Erziehenden spreche er dann allein. Sie schildert den Vater als einen „Macher-Typen", sehr gefasst, „fast mechanisch" organisiert und immer wieder alle möglichen Perspektiven durchspielend. Wenn sie in seiner Nähe sei, könne sie ihm gut zuhören und ohne Weinen begleiten – sie habe dabei keine starken Gefühle.

Beim Erzählen weint Frau B. unentwegt. Mit fast erstickter Stimme schildert sie, dass alle bisherige fachliche Begleitung durch die Vorgesetzten und eine Psychologin nach dem Ereignis keine Hilfe gewesen seien. Sobald sie sprechen will oder soll, werde sie von Tränenausbrüchen überflutet und könne nicht mehr klar denken. Auch in ihren Träumen tauchen immer wieder Szenen auf, in denen der Vater und/oder der Junge die Hauptrolle spielen.

Der Supervisor wird beim Zuhören von heftigsten Insuffizienzgefühlen befallen, hofft, dass die Sitzung bald zu Ende ist und erwägt ernsthaft, einen stadtbekannten hauptamtlichen Notfallseelsorger anzurufen und sich methodischen Rat über den Umgang mit traumatisierten Menschen einzuholen. In der Gruppensupervision selbst veröffentlicht er seine eigenen Überforderungsgefühle nicht, sondern bietet an, in der nächsten Sitzung oder ein einem Einzelgespräch weiter über die Situation zu sprechen und nach Möglichkeiten zu suchen, was für Frau B. jetzt stützend und hilfreich sein könne.

Er bespricht die Szene nicht mit dem Notfallseelsorger, sondern in seiner Kontrollsupervision. Nach gründlicher Reflexion und mit wieder erlangter Energie fühlt er sich gut vorbereitet auf die nächste Sitzung. In der nächsten Gruppensupervision berichtet Frau B. direkt zu Beginn aufgeräumt-erfreut,

dass sich ihr Problem gelöst habe: Sie fahre jetzt mit dem Vater nicht mehr mit, habe gemerkt, dass das gar nicht ihre Aufgabe sei. Jetzt sei alles schon ganz weit weg.
Auf die Frage, wie sie denn auf die Idee gekommen sei, erzählt sie, dass es ihr selbst in den schwierigsten Momenten ihres Lebens immer geholfen habe, den Kopf eingeschaltet zu lassen und vernünftig zu bleiben. Weinen zu müssen, sei für sie immer ganz schlimm gewesen, sie habe dann überhaupt nicht mehr richtig denken können. Die Frage, was für sie selbst jetzt gut wäre, habe sie sich nie gestellt. Erst nach der letzten Supervision sei sie dem Thema nachgegangen, was sie denn jetzt wohl brauchen würde. In der Nachbesprechung sagt Frau B: „Mir fällt auf, der Vater verhält sich so, wie ich es sonst in schlimmen Krisen tue, deshalb konnte ich es gut mit ihm. Die anderen um mich herum sind es, die dann immer heulen…".

Zwei Formen der Reaktionsbildung lassen sich beobachten: Die direkte Sphäre um den Vater herum ist stark dissoziativ geprägt, im räumlichen Abstand zu ihm treten bei der Helferin eher Intrusionsphänomene auf. Die sekundäre Traumabildung ist nicht an die Brandkatastrophe als primäres Ereignis gebunden. Die Helferin hat diese nicht direkt mit erlebt, und sie thematisiert sie auch kaum. In allen vorherigen Gesprächen richtete sich die Aufmerksamkeit ihrer Gesprächspartner stets auf die Brandkatastrophe, das Schicksal der umgekommenen Familie und des Jungen. Primärer Auslöser und Hauptbelastungsfaktor für die Helferin ist jedoch das Trauma des Vaters. Er muss damit leben, dass sein Kind unwiderruflich zum Täter geworden ist, ohne dass er und sein Sohn daran etwas ändern oder wieder gut machen können.
Der Vater fragt nicht, wie er mit seinem Sohn sprechen und umgehen soll, sondern nur, was denn nun geschehen würde und was möglichst getan werden muss. Fassungslosigkeit und Trauer sind betäubt und erwachen – in räumlichem und zeitlichem Abstand zum Vater - in Delegation bei der Familienhelferin. Im Sekundärprozess wird diese im wahrsten Sinne des Wortes von den abgespaltenen Gefühlen ebenfalls zunächst mit betäubt, dann überschwemmt. Interessant ist dabei, dass im Prozess von Übertragung und Gegenübertragung zwischen Vater und Frau B. bei ihr genau der Abwehrmechanismus aktiviert wurde, der in schwierigen Situationen ihre wichtigste Ressource zum Überleben darstellt. Dieser ermöglichte ihr, dem Vater eine Stütze sein zu können. Im tertiären Bereich schwinden dem Supervisor ebenfalls zunächst die Kräfte. Die Fähigkeit zur Differenzierung und das Reflexionsvermögen sind stark beeinträchtigt und werden erst in zeitlichem und räumlichem Abstand zur Supervisionssitzung wieder belebt. Dennoch hat auch der Supervisor – um Fassung ringend und ohne es zu ahnen - eine Intervention getätigt, die die Supervisandin entlastet und ihr einen Zugang zu sich selbst ermöglicht hat.

Welche fokalen Themen bieten sich an?

- Unterscheidung von Einfühlung und Identifikation, zwischen dem Ich und dem Du
- Unterscheidung zwischen dem eigenen Leben und dem Schicksal des Klienten
- Intrapsychische Abwehr als Ressource und Gefährdung
- Selbstanspruch und Schutzfunktion der Auftragsbegrenzung
- Menschliche Verwundbarkeit als Teil des Lebens

Auf der tertiären Ebene der Gruppensupervision können für solche Konstellationen folgende Interventionsstrategien hilfreich sein:

- Ein zugewandtes Befragen des realen Geschehens kann - anders als das Dissoziieren - eine stützende Distanz zur Szene bringen. Was genau hat die Supervisandin am Verhalten und im Ausdruck ihres Klienten beobachtet? Wie interpretiert sie das? Wie sind ihre eigenen Gefühle, Empfindungen, Assoziationen, während sie den Klienten erlebt? Wie erlebt sie sich selbst – im Vergleich zu ihren sonstigen Verhaltensweisen?
- Zur Unterscheidung zwischen dem Ich und dem Du tragen auch folgende Fragen bei: „Wozu fühlen Sie sich veranlasst, verführt, genötigt? „Sind diese Anforderungen geäußert worden oder nur vermutet?" „Was genau ist ihre Aufgabe?" „Wofür fühlen Sie sich verantwortlich?"
- Wenn deutlich wird, dass im Einsatz, im Kontakt mit Klienten, eigene Gefühle unterdrückt wurden, so gilt es, dieses Abwehrverhalten als bedeutende und rettende Ressource zu würdigen und so zu benennen. Abwehrmechanismen wirken nur dann ungesund, wenn das eigene Erleben im Rückzug endet, wenn es nirgendwo mehr thematisiert wird. Somit leistet Supervision durch Aufklärung über die Wirkungsweise von Abwehrmechanismen einen berufsbezogenen psycho-edukativen Bildungsbeitrag.
- Das aufklärende Erfragen mag vordergründig unempathisch erscheinen, aber im Umgang mit sekundärer Traumatisierung gilt es mit der Empathie sparsam umzugehen; Empathie ist für die Supervisanden in der Begegnung mit Traumatisierten genau der Port, über den sie das Trauma aufgenommen haben und ggf. weitergeben. Im zugewandten, aber nicht ausgeprägt empathischen Verhalten der Supervidierenden können Mitarbeitende ein Modell erleben und erlernen, wie die Grenze zwischen Einfühlung und Identifikation gehalten werden kann.
- Nicht zuletzt kann in der Supervision ein zeitlich begrenzter Raum entstehen zu ansatzweisem „posttraumatischem sekundärem Wachstum":
  „Rollenbezogen können neue Grundannahmen die Erkenntnis beinhalten, dass trotz beruflicher Höchstleistung Leid nicht zu verhindern bzw. Leben nicht zu retten ist. Es kommt zu einer Korrektur unrealistischer Erwartungen. Helfer können erkennen, dass sie selbst verletzlich sind, und somit die Grenzen ihrer Möglichkeiten besser einschätzen. Gibt es Lücken in der professionellen Distanz, z.B.

durch Augenblicke emotionaler Überwältigung, kann die Erfahrung, trotzdem handlungsfähig zu bleiben, oder auch die Kontrolle über die Situation und sich selbst innerhalb kürzerer Zeit wiederzuerlangen, positiv sein“ (Andreatta / Unterluggauer 2010, S. 57):

3. Fallbeispiel: Der Abschiedsbrief

In der Hauptverwaltung eines großen Traditionsunternehmens der Versicherungsbranche mit ca. 600 Beschäftigten kommt es in einer Abteilung immer wieder zu Schwierigkeiten mit einer ca. 50-jährigen Mitarbeiterin, Fr. M. Sie beklagt sich über mangelnde Wertschätzung des Chefs, erhebt Mobbing-Vorwürfe gegen ihre Kolleginnen sowie gegen Mitarbeitende anderer Abteilungen. In den vergangenen 14 Jahren ihrer Beschäftigung im Unternehmen ist Frau M. bereits fünf mal versetzt worden, teils auf eigenen Wunsch, teils gegen ihren Willen, weil es auch in anderen Abteilungen immer wieder zu ähnlichen Konflikten gekommen ist. Alle bisherigen internen Unterstützungsmaßnahmen wie Mitarbeitergespräche, Teamgespräche, Sozialberatung, Förderung durch die Betriebsärztin bei der Beantragung von Kuraufenthalten und psychotherapeutischer Behandlung haben keine spürbaren Veränderungen bewirkt.

Eine andere Mitarbeiterin derselben Abteilung, Frau Z., hatte sich vor 5 Jahren wegen anhaltender Depressionen das Leben genommen, nachdem sie diese Absicht über viele Monate weg immer wieder offen angedeutet hatte. Diese Mitarbeiterin wurde vom Unternehmen trotz vieler Krankheitszeiten sehr schonend behandelt und von den Kolleginnen bei der Arbeit nach Kräften unterstützt.

Eines Tages erscheint Frau M. nicht zur Arbeit. Um die Mittagszeit ruft die Tochter von Frau M. im Büro an und teilt mit, ihre Mutter habe sich umgebracht und einen Abschiedsbrief hinterlassen, adressiert an „Meine Chefs und Kolleginnen“ in dem nur ein Satz stünde: "Die Versicherung ist schuld". In der Abteilung lassen sich sofort 2 Mitarbeiterinnen krank schreiben. Bei den anderen herrscht während der Arbeit überwiegend lähmendes Schweigen.

Die Personalabteilung übermittelt dem Supervisor den Wunsch des Abteilungsleiters, ein gemeinsames Gespräch mit den 12 Mitarbeitenden der Abteilung zu moderieren, in dem das Geschehen aufgearbeitet werden soll.

Hier handelt es sich um eine Situation, in der eine sekundäre Traumatisierung auftritt durch „das Wissen über ein traumatisches Ereignis, das andere Personen erlebt haben“ (Andreatta / Unterluggauer 2010, S. 48). In dem jahrelangen, relativ engen Bürokontakt mit den latent und später manifest suizidalen Kolleginnen haben sich mit großer Wahrscheinlichkeit biographisch gelagerte traumatische Erlebnisse verbal oder non-verbal übermittelt. Das Beispiel zeigt, dass sekundäre Traumatisierung nicht nur ein an Helferberufe gebundenes Risiko darstellt, sondern auch in anderen Bereichen des täglichen Lebens auftreten kann.

Anhand der Szene wird deutlich, welche Bedeutung der sachlichen und strukturellen Einordnung trauma-bildender Prozesse zukommt, damit Personen nicht auf Dauer verunsichert oder gar geschädigt werden. Für die Mitarbeitenden der Abteilung selbst, aber auch für das Umfeld, drängt sich geradezu der Verdacht auf, dass in dieser Abteilung besonders schlimme Verhältnisse herrschen müssen, wenn sich zwei Mitarbeitende in zeitlich relativer Nähe umbringen (5 Jahre sind für das Trauma-Gedächtnis nicht viel). Und selbst wenn das Umfeld dies nicht denken sollte, so spielt diese mögliche Fremdbewertung in der Phantasie der Mitarbeitenden eine erhebliche Rolle, obwohl zwei wesentliche Sachverhalte dem deutlich widersprechen: Es gibt in der Abteilung wenig personelle Fluktuation, und auf frei werdende Stellen gibt es wegen der bekanntermaßen hohen Kollegialität in der Abteilung viele interne Bewerbungen.

Im Entlastungsgespräch zeigen sich folgende fokale Themen:

- Hilflosigkeit und versteckter Zorn der Mitarbeitenden und Vorgesetzten angesichts des Schuldvorwurfs
- Schutz- und Verantwortlichkeitsfragen sowohl in Bezug auf die jahrelange emotionale und sachliche Über-Belastung der Kollegenschaft und in Bezug auf die Fürsorgepflicht gegenüber der Mitarbeiterin Frau M. – evtl. auch Frau Z.
- Verantwortungsfragen in Bezug auf eine mögliche Verhinderung des Suizids bzw. der Suizide.
- Ambivalentes Fühlen und Verhalten zwischen Selbstschutz einerseits und Mitgefühl gegenüber Frau M und Frau Z.

Die Vorinformationen der Personalabteilung geben wichtige Hinweise für das Interventionsverhalten im Abteilungsgespräch:

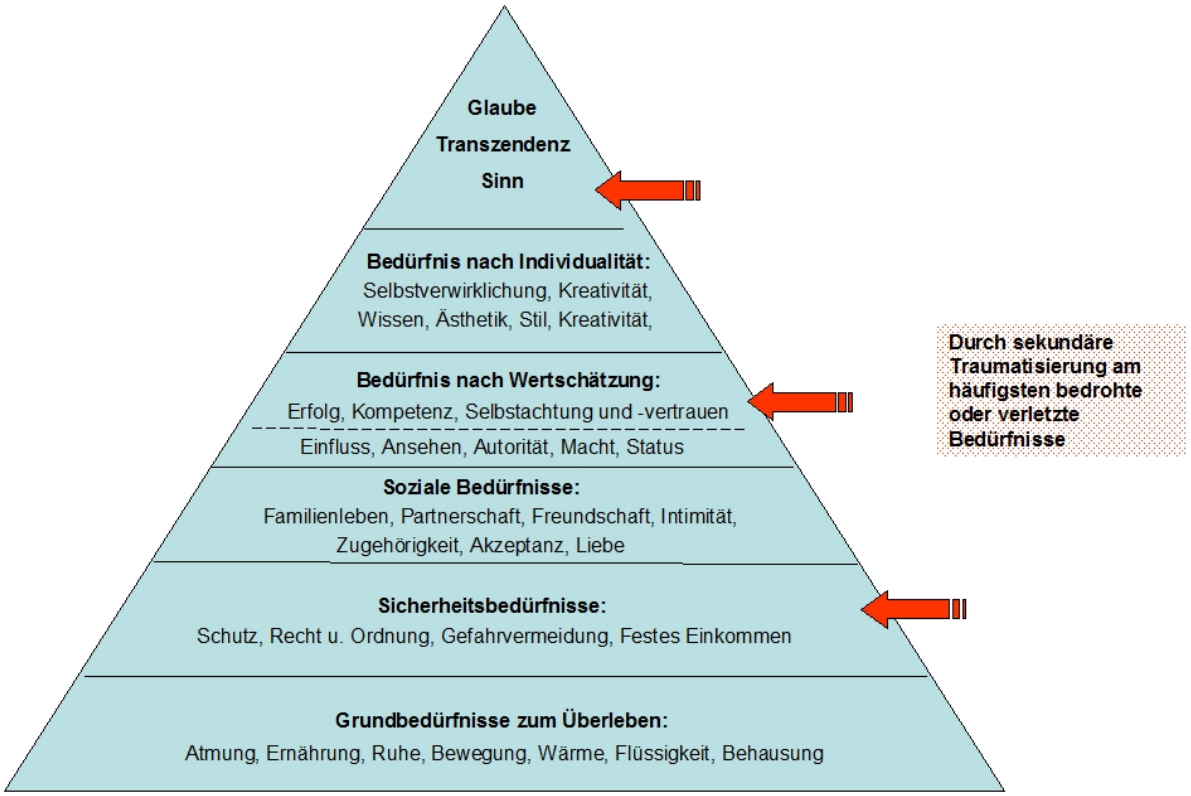
- Da die Szene durch Schuldfragen, einen massiven Fremdvorwurf und zu vermutende Selbstvorwürfe extrem kontaminiert ist, gilt es von supervisorischer Seite, eine unaufgeregt-wohlwollende Atmosphäre zu schaffen, die zum Schildern der Ereignisse in der jüngsten Gegenwart, der jüngeren Vergangenheit sowie der gesamten Zeit der Zusammenarbeit mit Frau M. einlädt (Reihenfolge!). Anders als bei anderen sekundär-traumatischen Ereignissen gilt es in diesem Fall, vorsichtig, aber auch möglichst schnell auf eine sachliche Überprüfung der schwebenden Vorwürfe zuzugehen: „Ich begebe mich gemeinsam mit dem Betroffenen auf einen begrenzten Wegabschnitt. Hilfreich sind dabei Informationen, was sich wo und wie abgespielt hat. Aber nur gesicherte Informationen weitergeben! Diese können zu Eckpunkten für das emotionale Gedächtnis werden und ein Stück Sicherheit durch neue, mögliche Orientierungen geben" (Lewek 2010, S. 30).
- Supervisorische Aufgabe in solchen Situationen ist es, den immerwährenden Konflikt zwischen Personengemeinschaft und Leistungsgemeinschaft in einem Unternehmen zu erklären: Wie ist es, wenn man einerseits jemandem nichts böses will, sich gleichzeitig durch dessen Ausfälle oder emotional

belastendes Verhalten in der eigenen sachlichen und/oder emotionalen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt fühlt? Welche Anforderungen ergeben sich daraus für die Personen, für die Gruppe, für die Leitungspersonen? Die beispielhafte Beschreibung solcher Prozesse hat konfrontierende Anteile, sie ist aber unvermeidlich, wenn das darin enthaltende Entlastungsangebot seine Wirkung entfalten soll. Dazu gehört auch eine anschauliche Beschreibung des inneren Konfliktes zwischen ernst-nehmen der eigenen Bedürfnisse und damit verbundener Konfrontation des ‚schwachen' Gegenübers. Ebenso angezeigt ist die Beschreibung der Kehrseite der Konfliktvermeidung: Dabei werden weder die eigenen Bedürfnisse ernst genommen noch die Person, mit der der Konflikt besteht. In weniger harmonie-geprägten Kulturen besteht die Gefahr, dass unterdrückte Aggressionen bei der Kollegenschaft in mobbing-ähnliche Entlastungsangriffe münden, in eher harmoniegeprägten Kulturen besteht die Gefahr ständiger Selbstüberforderung. Im vorliegenden Fall wäre die Konfrontation u. U. mit hoher Doppel-moralität verbunden gewesen. Hätte die Leitung bei Frau M. (ebenso wie früher bei Frau Z.) konsequent auf einer kontinuierlichen Überprüfung der Arbeitsfähigkeit bestanden bzw. die Androhung von Suizid als Grund für eine zumindest zeitweise Entfernung vom Arbeitsplatz ernst genommen, hätte sie angesichts der zur Harmonisierung neigenden Abteilungskultur mit Distanzierung und Vorwürfen rechnen müssen – auch wenn die meisten Mitarbeitenden heimlich über die Entlastung froh gewesen wären.

- Wenn es gelingt, ein Klima der Akzeptanz zu schaffen, dass nicht nur die Schwachen Bedürfnisse haben, sondern auch die Starken bei aller Solidarität Unterstützung benötigen, kann eine bedeutende moralische Hürde genommen werden: das Zulassen des eigenen Ärgers darüber, wie machtvoll Schwache ihren Bedürfnissen mitunter Geltung verschaffen, und das Zulassen des eigenen Ärgers, dieser Macht über lange Zeit schutzlos ausgeliefert zu sein. Alle Verhaltensweisen sind als Strategien zur Sicherung von Werten und berechtigten Bedürfnissen zu verstehen:„Hier ist die Situation ‚verrückt' und nicht der Betroffene! Der Betroffene hat das Normale getan und hat normal reagiert" (Lewek 2010, S. 29)
- In einer Atmosphäre, die die Verbindung von Sachverhaltsbeschreibungen mit der Beschreibung emotionaler Erlebnisinhalte ermöglicht, können die handelnden Personen in der Abteilung zu gegebener Zeit der Frage nachgehen: „Wie würde ich mich verhalten wollen, wenn ich wieder eine ähnlich überfordernde Situation erleben würde?" Wie würde ich mir konstruktiv Luft verschaffen? Welche Erwartungen hätte ich an mich selbst, an die Kollegen und an die Vorgesetzten? Was benötigen Vorgesetzte von den Mitarbeitenden?"
- Bei aller aufklärenden Nacharbeit wäre auch in dieser Szene wünschenswert, dass sich die beteiligten Personen darüber bewusst werden können, wie begrenzt der menschliche Einfluss ist, wenn Menschen das Erleben ihrer selbst oder ihrer Umwelt nicht mehr aushalten können und ihrem Leben ein Ende setzen.

Um in der Supervision mit sekundär traumatisierten Menschen die Einordnung der jeweiligen Grundthematik zumindest hypothetisch zu erkennen, gibt das erweiterte Modell des menschlichen Bedürfnisaufbaus nach Abraham Maslow gute Hinweise (Abb. 2). Die am häufigsten durch sekundäre Traumatisierung bedrohten oder verletzten Bedürfnisse finden sich auf der zweiten Ebene (Sicherheit), der oberen Hälfte der vierten Ebene (Wertschätzung) sowie der obersten Ebene (Glaube, Sinnhaftigkeit).

Die Beispiele zeigen, dass die grundständigen Berufsausbildungen auf solche Situationen nur äußerst begrenzt vorbereiten können. Eine praxisgerechte Vorbereitung und Qualifizierung für diesen Teil der Berufsausübung ist nur durch das systematische Durcharbeiten realer Praxisfälle möglich - aus Sicht der persönlich Betroffenen: leider. Insofern hat Supervision als Bestandteil beruflicher Aus- und Fortbildung einen besonderen Stellenwert.



In Anlehnung an Abraham Maslow 1970

Literatur:

Andreatta, P. / Unterluggauer, K.: Das Phänomen der skundären Traumatisierung
In: Wagner, Ingo / Fridrich-Ebert-Stiftung Landesbüro Sachsen-Anhalt (Hsg.): Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko, Magdeburg 2010

Bauer, J.: Warum ich fühle, was du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, München 2006

Lammer, .K: Kalter Schweiß auf dem Rücken – Seelsorge nach traumatischen Erlebnissen
In: Deutsches Pfarrerblatt 4/2009
(Internet-Fassung http://www.notfallseelsorge-bayern.de/Artikel Lammert.pdf)

Lewek, J.: Der Körper vergisst nicht – Das Phänomen der Sekundärtraumatisierung in der Notfallseelsorge
In: Wagner, Ingo / Fridrich-Ebert-Stiftung Landesbüro Sachsen-Anhalt (Hsg.): Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko, Magdeburg 2010

Die traumatisierte Institution – Der Mythos eines sicheren Hafens

Reinhild Schweer

> *„Ein Hafen ist ein Schutzort vor den Lebensstürmen. Lebensbewältigung in schwierigen Zeiten oder auch Zeichen der Lebensangst. Sicherheitsbedürfnis wie bei Boje, Anker, Arche, Damm und Familie…..aber auch Ort des Abenteuers und der Verruchtheit. Werden Häfen nur kurz aufgesucht: Tatkraft und Selbstvertrauen. Volkstümlich: Glückliche Zeiten oder Falschheiten werden entdeckt“ (K. Vollmer, Handbuch der Traum-Symbole,1998)*

Prämissen:

- Wir sind sozial organisierte Wesen, und genau so ist unser Gehirn beschaffen: nicht als Organ zum Denken, sondern als Organ, um mit anderen in Verbindung zu treten. Das Gehirn ist ein soziales Instrument (G. Hüther, Wenn der Schweiß ausbricht, 1999)

- Traumatisierte Kinder/Menschen leben in einem ständigen physiologischen Zustand von Erregung. Sie erwarten immer und überall Gefahr, Bedrohung und Verletzung. Vertrauen in sich selbst und in andere haben sie verloren. Schon der kleinste Anlass kann für sie erneut einen weiteren Zustand von überwältigender, nicht zu kontrollierender Angst und Schrecken auslösen. Menschen können neben dem Vertrauen in ihre Bezugspersonen auch das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten verlieren.

- Um das Vertrauen in eigene Fähigkeiten wieder zu festigen, ist ein ressourcenorientierter Ansatz in der Arbeit wichtig. “Wichtigstes Ziel aller… Bemühungen muss es daher sein, Bedingungen zu schaffen, die es einem traumatisierten Menschen ermöglichen, diese wichtigsten Ressourcen zur Bewältigung von Angst und Stress möglichst… wieder zurückzugewinnen (vgl. Hüther, ebd.) Zu diesen Bedingungen gehören:

    - Sicherheit bietende emotionale Bindungen
    - Positive innere Leitbilder
    - und Selbstwertkonzepte

Was bedeutet das für die Organisation?

- Wir müssen Bedingungen schaffen, dass traumatisierte Menschen in unserem Zuständigkeitsbereich - wie *Hüther* es ausdrückt - “neue positive Erfahrungen über die Verlässlichkeit von Beziehungen, die Nützlichkeit erworbener Kompetenzen und den Wert innerer Orientierungen“ machen können (vgl. Hüther ebd.)

- ignorieren wir diese Zusammenhänge, können unsere Hilfesysteme retraumatisieren, auch unabsichtlich. Aus Sicht betroffener Kinder können wir ganz schnell zu einem weiteren „Tätersystem“ werden.

- Der äußere sichere Ort ist als unabdingbare Voraussetzung dafür anzusehen, dass sich die uns anvertrauten Kinder auch auf innere sichere Orte einlassen können, die wiederum als Grundlage einer heilenden Entwicklung zu sehen sind

- Zu den Bedingungen eines sicheren inneren und äußeren Ortes zählen:
  - Vertrauen in anwesende Personen (wichtige Bezugspersonen..)
  - Vertrauen in eigene Fähigkeiten (Wissen, Kompetenz, Kraft..)
  - Vertrauen in vorgestellte Kräfte (Spiritualität, Schicksal, Liebe…)

  Alle Faktoren entfalten ihre Kraft nur, wenn die äußere Umgebung des Menschen sicher ist.

- „Sexualisierte Gewalt, die von Erwachsenen an Mädchen und Jungen verübt wird, findet in einem Abhängigkeitsverhältnis statt und ist Mittel zu Machtausübung“ (Wildwasser 2009)

- Vertrauensverlust wird besonders empfunden, wenn es sich um Organisationen handelt, deren hoher moralischer Anspruch diametral zu den Erfahrungen steht, dass in Organisationen sexueller Missbrach geschehen ist bzw. geschieht

Wie sieht eine Organisationskultur aus, die Führungskräfte und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter in einer Organisation unterstützt, sexuellen Missbrauch aufzuarbeiten und präventiv zu begegnen?
Wie sehen Entscheidungen, Kommunikationswege, Strukturen etc. in einer Organisation aus, wenn das Kindeswohl über das Interesse der Organisation gestellt wird? Und umgekehrt?

- Struktur gibt sowohl das Offizielle und Sichtbare (Organigramme, Aufgabengebiete, tarifliche Vereinbarungen, Pausenregelungen) - als auch das Informelle und Verdeckte, die Organisationskultur. Wie in Organisationen mit Konflikten umgegangen wird, wie Entscheidungen getroffen werden, welches Handlungsrepertoire im Umgang mit Krisen zur Verfügung steht, welchen Stellenwert Macht und Autorität haben, welche Themen tabuisiert sind, welche Fehlerkultur gelebt wird oder welche Kommunikationsregeln dominieren (vgl. Balling 2005)

- Organisationen geben Orientierung. Je mehr eine Organisation mit allgemein anerkannten Werten ausgestattet ist, je mehr Menschen ihre Ziele und Zweckgebundenheit im gesellschaftlichen Kontext teilen können, desto höher ist in der Regel das Vertrauen, das Organisationen entgegengebracht wird (vgl. Kühl 2011)

- Drei Typen von Organisationen

    - Fassade – ihr Anliegen steht im Vordergrund, ihre Selbstdarstellung gegenüber Außenstehenden, ihr Einfluss im gesellschaftlichen Kontext. Fassaden schützen, was im Inneren der Organisation geschieht. (Das Hafenbecken)
    - Maschine – klare Strukturen, nachvollziehbare Entscheidungswege, eindeutige Zielvorgaben und Aufgabenbeschreibungen, vorgegebene Hierarchien und festgelegte Weisungsbefugnisse erleichtern Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Arbeiten, indem sie den jeweiligen Handlungs- und Zuständigkeitsrahmen abstecken (Anlegestellen, Bojen)
    - Spiel – die internen Gepflogenheiten, die neben den offiziellen Strukturen und Regeln aufgebaut werden. Diese Ausprägungen sind auf den ersten Blick schwer für Außenstehende erkennbar, da sie verdeckt sind, nicht benannt und nirgends niedergeschrieben werden (Verhalten am Hafen/ Kneipen, geheime Orte/Abenteuer….)

    Das Zusammenspiel der drei Seiten gerät dann in den Fokus, wenn es ins Wanken gerät, wenn eine der Seiten nicht mehr so funktioniert oder abläuft, wie es den Organisationsmitgliedern vertraut ist.

- Bei der Aufdeckung von Missbrauch in einer Organisation stellt einer neuer Fassadenanstrich keine Lösung dar, sondern erst das Zusammenspiel aller drei Seiten sind zu betrachten und neu aufzustellen, um Chancen für einen nachhaltigen Wandel zu bewirken.

Auf die Haltung kommt es an!

Prof. Dr. Silke Gahleitner, Maria Krautkrämer-Oberhoff, Sigrid Richter-Unger

In der Kinder- und Jugendhilfe sind psychosoziale Fachkräfte zunehmend mit komplex traumatisierten KlientInnen aus multiproblembelasteten Familien konfrontiert. Eine innere Grundhaltung und informierte Arbeitshaltung, die darauf eingestellt ist, was im Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen und Familien an Schwierigkeiten auftreten kann und was an Rückhalt und Gegenstrategien zur Verfügung steht, kann helfen, Überforderungen zu vermeiden. Dazu gehört ein authentischer Bezug zu sich selbst, den eigenen Grenzen sowie biographischen Stärken und Schwächen ebenso wie ein stützender Team- und Supervisionszusammenhang, jedoch auch eine Kultur des lebenslangen gemeinsamen Lernens und Auseinandersetzens mit neuen Erkenntnissen. In einer Atmosphäre, in der Fachkräfte innerhalb von Teamzusammenhängen angemessen auf diese Weise für sich sorgen, fachlich gesorgt haben und Freude am Arbeitsgebiet haben, lassen sich dann auch kollegial Entlastungsgesten, -absprachen einrichten und zu punktuellem Aufatmen in Extremsituationen zur Verfügung stellen. Im Workshop sollen dazu Ideen eingebracht, jedoch vor allem auch gemeinsam diskutiert werden.

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences



Maria Krautkrämer-Oberhoff, Sigrid Richter-Unger
Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner

Was erwartet Sie?

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

1. Problemausfriss
2. Fall1
3. Fall 2
4. Schlussfolgernde Diskussion

Ausgangspunkt

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

Psychosoziale Fachkräfte …

- sind großflächig mit der Versorgung traumatisierter Kinder- und Jugendlicher betraut
- zeigen im Traumabereich geballte Berufserfahrung und komplexe Wissensbestände
- haben jedoch häufig ein anderes Selbst- und Fremdverständnis

Interviews mit Fachkräften

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN University of Applied Sciences

- *„Traumata an sich wurden hier von uns aus nicht bearbeitet, … weil das ist einfach auch nicht so unser Setting, dafür sind wir auch nicht ausgebildet“ (Herr A.)*
- *„Hier herrscht eine hohe Fachlichkeit … kein Fall … gleicht dem anderen, weil die Hintergründe für Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung, kindeswohlgefährdene Situationen mannigfaltig sind, multikomplex … “ (Herr B.)*

Defizit im Selbstverständnis

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN University of Applied Sciences

- Defizit nicht in fehlender Handungskompetenz, sondern fehlendem klinischen Hintergrundwissen und Selbstverständnis
- traumabegleitende und traumabearbeitende Anteile werden nicht wahrgenommen und wertgeschätzt
- Traumaarbeit wird anderen Berufsgruppen zugewiesen

⇒ Problem – wo sind die anderen Berufsgruppen?

In Spezialeinrichtungen …

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

- findet sich häufig die Versorgungsrealität im Selbst- und Fremdverständnis der Fachkräfte wieder
- existiert daher das klinische Hintergrundwissen und Selbstverständnis
- Traumaarbeit wird nicht allein anderen Berufsgruppen zugewiesen, die die Betroffenen z. T. nicht erreichen

Stattdessen ist interdisziplinäre Kooperation Programm.

Was den Kindern hilft …

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences







… hilft auch uns …

… sagt die Forschung …

KATA-TWG Studie

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN University of Applied Sciences

Qualifikationsprofil:

- Beziehungskompetenz
- Fachkompetenz
- Systemkompetenz
- personelle, disziplinäre und methodische Vielfalt im Team
- Interinstitutionelle Kooperation

(vgl. auch Weiß, 2011)



Beispiel: Traumafolgestörung

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN University of Applied Sciences

- Symptome aus dieser Perspektive häufig gut als Ausdruck von Überlebensstrategien verstehbar
- konstruktive Veränderungsimpuls für den Einzelnen können nur im Kontext seiner Umfeld- und Lebensbedingungen entwickelt werden

⇨ Aufgabe psychosozialer Berufsgruppen in interdisz. Zusammenarbeit

Schlussfolgerungen …

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

Psychosoziale Fachkräfte benötigen:

- Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote (Macht- und Chancestruktur?)
- klinische Fach- und Methodenkompetenz im Diagnostik- und Interventionsbereich
- Verantwortungsübernahme und souveräne interdisziplinäre Kooperation
- angemessene Anerkennung für anspruchsvolle Arbeit
- ein anderes Selbstverständnis und dennoch Selbstreflexion

... und dann auch noch zusätzlich Psychohygiene

Ergebnisse zur Person

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

- Normalisieren
- Hilfe holen dürfen (Therapie, Beratung, SV und IV)
- Ressourcen wecken (letztes Mal)
- Gemeinsame Arbeit mit Klientin begleiten (Dimension der Selbstöffnung)
- ‚Entschuldung'
- Zur Not Wechselmöglichkeit
- Auszeit möglich

Ergebnisse zum Team

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN University of Applied Sciences

- Gruppe ausgewogen (älteste Mädchen?)
- Gegenseitige Wertschätzung (was ist uns gelungen)
- Bewusst machen der Realitäten – ab und zu aber auch ‚rosa Brille'
- Fehlerfreundlichkeit, auch probieren dürfen
- Gegenseitiges Verständnis und Offenheit
- Gegenseitige Rufbereitschaft - Solidarität

⇒ Kollegiales ‚bezahltes' eingeplantes Coaching

⇒ Qualifizierte Supervision

⇒ Unterstützung Leitung und Organisation

Ergebnisse zur Organisation

ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN University of Applied Sciences

- Gruppenzusammensetzung (auch mal freier Platz)
- Ansprechpartner, dafür vorgesehene ‚Zeiten', Leitung erreichen können in Krisen
- Anfänger unterstützen, Fall- und Teamsupervision, auch mal Einzelsupervision außer der Reihe
- Individuelle Berücksichtigung von Besonderheiten
- Nicht nur Intensivgruppenarbeit, auch zeitweise woanders, flexible Zeitmanagement
- Leitung lernt mit, lernende Organisation
- Hohe Transparenz und klare Strukturen in der Einrichtung, regionale Vernetzung
- Kostenstruktur!!! – Politik!!!

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

- Kinder- und Jugendhilfe St. Mauritz, Münster
- Flexibles Hilfesystem für 206 Mädchen und Jungen jeden Alters
- Traumapädagogisch geschultes Personal durch das Zentrum für Traumapädagogik, Hanau
- Wissenschaftliche Evaluation des Schulungsprojektes durch das IKJ Mainz



www.st-mauritz.de

22.09.11 Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

Schulungsprozess in Traumapädagogik

weil

- in der Kinder – und Jugendhilfe St. Mauritz überwiegend Mädchen und Jungen leben, die traumatisiert sind
- wir überzeugt sind, dass die pädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr bedeutsam ist und bislang nicht genügend gesehen wurde
- Entwicklungspotentiale durch traumapädagogisches Handeln freigesetzt werden und
- eine gemeinsame Konzeptionalisierung sicherer macht

22.09.11 Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

Grundlage des traumapägogischen Konzeptes



22.09.11 Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

- Aus dem Blickwinkel der Erziehungsleiterin werden Belastungsfaktoren dargestellt, die in der Aufbauphase der Mädchen -Intensivgruppe für das Team relevant wurden.

22.09.11 Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

Aufbau einer Mädchenintensivgruppe

- 6 Plätze für Mädchen von 13-18 mit belastendem / traumatisch biografischem Hintergrund

Personalausstattung

- 5 pädagogische MitarbeiterInnen
  Dipl. (Sozial) Pädagoginnen
  mit Zusatzqualifikation
- 1 Hauswirtschafterin
- Erziehungsleiterin
- Teamberaterin
- Interne psychologische Fachkraft für Diagnostik und Therapie
- Externe Supervision

Konzept

- Traumapädagogik
- Orientierungsgebende Struktur
- Selbstwirksamkeit u.a. durch Stufenplan
- Bezugspädagogensystem
- Gruppendynamischer Ansatz
- Psychodiagnostik und Therapie
- Schutzkonzept

Methoden

- Bezugspädagogenstunden
- Biografiearbeit
- Jugendlichenteam
- Feedback Runden
- Themenorientiert /mädchenspezifisch Gruppenangebote
- Freizeitpädagogische Angebote

22.09.11 Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

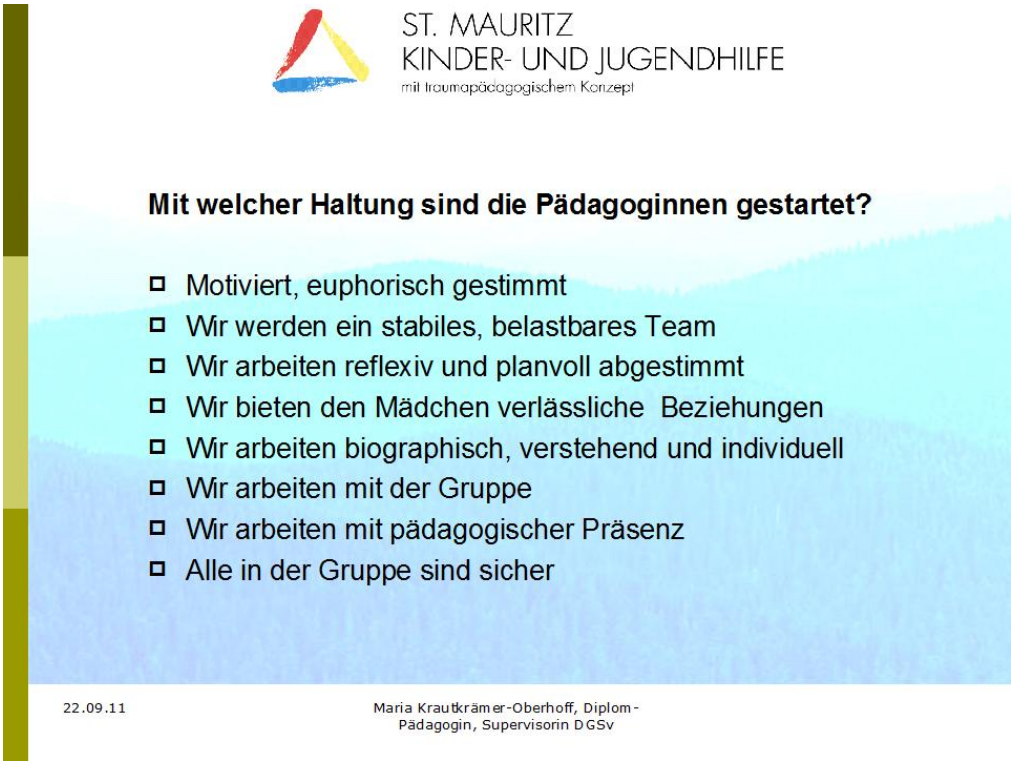
ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

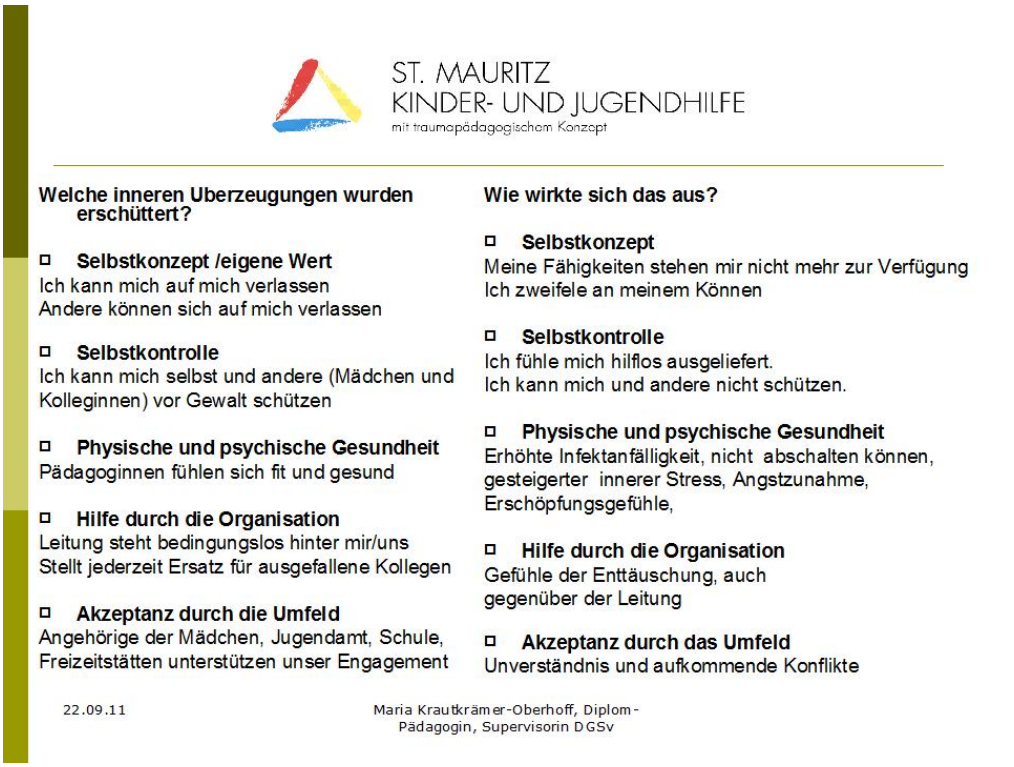
Vorstellung der Mädchen

- **Valentine 12 J.** Rollenumkehr gewohnt, bindungsgestört, intelligent, sehr bedürftig, sexuelle Gewalt erlebt
- **Karla 14 J.**, begeisterungsfähig, Gewalt erlebt, lern- und bindungsbeeinträchtigt, Opferrolle
- **Violetta 15 J.**, sozial kompetent, eigene Ziele, bindungsverunsichert,
- **Ronny 16 J.**, Angst vor abhängiger Bindung, Kontrollverluste, agierte stark als Bestimmerin
- **Elena 16 J.**, hohe biografische Belastung, intelligent, gute Gleichaltrigenkontakte, Tod der Mutter erlebt, Sexuelle und körperliche Gewalt
- **Janet 16 J.**, massive Angst vor abhängiger Beziehung, häufige Kontrollverluste, Manipulationen jüngerer



22.09.11 Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv


ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept
Mit welcher Haltung sind die Pädagoginnen gestartet?
Motiviert, euphorisch gestimmt
Wir werden ein stabiles, belastbares Team
Wir arbeiten reflexiv und planvoll abgestimmt
Wir bieten den Mädchen verlässliche Beziehungen
Wir arbeiten biographisch, verstehend und individuell
Wir arbeiten mit der Gruppe
Wir arbeiten mit pädagogischer Präsenz
Alle in der Gruppe sind sicher
22.09.11
Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv


ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept
Welche inneren Uberzeugungen wurden erschüttert?
Selbstkonzept /eigene Wert
Ich kann mich auf mich verlassen
Andere können sich auf mich verlassen
Selbstkontrolle
Ich kann mich selbst und andere (Mädchen und Kolleginnen) vor Gewalt schützen
Physische und psychische Gesundheit
Pädagoginnen fühlen sich fit und gesund
Hilfe durch die Organisation
Leitung steht bedingungslos hinter mir/uns
Stellt jederzeit Ersatz für ausgefallene Kollegen
Akzeptanz durch die Umfeld
Angehörige der Mädchen, Jugendamt, Schule, Freizeitstätten unterstützen unser Engagement
Wie wirkte sich das aus?
Selbstkonzept
Meine Fähigkeiten stehen mir nicht mehr zur Verfügung
Ich zweifele an meinem Können
Selbstkontrolle
Ich fühle mich hilflos ausgeliefert.
Ich kann mich und andere nicht schützen.
Physische und psychische Gesundheit
Erhöhte Infektanfälligkeit, nicht abschalten können, gesteigerter innerer Stress, Angstzunahme, Erschöpfungsgefühle,
Hilfe durch die Organisation
Gefühle der Enttäuschung, auch gegenüber der Leitung
Akzeptanz durch das Umfeld
Unverständnis und aufkommende Konflikte
22.09.11
Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

Äußerungen der Pädagoginnen

- in Vorwürfen an andere
- bzgl. der pädagogischen Leitideen
- bezogen auf die zunehmende verbale und körperliche Gewalt
- an Leitung

- *„Ich empfinde es als zutiefst enttäuschend und unprofessionell, dass der KSD nicht in der Lage war, sich unvoreingenommen (…) von mir über die Lage informieren zu lassen."*
- *„Unser Konzept mit dem Stufenplan brachte Klarheit."*
- *„So geht´s nicht weiter, die Aggressionsdynamik muss durchbrochen werden. "*
- *„Wir brauchen genaue Absprachen bezogen auf das was wir dürfen."*

22.09.11 Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

Zusammenfassung der Entwicklung des Team- und Gruppenprozesses

- **Anfangszeit**
  Vertrauensaufbau zu Mädchen
  Regulierung durch Feedback und den Stufenplan
  Team fühlt sich sicher und handlungskompetent
- **Nach 5 – 6 Monaten**
  Beziehungen werden durch die Mädchen stärker belastet
  Aggressionsaufgeladene Gruppendynamik - Weglaufdynamik entwickelt sich bei 2 Mädchen
  Belastung der Mitarbeiterinnen nimmt zu
- **Nach 7-8 Monaten**
  körperliche Übergriffe untereinander und 1 x gegenüber einer Pädagogin
  Gruppenmitglieder triggern sich gegenseitig
  Mädchen kompensieren Angst durch Aggression (Umkehr der Opferrolle)
  Pädagoginnen werden in traumatische Szenen mit hineingezogen
- **Nach 10 – 12 Monaten**
  Desillusionierung bei den Pädagoginnen
  Weiterentwicklung des Konzeptes

22.09.11 Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

Was kann helfen?

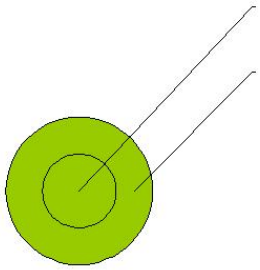
- **Auf die Haltung kommt es an! Haltung als Schutz vor sekundärer Traumatisierung**
  - Personenbezogen
  - Teambezogen
  - Organisationsbezogen

22.09.11

Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

ST. MAURITZ
KINDER- UND JUGENDHILFE
mit traumapädagogischem Konzept

- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Hinweis in eigener Sache

Tagung der Kinder- und Jugendhilfe St. Mauritz am 20.10.2011 im Congress Zentrum Münster

„Traumapädagogik ein hoffnungsvoller Weg in der Jugendhilfe“

22.09.11

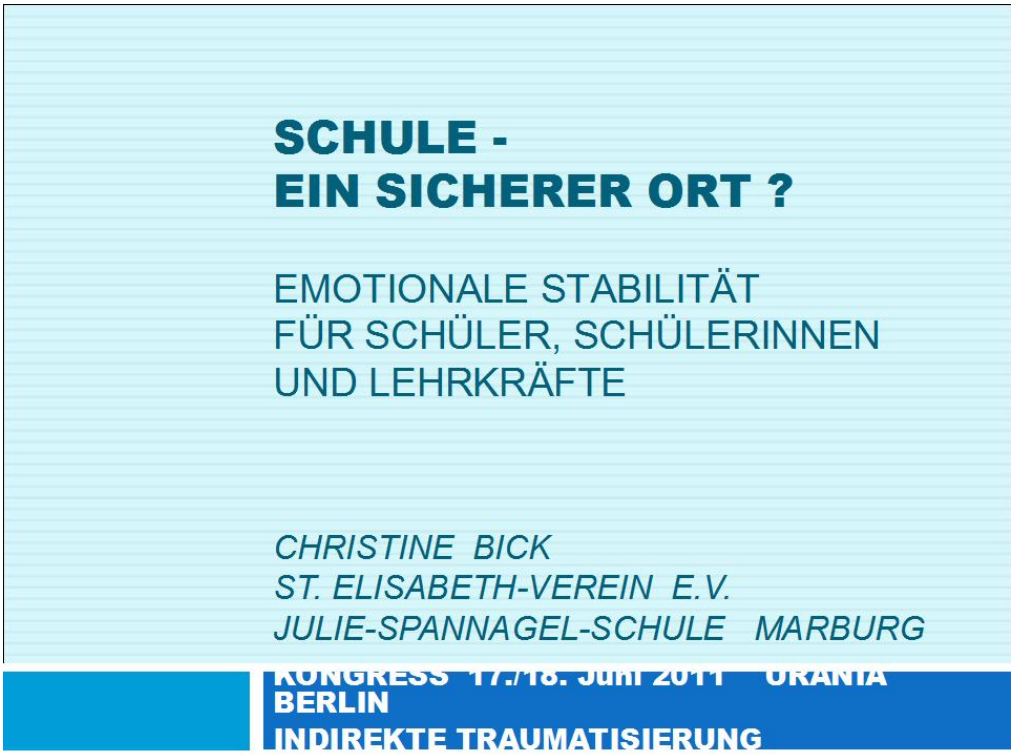
Maria Krautkrämer-Oberhoff, Diplom-Pädagogin, Supervisorin DGSv

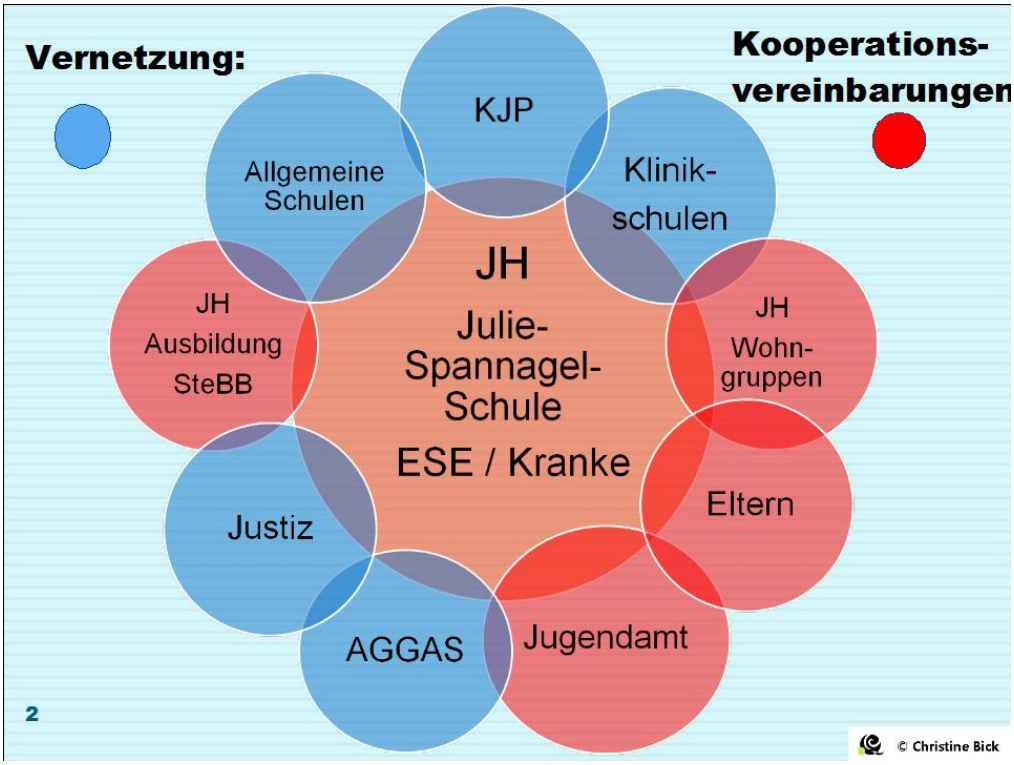
Schule - ein sicherer Ort ?

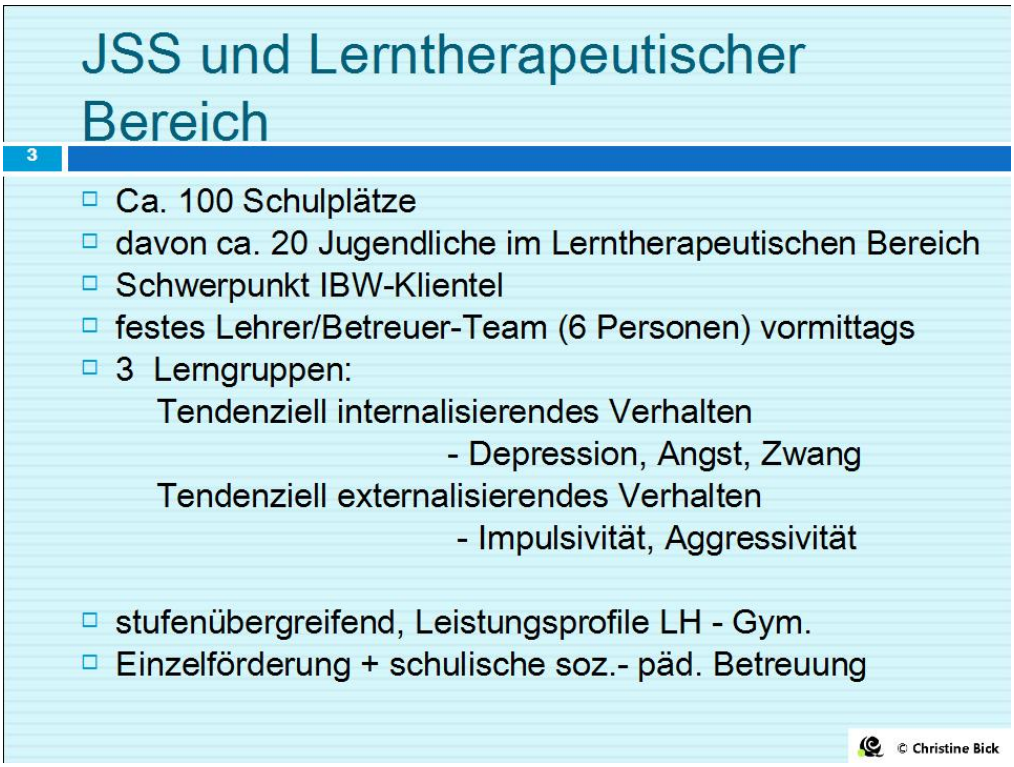
Emotionale Stabilität für Schüler, Schülerinnen und Lehrkräfte

Christine Bick

Grundlage der schulischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist ein verlässlicher pädagogischer Rahmen, der äußere Sicherheit, klare Strukturen, Vertrauen, Orientierung und Halt bietet.Da Kinder mit posttraumatischen Belastungsstörungen durch ihr im doppelten Sinne „unerhörtes“ Verhalten Lehrkräfte und Bezugspersonen immer wieder an Verstehens- und Handlungsgrenzen bringen, kann Stress entstehen,der schnell SchülerInnen wie LehrerInnen überfordert und schlimmstenfalls zu eskalierendem Fehlverhalten führt.Ein schulisches Konzept, das zugeschnitten ist auf die spezifischen Erfordernisse traumaorientierten Unterrichts zeigt, was Kinder brauchen, um psychisch stabilisiert zu werden und was Lehrkräfte benötigen, um psychisch stabil zu bleiben und nicht durch Sekundärtraumatisierungen gefährdet zu werden.




Vernetzung:
Kooperations-vereinbarungen
KJP
Allgemeine Schulen
Klinik-schulen
JH
JH Ausbildung SteBB
JH Wohn-gruppen
Julie-Spannagel-Schule
ESE / Kranke
Justiz
Eltern
AGGAS
Jugendamt
2
© Christine Bick


JSS und Lerntherapeutischer Bereich
3
Ca. 100 Schulplätze
davon ca. 20 Jugendliche im Lerntherapeutischen Bereich
Schwerpunkt IBW-Klientel
festes Lehrer/Betreuer-Team (6 Personen) vormittags
3 Lerngruppen:
Tendenziell internalisierendes Verhalten
- Depression, Angst, Zwang
Tendenziell externalisierendes Verhalten
- Impulsivität, Aggressivität
stufenübergreifend, Leistungsprofile LH - Gym.
Einzelförderung + schulische soz.- päd. Betreuung
© Christine Bick

Inhaltliche Schwerpunkte:

4

1. Berufsbedingte Belastungsfaktoren
   Was stresst Lehrkräfte?
2. Burnout
   Primäre Traumatisierung
   Sekundäre Traumatisierung
3. Strukturelle Rahmenbedingungen
4. Pädagogische Interventionen
5. Perspektive: Lehrerbildung
   Fachberatung

© Christine Bick

Belastungsfaktoren an Lehrkräfte

5

- komplexe Aufgaben in Bildung und Erziehung, Schule als Lebensraum, Ganztagsschulen
- zunehmend bürokratischer Aufwand
- vermehrt Schülerklientel mit erheblichem sozial-emotionalen Förderbedarf in prekären Lebenslagen
- sinkende Lernmotivation der SchülerInnen durch psychosoziale Belastungen
- kaum zeitliche Ressourcen, sich um Belange der Schüler effektiv zu kümmern

© Christine Bick

Hauptbelastungsfaktor

6

- **Destruktives und /oder völlig unverständliches Schülerverhalten**
- Grenzüberschreitendes Schülerverhalten führt häufig zu erheblicher emotionaler Überforderung :
  - aus aktueller Situation heraus nicht erklärbar
  - befremdet
  - macht Angst
  - verstört durch Sinnlosigkeit
  - ist nicht nachvollziehbar
  - wirkt bedrohlich, da unverständlich und daher Lösungsansätze fehlen

© Christine Bick

Burnout – Symptome I

7

- Schleichender Prozess sinkender psychischer Belastbarkeit, **emotionaler Erschöpfung** und sinkender Motivation und Unzufriedenheit in beruflichen überfordernden Bezügen
- Mitarbeiter kommen an die Grenzen ihrer Bewältigungsmöglichkeiten – oft durch chronische (Selbst)Überforderung, um Selbstbild zu „retten“
- Teils in Persönlichkeit begründet, teils in ungünstigen Arbeits-/ Umfeldfaktoren begründet

© Christine Bick

Burnout – Symptome II

8

- Ursprünglicher Idealismus und hohe Motivation wandelt sich ins Gegenteil
- Zunehmende Gleichgültigkeit und Motivationsverlust beruflichen Belangen
- Reizbarkeit, Misstrauen, Zynismus
- Negative Beurteilung der eigenen Arbeitsleistung
- reduzierte Empathiefähigkeit
- Sozialer Rückzug, Selbstisolation, meiden von Kontakten
- Intoleranz gegenüber Kritik,
- Zunehmende Resignation, Rigidität und Impulsivität

© Christine Bick

Möglichkeiten der Prävention

9

- Zeichen allg. Erschöpfung und erhöhter Infektanfälligkeit wahrnehmen, ernstnehmen
- Arbeitspensum auf Normalmaß herunterfahren
- Berufliche Entlastung, Reduzieren des Stellenumfangs
- Reflektion der Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit durch Supervision, Intervision, Beratung und Fortbildung,
- Transparenz im Arbeitsalltag, angemessene Verteilung beruflicher Verantwortung und Anerkennung
- Überprüfung individueller Planungen und Ziele, Haltungen, selbstgewählter Prioritäten und insbesondere der Work-Life-Balance

© Christine Bick

Primär - Traumatisierung

10

- Trauma
  Typ I - Monotrauma
  Typ II - chronische Komplextraumatsierungen
- Traumafolgen individuell sehr unterschiedlich durch:
  - Bindungsmuster - Bindungstyp
  - subjektives Stresserleben
  - psychosoziale Belastungsfaktoren
  - Resilienzfaktoren, Salutogenesefaktoren

© Christine Bick

Schülerzeichnung im HPG

11



© Christine Bick

Traumatische Situation

12

- Äußeres Ereignis und inneres Erleben:
- **Es ist zu viel** ! - sonst wäre es kein Trauma
- Ereignis-Erlebnis-Zusammenhang, gekennzeichnet durch Gefühle von
  - Ohnmacht, vollständiger Kontrollverlust
  - Existenzieller Angst,
  - Ausgeliefert sein und
  - Einsamkeit/ Verlassenheit sowie
  - „Alles ist aus!“ – Gefühl
- Person kann weder Hilfe holen noch kämpfen oder fliehen
- Person dissoziiert, um das Unerträgliche nicht vollständig zu erleben – ist da und doch nicht da

© Christine Bick

Traumatische Reaktion

13

- Person erleidet einen Schock, da sie für die Ereignisse keine Bewältigungsmuster besitzt, keine vorgebahnten Muster, in die sie das Geschehen integrieren könnte.

  Die Tatsache, tatsächlich Unfassbarem ausgeliefert zu sein, führt zum Schock über den eigenen völligen Kontrollverlust

  Die Ereignisse werden z.T. nüchtern erlebt, doch die Erfahrung der Unlogik des Unfassbaren ist unaushaltbar und wird entsprechend häufig dissoziiert (ohne Selbstbezug wahrgenommen).

© Christine Bick

ICD-10: Kriterien für Posttraumatische Belastungsstörung PTBS (F43.1)

14

A. Betroffene sind kurzem oder längerem Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung und mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt
B. Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Flashbacks, Träume oder Unbehagen in ähnlichen Situationen
C. Ähnliche Umstände werden vermieden
D. Entweder Amnesie oder Übererregung mit Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz
E. Symptome bestehen länger als 6 Monate nach der Belastung

© Christine Bick

Hauptsymptome der PTBS

15

- **Intrusionen**: Einbrüche von Trauma-Material in den Alltag, Bilder, Flashbacks, Alpträume
- **Vermeidung:** Vermeidung von allem, was belasten und an das Trauma erinnern könnte: Gefühle, Orte, Personen, Dinge
- **Hyperarousal:** psychovegetative Übererregung, hohe Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit, Herzrasen, Hypervigilanz

Die Dysregulation im Erleben oszilliert zwischen Zuständen von:

Zu viel (Fight) - Zu wenig (Flight) - psych. Lähmung (Freeze)
Dissoziation

© Christine Bick

Entwicklungsbezogene Trauma-Folgestörung bei komplex traumatisierten Kindern (nach van der Kolk et al. (2009)

16

A: Ereigniskriterium: körperliche und emotionale Misshandlung Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, traumatisierte, psychisch kranke Eltern
B: Affektive und physiologische Dysregulation
C: Dysregulation von Aufmerksamkeit und Verhalten
D: Schwierigkeiten der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung
E: Symptome aus dem posttraumatischen Spektrum (Übererregung, Vermeidung, Dissoziation)
F: Dauer mindestens 6 Monate
G: Funktionelle Beeinträchtigungen in mindestens einem wichtigen Lebensbereich (Familie, Schule, Freizeit)

© Christine Bick

Folgerungen:

17

- Je jünger die Kinder sind, desto „traumaanfälliger" sind sie.
- Je jünger, desto heftiger reagieren Kinder dissoziativ, affektiv und unspezifisch somatoform.
- Je massiver die körperlichen Schmerzen, desto dissoziativer reagieren Kinder.
- Je weniger mobil und dabei hilf- und machtlos Kinder sind, desto eher sind dissoziative, affektive und somatoforme Reaktionen.
- Dissoziative Symptomatik lässt sich viel häufiger bei Mädchen feststellen.
- Bleibendes Hyperarousal ist symptomatisch bei älteren Kindern und bei Jungen (Übererregung)
- Säuglingen und Kleinkindern steht zur Stressminderung bei sensorischer Überforderung nur Bindungssystem und Dissoziation zur Verfügung.
- (vgl.: Bruce Perry, 2003, Erfahrungen aus der Praxis, B. Benzel, GeDPT 2008)

© Christine Bick

Allg.: Sekundärtraumatisierung

18

- Sog. „übertragene“ Traumatisierung
- Belastende Symptome von Krankheitswert (PTBS), die durch Mitteilen von Traumainhalten beim Zuhörenden entstehen
- Zeitversetzt, ohne direkte sensorische Eindrücke, in geschützter sicherer Umgebung mitgeteilt, mit gewähltem Setting und Wissen um Traumasymptome
- Phänomen wissenschaftlich bestätigt:
  Dissoziative peritraumatische Verarbeitung des Traumamaterials – daher nicht integriert in Kontext

© Christine Bick

Sekundärtraumatisierung (I)

vgl: Daniels, Judith , Zeitschrift für Psychotraumatologie, Neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung, S. 5ff)

19

- Stress-Syndrom, das durch die spezifischen Belastungen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen entstehen kann
- Helfer erleben gleiche Symptome wie Menschen, die an Traumafolgen leiden:
- **Intrusionen** (willkürliche Gedanken, Bilder, Flashbacks, Alpträume)
- **Hyperarousal** (Angstvolle Übererregung) mit Schlafstörungen, Bedrohungsgefühlen, Vermeidungsverhalten
- willkürliches **dissoziatives Erleben** und Zustandsveränderungen bei Traumaexpositionen

© Christine Bick

Entstehungsprozess Sekundärtraumatisierung (vgl.: Daniels, J., a a O, S.10)

20

- Dissoziative Wahrnehmung und Verarbeitung von mitgeteilten Traumainhalten (Fremdheitsgefühl, emotionale Taubheit, gestörte Empathie, roboterhaftes Handeln, veränderte Zeitwahrnehmung)
- Dysfunktionale Gedächtnisprozesse: fehlende Integration des beobachteten oder gehörten Traumamaterials in den bestehenden Kontext
- Peritraumatische Dissoziation: Traumainhalte werden **ohne Kontext** abgespeichert, nur emotional. Informationen über Ort, Zeit und Raum werden nicht differenziert wahrgenommen
- Unterscheidung zwischen eigener und fremder Person ist unzureichend, kein Selbstgefühl mehr, keine Distanzierung, sondern Verschmelzung

© Christine Bick

Sichere Schule

21

- Schule als sicherer Ort und geschützter Handlungsraum
- Sichere Schule schafft Vertrauen in verlässliche Umwelt
- Sichere Schule: transparent, kontrollierbar, einschätzbar, verlässlich, kontinuierlich
- Lebensräumliche Kombination:

  Schule, Betreuung, Sport, Spiel, Entspannung

© Christine Bick

Personelle Ausstattung

22

Schule als sicherer Ort durch:

- Lehrkräfte mit Zusatzausbildungen/ Fortbildungen: traumapädagogisch, psychologisch, systemisch, familientherapeutisch o.ä.
- Sozialpädagogen mit traumaspezifischer Zusatzausbildung
- Angemessene Schüler-Lehrer-Relation plus Lerngruppe zugeordneter Sozialpädagoge / Erzieher
- Integriertes gesprächstherapeutisches Angebot mit psychiatrischer Fachberatung
- Sonstige Angebote: Sport, Klettern, Therapeut. Reiten, Erlebnispädagogik , Musik, Kunst, Kochen etc.

© Christine Bick

Sachliche Ausstattung

23

- Geeignete Schulräume: ruhig, hell, wohnlich, ansprechend gestaltet, klar strukturiert
- Küche als Aufenthaltsraum (ggf. mit Imbiss)
- Multifunktions- und Bewegungsraum
- ausreichende Materialien zur vielfältigen Umsetzung handlungsorientierten Unterrichts
- Ausreichend geeignete Schulbücher etc. für individualisierten, differenzierten Unterricht
- Bus für Unterrichtsgänge, Ausflüge etc.

© Christine Bick

Unterstützung durch Leitung

24

- Tragfähige Wertschätzung gegenüber Mitarbeitern schafft notwendiges Vertrauen für Handlungsfähigkeit, auch und gerade in Stresssituationen
- Durch wertschätzende Haltung Vorbild
  für konstruktiven Umgang miteinander. Positives Modell
- Leitung fördert Selbstwirksamkeit durch Gestaltungsspielraum und motiviert zu beruflicher Weiterbildung, Entwicklung und Perspektive
- Supervision als Standard professioneller Unterstützung - nicht als Krisenintervention

© Christine Bick

Struktur des Unterrichts

25

- Entwicklungspädagogischer Unterricht gem. ETEP, Entwicklungsdiagnostik nach ELDiB
- SchülerInnen mit Anspruch auf Förderbedarf ESE und Kranke
- Normaler Unterricht: Solange äußere Sicherheit die ‚innere Sicherheit' ermöglicht
- Bei zunehmender Anspannung deeskalieren gem. vorheriger individueller Absprachen

© Christine Bick

Rahmenbedingungen für traumaorientierten Förderunterricht

26

- Kleinklassen, stufenübergreifender Unterricht in annähernd altersgleichen Lerngruppen
- Doppelbesetzung Lehrer – Sozialpädagoge/ Erzieher
- Entwicklungsorientiertes Unterrichtskonzept (ETEP)
- Rhythmisierter Unterricht mit verlässlicher Struktur
- Stressreduzierung durch Transparenz der Abläufe
- Verstärkte Aufsicht in unstrukturierten, offenen Situationen (Pausen, Wege, Freiarbeit)

© Christine Bick

Handlungsorientierung in Krisen

27

- Krisenleitfaden
- Notfallplan
- Deeskalations-Strategien
- feste bekannte Ansprechpartner
- Vorab-Absprachen
- Polizei / AGGAS – verlässliches, abgesprochenes Vorgehen in Krisen

© Christine Bick

Lehrer als sichere Basis

28

- Selbstwirksamer Lehrer/ Pädagoge ermutigt, gibt Halt, Orientierung und Sicherheit
- Je tragfähiger der emotionale Kontakt zu Lehrkräften, desto sicherer / gelassener kann sich der Jugendliche Lern- und Leistungsanforderungen stellen und neue Erfahrungen zulassen

© Christine Bick

Dreh- und Angelpunkt im Unterricht

29

- Erfahrene Ohnmacht, Kontrollverlust, Erlebnis tief greifender Unwirksamkeit wird überwunden durch emotionale Erlebnisse, die den Jugendlichen den Glauben an ihre Selbstwirksamkeit wiedergeben.
- Erreichen von Selbstbejahung / Selbstwirksamkeit geschieht maßgeblich durch Erleben selbstbewusster, handlungsfähiger, da integriert handelnder Pädagogen, die auch angesichts eigener Grenzen Selbstachtung und Selbstwerterleben zeigen.

© Christine Bick

Korrigierende Beziehungserfahrungen

30

Gegenteilige Erfahrungen initiieren

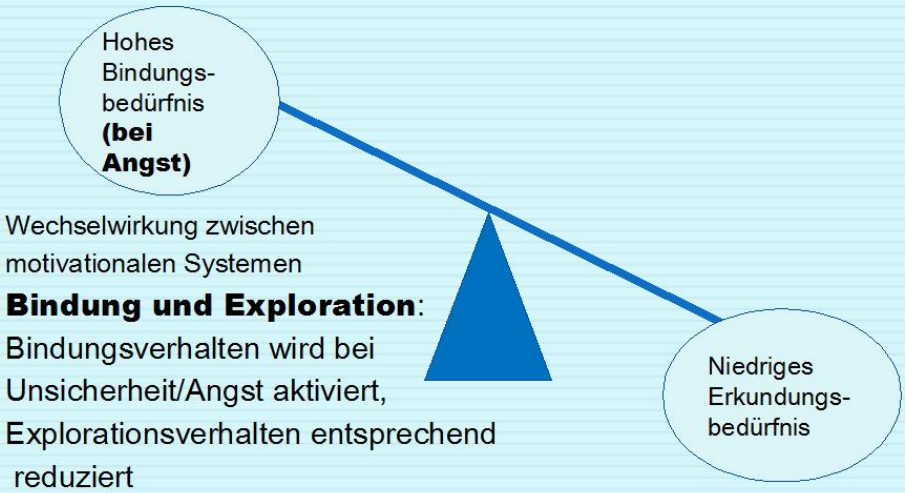
- Ohnmacht > Handlungsfähigkeit, Selbstbemächtigung
- existentielle Angst > integriertes Selbsterleben
- Ausgeliefertsein > Selbststeuerung
- Einsamkeit > Resonanzerfahrungen in Bindung und Beziehung

- Alles ist aus-Gefühl > Zukunftsperspektive
- Kontrollverlust > Selbstwirksamkeit Selbstbestimmung

© Christine Bick

Wechselwirkung : Bindungswippe

31



Wechselwirkung zwischen motivationalen Systemen **Bindung und Exploration**: Bindungsverhalten wird bei Unsicherheit/Angst aktiviert, Explorationsverhalten entsprechend reduziert

© Christine Bick

Lernstörungen als Traumafolgen

32

- Lernen = Schritt vom Bekannten zum Unbekannten = Unsicherheit, ob das Neue verstanden, bewältigt werden kann.
  Angst vorm Versagen, Konzentrationsprobleme, Vermeidungstendenz, Anstrengungsverweigerung
- Lerntherapeutische Verfahren zum Umgang mit Lernblockaden u. Leistungsstörungen (Bick, C. Artikel Lernstörungen, www.psychologische-praxis-marburg.de)

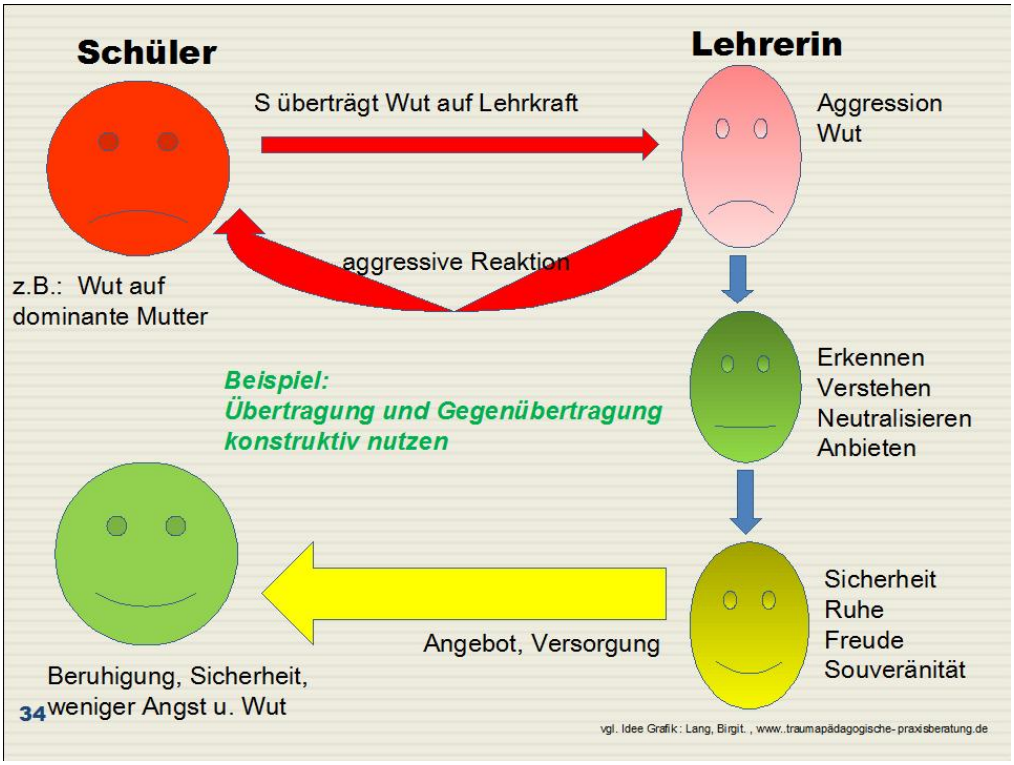
© Christine Bick

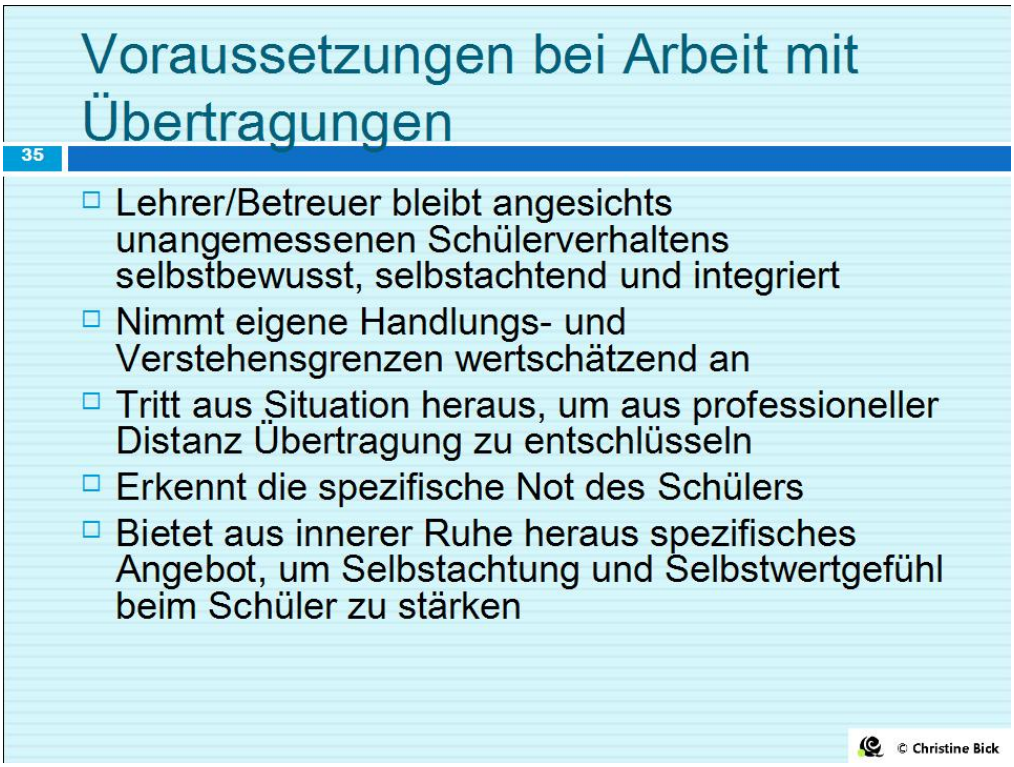
Übertragung / Gegenübertragung

33

- Übertragung = „Irrtum in Person, Zeit und Raum“
  - unbewusste Abwehrstrategie -
- Neuauflagen von vergangenen Erlebnissen - mit Zuschreibungen
- In Psychoanalyse eingehend erforscht, in Pädagogik bisher völlig vernachlässigt !
- Lehrkraft aufgrund Ihrer Funktion prädestiniert als Übertragungsfigur, da Ähnlichkeit mit Elternrolle.
- **Chance:** Verhalten/ Gefühle können durch Analyse von Übertragung und Gegenübertragung gut erkannt, verstanden und gezielt bearbeitet werden.

© Christine Bick


Schüler
Lehrerin
S überträgt Wut auf Lehrkraft
Aggression
Wut
aggressive Reaktion
z.B.: Wut auf
dominante Mutter
Beispiel:
Übertragung und Gegenübertragung
konstruktiv nutzen
Erkennen
Verstehen
Neutralisieren
Anbieten
Sicherheit
Ruhe
Freude
Souveränität
Angebot, Versorgung
Beruhigung, Sicherheit,
weniger Angst u. Wut
34
vgl. Idee Grafik: Lang, Birgit. , www..traumapädagogische- praxisberatung.de


Voraussetzungen bei Arbeit mit Übertragungen
35
Lehrer/Betreuer bleibt angesichts unangemessenen Schülerverhaltens selbstbewusst, selbstachtend und integriert
Nimmt eigene Handlungs- und Verstehensgrenzen wertschätzend an
Tritt aus Situation heraus, um aus professioneller Distanz Übertragung zu entschlüsseln
Erkennt die spezifische Not des Schülers
Bietet aus innerer Ruhe heraus spezifisches Angebot, um Selbstachtung und Selbstwertgefühl beim Schüler zu stärken
© Christine Bick

Fatale Folgen von unreflektierter Gegenübertragung

36

- Verfestigung von Übertragungen durch unreflektierte Gegenübertragungen.
- Beispiel: Eskalation / Wutspirale
- aggressives Schülerverhalten
- ➡ aggressives Lehrerverhalten
- ➡ erhöhte Aggressivität beim Schüler
- ➡ erhöhte Aggressivität beim Lehrer

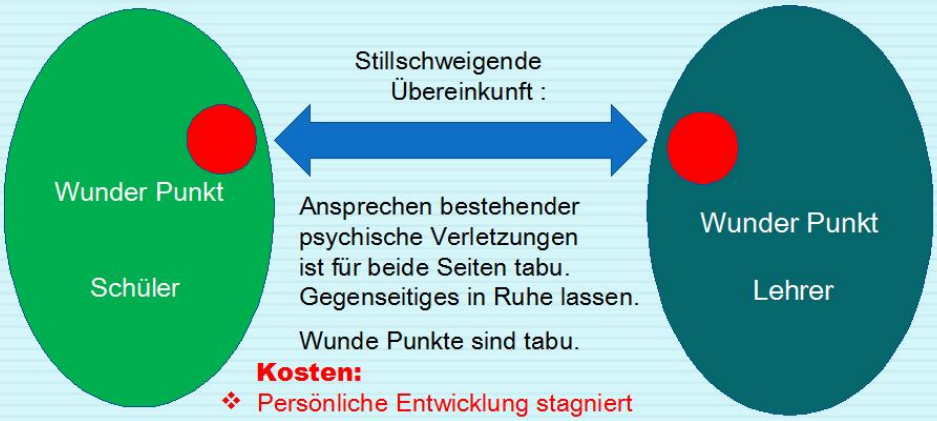
- ➡ Gefahr der Reinszenierung traumatischen Geschehens : Fachberatung!!

© Christine Bick

Problem: Kollusion Festsitzen am gleichen Punkt

37

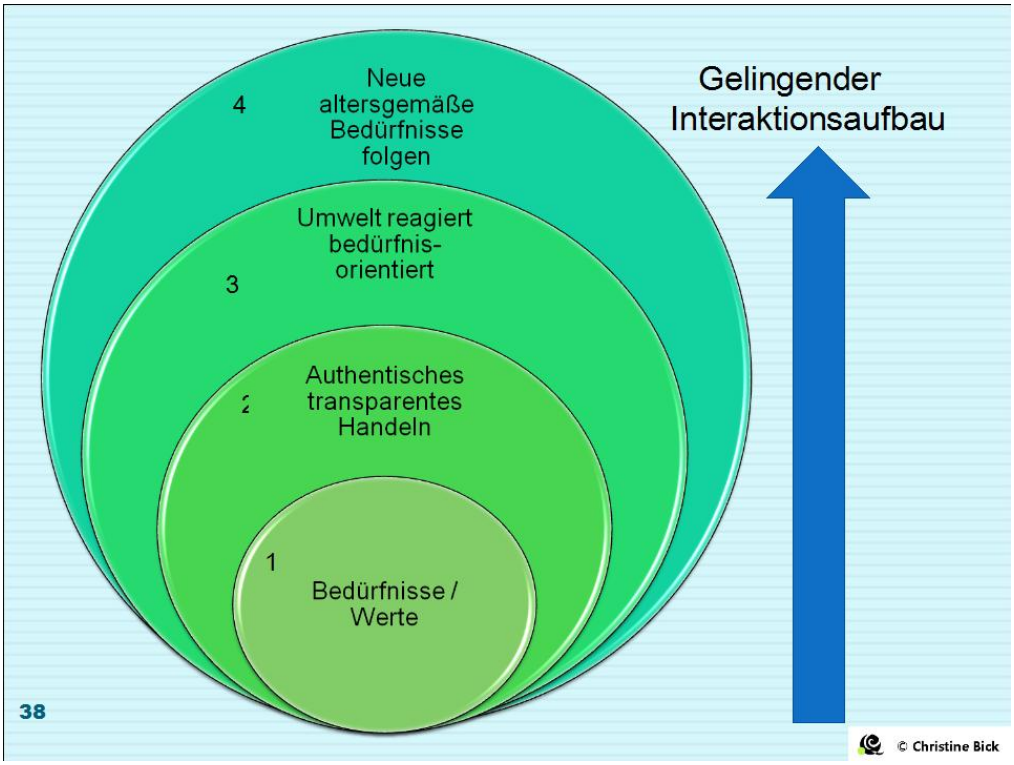
Deal: Beiderseitige Rücksicht auf bestehende Verletzlichkeit

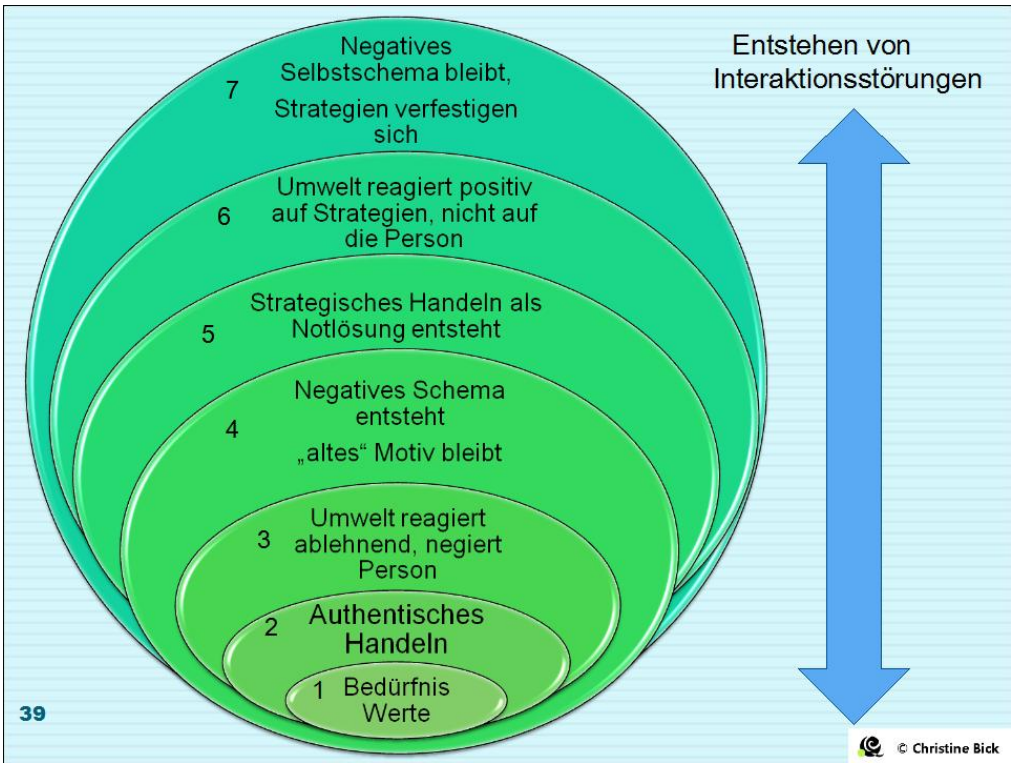


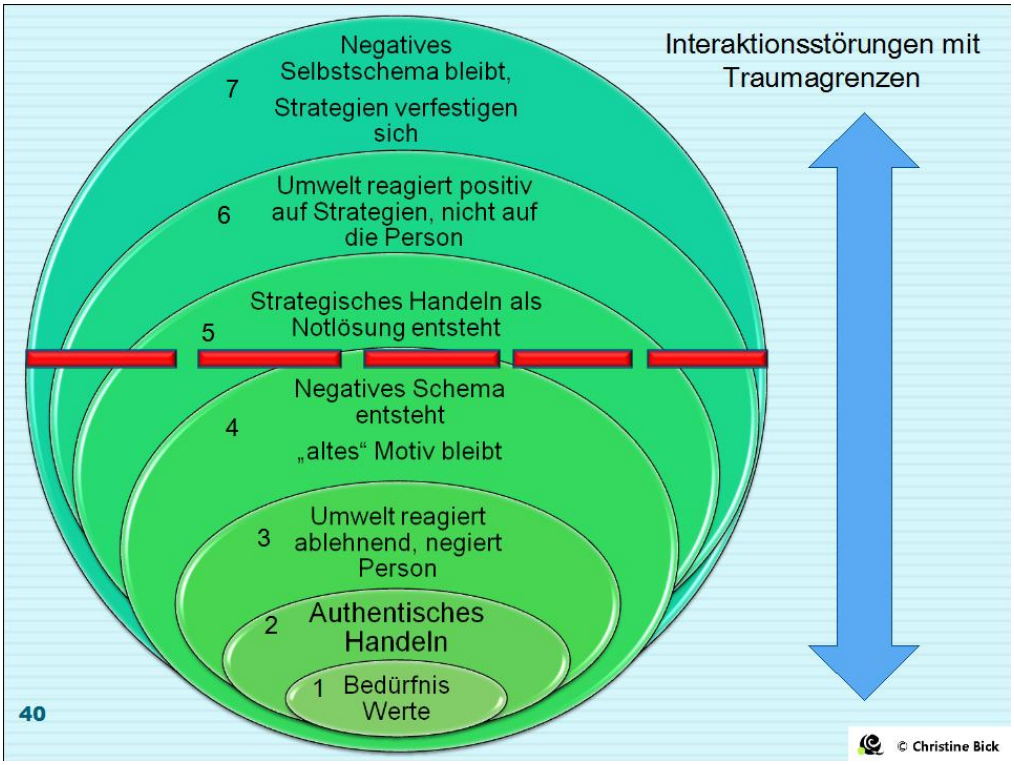
Kosten:
- Persönliche Entwicklung stagniert
- Stets gleiche dysfunktionale Strategie
- Notlösung verursacht neue Not

FACHBERATUNG !!

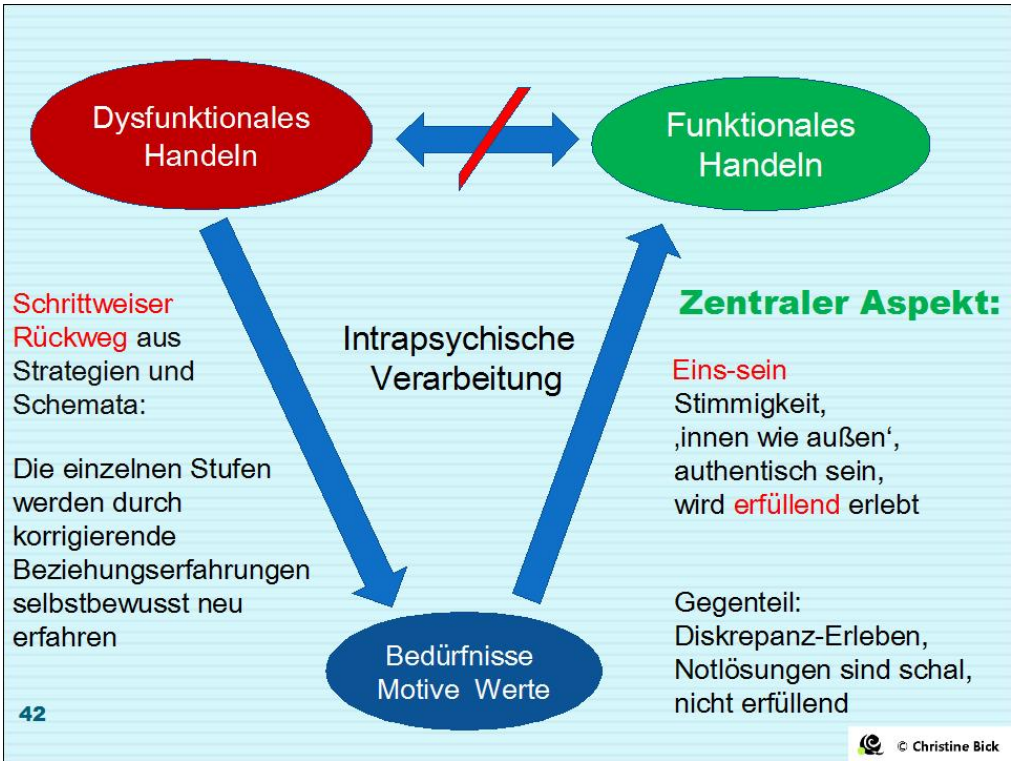
© Christine Bick

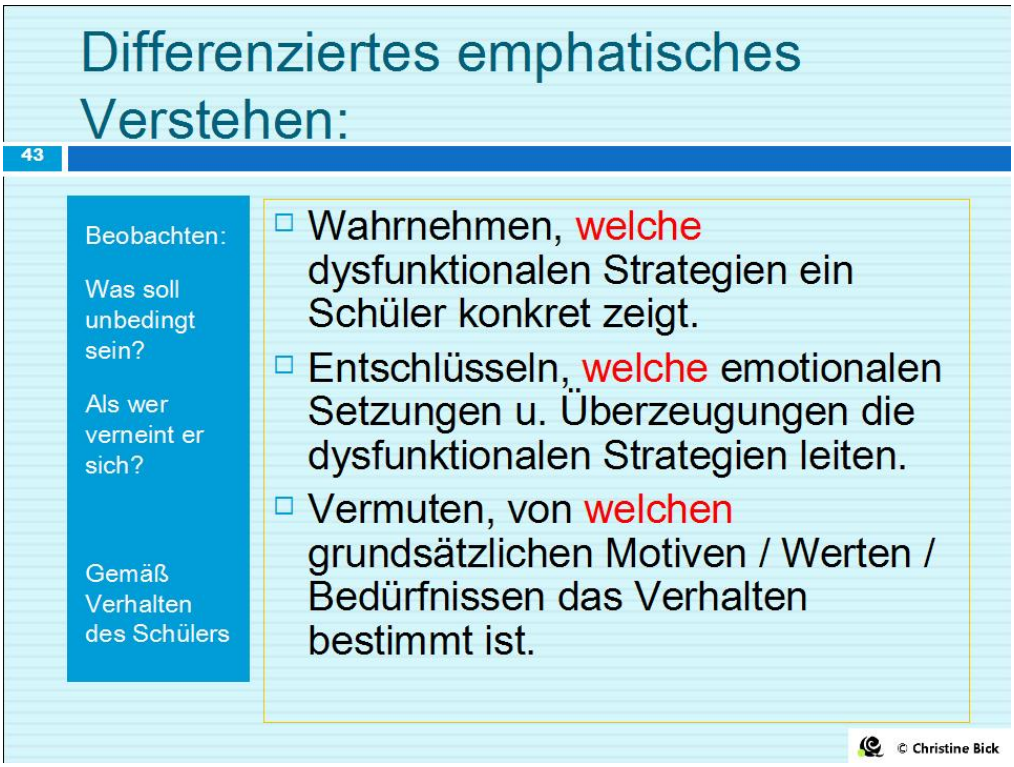

Gelingender Interaktionsaufbau
4
Neue altersgemäße Bedürfnisse folgen
3
Umwelt reagiert bedürfnis-orientiert
2
Authentisches transparentes Handeln
1
Bedürfnisse / Werte
38
© Christine Bick


Entstehen von Interaktionsstörungen
7
Negatives Selbstschema bleibt, Strategien verfestigen sich
6
Umwelt reagiert positiv auf Strategien, nicht auf die Person
5
Strategisches Handeln als Notlösung entsteht
4
Negatives Schema entsteht
„altes“ Motiv bleibt
3
Umwelt reagiert ablehnend, negiert Person
2
Authentisches Handeln
1
Bedürfnis Werte
39
© Christine Bick


Interaktionsstörungen mit Traumagrenzen
7 Negatives Selbstschema bleibt, Strategien verfestigen sich
6 Umwelt reagiert positiv auf Strategien, nicht auf die Person
5 Strategisches Handeln als Notlösung entsteht
4 Negatives Schema entsteht „altes" Motiv bleibt
3 Umwelt reagiert ablehnend, negiert Person
2 Authentisches Handeln
1 Bedürfnis Werte
40
© Christine Bick


Ableitung der Unterschiedlichkeit aus der psychischen Struktur
41
Entstehen von Interaktionsstörungen
Entstehen von Traumafolgestörungen
Bearbeitung von Interaktionsstörungen
Bearbeitung von Traumatisierungen
7 Negatives Selbstschema bleibt, Strategien verfestigen sich
6 Umwelt reagiert positiv auf Strategien, nicht auf die Person
5 Strategisches Handeln als Notlösung entsteht
4 Negatives Schema entsteht „altes" Motiv bleibt
3 Umwelt reagiert ablehnend, negiert Person
2 Authentisches Handeln
1 Bedürfnis Werte
© Christine Bick


Dysfunktionales Handeln
Funktionales Handeln
Schrittweiser Rückweg aus Strategien und Schemata:
Die einzelnen Stufen werden durch korrigierende Beziehungserfahrungen selbstbewusst neu erfahren
Intrapsychische Verarbeitung
Zentraler Aspekt:
Eins-sein
Stimmigkeit,
‚innen wie außen‘,
authentisch sein,
wird erfüllend erlebt
Gegenteil:
Diskrepanz-Erleben,
Notlösungen sind schal,
nicht erfüllend
Bedürfnisse
Motive Werte
42
© Christine Bick


Differenziertes emphatisches Verstehen:
43
Beobachten:
Was soll unbedingt sein?
Als wer verneint er sich?
Gemäß Verhalten des Schülers
Wahrnehmen, welche dysfunktionalen Strategien ein Schüler konkret zeigt.
Entschlüsseln, welche emotionalen Setzungen u. Überzeugungen die dysfunktionalen Strategien leiten.
Vermuten, von welchen grundsätzlichen Motiven / Werten / Bedürfnissen das Verhalten bestimmt ist.
© Christine Bick

Methodenbeispiel: Wahrnehmungsschulung (Seilkreise)

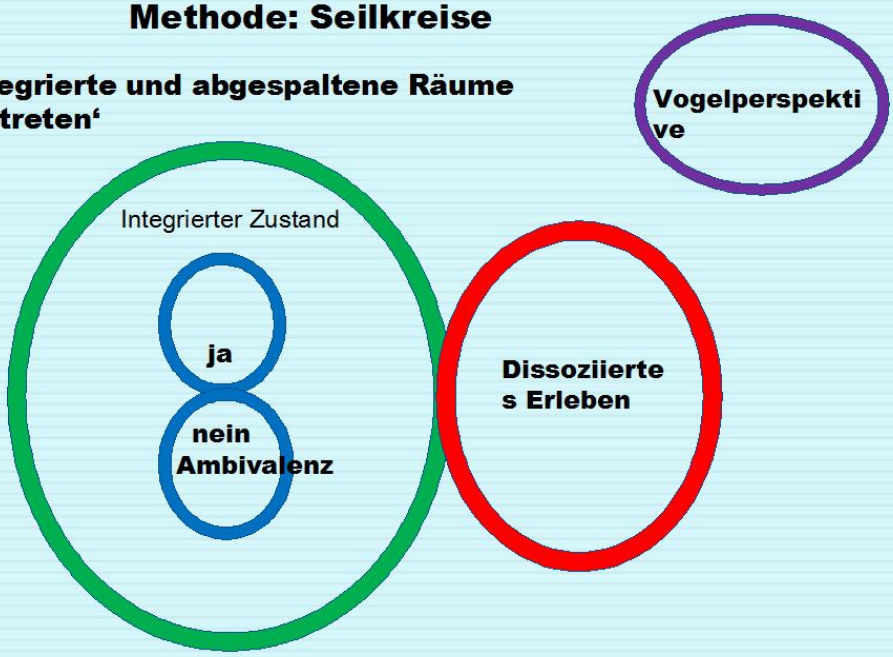
44

- Arbeit mit ausgelegten Seilkreisen als Platzhalter unterschiedlicher emotionaler Erlebensräume / Zustände
- Erleichtert Zugang zu differenzierter Wahrnehmung emotionalen Erlebens
- Gibt Einsicht in Zusammenhänge von Gedanken und Gefühlen
- Unterscheidet zwischen Problem 1. und 2. Ordnung (Problemebene und Metaebene)
- Fördert Selbstreflexion

© Christine Bick

Methode: Seilkreise

Integrierte und abgespaltene Räume ‚betreten'



45

© Christine Bick

Methodenbeispiel: Umkehrschluss

46

- Wenn A unbedingt sein soll, dann ist es folglich eine Katastrophe, wenn A nicht ist.
- Beispiel: Schüler verschafft sich ständig lauthals Raum und Gehör.
- Was befürchtet er, wenn ihm nicht zugehört wird, wenn er weniger Raum bekommt?
- D.h.: Beachtung des Umkehrschlusses führt zur Erlebnisästhetik des Traumas, die spezifische Hinsicht der Werteinbuße wird deutlicher.

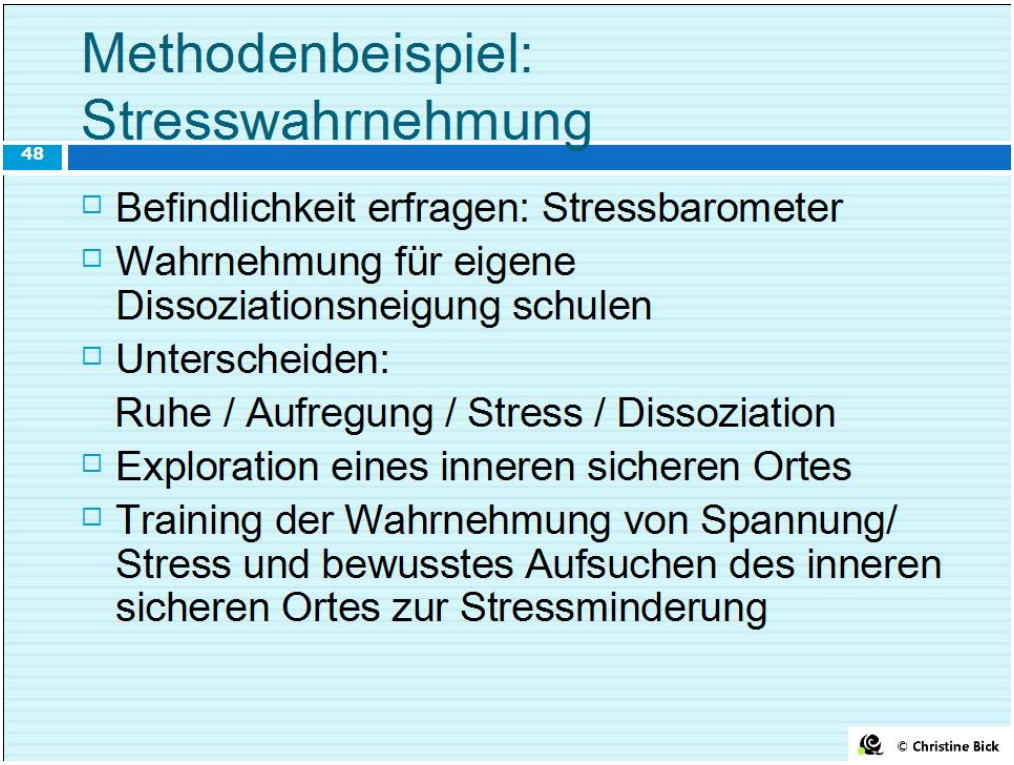
© Christine Bick

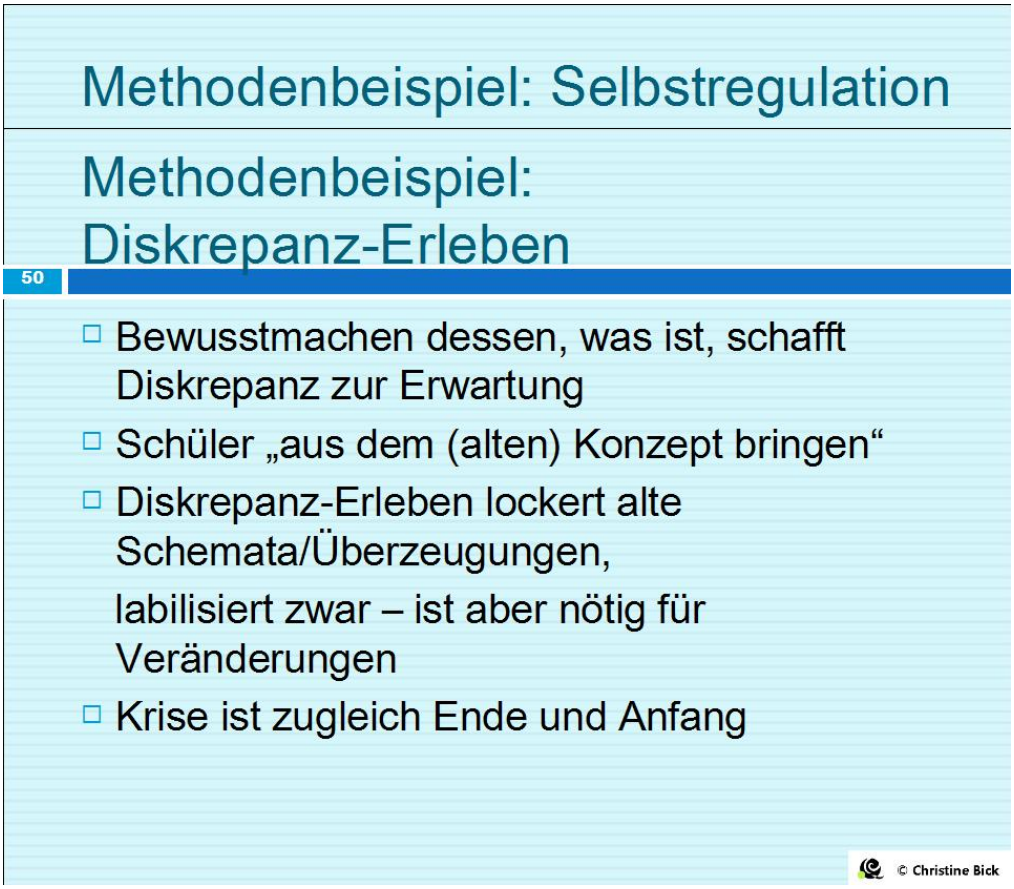
Methodenbeispiel: Verschmelzung lösen

47

- Traumaereignisse verletzen Grenzen, lassen Ich-Grenzen verschwimmen. Abgrenzung fällt später schwer.
- Abgrenzung gegenüber Kritik, Abwertung und Entwertung kaum selbstbewusst möglich.
- Eigener Maßstab muss wiedererlangt werden
- Beispiel für Entschmelzung: von neutralem Reiz zum Trigger: Schuh > Jacke > Busfahrer > Kassiererin > Lehrerin > Eltern

© Christine Bick


Methodenbeispiel:
Stresswahrnehmung
48
Befindlichkeit erfragen: Stressbarometer
Wahrnehmung für eigene Dissoziationsneigung schulen
Unterscheiden:
Ruhe / Aufregung / Stress / Dissoziation
Exploration eines inneren sicheren Ortes
Training der Wahrnehmung von Spannung/ Stress und bewusstes Aufsuchen des inneren sicheren Ortes zur Stressminderung
© Christine Bick


Methodenbeispiel: Selbstregulation
Methodenbeispiel: Diskrepanz-Erleben
50
Bewusstmachen dessen, was ist, schafft Diskrepanz zur Erwartung
Schüler „aus dem (alten) Konzept bringen“
Diskrepanz-Erleben lockert alte Schemata/Überzeugungen,
labilisiert zwar – ist aber nötig für Veränderungen
Krise ist zugleich Ende und Anfang
© Christine Bick

Methodenbeispiel: Halt geben

51

- Halt geben: Gedanken und Gefühle halten, indem wir im Gespräch mit dem Schüler seinen Äußerungen zuhören, ihn bei seinen Gedanken halten, damit er seine Gedanken wirklich zu Ende denken kann und sich nicht in fragmentierten Gedankensplittern verirrt.
- Ziel: Schüler soll dadurch in Kontakt kommen mit seinen Gefühlen und sich nicht – wie sonst- sofort wegdenken, ausblenden
- Ich empfinde mich weg! - Ist lebenswichtige Strategie – aber nur in größter Not!!

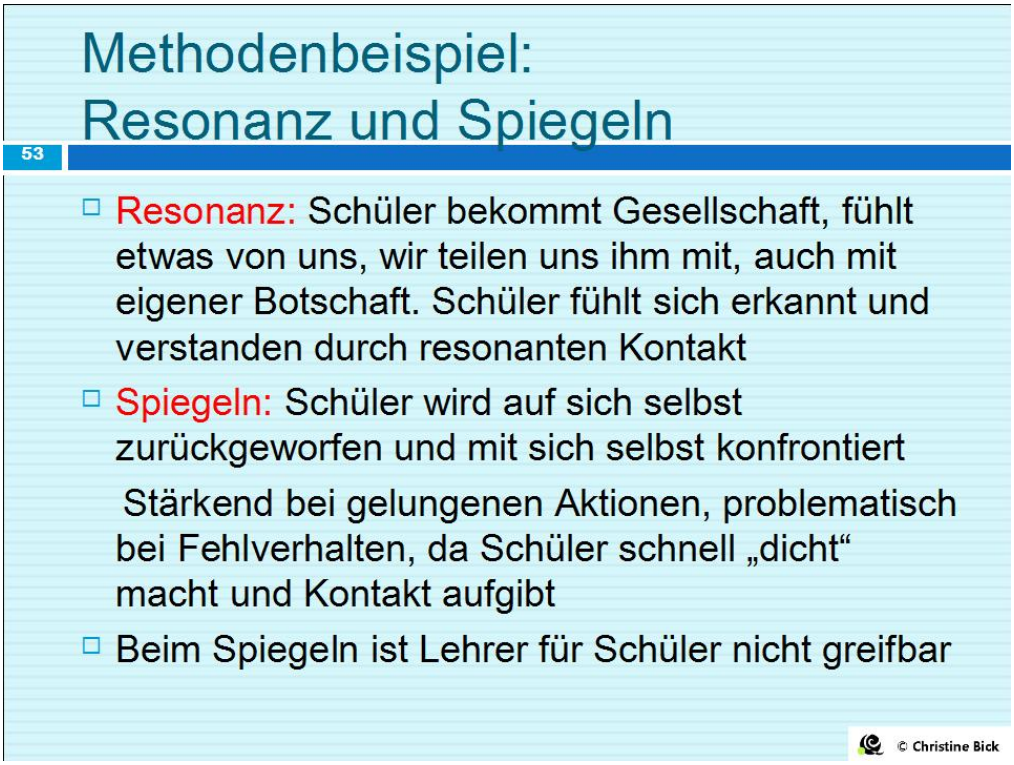
© Christine Bick

Methodenbeispiel: Hier und Jetzt - Bewusstsein

52

- Bewusst erleben lassen, was gerade ist.
- Selbst-bewusstes Realisieren dessen, was gerade ist, eröffnet Wahl und selbstbewusste Entscheidungen
- Selbstbewusstes Wählen / Entscheiden beweist, dass man nicht mehr ausgeliefert ist
- (Verantwortung für eigene Wahlen wird später thematisiert)

© Christine Bick


Methodenbeispiel:
Resonanz und Spiegeln
53
Resonanz: Schüler bekommt Gesellschaft, fühlt etwas von uns, wir teilen uns ihm mit, auch mit eigener Botschaft. Schüler fühlt sich erkannt und verstanden durch resonanten Kontakt
Spiegeln: Schüler wird auf sich selbst zurückgeworfen und mit sich selbst konfrontiert
Stärkend bei gelungenen Aktionen, problematisch bei Fehlverhalten, da Schüler schnell „dicht“ macht und Kontakt aufgibt
Beim Spiegeln ist Lehrer für Schüler nicht greifbar
© Christine Bick

Indirekte Traumatisierung in der stationären Traumatherapie, Gefährdungen und Chancen für die BehandlerInnen

Dr. Gabriele Fröhlich-Gildhoff

Bevor wir inhaltlich einsteigen, möchten ich zunächst einige Begrifflichkeiten klären.
Wenn man sich mit dem Thema „indirekte Traumatisierung oder sekundäre Traumatisierung“ beschäftigt, stößt man sehr schnell auf eine Flut von Bezeichnungen, die gleiches oder ähnliches meinen und von denen ich Ihnen einige wenige vorstellen möchte (Lemke, Jürgen, 2009):

1. Definitionen:

Primäre Traumatisierung:
Wenn Gewalt, wie z. B. Kriege, Unfälle, sexualisierte Gewalt oder schwere Schicksalsschläge, wie z. B. der plötzliche Verlust eines Partners, direkt erlebt wird.

Von sekundärer oder indirekter Traumatisierung sprechen wir, wenn Menschen dadurch, dass sie traumatisierten Menschen helfen (Einsatzkräfte), ihnen begegnen, Kontakt zu ihnen habe und sich mit deren Erleben auseinandersetzen, ihre Leiden behandeln, traumatisiert werden (sekundäre traumatische Belastungsstörung STBS, STSD). Frey spricht in diesem Fall von „psychischer Ansteckung“.

Wir kennen außerdem metaphorische Begriffe wie „verletzte Helfer“, „verwundende Heiler“, „Soul Sadness“, „Mental Pain“.

Vorläuferbegriffe: Contect Victimization, Savior Syndrome, Secundary Catastrophic Stress Reaction, PTSD-Transmission.

Teilaspektbegriffe: Empathic Strain oder Empathic Traumatization.

Kernbegriffe: Compassion Fatigue (Mitgefühlserschöpfung), Figley setzt das gleich mit ST (sekundäre Traumatisierung). Compassion Fatigue wird als natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen angesehen. Voraussetzung ist Compassion Stress.

Stellvertretende Traumatisierungen (Laury Pearlman 1995): Der Begriff wird ausschließlich auf die psychotherapeutische Arbeit mit Traumaopfern angewandt. Traumatherapeuten begegnen einer Welt von Gewalt und Zerstörung, der Grausamkeit und Unvorhersagbarkeit. Dadurch können die drei

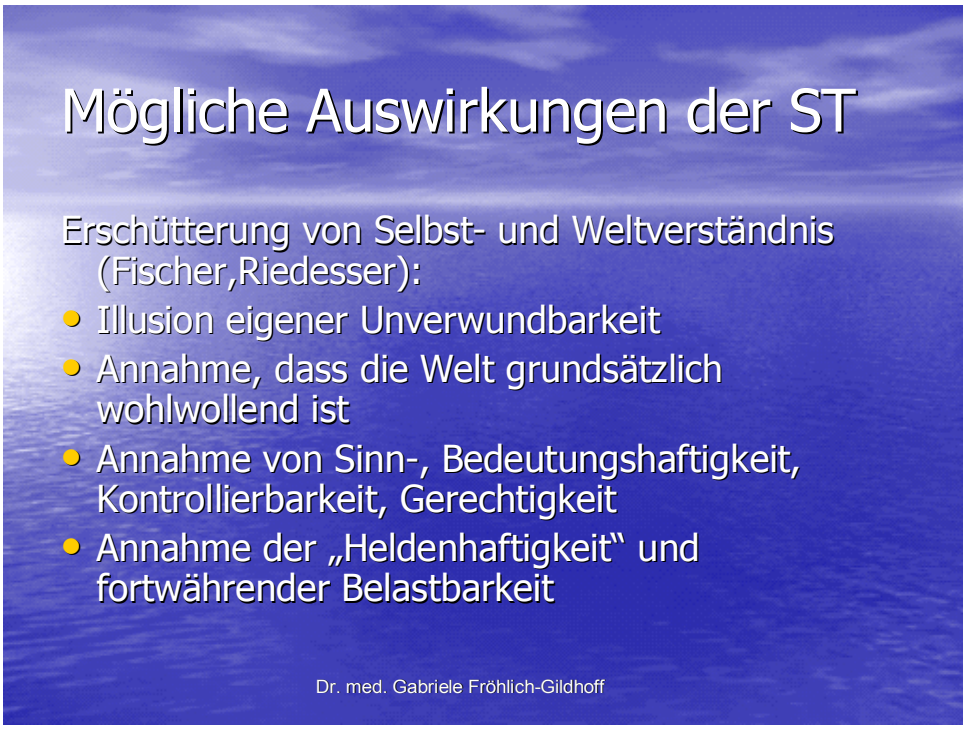
Grundannahmen zum Ich und zur Welt, nämlich: die Vorstellung der persönlichen Unverwundbarkeit, die positive Selbstsicht und die Vorstellung von einer sinnvollen und geordneten Welt, erschüttert werden.

Burnout: Berufsbedingtes Belastungssyndrom, gekennzeichnet durch emotionale Erschöpfung, emotionale, negative, unpersönliche oder zynische Einstellung gegenüber dem Arbeitsfeld, Gefühl reduzierter beruflicher Leistungsfähigkeit.

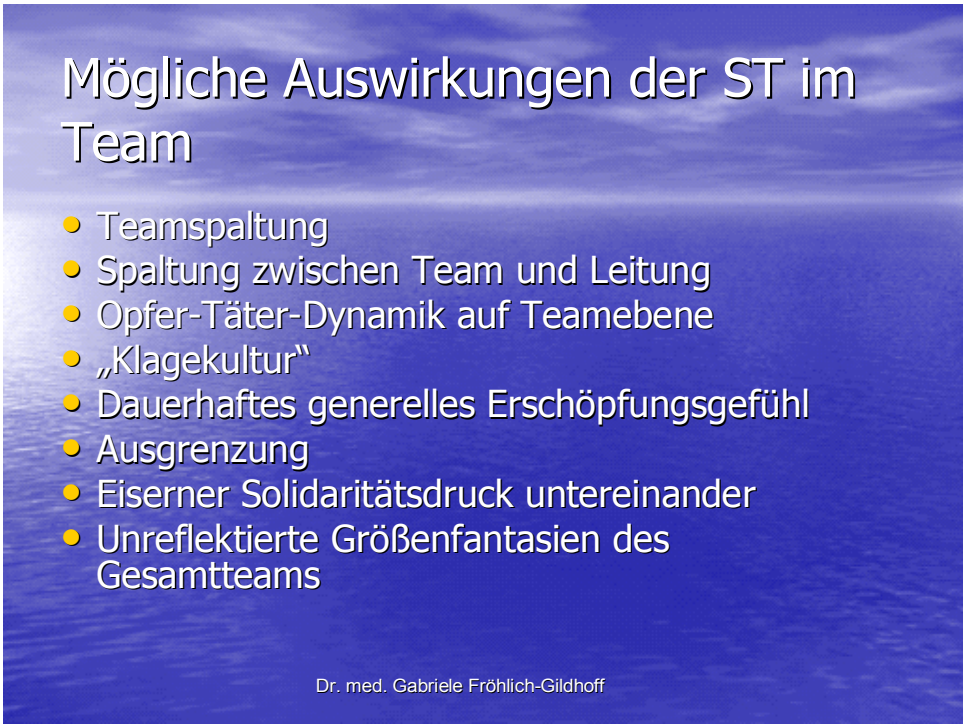
Gegenübertragung (Stirn 2002): Ein- oder Hineinbezogensein der Therapeutin mit ihren eigenen Reaktionstendenzen und insbesondere auch mit ihren unbewussten Anteilen in die Dynamik des therapeutischen Prozesses. Gegenübertragung macht Therapeutin nicht krank, ST schon.

2. Auswirkungen und Symptome der indirekten oder sekundären Traumatisierung:

Im Gegensatz zur PTBS des Traumaopfers ist die ST eine langsam schleichende und über einen längeren Zeitraum sich entwickelte Belastungsstörung. Ansonsten ähneln die Symptome denen der PTBS:



(Antonowsky: Dinge, die geschehen, haben Bedeutung, Ereignisse stehen in einem Sinnzusammenhang, Kontrollierbarkeit der Welt durch Verhalten, um Gefühl der eigenen Verwundbarkeit zu verringern. Vertrauen in die eigene Belastbarkeit verloren, Gefühle von Versagen und Selbstzweifel machen sich breit.)
Sucht.



Symptome der ST

- Erhöhte Reizbarkeit, Wutausbrüche, Hypervigilanz
- Emot.Taubheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung,Isolation,Partnerschaftspro-bleme
- Vermeidung von Orten, Personen, Situationen

Dr. med. Gabriele Fröhlich-Gildhoff

Symptome der ST

- Angst, Hilflosigkeit
- Ein-, Durchschlafstörungen, Alpträume
- Depressionen
- Misstrauen
- Leugenen eigener Sorgen
- Extreme Erschöpfung

Dr. med. Gabriele Fröhlich-Gildhoff

3. Neurobiologie der sekundären Traumatisierung:

In den letzten Jahren haben sich zahlreiche Untersuchungen mit der Frage, ob es eine ST tatsächlich gibt und wie sie ausgelöst wird, beschäftigt. Es wird weiterhin kontrovers diskutiert, die Datenlage ist noch nicht eindeutig. Ich möchte trotzdem das neurobiologische Modell von Judith Daniels vorstellen, welche 2007 in der Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapie, Wissenschaft und psychologische Medizin veröffentlicht worden ist.
Judith Daniels geht davon aus, dass drei Faktoren, die im menschlichen Organismus angelegt sind, zur Ausbildung einer ST beitragen: Empathie, Kindling, Dissoziation.
Empathie: beschreibt die Fähigkeit, die mentalen Perspektiven anderer Menschen kognitiv zu erfassen (Perspektivenübernahme) und sich in die emotionale Verfassung des Gegenübers hineinzuversetzen (affektive Emotionsübernahme). Die Neuropsychologen haben die so genannte „Simulationstheorie“ entwickelt, die von der Annahme ausgeht, dass Menschen in der Lage sind, die Ressourcen für das eigene Verhalten zu nutzen, um das Verhalten anderer innerlich zu simulieren. D. h., dass während der Beobachtung eines emotionalen Zustandes einer anderen Person dieselben neuronalen Netzwerke aktiviert werden, wie während des eigenen Erlebens dieser Emotion. Dabei scheinen die so genannten Spiegelneuronen eine zentrale Rolle zu spielen.
Kindling: beschreibt eine zunehmende Sensibilisierung der Amygdala durch wiederholte unterschwellige Aktivierungen. Die unterschwelligen wiederholten Aktivierungen könnten erfolgen, wenn TherapeutInnen ungeschützt mit großer Empathie die emotionalen Zustände von Traumaopfern simulieren. Durch die Überschreitung der Aktivierungsschwelle der Amygdala kann die Therapeutin intensive Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen erleben, die der aktuellen äußeren Situation nicht angemessen sind. Aufgrund der intensiven emotionalen Beteiligung kommt es bei TherapeutInnen zu einer peritraumatischen Dissoziation. Die Dissoziation bedingt den Ausfall der Selbst-Fremd-Differenzierung und macht damit eine emotionale Distanzierung unmöglich. Dies führt zu Intrusionen und dem Gefühl aktueller Bedrohung.

Soweit der Versuch, ein neurobiologisches Modell für die ST zu entwickeln. Was dieses Modell nicht erklärt hat, ist, warum lt. Studien von Daniels (2005) und Gurries (2005) nur etwa 30% der HelferInnen und TherapeutInnen Symptome einer ST aufweisen.
Daran schließ sich die Frage an, ob es Prädiktoren und Risiken für das Entwickeln einer ST gibt. Dazu möchte ich in meinem nächsten Punkt kommen.

4. Risiken der Entwicklung einer ST:

a) Risiken auf persönlicher Ebene:
Eigene Traumata in der Geschichte, nicht bearbeitet.
Negative Energiebilanz,eigene Belastungsgrenzen unklar bzw. werden überschritten.
Eigene Bedürftigkeit wird durch Arbeit mit PatientInnen kompensiert.
Überidentifikation und Verschwisterung mit PatientInnen.
Verlust der professionellen Distanz.
Größen- und Rettungsphantasien.
Unvermögen, eigenes Handeln zu reflektieren und von einer Metaebene aus zu betrachten.
Projektion von Täter-Opfer-Rolle auf KollegInnen, Vorgesetzte und Institution.
Nebeneinander von gegensätzlichen Affekten wie Aggression/Unterwerfung, Freundlichkeit/Anschwärzen.
Fanatismus, extreme Ideologie und Moralvorstellungen.
Keine Trennung zwischen Beruf und Freizeit.
Keine sozialen Netzwerke.
Tendenz zur Selbstaufopferung.

b) Risiken auf institutioneller Ebene:
Unklare Hierarchieebenen
Strukturelle Mängel
(keine eigenen Büros, keine regelmäßigen Besprechungen)
Basisdemokratie (die Notwendigkeit von Regelung, Koordination, rechtlicher Verantwortung wird ignoriert, organisierte Verantwortungslosigkeit).
Endlosdiskussionen: alle befassen sich mit allen Problemen, wollen überall mitentscheiden, dies hat zur Folge extreme Reibungsverluste. Es werden keine Entscheidungen gefällt, Veränderungen nicht umgesetzt.
Fraktionierung, Grabenkämpfe, wenn die Leitungskräfte permanent demontiert werden entsteht ein Machtvakuum, was zur Fragmentierung von Teams führen kann.
Regel- und Grenzverletzungen, wenn Kontrolle fehlt.
Teamsitzung und Supervision dienen als Freiraum zur Austragung persönlicher Fehden.
Undurchsichtige, langwierige Entscheidungsprozesse.
Hektische, unreflektierte Interventionen.
Hohe Personalfluktuation.
Nischenkulturen, informelle Leiter, „kleine Könige“.
Mangelnde Fortbildung und Qualifikation.
Intransparente Entscheidung der Vorgesetzten.
Unklarer Behandlungsauftrag von Seiten der Kostenträger oder der Institution.

Wie Bross in seinem Buch „Verletzte Helfer“ beschreibt, scheint es insbesondere in allen Richtungen, die mit Gewaltopfern arbeiten, kennzeichnend zu sein, dass die Mitarbeiter grundsätzlich Misstrauen gegen Hierarchie und Macht hegen und, dass daher das Bestreben darauf gerichtet ist, einen macht- und repressionsfreien Raum zu schaffen. Hierarchie wird mit Machtmissbrauch gleichgesetzt. Einigen Helferinnen und Helfern scheint ein regressiver Wunsch nach heiler Welt, aus der die Schattenseiten der menschlichen Natur verband sind, anzuhaften. Sie versuchen, sich Nischen zu schaffen, eine Insel als Gegenmodell zu den Abgründen der realen Welt, dem ihre PatientInnen, möglicherweise auch sie selber entronnen sind. Auffallend ist häufig eine eigenartige Realitätsferne, eine Berührungsangst mit der bösen Wirklichkeit, besonders ein Mangel an pragmatischem Sinn für das Machbare. Sich auf die reale Welt draußen einzulassen, mit Behörden, Geldgebern, gesetzlichen Rahmenbedingungen, gilt als korrumpierend. Damit macht man sich die Hände schmutzig.
Dieses Verhalten scheint von der Angst getrieben zu sein, erneut traumatisiert zu werden. Die Berührungsangst mit jeglicher Form von Macht scheint aus dem Wunsch zu erwachsen, „rein zu bleiben, die eigenen destruktiven Anteile abzuspalten“. In solchen Institutionen erleben wir das Phänomen der informellen Macht. Ausgeübt häufig durch Personen, die ihre eigenen Machtansprüche auf die „böse Leitung“ projizieren. Erfahrene ältere KollegInnen, die ihre persönlichen Interessen hinter selbstloser Aufopferung kaschieren. Sie machen den KollegInnen das leben schwer mit Projektionen und Spaltungen. Diese informelle Macht operiert im Dunkeln, ist oft nicht begreifbar und niemandem Rechenschaft schuldig. Sie sind formal nicht autorisiert, daher in kein Regelwerk eingebunden und nicht kontrollierbar. Sie stellen für die gesamte Entwicklung einer Organisation und ihrer MitarbeiterInnen eine deutliche Bedrohung dar.

5. Ressourcen:

Hilfreiche MitarbeiterInnen-Ressourcen:
Familie, Kinder.
Realistische Ziele, Illusionen aufgeben.
Ausbildung, Weiterbildung, Supervision.
Eigenes Trauma als Antriebskraft, wenn dieses gut verarbeitet ist.
Kulturelle Aktivitäten.
Austausch unter KollegInnen.
Politisches Engagement, Öffentlichkeitsarbeit.
Humor.
Erfolgserlebnisse, d. h. Ziele nicht zu hoch stecken.
PatientInnenarbeit als Quelle von Lebenshunger, Kraft und Neugierde.
Sport und Natur.
Auszeiten, Sabbatjahr.

Geselligkeit, Freunde.
Reisen.
Reframing, statt Containing (Trauma in Kreatives umwandeln).
Sinngebung.
Entspannung, Ruhe …

Hilfreiches im stationären Teamalltag:

PatientInnen werden auf viele Schultern verteilt.
Reflektion im Team.
Unterstützung im Team.
Begrenzter Auftrag.
PatientInnen können abgegeben werden.
Wöchentliche interne, 14-tägig externe Supervision.
Materielle Sicherheit als Angestellte.
Multiprofessionalität.
Wechselseitige Würdigung und Wertschätzung.
Gemeinsame Freude an Entwicklungsschritten von PatientInnen.
Gemeinsame Visionen.
Soziale Anerkennung.

Wunschmitarbeiterin: warmherzig, empathisch, ausgeglichen, stabil, humorvoll, flexibel, Vergnügen wertschätzend und genussfreudig.

6. Prävention:

Selbstfürsorge:
Ausgeglichenheit, Gelassenheit, Optimistische Lebenshaltung, Fähigkeit zur Selbstöffnung, Reflexionsfähigkeit, Arbeits- und Freizeitbalance, hohes Kohärenzgefühl.

Verhaltensprävention:
Wissen über ST, Erlernen von Problemlösestrategien unter Extrembelastung, Trainieren emot. Copingstrategien, Trainieren der Körperwahrnehmung, Trainieren eines Notfallsets.

Gesundes Miteinander im Team:
Soziale Einbettung des Einzelnen im Team, Verantwortungsübernahme im Team, Soziale Anerkennung.

Gesunde Arbeitsbedingungen:
Arbeitszeitmodelle, Teilzeitarbeit, unbezahlten Urlaub, eigene Büros (selber gestalten), Fortbildungen, Fallbesprechungen, Pat.Zahl begrenzen, Reihenfolge Einzeltermine selber setzen, regelmäßige Teambesprechungen, Führungskräftetraining, möglichst viel Autonomie, wenig Bürokratie.

7.Chancen für Behandlerinnen:

Die Überlebensstrategien der PatientInnen und deren Fähigkeiten, sich aus tiefster Not wieder aufzurichten können Mut machen und die eigene Sicht auf sich selbst und die Welt verändern. Wir werden ZeugInnen der immensen Selbstheilungskräfte, können vielleicht eigene Probleme leichter nehmen. Mich erfüllt die Arbeit stets aufs Neue mit Achtung und Respekt vor dem Mut, der Tapferkeit und dem Lebenswillen unserer Patientinnen und Patienten. Mich überraschen selbst nach mehr als 20 Jahren Arbeit mit traumatisierten Menschen immer wieder die Kreativität und die Stärke, die aus tiefer Not und Gewalterfahrung erwachsen können. Wir können teilhaben an einem Werdungsprozess von Patientinnen, die von Überlebenden zu Lebenden werden und Lebensqualität gewinnen. Vieles, was wir in der Traumatherapie gelernt haben und in der Arbeit anwenden, können wir auch für uns selber nutzen, wie sich über Kleinigkeiten freuen, Achtsamkeit uns selbst gegenüber, ressourcenorientierte Haltung, wertschätzender Umgang auch mit mir selbst. Ich habe in all den Jahren von meinen Patientinnen und Patienten viel für mich gelernt und kann dafür tiefe Dankbarkeit empfinden.

Wenn Kollegen und Familien mitleiden...
Sekundäre Auswirkungen und systemische Lösungswege
nach berufsbedingter Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten

Alexander Korittko

Du kannst es nicht beschreiben, wenn Du es nicht gesehen hast.
Du kannst es nicht erklären, wenn Du es nicht getan hast.
Du kannst es Dir nicht vorstellen,
wenn Du nicht dort gewesen bist.
Und dann verlässt es Dich nicht mehr.
Bill Blessington, Reporter im Ruhestand, Chugiak, Alaska

Ohne Zweifel gelten einige Berufsgruppen im Rahmen ihrer üblichen Tätigkeiten zu den besonders Trauma-gefährdeten Personen. Neben Soldaten, Journalisten, Bankangestellten, Intensivpflegepersonal zählen MitarbeiterInnen bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst dazu. Die Einsatzkräfte der zuletzt genannten gehören nach Teegen (2003) zu den Hochrisikogruppen. Für direkt Betroffene dieser Gruppen, die dann als primär traumatisiert zu bezeichnen wären, sind vielerorts Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt worden, von der direkten Nachsorge bis zu stationären Maßnahmen bei anhaltender Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Diese Angebote werden leider weniger in Anspruch genommen, als zu wünschen wäre. Andererseits werden die sekundären Auswirkungen auf die nicht primär betroffenen Team-Mitglieder und die unter den Auswirkungen einer PTBS indirekt leidenden Familienmitglieder in den meisten Beratungsangeboten wenig bedacht. Ich möchte in diesem Artikel sekundäre – und damit indirekte – Auswirkungen in Teams und Familien bei potentiell traumatisch belasteten Berufen darstellen und erste Ideen für interaktionelle Interventionen zur Diskussion stellen.

Primäre Traumatisierung bei Hochrisikogruppen

MitarbeiterInnen von Rettungsdiensten, Polizisten und Feuerwehrleute können bei Massenunfällen, gefährlichen Einsätzen oder Katastrophen in einen psychischen Schockzustand geraten. Derartige Extremsituationen können langfristig zu psychischen Erkrankungen oder zu Posttraumatischen Belastungsstörungen führen. Zu den Symptomen einer PTBS zählen Intrusionen (ungewolltes Wiedererleben wie z.B. in Alpträumen, lebhaften Rückerinnerungen (Flashbacks) Grübeln), Konstriktionen (Einschränkungen wie z.B. Vermeiden von Erinnerungsreizen, emotionale Empfindungslosigkeit, Betäubung durch Alkohol oder Medikamente, soziale Isolation) und Hyperarousal (körperliche Übererregung z.B. Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Schreckhaftigkeit, somatoforme Störungen, übersteigerte Wachsamkeit).

Bei der Polizei haben bis zu 20% bis 40% der Einsatzkräfte Symptome einer PTBS. „Verkehrsunfälle mit Todesfolge, Suizid eines Kollegen, tödliche Unfälle von Kindern, die Wahrscheinlichkeit als Polizist mit solchen Extrembelastungen im Laufe des Berufslebens konfrontiert zu werden, grenzt an 100%. Oft ist ein unverarbeitetes Trauma Ursache dafür, dass Beamte zur Flasche greifen.“ (Peter Subkowski, Klinikleiter[1]) Polizisten nach Schusswaffengebrauch hatten zu 75% Intrusionen, sie sehen auch Monate später ungewollt Bilder dieses Einsatzes „wie einen alten Film“ immer wieder. Der Hauptkommissar Peter Gerlach, der 2009 auf den Amokläufer in Ansbach schoss, sagte ein Jahr später: „Ich träumte nach dem Amoklauf vor allem von früheren Einsätzen, die ich längst bewältigt zu haben glaubte: Ermordete Menschen, tote Babys, durch Unfälle verstümmelte Körper. Für mich zu erkennen, dass ich professionelle Hilfe brauchte, war ein Schritt, der mir sehr schwer gefallen ist und wirklich Überwindung kostete.“[2]

Auch die Seele eines Polizisten ist nicht unendlich belastbar, obwohl die Polizeikräfte durch das berufliche Auswahlverfahren und das professionelle Training eine physisch sowie psychisch gesündere Berufsgruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung darstellen. Bei einer Untersuchung mit 14 Polizeibeamten wurde 6 Monate nach einem traumatischen Ereignis die Diagnose einer PTBS gestellt. Nach 12 Monaten erwies sich die Intrusionssymptomatik als so stabil, dass die Forscher zum dem Schluss kamen, dass es unverzichtbar erforderlich sei, Polizeibeamten nach Extremsituationen intensive psychologische Unterstützung zur Verfügung zu stellen (Schütte et. al. 2010).

Für die Rettungskräfte und Feuerwehrleute, die drei Tage und drei Nächte bei den Rettungs- und Bergungsarbeiten der ICE-Katastrophe von Eschede beteiligt waren, wurde für einen Zeitraum von drei Jahren psychologische Nachsorge angeboten, weil sich auch noch sehr viel später Männer und Frauen meldeten, die zunächst nicht wahrhaben wollten, dass sich die Erlebnisse dieser Zeit so nachhaltig und so wirkungsvoll in ihr Gedächtnis eingebrannt hatten. Außergewöhnliche Ereignisse hinterlassen außergewöhnliche Spuren.

So funktioniert unser Gehirn: Traumatische Erlebnisse, d.h. Erlebnisse, die durch eine Bedrohung der eigenen Unversehrtheit oder einer Lebensbedrohung anderer Menschen gekennzeichnet sind und die dadurch plötzlich zu Ohnmacht, Verzweiflung und Hilflosigkeit führen, hinterlassen in Form von sensorisch fragmentierten Erinnerungsreizen Spuren im Gedächtnis. Wird jemand erneut mit einem Erinnerungsreiz (Trigger) konfrontiert, werden erneut Erlebnis-, Emotions-, Verhaltens- und Denkmuster ausgelöst, die damals als Notfall-Schaltung genutzt wurden. Manche Menschen erleben den „alten Film“, als passiere er jetzt wieder (Flashback), andere verhalten sich dann für kurze Zeit so, als seien sie erneut in Lebensgefahr (State Dependent Memories). Geschieht dies häufiger, schaltet das Gehirn also immer wieder auf Notfall,

1 www.rponlne.de/panorama/deutschland/2000/polizistensindalkoholkrank
2 Nürnberger Nachrichten vom 17.6.2010

führt dies zu einer entsprechenden nutzungsabhängigen Strukturierung des Gehirns und zunehmender Sensibilisierung: schon durch minimale Reize entsteht die gleiche neuronale Aktivität, die meist zu Kampf- und Flucht-Bereitschaft oder Erstarren und Dissoziation führt, dem Abschalten von Wahrnehmung nach außen und innen (Hüther 1997, Hüther et. al. 2010).

Sekundäre Auswirkungen primärer Traumatisierungen

Betrachtet man die Literatur zu den stabilisierenden Hilfen für traumatisierte Menschen, betonen unterschiedliche Autoren, wie wichtig die soziale Unterstützung für Traumatisierte ist. Der Traumaforscher Bessel van der Kolk geht so weit, dass er behauptet, dass soziale Unterstützung im direkten menschlichen Kontakt der Prädiktor Nr. 1 für die Vermeidung einer PTBS sei (van der Kolk 2006). Gespräche mit Kollegen und/oder Familienangehörigen helfen, das traumatische Erlebnis zu verarbeiten und emotionale Stabilität zu erlangen. Kollegen und Familienangehörige bemerken auch später als erste verändertes Verhalten, können es mit dem Trauma in Verbindung bringen und versuchen, durch persönliche Unterstützung die Auswirkungen zu lindern. Diese Hilfe hat aber einen Preis, bemerkt Charles Figley, ein Paar- und Familientherapeut, der sich auf die Arbeit mit Traumatisierten spezialisiert hat (Figley, 1989).

Dieser Preis der Hilfsbereitschaft aus kollegialer Verbundenheit oder familiärer Liebe wird von einigen Autoren als sekundäre Traumatisierung oder übertragene Traumatisierung bezeichnet. Diese Traumatisierungen werden definiert als Übertragung posttraumatischer Stress-Reaktionen ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz dazu (Daniels 2006). In diesem Zusammenhang wird auch die Erschöpfung aus Mitgefühl gesehen, die im helfenden, professionellen oder privaten Kontakt mit extrem leidenden Traumatisierten entsteht, verbunden mit tiefer Sympathie und dem Wunsch, den Schmerz des Betroffenen zu lindern oder seine Ursache zu beseitigen (Figley, 2002). Die Anzeichen für eine solche übertragene Traumatisierung sind ähnlich der primären PTBS:

Intrusionen: Die vom Traumatisierten geschilderten Bilder, Gedanken und Gefühle oder die bei ihm vermuteten Bilder, Gedanken und Gefühle verdichten sich zu so intensiven Wahrnehmungsmustern, dass sich Vorstellungen davon auch anderen immer wieder aufdrängen. So kann z.B. die Ehefrau eines Feuerwehrmannes, der immer wieder verzweifelt davon berichtet, ein kleines Kind nicht gerettet haben zu können, ihren Mann immer wieder mit dem toten Kind auf dem Arm vor sich sehen, ohne dies wirklich erlebt zu haben. Sie entwickelt dann vielleicht die gleichen Gefühle von Hilflosigkeit, Trauer und Verzweiflung, wie ihr Ehemann. Nicht betroffene Kollegen eines Polizisten, der die Leiche einer Frau gefunden hat, entwickeln nach wiederholten Berichten des Traumatisierten Bilder des Ereignisses, die in ihrer Grauenhaftigkeit den realen Bildern um nichts nachstehen.

Wenn ein solcher Übertragungsprozess geschieht, ist bei den Nichtbetroffenen eine Empathiefähigkeit vorhanden, eine empathische Besorgnis und unter Umständen die Unfähigkeit, sich vom Leiden des Traumatisierten zu distanzieren. Eigene frühere Traumata werden beim Nichtbetroffenen möglicherweise zusätzlich in Erinnerung gerufen (siehe differenzierter bei Daniels 2006).

Konstriktionen: Auch Nichtbetroffene versuchen, das ungewollte Wiedererleben durch emotionale Taubheit oder durch Alkohol oder Medikamente zu vermeiden. So kann die Ehefrau des oben geschilderten Feuerwehrmannes immer wieder abends allein oder mit ihm zusammen mehr Alkohol zu sich nehmen, als im Rahmen eines abendlichen Genusses für beide bekömmlich ist, weil dann die aufkommenden Bilder und Gedanken nicht mehr zu den unerträglichen Gefühlen von Schmerz und Trauer führen. Auch in Polizei-, Sanitäter- oder Feuerwehr-Teams können Verhaltensmuster entwickelt werden, die die ungewollte Nähe zum Trauma Einzelner verhindern, z.B. durch ein endloses Erzählen besonders deftiger Witze.

Hyperarousal: Wie bei primär Betroffenen zeigen sich auch bei Familienangehörigen oder TeamkollegInnen Anzeichen von körperlicher Anspannung, Hyperwachsamkeit, Schlafstörungen oder Konzentrationsbeeinträchtigungen, oft gepaart mit einer Sorge um den Traumatisierten. Auch eine im Alltagsgeschehen plötzlich durchbrechende Reizbarkeit und eine Neigung zu Wutausbrüchen sind bei Menschen zu beobachten, die durch einen Übertragungsprozess sekundär von einem Trauma betroffen sind.

Figley (2002) merkt an, dass diese Symptome als akute, krisenbedingte Reaktionen angesehen werden sollten, wenn sie noch nicht einen Monat lang bestehen. Sie können zu systemischen Prozessen führen, die ich an anderer Stelle bereits als „Erstarrtes Mobile“ beschrieben habe (Korittko u. Pleyer, 2010): familiäre Muster des unbewussten Stillstands und der anhaltenden Nähe zum Trauma, Muster der ausdrücklichen Vermeidung von Nähe zum Trauma und Muster der irrelevanten Kommunikation als interaktionelle Notbremse. Durch die emotionale Nähe zum PTBS-Betroffenen entwickeln sich bei den Team- oder Familienmitgliedern Verhaltensweisen, die den Symptomen der PTBS stark ähneln.

Eine mögliche Erklärung dafür liefert die Neurobiologie. Das Konzept der so genannten Spiegelneuronen besagt, dass Menschen, die eine Handlung eines anderen Menschen beobachten oder sie sich vorstellen, im Gehirn exakt dieselben neuronalen Verschaltungsmuster aktivieren, wie sie bei dem Menschen zu messen wären, den sie beobachten oder der ihnen eine Situation berichtet. Dies ist die biologische Erklärung für Empathie. Wenn beispielsweise ein Ehemann einer Polizistin immer wieder davon hört, wie seine Frau bedroht wurde und sich durch einen Schuss aus ihrer Dienstwaffe befreien konnte, aber auch den Verbrecher getötet hat, stellen sich letztendlich bei ihm dieselben Gefühle von Wut, Hilflosigkeit und Ohnmacht ein, verbunden mit Schuldgefühlen und Rechtfertigungsgedanken, wie bei seiner Frau.

In Teams wurde beobachtet, dass Traumata längerfristig auch Auswirkungen auf die Funktion haben. Verlust von Vertrauen untereinander, hohe Personalfluktuation, endlose Konflikte in Teams oder zwischen Teams können zu geringer Produktivität führen (McAllister 2003). Es kann sich auch ein übergroßer Teamzusammenhalt entwickeln (Traumasymbiose), der oft mit einer übergroßen Nähe zum Trauma einher geht. Reinert Hanswille spricht von trauma-organisierten Systemen, in denen es zu der Unfähigkeit kommt, etwas anderes als das Trauma zu besprechen; zu Verdrängung, Ohnmacht und Passivität; zu Eskalation oder Starre im Ausdruck eines einzigen Affektes, Problemtrance und Aktionismus; zu Beeinträchtigungen der Wahrnehmungsfähigkeit (Hanswille, 2010). Es gilt zu beachten, dass dies normale systemische Reaktionen auf wiederholte Traumatisierungen von Einzelnen oder des gesamten Teams sind. Es ist die Natur des Traumas, die sie verursacht, nicht individuelles Versagen oder Folgen einer schlechten Organisationsstruktur. Wer diesen Einfluss von Traumata auf eine Organisation verleugnet, läuft eher Gefahr, zur Verschlimmerung der Symptomatik beizutragen.

Ein ebenso nicht zu unterschätzendes Phänomen liegt in der möglichen Veränderung von Gedanken über sich selbst, über andere und über Sicherheit in dieser Welt, wenn man in eine Situation gerät, aus der es kein Entrinnen gibt, die man aushalten muss und die auch noch Monate später in der Erinnerung belastend ist.
Nicht nur direkt vom Trauma Betroffene, sondern auch Teamkollegen oder Familienmitglieder, die von den lebensbedrohlichen Situationen erfahren, können in ihren Annahmen über die Welt zutiefst erschüttert werden (McAllister 2003). Es kann sich mehr und mehr das Gefühl vertiefen, dass die Welt kein sicherer Ort ist und damit die Neigung, für sich selbst und andere permanent Sicherheits- und Notfallpläne zu entwerfen, ohne dass die Hilflosigkeit und die Sorge um andere wirklich nachlässt. Hinzu kommt als Auswirkung davon die Wahrnehmung einer eingeschränkten persönlichen Freiheit. Im Gespräch mit anderen Menschen kann zusätzlich eine Entfremdung entstehen. Andere mögen diesen extremen Sicherheitsverlust nicht wahrnehmen, werden dann aber möglicherweise als naiv oder gefühlskalt angesehen. Sie können eben dieses Verhalten nicht nachvollziehen, weil sie nicht mit jemandem zusammenleben, zu dessen Berufsrisiko Traumatisierung zählt. In der hohen Sensibilität für Gefahr und für Gewalt in der Gesellschaft ist es möglich, dass die Betroffenen und ihre Familienangehörigen in ihren Fähigkeiten, angemessene Grenzen zu setzen und Freiräume zu genießen, Alltagssituationen zu beurteilen und eigene psychologische Binnenprozesse wahrzunehmen, eingeschränkt sind. Wenn im Denken eine Kategorisierung in Opfer und Täter vorherrscht, beherrscht das Trauma den Kontakt mit der Umwelt.

In einer naiven Phase unseres Lebens gehen wir unbewusst davon aus, dass nur schlechten Menschen etwas Schlechtes passiert. Traumatisierte und ihre Kollegen, Freunde und Familien wissen, dass auch guten Menschen etwas Schlechtes passieren kann. Vielleicht liegt der feine Balanceakt darin, trotz dieses Wissens weiterhin eine positive Weltsicht zu behalten oder sich diese zurück zu erobern.

Die bisher geschilderten Reaktionen kann man unter systemischen Gesichtspunkten symetrische Reaktionen nennen. Der Reaktion der primär Betroffenen stehen die Reaktionen der Nichtbetroffenen gleichförmig und gleichgewichtig gegenüber. Eine zweite Reaktionsform kann man unter dem Begriff der komplementären Reaktionen beschreiben.

Komplementäre Reaktionen bei Nichtbetroffenen

Unter dem Begriff komplementäre Reaktionen möchte ich die Reaktionen von Nichtbetroffenen auf Traumatisierte beschreiben, die ebenfalls durch das Trauma und die Traumafolgestörungen ausgelöst werden können, die aber eher eine andere Art von Gegenreaktion darstellen. Sie sind eher dann vorzufinden, wenn Kollegen oder Familienmitglieder in der Folge in einen deutlicheren Distanzierungsprozess zum Trauma und damit zum Traumatisierten gehen. Dies führt unter Umständen zu einer sich selbst verstärkenden zwischenmenschlichen Distanz trotz vorhandener Zuneigung und Empathie (Harkness u. Zador, 2004).

Wenn primär Traumatisierte dazu neigen, sich zurück zu ziehen und ihr Interesse an Gemeinschaftsaktivitäten nachlässt, kann dies bei anderen zu Verletzungen führen. Wenn das Kollegenteam bei der Feuerwehr z.B. einen Grillabend organisiert, um einen schwer traumatisierten Kameraden auf andere Gedanken zu bringen, dieser Feuerwehrkamerad aber bewusst nicht teilnimmt, kann dies bei den anderen zu Entmutigung bei den Hilfsbemühungen führen. Im schlimmsten Fall sind sie verärgert und entwickeln eine Distanz zum Kollegen, was wiederum zur Verschlechterung seiner Situation führt. Ein ähnlicher Prozess ist auch mit seiner Ehefrau denkbar. Wenn sie ihn zärtlich umarmen will, er aber kein Interesse an intimen Interaktionen signalisiert, kann sie sich abgelehnt und verletzt fühlen und sich total von ihm zurückziehen. Auch hier entsteht eine Distanz durch die Folgen des Traumas. Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit erschweren den Umgang mit den eigenen Emotionen und mit denen anderer.

Die bei primär Traumatisierten immer wieder plötzlich auftauchenden Nachhall-Erinnerungen, die Betroffenen bedrohliche Momente aus der Vergangenheit als in der Gegenwart präsent erscheinen lassen, sowie die Versuche, diese auch Flashback genannten Phänomene zu vermeiden, können anderen gegenüber zu einem Leben in zwei Zeitzonen führen. So könnte ein Sanitäter immer wieder an die schrecklichen Bilder des Massenunfalls auf der Autobahn im letzten Monat denken, während seine Frau und seine Kinder schon die Urlaubsreise nach Dänemark im Sinn haben. Wenn sie versuchen, mit dem Vater über ihre Vorfreude zu sprechen, merken sie eine eigenartige emotionslose Haltung beim ihm. Die aus seinem traumatischen Erleben resultierende Schwierigkeit, sich auf das Hier und Jetzt und die Zukunft einzulassen, macht den anderen die Verständigung schwer und führt bei ihnen unter Umständen dazu, das Gespräch zu vermeiden.

Plötzliche Wutausbrüche, die als Teil von chronischer körperlicher Anspannung bei Traumatisierten vorkommen, machen entspannte Situationen mit Freunden und Familienmitgliedern nahezu unmöglich. Im Gegenteil: bei anderen kann ein Druck entstehen, in keiner Weise Anlass zu einem solchen Ausbruch geben zu wollen. Sie fühlen sich angespannt und kontrolliert. Eine Ehefrau sagte: „Es ist, als lebe man mit jemandem zusammen, dessen Stimmung dauernd wechselt. Wie bei einem Wasserstrahl, der eben noch angenehm kühl war und dann plötzlich kochend heiß ist.“ Der Traumatisierte verliert in diesen angespannten Situationen mehr und mehr Vertrauen in sich selbst und in andere, zieht sich zurück und hat mit Gefühlen von Scham, Einsamkeit und Wertlosigkeit zu kämpfen.

Intrusive Symptome, Vermeidung und körperliche Übererregung gehören ursprünglich zu wertvollen Schutzmechanismen, die primär Betroffenen das psychische Überleben ermöglichen. Die lebendigen Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) führen vielleicht zu einer günstigeren Bewältigung, wenn etwas ähnliches noch einmal passiert. Das Vermeidungsverhalten führt dazu, psychisch nicht zu zerbrechen, wenn die Intrusionen zu heftig werden. Und die körperliche Anspannung ist ein Produkt der Aufmerksamkeit gegenüber zukünftigen Gefahren. Der Mensch wird durch Erfahrung klug. Doch die extreme Sensibilisierung lässt den Betroffenen immer wieder mit der Notfall-Schaltung reagieren, auch dann, wenn es sich nicht um einen Notfall handelt. Diese konstante Notfall-Schaltung des Organismus führt als dauerhaft chronische Beeinträchtigungen zu verminderter Lebensqualität und oftmals zu Distanz zu Kollegen, Freunden und Familienangehörigen.

Zu einem weiteren rekursiven systemischen Prozess kann es kommen, wenn der Traumatisierte weniger Verantwortung im Team oder in der Familie übernimmt, weil er eingeschränktes Leistungsvermögen signalisiert oder weil er für eine gewisse Zeit geschont werden soll. Falls andere dann dieses Leistungs- oder Entscheidungstief über einen langen Zeitraum kompensieren, kann dies dazu führen dass der primär Traumatisierte immer weniger Anlass oder Verpflichtung spürt, seine früher vorhandenen Kompetenzen wieder zu entwickeln und andere gewöhnen sich daran, mehr zu leisten und sich unter Umständen zu überfordern. Die Menschen mit den Symptomen einer PTBS geraten voller Scham und Schuldgefühle immer mehr ins Abseits, die hilfreichen Kollegen oder Familienmitglieder brechen unter Umständen in der Überlastung zusammen. In Teams ist irgendwann nicht mehr nachvollziehbar, woher es kommt, dass einem Kollegen mit einer außergewöhnlichen Schonhaltung begegnet wird. In Familien entwickelt sich unter Umständen ein Verhaltensmuster, innerhalb dessen ein Erwachsener die alleinige Exekutive übernimmt und der andere wie „von draußen herein schaut“. Wenn eine Mutter immer mehr von den Aufgaben in der Familie übernimmt, die früher ihr Mann ausgefüllt hat, dabei aber nicht von anderen Aufgaben entlastet wird, fühlt sie sich mehr und mehr wie eine alleinerziehende Mutter ohne Partner. Der Familienvater wird möglicherweise in den totalen Rückzug gehen und innerhalb der Wohnung sein „Eigenleben“ führen. Unterfunktion stützt Überfunktion und Überfunktion stützt Unterfunktion.

Systemische Lösungswege

Drei Monate nach dem Zusammenbruch der Türme des World Trade Centers in New York verzeichnete die Führungsspitze der New Yorker Polizei (NYPD) eine Zunahme von Alkohol- und Drogenkonsum und innerfamiliärer Gewalt bei den Polizeibeamten. Der Polizeipräsident sah einen direkten Zusammenhang dieser alarmierenden Fakten mit den traumatischen Erlebnissen der Polizisten während der Katastrophe vom 11. September. Er startete eine Aktion der angeordneten Beratung, weil sich herausstellte, dass vorher auf freiwilliger Basis angebotene Stressberatung nur äußerst spärlich in Anspruch genommen wurde.[3] Als Teil dieser Aktion wurde an einem Tag in einem Hotel in Manhattan ein „Familien-Gesundheits-Tag" veranstaltet, zu dem Hunderte von Polizisten mit ihren PartnerInnen und Kindern eingeladen wurden. Es war der Leitung der Polizei klar, dass eine isolierte Unterstützungsaktion für die Beamten nicht ausreichend sein würde. Es wurde deswegen an diesem Tag den LebenspartnerInnen und Kindern in vielen unterschiedlichen Formen ermöglicht, etwas über gesunde Stressverarbeitung zu erfahren und etwas darüber mitzuteilen, wie sie es als Familie versucht haben, den Folgen des Traumas der Einsatzkräfte nicht völlig ausgeliefert zu sein und zur Genesung der primär Betroffenen beizutragen. Drei Monate später waren die oben aufgeführten Symptome auf die Prozentzahl zurückgegangen, mit der in einer so großen Organisation leider gerechnet werden muss.

In der akuten Trauma-Nachsorge von Einsatzkräften galt lange Zeit die Intervention des Critical Incident Stress Debriefing (CISD), ein strukturiertes Gruppengespräch, als Methode der Wahl. Inzwischen ist deutlich geworden, dass sie ein hervorragendes Instrument ist, um Informationen über günstige Stressverarbeitung zu vermitteln und die solidarischen Unterstützungseffekte in Teams zu fördern. Es besteht jedoch nach wissenschaftlichen Forschungen Uneinigkeit darüber, ob CISD die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung verhindern kann (siehe Vogt u. Leonhardt 2009). Für primär Traumatisierte gilt daher zurzeit in den ersten Wochen: Wer darüber sprechen möchte, sollte dies tun, vor allem mit Beratern, Kollegen, PartnerInnen, Freunden. Wer nicht sprechen will, muss dies nicht tun, sondern kann durch körperliche Aktivitäten und anderen Stabilisierungsmaßnahmen einer möglichen emotionalen Erstarrung vorbeugen.

Bei einer chronischen PTSB scheinen Angehörige von traumagefährdeten Berufen eine größere Hemmung zu zeigen, therapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen, als die Restbevölkerung. Gründe hierfür könnten Ängste sein, innerhalb einer Macho-Struktur als „Weichei" zu gelten und damit seine Karriere-Chancen zu verringern. So vermutet man z.B. bei der Bundeswehr eine hohe Dunkelziffer von Soldaten mit einer unbehandelten PTBS. Gerade bei Angehörigen der Hochrisiko-Berufsgruppen wächst dadurch die Wahrscheinlichkeit, dass Teams und Familien durch Übertragungsprozesse sehr viel intensiver die

[3] New York Times, 30.11.2001, All in Police Dept Face Counceling

sekundären Auswirkungen der primären Traumatisierungen zu spüren bekommen. Neben verstärkten Bemühungen, Polizisten, Feuerwehrleute und medizinische Rettungsteams mit Symptomen einer PTBS therapeutische Hilfe zugänglich zu machen, die z.B. unter den Stichworten „Stressberatung“ oder „Stress-Coaching“ eher angenommen werden, sollten Möglichkeiten entwickelt werden, Teams und Familien zu unterstützen. Ich stelle einige Ideen dazu vor.

Psychoedukation

Mit dem Begriff Psychoedukation werden Interventionen bezeichnet, die Betroffenen Wissen über die Psyche, die Seele oder die neurobiologischen Funktionen bezüglich einer vorliegenden Beeinträchtigung vermitteln, hier also bezüglich eines seelischen Traumas. Wer etwas über die individuelle und teambezogene/familienbezogene Trauma-Dynamik versteht, kann besser einordnen, warum sich Menschen in bestimmten Situationen so merkwürdig verhalten. Wenn eine Ehefrau eines Polizisten z.B. weiß, dass es die heftigen Flashbacks sind, die ihren Mann dazu bringen, die Wohnung zu verlassen und kurz vor dem Zubettgehen vielleicht eine kurze Jogging-Einheit zu absolvieren, weiß sie, dass Ursache für sein plötzliches Verschwinden nicht eine Irritation in der Beziehung ist. Wenn ein Vorgesetzter versteht, dass einer seiner Feuerwehrmänner nach seinem letzten Einsatz eine Pause benötigt, weil er eine Weile braucht, um diesen Einsatz zu verarbeiten, geht er anders mit ihm um, als wenn er meint, sein Untergebener sei nicht hart genug für diesen Job.

Stabilisierung

Stabilisierung soll bei Traumatisierten dazu verhelfen, dass sie besser mit wiederholt aufkommendem Stress umgehen können. Zu Maßnahmen der Stabilisierung primär Traumatisierter zählen einerseits die so genannten Imaginationsübungen, bei denen durch die innere Vorstellungskraft entstehende positiven Bilder (z.B. sicherer Ort, Tresor, inneres Team, wärmender Lichtstrom) ein Gegengewicht zu belastenden Bildern bewirken können. Zur Stabilisierung zählen aber auch körperliche Übungen, bei denen auf ganz direkte Weise einer körperlichen posttraumatischen Erstarrung vorgebeugt wird. Als drittes werden Maßnahmen besprochen, die bisher geholfen haben, in Stress-Situationen wieder zu einem seelischen Gleichgewicht zu gelangen (sog. Notfall-Liste)

Eine systemische Stabilisierung soll in diesem Sinn vorbeugen, dass Teams oder Familienmitglieder in eine enge Trauma-Symbiose geraten oder in einer großen Distanz zwischen primär und sekundär Betroffenen erstarren. So wird man dazu raten, dass Teams und Familien miteinander Aktionen planen, die auf die positiven Dinge des Familienlebens oder der Organisationsstruktur ausgerichtet sind. Das könnte ein gemeinsamer Ausflug sein, ein Konzertbesuch oder eine andere gemeinsame Unternehmung. Bezüglich der

zu erfüllenden Alltagsaufgaben hilft weder eine übertriebene Schonhaltung gegenüber primär Traumatisierten (und damit einhergehend eine Überlastung der Nichtbetroffenen), noch eine massive Überlastung als Ablenkung von belastenden Erinnerungen aus dem Trauma. Vielmehr sollte zusammen mit allen Team- bzw. Familienmitgliedern ein Plan entwickelt werden, der eine angemessene schrittweise Aufgabenübernahme beinhaltet. Im Gespräch könnte auch festgehalten werden, wie die Familie oder das Team bisher schon zur Stabilisierung der primär Betroffenen beigetragen hat und diese Aktionen sollten als systemische Gesundheitsleistung besonders gewertschätzt werden.

Trauma-Integration

Als drittes Maßnahmenbündel zur Vorbeugung einer systemischen Erstarrung sind Formen der Konfrontation mit dem traumatischen Material zu nennen. Primär Traumatisierte werden in der Regel von Methoden der strukturierten Integration des traumatischen Erlebnisses profitieren, wie sie im EMDR (Eye Movement Desensitation and Reprocessing), in der trauma-orientierten Verhaltenstherapie oder in der Screentechnik angeboten werden.

In Gesprächen mit Nichtbetroffenen Teammitgliedern oder Familienangehörigen ist es erforderlich, dass Worte für die traumatischen Erlebnisse gefunden werden und für die Gefühlsreaktionen aller, sodass sie ansprechbar werden. Sprachlosigkeit führt zu Erstarrung. Wenn die Auswirkungen des Traumas in Worte gefasst werden können, entsteht ein besseres gegenseitiges Verständnis für die tiefe Verzweiflung, Wut oder Ohnmacht, von der vielleicht nicht nur die primär Traumatisierten erfasst worden sind. In Familien ist es dabei eine wichtige Entscheidung, wie viele Details die PartnerInnen oder die Kinder vom primären traumatischen Erlebnis wissen müssen. Doch Trauma braucht eine Bezeichnung, sodass es ansprechbar ist. Dann kann z.B. eine Mutter zu ihren Kindern sagen: „Papa ist nicht böse auf Euch. Er geht jetzt eben in den Garten, weil er jetzt wieder traurig ist, wenn er an den schlimmen Brand denkt, bei dem ein Kind verletzt wurde.“ Das Codewort „schlimmer Brand, bei dem ein Kind verletzt wurde“ reicht aus, ohne dass in allen Details allen Familienmitgliedern gegenüber berichtet werden muss, wie intensiv es gebrannt hat, wie viele Haustiere ums Leben gekommen sind und an welchen Körperteilen ein Kind wie viele extrem gefährliche Brandwunden davon getragen hat. „Weil Mama den toten Mann gefunden hat und noch traurig darüber ist“ reicht vielleicht aus, wenn in einer Familie erklärt werden soll, warum die Polizistin und Mutter abends immer ganz ruhig wird und den Kindern eine zeitlang nicht die Gute-Nacht-Geschichte vorlesen mag. Die Details vom Aussehen der Leiche müssen nicht in der Familie geschildert werden. Doch das Verhalten des/der Traumatisierten muss erklärbar werden. Und die indirekt Betroffenen benötigen Klarheit, wie sie Kontakt zu ihm/ihr halten können, ohne sich selbst oder andere zu überfordern.

In Teams kann möglicherweise anders ausgedrückt werden, welche Details der traumatischen Situation

immer wieder in Erinnerung kommen und den Alltag erschweren, zumal Kolleginnen und Kollegen zu anderen Zeitpunkten etwas ähnliches erlebt haben. Doch auch hier sollte man zu „Codes“ kommen, denn es tut keinem gut, immer wieder mit grauenhaften Details konfrontiert zu werden. Teams spielen hingegen eine große Rolle bei der Bewertung des eigenen Verhaltens. Fehleinschätzungen („Wenn ich ein bisschen schneller gewesen wäre, hätte ich das Kind bestimmt retten können. Also ist es meine Schuld“) können korrigiert werden, unangemessene Schuldgefühle und Versagensbefürchtungen ebenso. Hier ist nicht nur die Haltung von TeamkollegInnen sondern auch die der Vorgesetzten von Bedeutung. Kann über Ängste, Wut, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verzweiflung gesprochen werden oder wird erwartet, dass man gerade in den Trauma-gefährdeten Berufen die dadurch entstehenden psychischen Belastungen „wegsteckt“? Ist es ein Teil der Organisationsstruktur, dass nach besonders belastenden Einsätzen Trauma-Coaching als Burn-out Prophylaxe angeboten wird? Oder wird bei Ankündigung von Bedürfnissen nach psychologischer Unterstützung Unverständnis signalisiert? Ebenso ist es eine wichtige Frage in Familien, ob über Gefühle gesprochen wird und ob es okay ist, in schwierigen Phasen Hilfssysteme zu beanspruchen.

Ausblick

Zur Akzeptanz psychologischer Unterstützung nach erlittenen Traumata in den so genannten „Macho-Berufen“ haben zahlreiche Zeitungs- und Fernsehberichte beigetragen. Auch in Unterhaltungsfilmen, wie z.B. beim „Tatort“ sind in den letzten Jahren häufiger Polizeibeamte zu sehen, die psychologische Hilfe nach extremen Einsätzen bekommen. Und es gibt inzwischen Internet-Portale, in denen Betroffene berichten und in denen von offizieller Seite Hilfe angeboten wird (www.schußwaffengebrauch.de, www.trauma-informations-zentrum.de). Die Stiftung der Deutschen Polizeigewerkschaft hat in Lenggries, Lenggries-Fall und Niedernach am Walchensee Zentren für traumatisierte Polizeibeamte und ihre Familien eingerichtet. Diese Behandlungs-Zentren sind auch für Feuerwehrleute und Rettungssanitäter offen.

Wir sollten trotz aller Problematik nicht vergessen, dass Polizisten, Feuerwehrleute und Rettungssanitäter sich der Aufgabe widmen, unser aller Leben ein wenig sicherer zu gestalten. Wenn diejenigen von ihnen, die durch ein Trauma einer außergewöhnlichen Belastung ausgesetzt sind, Unterstützung durch ihre LebenspartnerInnen, ihre Familien und ihre TeamkollegInnen bekommen, kämpfen sie gemeinsam dagegen an, dass das Trauma seine infektiöse Kraft entfaltet. Und jedes Mal, wenn dadurch der Schmerz des Traumas in mehr Wissen, in mehr Energie, Leidenschaft und Weisheit für menschlich bedeutsame Beziehungen umgewandelt werden kann, sind wir der Welt, wie wir sie wünschen, einen Schritt näher gekommen.

Literatur:

Daniels, J. (2006) Sekundäre Traumatisierung – Kritische Prüfung eines Konstruktes. Dissertation. Bielefeld

Figley, C. (2002) Mitgefühlserschöpfung – der Preis des Helfens. In: Stamm, H., Sekundäre Traumastörungen., Junfermann. Paderborn. S. 41 – 59

Figley, C. (1989): Helping Traumatized Families. Jossey Bass. San Francisco.

Hanswille, R. (2010): Supervision in trauma-organisierten Systemen. In: Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung, 28 (3): S. 118-124.

Harkness, L. u. Zador, N. (2004): Treatment of PTSD in Families and Couples. In: Wilson, John P.; Friedman, Matthew J. & Lindy, Jacob D. (Eds) Treating Psychological Trauma and PTSD. Guilford Press. London New York. S. 335 – 353

Hüther, G. (1997). Wie aus Stress Gefühle werden. Biologie der Angst. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.

Hüther, G., Korittko, A., Wolfrum, G. u. Besser, L. (2010) Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung Psychotrauma bedingter Symptomatiken. Trauma und Gewalt, 4. Jahrgang, Heft 1, S. 18-31

Kolk, B. A. van der (2007). Untersuchungen zur PTBS. In F. Lamprecht (Hrsg) (2007) Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven (S. 212-236). Klett-Cotta. Stuttgart.

Korittko, A. u. Pleyer, K. H. (2010) Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.

McAllister, J.G. (2003) The Art of Transformation: Overcoming Vicarious Trauma. The CCASA Connection, Winter. p 1 -7

Schütte, N., Bär, O., Weiss, U., Heuft, G. (2010) Stabilität posttraumatischer Intrusionen bei Polizeibeamten. Psychotherapeut, Vol 55, Nr. 3, S. 233-240

Teegen, F. (2003) Posttraumatische Belastungen in gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz, Prävention, Behandlung. Huber. Bern

Vogt, J. u. Leonhardt, J. (2009) Critical Incident Stress Management CISM – Ohne Risiken und Nebenwirkungen bei richtiger Anwendung. (Mit einer umfangreichen Pro und Contra Literaturliste, Anm. d. Autors) Trauma und Gewalt, 3. Jahrg., Heft 3, August, S. 261 -266

Indirekte Traumatisierung in der Polizeiarbeit
Determinanten für Copingstrategien in Gefahrengemeinschaften aus Sicht der Polizeikulturtheorie

Prof. Dr. Rafael Behr

Gewalterfahrungen und andere „existenzielle Fragen“ gehören zum Möglichkeits- und Erwartbarkeitshorizont imPolizeidienst. Die konkreten Erlebnisse können nicht antizipiert werden, und es ist fraglich, ob deren Wirkung aufdie Akteure eher durch professionelle Intervention oder eher durch „kulturelle Praktiken“, wie sie sich in Gefahrengemeinschaftenherausbilden, gelindert wird. Im folgenden Beitrag gibt Prof. Dr. Rafael Behreinen Einblick in mögliche Traumatisierungsdispositiveim Polizeialltag sowie in Deutungs- und Copingstrategien der sog. „Polizistenkultur“ (CopCulture).



Thesen

- Wie Grenzsituationen verarbeitet werden, ist nicht nur psychologisch, sondern auch kulturell determiniert (Knut Latscha 2010).
- Die öffentliche Sensibilität gegenüber psychischen Belastungen ist gestiegen und führt zu einer Vorverlagerung des Traumatatbestands (z.B. Einsatz von Notfallseelsorgern an Unfallstellen) – was sich auch auf die medialen und professionellen Diskurse auswirkt.

Gliederung

1. Einleitung: Das Grundthema der Polizei
2. Beispiele für Traumatisierungsdispositionen
3. Logik der Polizei vs. Logik der Reflexion: Bietet die Polizei einen „Markt“ für Supervision/Therapie?


POLIZEI
POLIZEI


POLIZEI










Deutsches
Rotes
Kreuz
POLIZEI



Polizei erschießt Bankräuber auf der Flucht

Ein Bankräuber ist in Ruppichteroth (Rhein-Sieg-Kreis) auf der Flucht durch einen Kopfschuss getötet worden. Er hatte kurz zuvor einen Polizisten im Streifenwagen in die Brust geschossen. Der Polizist wurde schwer verletzt und liegt in einem Krankenhaus. Sein Zustand hat sich stabilisiert.

Der Beamte sei bei dem Schusswechsel mit dem 47-jährigen mutmaßlichen Bankräuber schwer verletzt worden, teilte die Polizei in Bonn mit. Die Pistolenkugel traf den Polizisten oberhalb des Herzens in die Brust. Der Polizist wurde mit dem Rettungshubschrauber in eine Klinik geflogen. Sein Zustand hat sich stabilisiert. Er liege weiterhin schwer verletzt in einem Krankenhaus, bestätigte eine Sprecherin der Polizei.

Der Banküberfall ereignete sich bereits am Donnerstagnachmittag gegen 16.10 Uhr. Mit einer Schusswaffe habe der 47-Jährige die Herausgabe von Bargeld erzwungen.

Bei seiner Flucht – zunächst zu Fuß und anschließend mit einem Mofa -kam es dann außerhalb Ruppichteroths zu dem Schusswechsel mit dem Fahrer einer Funkstreife.

Quelle: http://www.google.de/imgres?imgurl=http://www.welt.de/multimedia/archive/00880/polizei_DW_Vermisch_880552p.jpg&imgrefurl=http://www.welt.de/vermischtes/article4367299/Polizei-erschiesst-Bankraeuber-auf-der-Flucht.html&usg (12.6.11)

Crashkurs Aufbau der dt. Polizei

- Polizeihoheit der BuLä: 16 Länderpolizeien, 2 BuPo – Zunehmende Nivellierung und Auflösung des föderativen Prinzips
- Drei Hierarchieebenen durch alle Dienstzweige hindurch: mD, gD, hD. Darüber: politische Führung (PP, IM)
- Dienstzweige: Schutzpolizei, Kriminalpolizei, Bereitschaftspolizei (geschl. Einh.), WaPo
- Gesamtzahl des Exekutivpersonals: Etwa 250.000 Personen

Wesentliche Rechtsgrundlagen

- 1. Säule: Bundesrecht, insb. Strafprozessordnung (StPO) – ambivalente Wirkung des Legalitätsprinzips nach § 163 StPO. Strafgesetzbuch und strafrechtliche Nebengesetze (z.B. BtMG) – hier problematisch bes. § 258/258a (Strafvereitelung i.A.) ➡ **Fehlerkultur?**
- 2. Säule: Gefahrenabwehr nach Länderrecht (SOG der Bundesländer)

Das Grundthema der Polizei: Existenzsicherung und -gefährdung

1. Individuelle Existenzsicherung:
   physisch (unterschiedslos auf alle Klientenkontakte gerichtet: Opfer, Zeugen, Verdächtige, Unbeteiligte und auch Täter.)
   psychisch und sozial)
   psychisch (Menschwürde)
   sozial (Teilhabe an Gesellschaft – Menschenrechte gelten für alle)
2. Existenzsicherung des Staates (Funktionsbestand)

Gesellschaftliche Zumutung an die Polizei als Inst. des staatlichen GM

- **Die Paradoxie, die eine demokratische Gesellschaft Polizisten zumutet besteht darin, dass sie sich mit dem „Bösen“ in einen konkreten Handlungszusammenhang bringen müssen, ohne sich von ihm „infizieren“ zu lassen.**
- Sie müssen eine Nähe zum „crimen“ herstellen und halten, ohne sich in Beziehung zu verstricken. (StR/StPO: Tat nicht Täter)

Institutionelle Zumutungen an Polizisten und Polizistinnen

- Das staatliche Gewaltmonopol lädt sich institutionell Konflikte auf, deren Verarbeitung sie ihren Mitgliedern individuell zumutet.
- Bei nachgewiesener/nachgefragter oder angenommener Belastung (z.B. PTSD) wird zunehmend Hilfe gewährt, nicht aber als anlassunabängige Reflexion der Arbeit

Aufgaben- und Anforderungsverschiebungen

- Neben die Herstellung und Überwachung **allgemeiner Gerechtigkeit** in der Gesellschaft (Pazifizierungsgedanke) tritt heute zunehmend der Aspekt der
- **staatlichen Fürsorge,** d.h. die konkrete Unterstützung einer schwächeren Partei (z.B. im Themenfeld Beziehungsgewalt) durch Intervention gegen den Aggressor (früher Frauenhaus, heute Wegweisung und Zelle)

Wenn die Staatsgewalt praktisch wird

- Polizei ist nicht nur ein gewaltabsorbierende Organisation, sondern gleichzeitig auch eine gewaltaktivierende (nicht: gewaltaffine) Organisation.
- Oder: Die Polizei ist eine Organisation mit reaktiven und proaktiven Gewaltanteilen.
- Oftmals sind die Gewalterfahrungen im Polizeidienst kurzzeitig und/oder unvorhersehbar. Direkte und indirekte Traumatisierungsdispositionen wechseln sich ab

Kultur ist …

Überindividuelles, für kleinere oder größere Kollektive verbindliches **Sinnsystem**, mit dem die Welt, die Organisation, das eigene Leben etc. sinnvoll und stabil **gedeutet** werden kann (im Anschluss an H.-G. Soeffner)

Individuum und Kultur

- „Kultur" ist ein Normensystem, anders als Ethik aber nicht individualisierbar. Man kann *keine individuelle Kultur* gegen seine Umwelt etablieren, sondern man ist Teil eines *kulturellen Kräftefeldes*.
- Man kann allerdings die Kultur wechseln, und man kann zur Veränderung der eigenen Kultur beitragen.
- Das ist wichtig für Innovatoren in der Polizei.

Polizeikultur vs. Cop Culture

Geltungsbereich	Normative Orientierung
Einfluss von Bürokratie u. Recht (first code)	Kollektive Identität/Handlungsethik Polizeikultur ↓ Leitbilder
Einfluss von Alltagserfahrung u. „Gerechtigkeit“ (second code)	Handlungsmuster ↑ Cop Culture Subkulturelle Identität/Handlungsethik

Polizeikultur …

- … kommt „von oben“
- … ist politisch und juristisch korrekt
- … richtet sich aus den der Legalität und Verfahrensförmigkeit des Rechts
- … orientiert sich an der Gegenwart und an der Zukunft (Aufgabengestaltung/Rolle der Polizei)
- … ist ein Angebot an die Außenwelten der Polizei

Polizistenkultur (Cop Culture) …

- … repräsentiert die Erfahrung der Straße („Front“) und hat nur dort ihre Legitimation
- … ist eine Kasuistik des „richtigen“ Polizeihandelns
- … ist nicht notwendigerweise politisch korrekt
- … richtet sich aus am Gerechtigkeitsdenken
- … richtet sich nach innen und ist wertkonservativ

Spannungsverhältnis zwischen Polizeikultur und Cop Culture

Das Spanungsverhältnis zwischen PK und CC (oben – unten) bleibt weitgehend unaufgelöst und bildet die Grundlage des Arbeitsbündnisses zwischen Hand- und Kopfarbeitern in der Polizei

Grenzfragen

- Polizeiarbeit bewegt sich direkt an den Grenzen individueller und kollektiver Rechte (Schutz und Eingriff in MR).
- Exklusive Verfügung über Gewalt: Entscheidung über Anwendung und vor allem ihre Vermeidung ist Gegenstand der Ausbildung und der Professionalisierung der Polizei.
- Häufig Einsatz unter Bedingung reduzierter Informationsverfügung/Kontingenz (tangiert die Selbstwirksamkeitserwartung)

Existenzielle Situationen (Jaspers)

- *Arbeit an/Kontakt mit existenziellen Fragen* der Menschen und der Gesellschaft: Leiden, Krankheit, Tod und Sterben, Armut und Ungerechtigkeit, Schwäche und Versagen, Schuld, Soziale Degradierung und Isolation, Ohnmacht und Verlust der Autonomie.
- Der „Mythos Polizei“ besteht darin, dass für jeden Polizisten jederzeit die Berührung mit den Grenzsituationen möglich (faktisch allerdings unterschiedlich wahrscheinlich) ist.

Traumatisierungsdispositionen im Polizeidienst (Auswahl)

	Akteur/Täter	Zeuge	Opfer
Gewalt (phys.)	X	X	X
Unfall	X	X	X
Tod, Sterben	X	X	X
Lebensgefahr	X	X	X
Krankheit/Verletzg		X	X
Soz. Degradierg.	(X)	X	
Verwahrlosg. (psych/phys./soz.)		X	
Ohnmacht	(X)	X	X
Angst/Entsetzen (unspezifisch; z.B. in Vernehmungen, z.B. bei sex. Ausbeutung)		X	(X)

Kulturelle Rahmenbedingungen für die Verarbeitung von Grenzsituationen

- Sowohl Verstärker- als auch protektive Faktoren sind in der jeweiligen Organisations- bzw. organisationellen Subkultur zu finden.
- Zum Problem werden auch hier „kumulative Risikofaktoren“ bei gering ausgeprägten psychosozialen Protektivwerten (Häufigkeit der Ereignisse, Kontaktarmut, Kommunikationsdichte und -qualität, Status im soz. Nahraum, geringe Selbstwirksamkeitserwartung)

Polizeiliche Handlungslogik vs. Reflexivitätsgrundlagen

© Rafael Behr 03/09

Polizei	Reflexivität/Beratung/Therapie
Recht, Staat, Legalität (u.U. Dezisionismus)	Wissen (Wissenschaft), Zivilgesellschaft, u.U. Konstruktivismus
Handlung und Handlungsethik	Einstellung (innere Haltung) - Gesinnungsethik
Normendominanz mit Sanktionsdrohung	Normenkritik und Wachstumsversprechen
Prozedurale Rationalität (Was muss wie wann erledigt werden)	Intentionale Rationalität (Warum tue ich etwas)
Entscheiden und Handeln (i.d.R. unter Bedingung unvollständiger Informationen) Ex-ante-Bewertung	Diskursivität/ Handlungsabstinenz – Ex-post-Bewertung/Antizipation

Bekenntnis/Engagement *für* etwas Konkretes (z.B. staatliches Gewaltmonopol)	Keine Verpflichtung zur Affirmation, jedoch Orientierung an universaler Ethik
Verhinderung/Bekämpfung des "Falschen"/des "Bösen"	Kritik des Vorfindbaren nicht notwendig gebunden an Gegenentwurf
Linearer bzw. finalistischer Modus: prüfen – entscheiden – Maßnahmen durchführen	Zirkulärer bzw. reflexiver Modus: verstehen – verhandeln – verändern
Fehlervermeidung	Fehlernutzung für Lernprozesse
Herstellen von Eindeutigkeit	Einüben von Ambiguitätstoleranz
Spaltung zwischen individueller und institutioneller Realität	Herstellen einer Beziehung von "innerer" und "äußerer" Realität
Objektivität und Sachlichkeit „Sine ira et studio“ (ohne Zorn und Eifer)	Introspektion/ Empathie Anerkennung eigener Subjektivität

Erklären, belehren, überzeugen	Verstehen, mitteilen, einfühlen
Ergebnisse/Zielorientierung	Erfahrungen/ Prozessorientierung
"Überich"-Dominanz/ Geschlossenheit, Abwehr von "Es-Impulsen"	"Ich-Stärkung". Integration von "Es"- und "Überich"- Impulsen
Hierarchische und direktive Kommunikation nach innen und außen – Kommunikation in der Regel stark strukturiert	Non-direktive Kommunikation - Permissives Setting (keine vorgegebenen Hierarchien)
(objektive) Beweise, mindestens Indizien	(subjektive) Evidenz, Plausibilität

Coping-Strategien der Cop Culture

- Als traditioneller Verarbeitungsmodus in Gefahrengemeinschaften steht die **geteilte** (oder mindestens teilbare) **Erfahrung im Vordergrund,** nicht die **Explikation** der Verarbeitung der Erfahrung
- Mit zunehmender Heterogenität des Personals wird dieser traditionale Modus durch einen eher kommunikativen Modus ergänzt.

Kultur der „Gefahrengemeinschaft“

- Auf geteiltes Wissen ausgerichtet (Prägung nicht durch Liebe, sondern Abhängigkeit)
- Reziprozität („do ut des“)
- „Stallgeruch“ und dichotomes Weltbild (Innen- Außentrennung)
- Darstellung der Funktionstüchtigkeit
- Kommunikation ist konstitutiv für Alltags- **und** Grenzsituationen (Normalitätskonstruktionen)

Ambivalenzen der „polizeispezifischen Männlichkeit/Persönlichkeit“

- „Abwehrende Maskulinität“ ist konstitutiv für Cop Culture (Souveränitätsdarstellung, „so tun als ob“), schadet aber der Entwicklung von Polizeikultur (soziale Kompetenz).
- AM fördert Identifizierung mit einem starken Polizisten-Ideal, verhindert aber Reflexivität und Introspektion
- Im Zentrum der Männlichkeitskonstruktionen der Cop Culture steht die Unangreifbarkeit, nicht die Verletzlichkeit/Offenheit.

Reflexionsarbeit in der Polizei

1. Keine berufssozialisatorische Erfahrung mit Reflexivität
2. Polizisten suchen eine heile Welt im Inneren der Organisation (Ordnung der Gewaltfreiheit), weil und insofern sie sich mit einer unheilen Umwelt auseinandersetzen müssen: Sie verlangen nach Verständnis, manchmal nach Trost, nicht aber nach Infragestellung und Kritik.
3. Eingeübt ist die „Bewältigung von Einsatzlagen“, nicht das Durcharbeiten/Analysieren von Konflikten
4. Es gibt sehr wohl „Reflexionsinseln“, die aber „Begegnungen am Rande“ sind und nicht das Zentrum der Organisation berühren

- Beratung/Reflexion wird solange akzeptiert, wie sie „institutions- und personenbestätigend“ ist. Wenn sie kritisch-distanziert wird, besteht eine starke Tendenz zur Abwehr.
- Erwartung an Beratung immer mit konkreter Problemlösung verknüpft
- Zur Haltung, die hinter dem selektiven Zugriff auf Reflexion steht, sagt der Volksmund: **„Wasch‘ mir den Pelz, aber mach‘ mich nicht nass“**

Vielen Dank!

Sachdienliche Hinweise an jede Polizeidienststelle oder an
rafael.behr@web.de

„Indirekte Traumatisierung in Seelsorge und Kirche – Einblicke in Dynamiken, Erfahrungsaustausch und Anforderungen an supervisorisches Handeln“

Renate Schmieder, Ewald Epping

Im vergangenen Jahr hat sich vor allem die katholische Kirche mit zahlreichen Fällen sexueller Übergriffe und körperlicher Gewalt konfrontiert gesehen, die eine Aufarbeitung auf verschiedenen Ebenen erfordern.
In diesem Workshop gehen wir der Frage nach, wo und wie sich Symptome indirekter Traumatisierung in Seelsorge und Kirche zeigen.
Wir suchen nach den „Themen hinter dem Thema“ und beschäftigen uns mit relevanten Aspekten wie dem Aufrechterhalten und Auflösen von Grenzen, Vertrauen/Misstrauen, Macht/Ohnmacht, Verletzung/Scham/Schuld.
Wir fragen dabei auch nach den institutionellen und ideologischen Besonderheiten im Raum Kirche und Seelsorge.
Wir beziehen die Erfahrungen der TeilnehmerInnen ein und entwickeln miteinander Hypothesen zu den Anforderungen an supervisorisches Handeln im Umgang mit dem Phänomen indirekter Traumatisierung im Feld Kirche und Seelsorge.

Arbeitsdefinition „indirekte Traumatisierung“ für diesen Workshop:
Eine indirekte Traumatisierung ist eine Veränderung der inneren Erfahrung eines Menschen, zu der es durch die von Mitgefühl getragenen Arbeit am traumatischen Material eines Klienten kommt.
Die Veränderungen, die bei Helfern auftreten, ähneln denjenigen bei den Traumatisierten selbst.
Sie können durch den direkten Kontakt mit Traumatisierten im Rahmen der Arbeit mit ihnen oder durch indirekten Kontakt in Form von Gewalt- oder Traumatisierungsbeschreibungen im Rahmen der Supervision, durch Lektüre oder durch die Teilnahme an Fachveranstaltungen zu dieser Thematik eintreten.
(B. Hudnall Stamm (Hg), Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können, Junfermann Verlag Paderborn ²2002, S. 89)
typische Merkmale indirekter Traumatisierung:

- kumulativ
- permanente Veränderung des Denkens, Fühlens und der Weltsicht
- emotional belastend und schmerzhaft
- Auswirkungen veränderbar

„So wie traumatische Erlebnisse deren Opfer anfälliger machen für gedankliche Wiederholungen des Erlebten, entsprechende Träume, körperliche Manifestationen, somatische Beschwerden, Sinnveränderungen, Beeinträchtigung oder Verstärkung von Affekten, das Aufgeben gerade erst begonnener Freundschaften und übermäßig angepasste und dysfunktionale Verhaltensweisen, hat der sekundäre Kontakt mit den genannten Traumafolgen Einfluss auf diejenigen, die den Traumaopfern zu helfen versuchen.“
(B. Hudnall Stamm (Hg), Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können, Junfermann Verlag Paderborn ²2002, S. 222f)

Veränderungsebenen:

- Bezugsrahmen

1. Weltsicht
2. spirituelle Überzeugungen
3. Identitätsgefühl

- psychische Bedürfnisse
  (bezogen auf sich selbst u. auf das Erleben anderer Menschen)

1. Sicherheit
2. Vertrauen
3. Wertschätzung
4. Nähe
5. Kontrolle

Variablen, die zur indirekten Traumatisierung beitragen:

- Traumata, die Helfer selbst erlebt haben
- organisatorischer Kontext (Arbeitsbedingungen, unterstützender Rahmen etc.)

3 unterschiedliche Zugänge und Positionen zum Thema:

1. Indirekte Traumatisierung ist „Mitempfindungsmüdigkeit“ – und da sind professionelle HelferInnen im kirchlichen Kontext von Seelsorge und Beratung besonders gefährdet.
2. Indirekte Traumatisierung hat damit zu tun, dass man Dinge in sich nicht genug aufgearbeitet hat.
3. Wenn die Tränen kommen und die Wut aufsteigt – ist dann die Beraterin/der Berater schon traumatisiert?

Thesen zu „indirekter Traumatisierung in Seelsorge und Kirche“:

1.These:

Der professionelle Raum Kirche und Seelsorge ist für sexualisierte Gewalt sowie Machtmissbrauch und daraus folgende Traumatisierung besonders anfällig.

Stichworte dazu sind:

- Tabus von Aggression und Dominanz,
- wenig lebendige „Potenz“,
- verdeckte Machtstrukturen,
- Lähmung von Autonomie und Blockierung von Trennung / Beendigung.

2.These:

Die Beschäftigten in Seelsorge und Kirche arbeiten und leben in Strukturen mit regressiver Grundstimmungen (familienähnliche Strukturen) z.B. Konfliktvermeidung und Aggressionshemmung, leidvolle Zusammengehörigkeit hält zusammen, Tabus und Co-Abhängigkeit.

3.These:

Zentrale Kompetenzen im Umgang mit traumatisierenden Ereignissen sind:
Selbstfürsorge, Grenzsetzung, Sinngebung für leidvolle Ereignisse.

Welche Normen werden in diesem Zusammenhang durch den christlichen Glauben aufgestellt? Nächstenliebe, Aufopferung, Selbstaufgabe, Vergebung der „Sünden“.

4. These:

Traumatisierung und indirekte Traumatisierung haben einen starken Bezug zur Spiritualität.
Zum einen geraten eigene Überzeugungen, Haltungen und Sinngebungen ins Wanken; zum anderen hat eine „gepflegte Spiritualität“ als Element des Selbstschutzes prophylaktische Bedeutung.

Literatur:

Lemke, Jürgen, Sekundäre Traumatisierung, Asanger Verlag Kröning ³2010

Pross, Christian, Verletzte Helfer, Umgang mit dem Trauma, Klett-Cotta Verlag Stuttgart 2009

Stamm, B. Hudnall (Hg), Sekundäre Traumastörungen, Junfermann Verlag Paderborn ²2002

Indirekte Traumatisierung im Kontext von Migration, Flucht und Asyl

Dorothea Zimmermann

Die Leiden
Der leidet an seinem Reichtum
Und der leidet an seiner Macht
Ich leide an meinem Mitansehn
Wie der Tag an der Nacht
Der leidet an seiner Liebe
Und der an seiner Not
Ich leide an meinem Drandenkenmüssen
Wie das Leben am Tod
Der leidet an seiner Habsucht
Und der an seiner Lust
Ich leide an meinem Nichthelfenkönnen
Wie das Herz an der Brust
von Erich Fried

Das professionelle Handeln in diesem Kontext birgt die Gefahr einer indirekten Traumatisierung auf verschiedenen Ebenen. Zum einen übersteigt das Ausmaß der Gewalt und der sequentiellen Traumatisierung, mit denen uns die KlientInnen konfrontieren und zur ZeugInnenschaft verpflichten, z.T. die bisherige Erfahrung der „man-made Traumata“.Zum anderen kann der strukturelle Rassismus in der Gesellschaft unsere Arbeit erschweren, bzw. massivbegrenzen, so dass sich eine besondere Belastung aus der Gradwanderung zwischen Identifizierung im Kampf gegen die Strukturen, angemessener Unterstützung und Rückzug auf die therapeutische Unterstützung ergibt.Besonders erschwert wird diese Balance in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Darum geht es im folgenden.

Interkulturelle Arbeit

- ♀☺**Was ist das ??????????** ☺♀

- **Respekt**
  - **Neugier**
    - **Spaß**
      - **wirkliche Auseinandersetzung**
        - **Offenheit für Widersprüche**

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 3

Aspekte der sprachlichen und kulturellen Verständigung

- Jede/r Gesprächsbeteiligte/r muss sich gut verständigen können
- Keine Hierarchie durch unterschiedliche Sprachkompetenz
- Eigene Beratungskompetenz der Sprach- und Kulturmittlerin notwendig
- Gegenseitige Wertschätzung sollte deutlich werden
- Hinzuziehung der Sprach- und Kulturmittlerin soll keine Beleidigung bedeuten

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 4

Kontext Flucht

Konfrontation mit:

- Traumatisierenden Fluchterfahrungen
- Massiver (sequentieller) Traumatisierung
- Unbegleiteten Minderjährigen und ihren Aufträgen und Verlassenheitsgefühlen
- Massiver Gewalt im Herkunftsland
- Unerträglichen Lebensbedingungen im Herkunftsland
- Leben in Illegalität
- Notwendigkeit von Traumatisierungsgutachten

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 5

Die drei Phasen der Sequentiellen Traumatisierung
(Hans Keilson)

Die Vorbereitungs- Beginnphase der Verfolgung (Abbröckeln eines Rechtsschutzes, Demütigung im Alltag, Auflösung der vertrauten Umgebung...)

Die „traumatogenen“ Momente (Gewalthandlungen im Krieg, Aufenthalt in Lagern, Knästen....)

Das Auftauchen, Zurückkehren in eine rechtlich gesicherte (?) Welt (Leben im Exil, Behandlung als Flüchtling, Erfahrung von Gleichberechtigung....)

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 6

Kontext Asyl

Konfrontation mit:

- Asylverfahren
  - •Anzweifeln der Asylgründe
  - •Erneute Traumatisierung durch die Befragungen
  - •Traumatisierungsgutachten
  - •Ablehnung (knapp 84%)
  - •Leben mit einer (kurzfristigen) Duldung
- Unterbringung in Flüchtlingsheimen
- Residenzpflicht.....
- Spezielle Situation der Zeuginnen im Frauenhandelsverfahren

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 7

Kontext
Menschen mit Migrationshintergrund

Konfrontation mit:

- Sehr individuellen Gründen für die Migration
- Verschiedenen „Migrationsgenerationen“
- Verschiedenen Identifikationen und Identitäten
- Brüchen zwischen den Generationen

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 8

Kontext
Menschen mit Migrationshintergrund

Konfrontation mit:

- Erfahrung von Ausgrenzung und Abwertung, besonders von Behörden
- Misstrauen in Unterstützung von einem „deutschen“ Hilfesystem
- Angewiesensein auf die Community
- Fragen des Aufenthaltsstatus
- Fragen der Arbeitserlaubnis

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 9

Aber auch an den Stärken anknüpfen

Konfrontation mit:

- Menschen, die ihr Leben in die Hand genommen haben
- Menschen, die oft mehrere Sprachen sprechen
- Menschen, die in mehreren Kulturen zu Hause sind
- Menschen, deren Angehörige auf der ganzen Welt „verstreut“ leben
- Überlebenden

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 10

Auseinandersetzung + Bereicherung

Konfrontation mit:

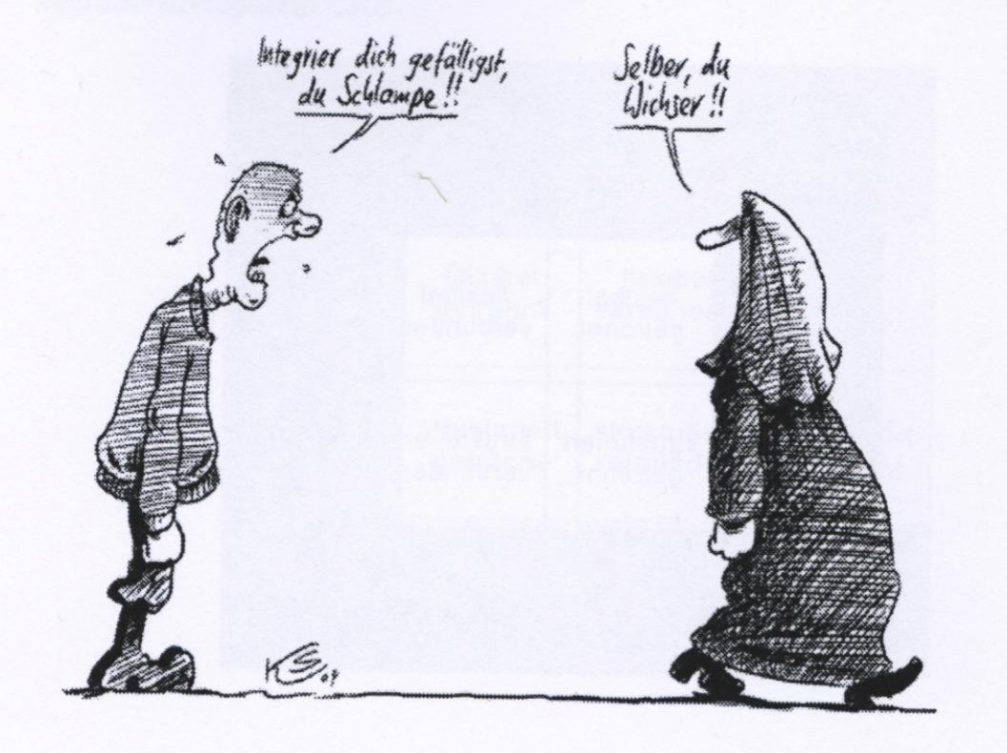
- Der eigenen (Familien-)geschichte „Wo verorte ich mich“
- „Was ist mein Ausgangspunkt für die Begegnung?“
- Verabschiedung von alten Gewissheiten
- Relativierung der persönlichen Probleme
- Anregungen in verschiedensten Bereichen

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 11

Begegnung mit massiven Misstrauen

- Stellt mich in meinem Selbstverständnis in Frage
- „Wir sind doch die Guten, die Verbündeten(?), Diejenigen, die helfen....“
- Auch wir werden im Machtgefälle der Mehrheitsgesellschaft eingeordnet
- Die Erfahrung von struktureller Gewalt und Ausgrenzungspraktiken können eine größere Verletzlichkeit zur Folge haben (zu empfindlich???)
- Werde ich ertappt, wie ich Klischees der Mehrheitsgesellschaft reproduziere?
- Political correctness??

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 12



Trauma (Riedesser, Fischer)

Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte *Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis* bewirkt.

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 14

Migrationspezifische Faktoren Indirekte Traumatisierung

- Massivere Identifikation mit den Betroffenen, weil der therapeutische Schutzraum real verletzt wird.
- Weniger Möglichkeiten zum Abschalten durch das hoch politische Thema
- Massive Erschütterung des Weltverständnisses (Das desaster ist nicht nur man-made, sondern society-made)
- Ganz reale Ohnmachtserfahrungen der Therapeut_innen und des Unterstützungssystems

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 15

Migrationspezifische Faktoren Indirekte Traumatisierung

- Die oft „himmelschreiende“ Ungerechtigkeit erschüttert den Glauben an eine gewisse Sinnhaftigkeit.
- Gefühle beim „Versagen“ erschüttern das Selbstbild
- Bei unbegleiteten Minderjährigen:
  - Eine intensive Bindungsarbeit ist auch notwendig (Empathie)
  - Mutter und Vater(?)gefühle werden geweckt
  - Die Arbeit geht leichter in den privaten Rahmen über

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 16

Gefühle der Helfenden
(nach Yael Danieli)

Gefühl:	**Grund**:
Schuld	Nutzer/in braucht mehr Schutz (vor unserer Gesellschaft)
Wut	Symptome sind hartnäckig
Minderwertigkeit	Nutzer/in wird als Held/in wahrgenommen
Angst	Geschichten sind zu schrecklich
Scham	Helfer/in selbst hat nicht so viel gelitten
Sensationslüstern-heit	Helfer/in ist gierig Geschichten zu hören

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 17

Psychotrauma ist auch eine Stressquelle für andere

Andere,

inkl. HelferInnen ← **Opfer** → Kinder

↓

Partner/in

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 18

Vicarious (Stellvertretende) **Traumatization**

Täter	↔	Opfer
Opfer	↔	Berater/in
Berater/in	↔	Team
Team	↔	andere Teams, Dachverbände...

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 19

Arbeit mit Traumatisierten

Interaktion zwischen Nutzer/in und Berater/in
- Gegenübertragung / Überidentifikation
- Handeln auf allen Ebenen, wie Aufenthalt klären, Rentenanträge.
- Das Erzählte wirkt als persönliche Beschädigung

Das Team
- Team als ganzes gestört von den Sekundärphänomenen
- Einzelne gestört von den Sekundärphänomen = Spaltung
- Oft Widerstand gegen die eigentliche Aufgabe
- Zielbestimmung ist wichtig!

Verschiedene Teams
- Unbedingte Loyalität untereinander gegen die Anderen
- Wer, wenn nicht wir?

Gesellschaft 20
- (Nicht) - Anerkennung der Opfer, damit der Arbeit

Stärkung der Ressourcen

- Enge Kooperation mit Migrant_innenorganisationen
- Gutes Wissen über die Rahmenbedingungen der Arbeit, z.B. gesetzliche Vorgaben
- Klare Haltung, wie bewege ich mich in diesem System
- Klare Haltung, wie bewege ich mich als Team in diesem System
- Spaltungsdynamiken früh wahrnehmen
- Reflektionsfähigkeit (im Team)

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 21

Ressourcen und Bewältigungsmechanismen

- Humor
- Erkennen der eigenen biographischen Stärken und Schwächen
- Realistische klare Ziele
- Persönliche Verarbeitungs- und Ablenkungsmöglichkeiten finden
- An den Stärken der Nutzer_innen anknüpfen, bzw. sie überhaupt erst wahrnehmen
- Posttraumatisches Wachstum

Dorothea Zimmermann 17.06.2011 22

Belastungen für DolmetscherInnen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesprächen – Möglichkeiten des Umgangs und Schutzes vor indirekter Traumatisierung

Marit Cremer, Claudia Kruse

Die Beratung und Behandlung von MigrantInnen und traumatisierten Flüchtlingen stellt PsychotherapeutInnen,SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen vor die Herausforderung einer transkulturellen Behandlungssituation. Die Einbeziehung von DolmetscherInnen, die zumeist nicht über eine Ausbildung im psychosozialen Bereich verfügen, ist bei diesen Personengruppen Grundvoraussetzung, um Beratungen und Behandlungen durchführen zu können. Die sinngetreue Sprachvermittlung, insbesondere traumatischer Inhalte von Kriegserlebnissen oder erlittener Haft und Folter sowie bei suizidalen Patienten, birgt das Risiko von indirekter Traumatisierung der beteiligten DolmetscherInnen. Der folgende Beitrag befasst sich mit Traumatisierungen von Flüchtlingen, mit traumaspezifische Beziehungsaspekte, der spezifischen Position sowie mit hilfreichen Regen für den Einsatz von DolmetscherInnen.



Angebote und Tätigkeiten

- **interkulturelle, multidisziplinäre** und **dolmetschergestützte** Therapie-angebote
- **ambulante Hilfe** für Erwachsene, Kinder und Jugendliche im allgemein-medizinischen und psychosozialen Bereich
- **tagesklinische Betreuung** in Kooperation mit der Schlosspark-Klinik und der Charité Berlin - Campus Mitte plus Nachsorge-Angebot
- **Wohnverbund** für Migrantinnen
- **sozialarbeiterische Unterstützung** in asyl- und ausländerrechtlichen Fragen und bei der Wahrung von Rechten

Ambulante Abteilung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche

- Sozialarbeit
- Psychotherapie
- Familien- und Elterngespräche
- medizinische Versorgung
- Gutachten/ Stellungnahmen
- Physiotherapie
- Konzentrative Bewegungstherapie
- Kunst- & Musiktherapie
- Interkultureller Heilgarten
- Begleitung von beruflicher Rehabilitation und Integration





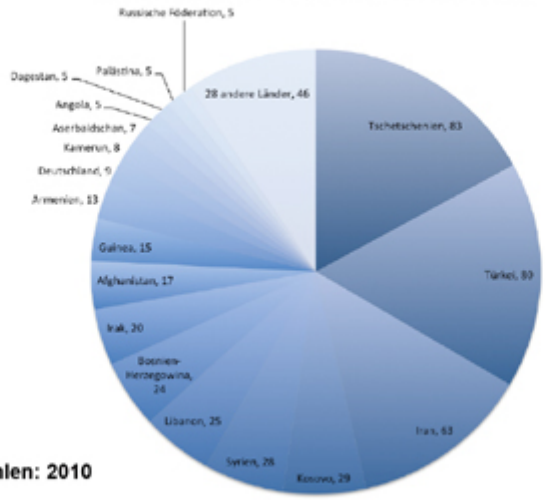
Tagesklinik

- gruppentherapeutische Angebote
- psychotherapeutische Einzelgespräche
- ärztliche Versorgung
- sozialarbeiterische Unterstützung
- Deutschunterricht
- gemeinsame Aktivitäten: Sport, Kochen, Spiele, Ausflüge, Gartenarbeit

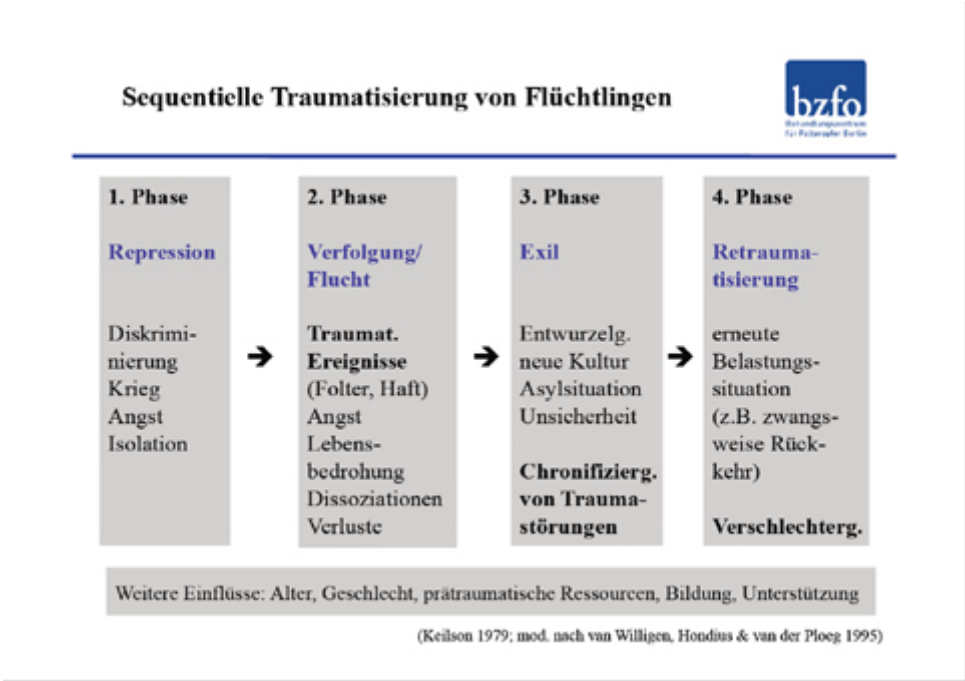


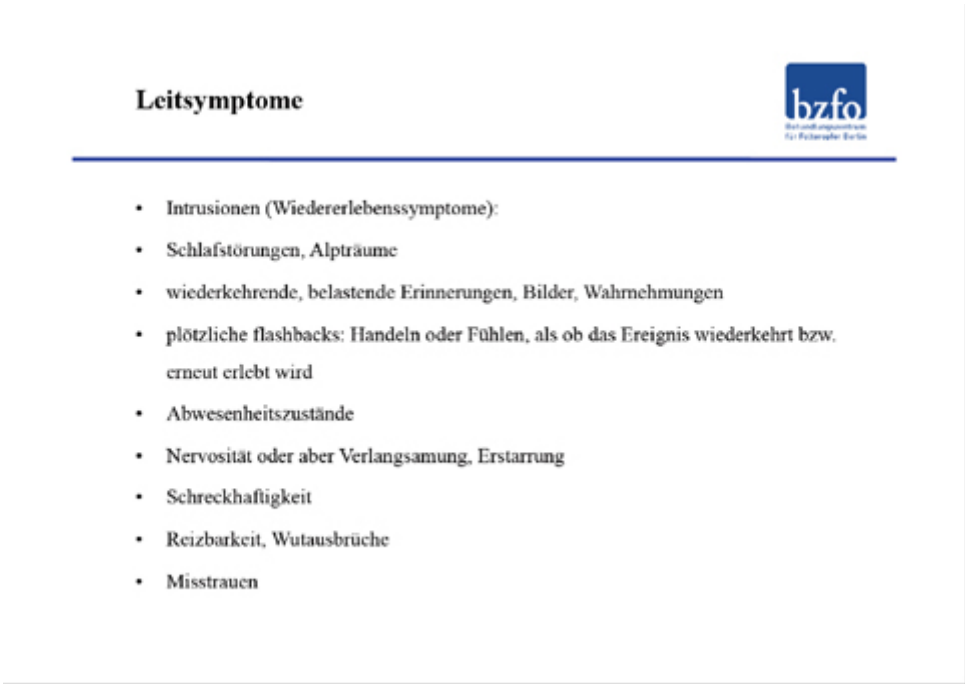


Herkunftsstaaten (aufgeführt ≥5 Patient/innen)



Zahlen: 2010

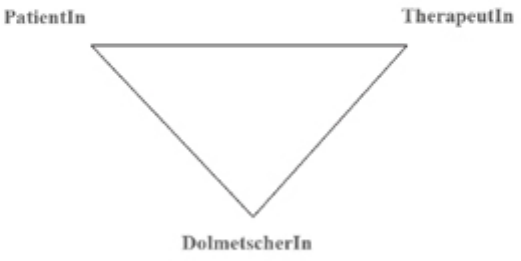

Sequentielle Traumatisierung von Flüchtlingen
bzfo
1. Phase
Repression
Diskrimi-nierung
Krieg
Angst
Isolation
2. Phase
Verfolgung/ Flucht
Traumat. Ereignisse
(Folter, Haft)
Angst
Lebens-bedrohung
Dissoziationen
Verluste
3. Phase
Exil
Entwurzelg.
neue Kultur
Asylsituation
Unsicherheit
Chronifizierg. von Trauma-störungen
4. Phase
Retrauma-tisierung
erneute Belastungs-situation
(z.B. zwangs-weise Rück-kehr)
Verschlechterg.
Weitere Einflüsse: Alter, Geschlecht, prätraumatische Ressourcen, Bildung, Unterstützung
(Keilson 1979; mod. nach van Willigen, Hondius & van der Ploeg 1995)


Leitsymptome
bzfo
Intrusionen (Wiedererlebenssymptome):
Schlafstörungen, Alpträume
wiederkehrende, belastende Erinnerungen, Bilder, Wahrnehmungen
plötzliche flashbacks: Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt bzw. erneut erlebt wird
Abwesenheitszustände
Nervosität oder aber Verlangsamung, Erstarrung
Schreckhaftigkeit
Reizbarkeit, Wutausbrüche
Misstrauen

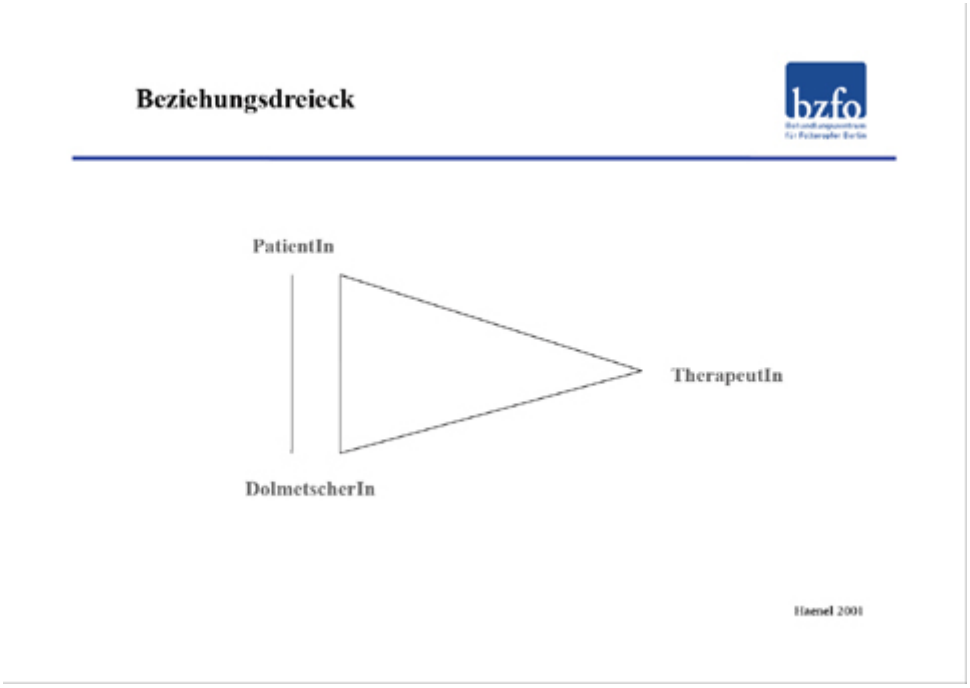
Leitsymptome

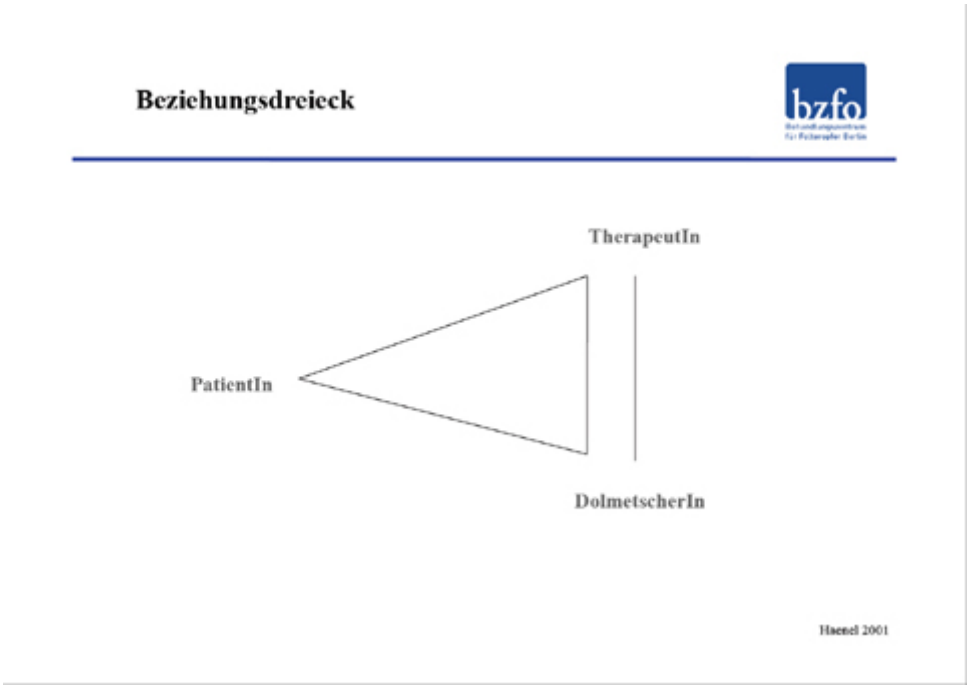
- übermäßige Wachsamkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Zittern, Atembeklemmungen, Körperschmerzen
- Vermeidung belastender Themen im Gespräch oder paradoxe Reaktionen
- Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern
- Numbing-Symptome: Gefühle der Losgelöstheit oder Entfremdung
- vermindertes Interesse
- Hoffnungslosigkeit

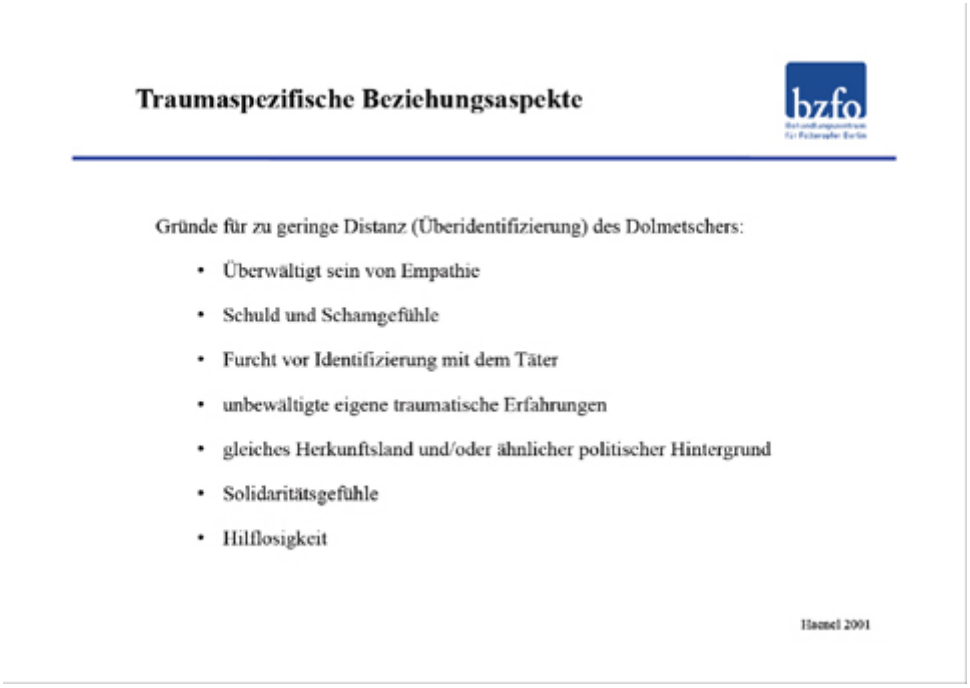
Beziehungsdreieck

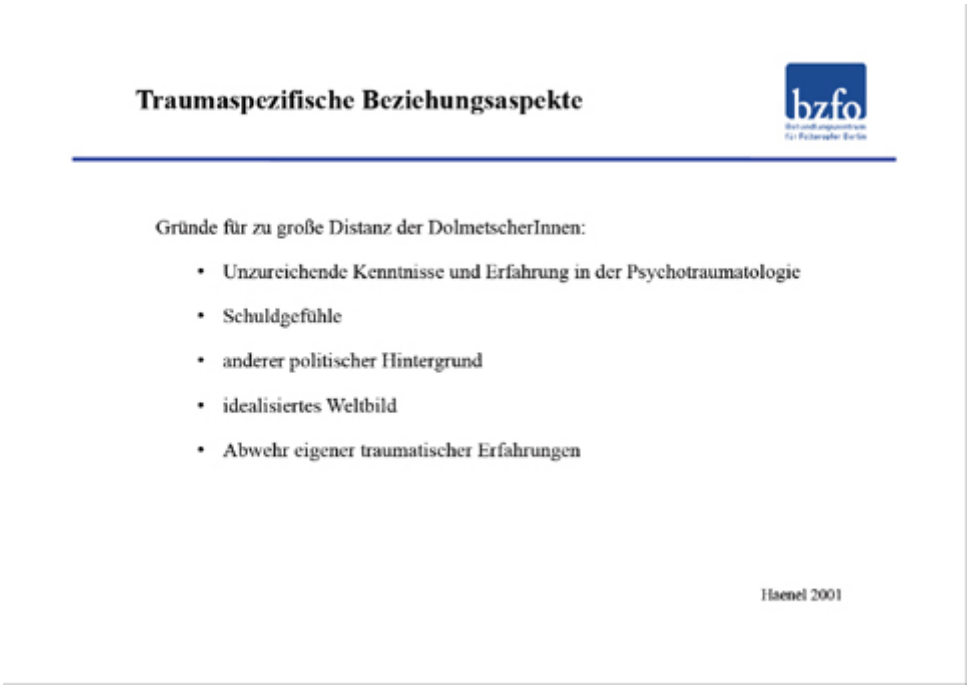


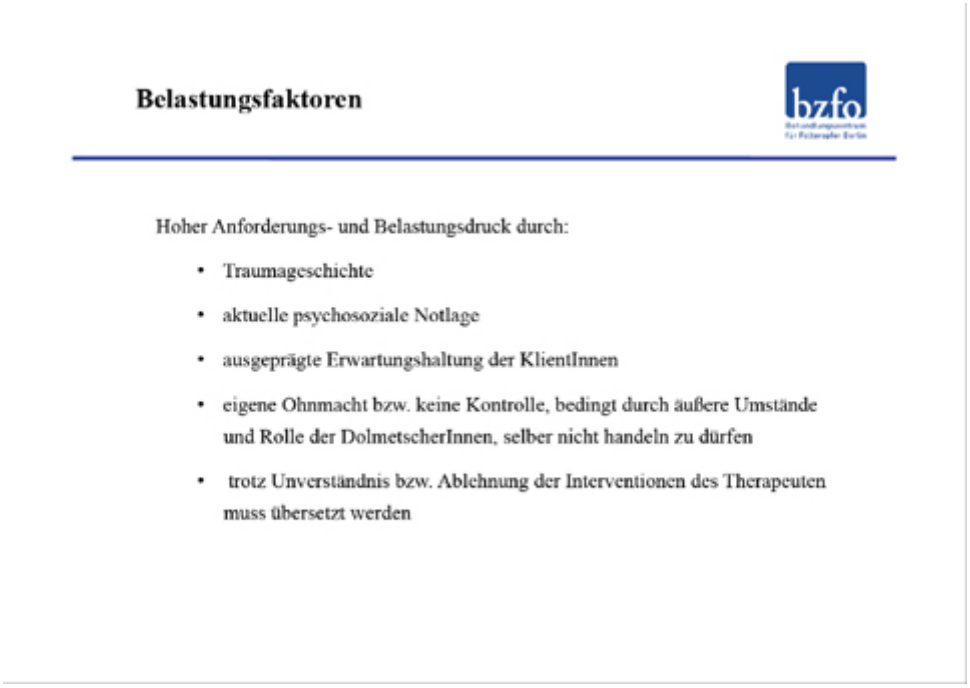
Hansel 2001

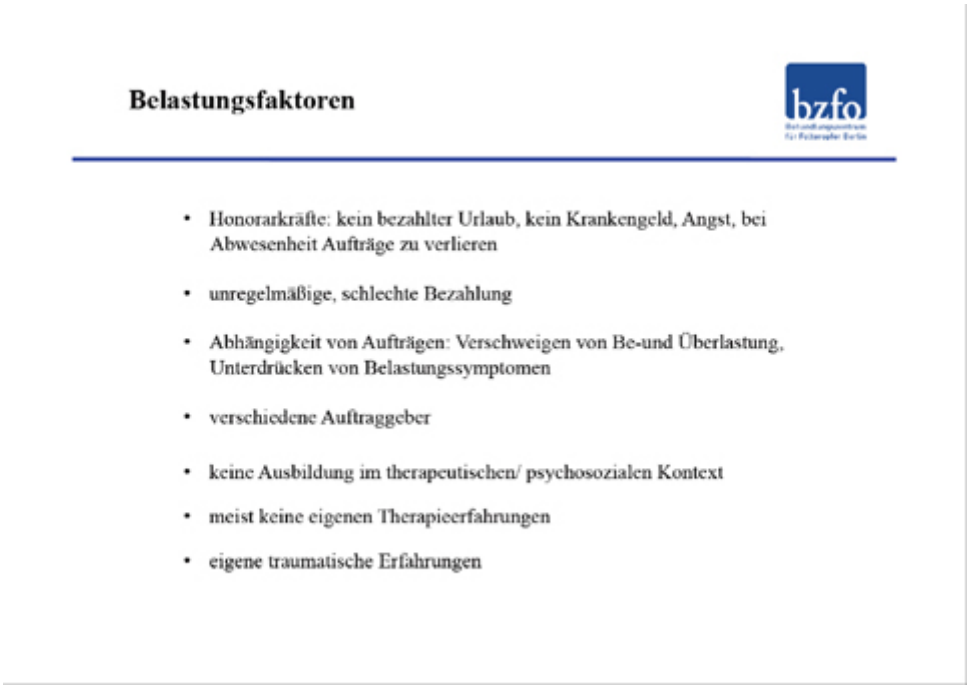

Beziehungsdreieck
bzfo
PatientIn
TherapeutIn
DolmetscherIn
Haenel 2001

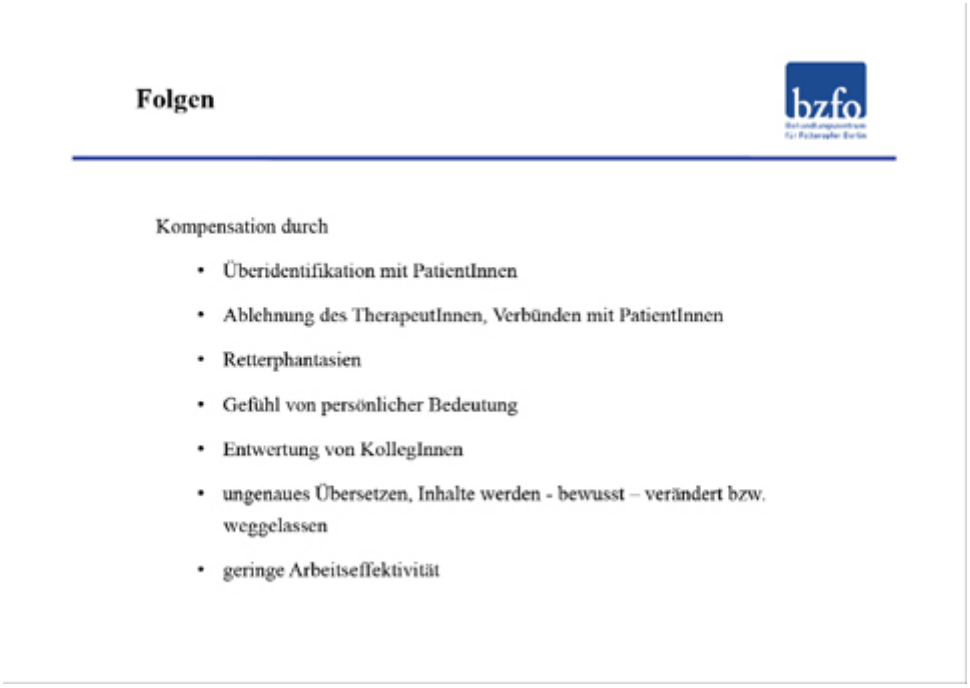

Beziehungsdreieck
bzfo
TherapeutIn
PatientIn
DolmetscherIn
Haenel 2001

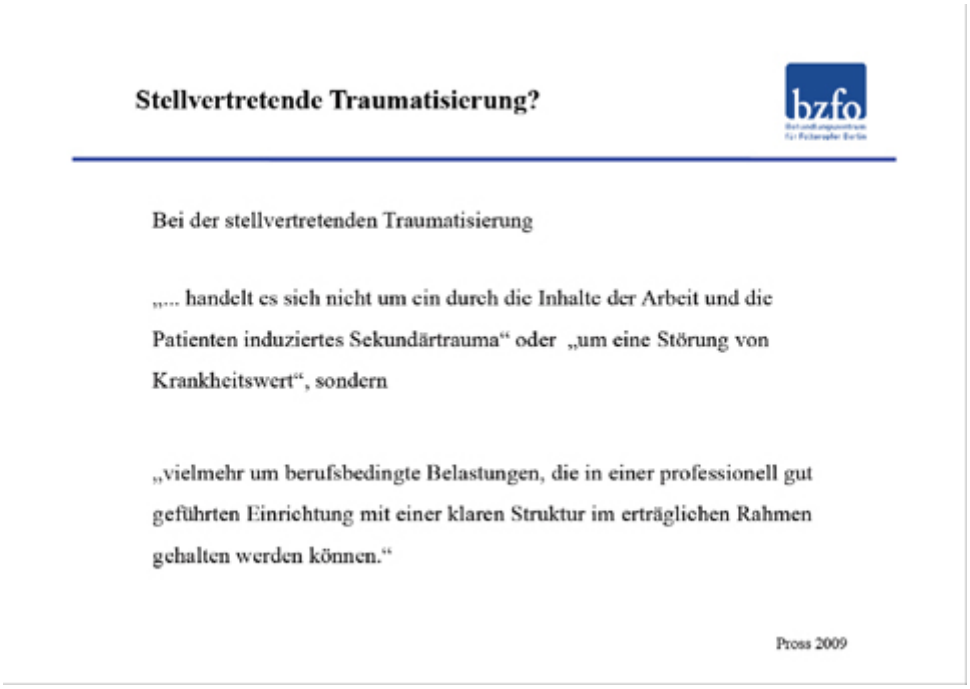

Traumaspezifische Beziehungsaspekte
bzfo
Gründe für zu geringe Distanz (Überidentifizierung) des Dolmetschers:
• Überwältigt sein von Empathie
• Schuld und Schamgefühle
• Furcht vor Identifizierung mit dem Täter
• unbewältigte eigene traumatische Erfahrungen
• gleiches Herkunftsland und/oder ähnlicher politischer Hintergrund
• Solidaritätsgefühle
• Hilflosigkeit
Hasnel 2001

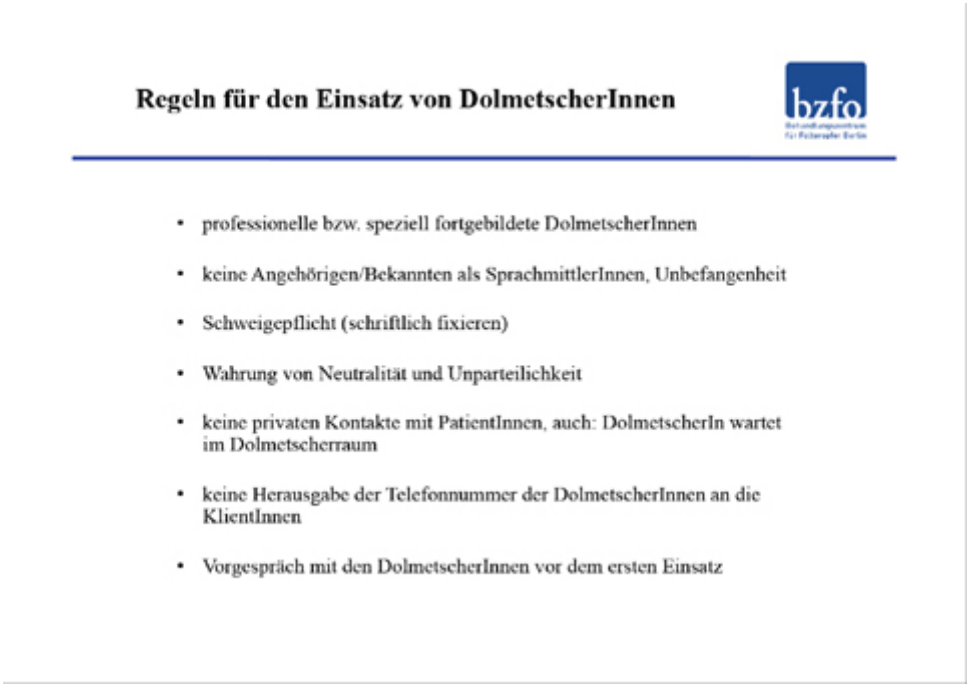

Traumaspezifische Beziehungsaspekte
bzfo
Gründe für zu große Distanz der DolmetscherInnen:
• Unzureichende Kenntnisse und Erfahrung in der Psychotraumatologie
• Schuldgefühle
• anderer politischer Hintergrund
• idealisiertes Weltbild
• Abwehr eigener traumatischer Erfahrungen
Hasnel 2001

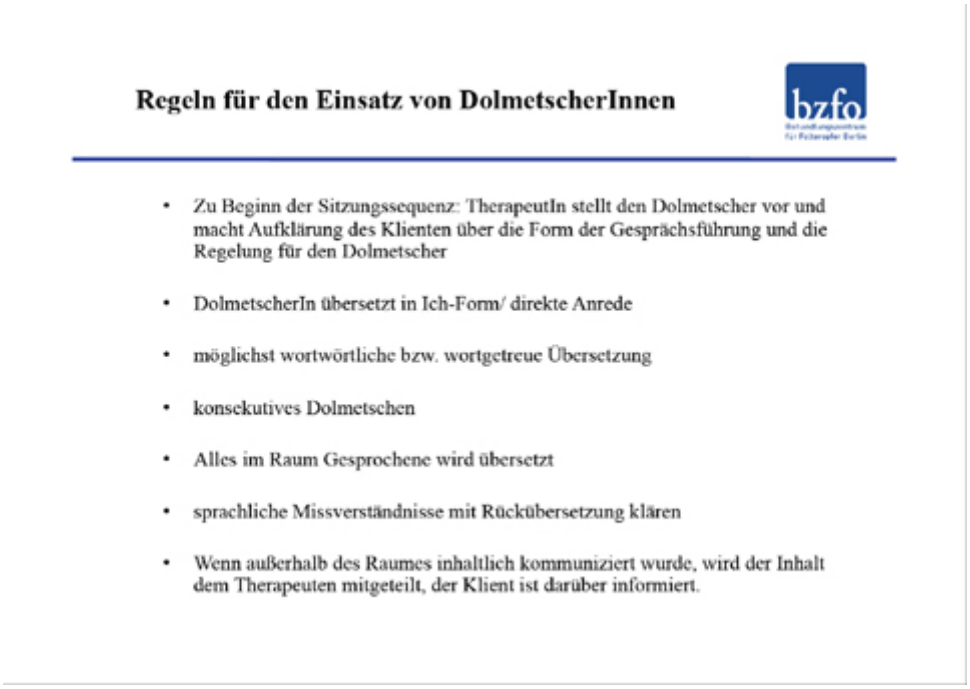

Belastungsfaktoren
bzfo
Hoher Anforderungs- und Belastungsdruck durch:
• Traumageschichte
• aktuelle psychosoziale Notlage
• ausgeprägte Erwartungshaltung der KlientInnen
• eigene Ohnmacht bzw. keine Kontrolle, bedingt durch äußere Umstände und Rolle der DolmetscherInnen, selber nicht handeln zu dürfen
• trotz Unverständnis bzw. Ablehnung der Interventionen des Therapeuten muss übersetzt werden

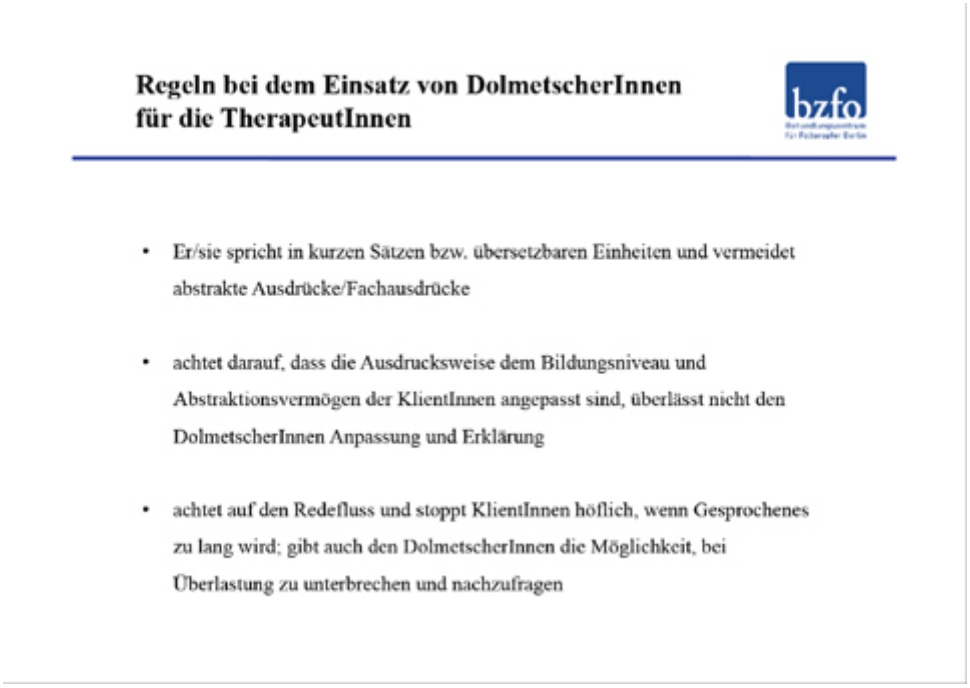

Belastungsfaktoren
bzfo
• Honorarkräfte: kein bezahlter Urlaub, kein Krankengeld, Angst, bei Abwesenheit Aufträge zu verlieren
• unregelmäßige, schlechte Bezahlung
• Abhängigkeit von Aufträgen: Verschweigen von Be-und Überlastung, Unterdrücken von Belastungssymptomen
• verschiedene Auftraggeber
• keine Ausbildung im therapeutischen/ psychosozialen Kontext
• meist keine eigenen Therapieerfahrungen
• eigene traumatische Erfahrungen

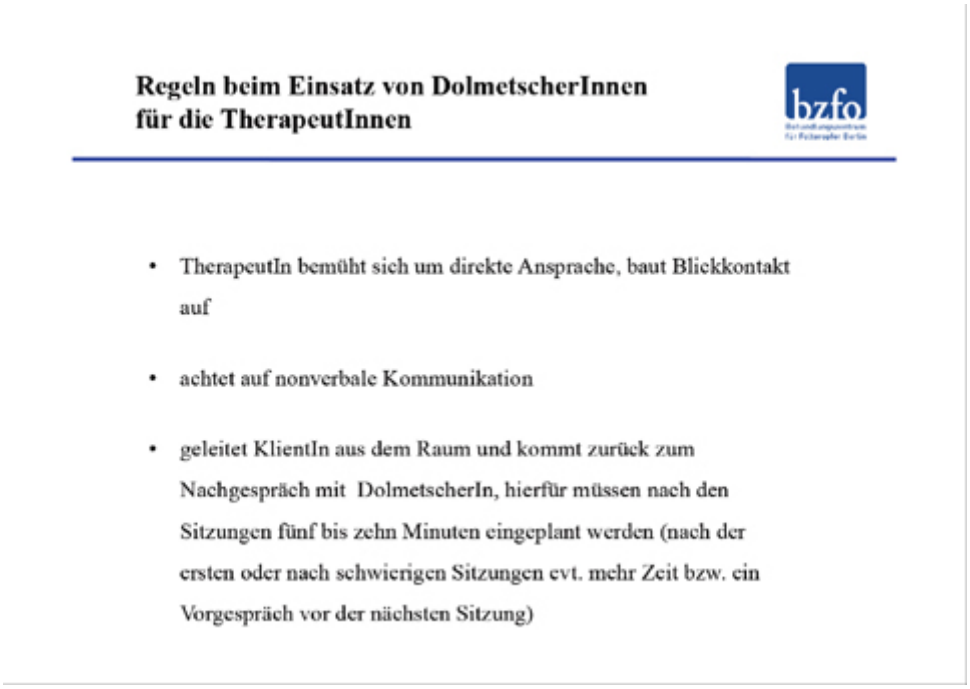

Folgen
bzfo
Kompensation durch
• Überidentifikation mit PatientInnen
• Ablehnung des TherapeutInnen, Verbünden mit PatientInnen
• Retterphantasien
• Gefühl von persönlicher Bedeutung
• Entwertung von KollegInnen
• ungenaues Übersetzen, Inhalte werden - bewusst – verändert bzw. weggelassen
• geringe Arbeitseffektivität


Stellvertretende Traumatisierung?
bzfo
Bei der stellvertretenden Traumatisierung
„... handelt es sich nicht um ein durch die Inhalte der Arbeit und die Patienten induziertes Sekundärtrauma“ oder „um eine Störung von Krankheitswert“, sondern
„vielmehr um berufsbedingte Belastungen, die in einer professionell gut geführten Einrichtung mit einer klaren Struktur im erträglichen Rahmen gehalten werden können.“
Pross 2009


Regeln für den Einsatz von DolmetscherInnen
bzfo
professionelle bzw. speziell fortgebildete DolmetscherInnen
keine Angehörigen/Bekannten als SprachmittlerInnen, Unbefangenheit
Schweigepflicht (schriftlich fixieren)
Wahrung von Neutralität und Unparteilichkeit
keine privaten Kontakte mit PatientInnen, auch: DolmetscherIn wartet im Dolmetscherraum
keine Herausgabe der Telefonnummer der DolmetscherInnen an die KlientInnen
Vorgespräch mit den DolmetscherInnen vor dem ersten Einsatz


Regeln für den Einsatz von DolmetscherInnen
bzfo
Zu Beginn der Sitzungssequenz: TherapeutIn stellt den Dolmetscher vor und macht Aufklärung des Klienten über die Form der Gesprächsführung und die Regelung für den Dolmetscher
DolmetscherIn übersetzt in Ich-Form/ direkte Anrede
möglichst wortwörtliche bzw. wortgetreue Übersetzung
konsekutives Dolmetschen
Alles im Raum Gesprochene wird übersetzt
sprachliche Missverständnisse mit Rückübersetzung klären
Wenn außerhalb des Raumes inhaltlich kommuniziert wurde, wird der Inhalt dem Therapeuten mitgeteilt, der Klient ist darüber informiert.


Regeln bei dem Einsatz von DolmetscherInnen
für die TherapeutInnen
bzfo
• Er/sie spricht in kurzen Sätzen bzw. übersetzbaren Einheiten und vermeidet abstrakte Ausdrücke/Fachausdrücke
• achtet darauf, dass die Ausdrucksweise dem Bildungsniveau und Abstraktionsvermögen der KlientInnen angepasst sind, überlässt nicht den DolmetscherInnen Anpassung und Erklärung
• achtet auf den Redefluss und stoppt KlientInnen höflich, wenn Gesprochenes zu lang wird; gibt auch den DolmetscherInnen die Möglichkeit, bei Überlastung zu unterbrechen und nachzufragen


Regeln beim Einsatz von DolmetscherInnen
für die TherapeutInnen
bzfo
• TherapeutIn bemüht sich um direkte Ansprache, baut Blickkontakt auf
• achtet auf nonverbale Kommunikation
• geleitet KlientIn aus dem Raum und kommt zurück zum Nachgespräch mit DolmetscherIn, hierfür müssen nach den Sitzungen fünf bis zehn Minuten eingeplant werden (nach der ersten oder nach schwierigen Sitzungen evt. mehr Zeit bzw. ein Vorgespräch vor der nächsten Sitzung)

Nachgespräch & Fortbildung

- bietet Raum für Klärung von Missverständnissen, kulturellen Besonderheiten/Hintergründen sowie Fragen der DolmetscherInnen zur methodischen Herangehensweise und Beleuchtung von Beziehungsaspekten in der Triade
- dient gleichzeitig der Entlastung der DolmetscherInnen
- Supervision
- monatliche Dolmetscherweiterbildung

Literatur

Haenel, Ferdinand (2001): Ausgewählte Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. In: curare Sonderband 16/2001, 307-315.

Keilson, Hans (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: deskriptiv-klinische u. quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Unter Mitarbeit von Herman R. Sarphatie. Stuttgart.

Gurris, N.F. & Wenk-Ansohn, Mechthild (2009, 3. Auflage). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker, A. (Hg.), Posttraumatische Belastungsstörungen. Berlin, 477-499.

Pross, Christian (2009): Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma, Risiken und Möglichkeiten, sich zu schützen. Stuttgart, 217.

Umgang mit Erschöpfung und Burnout im Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt

Maria Zemp

I. Einführung

Durch den Aufbau von Projekten in Konfliktregionen unterstützt die Kölner Frauenrechts- und Hilfsorganisation medica mondiale Frauen, die sexualisierte Kriegsgewalt erlebt haben, ihre Erfahrungen zu verarbeiten, ihre Würde wieder zu erlangen und zurück ins Leben zu finden.
Diese Arbeit kann von den Mitarbeiterinnen nur erfolgreich gemacht werden, wenn sie von entsprechenden Konzepten der Selbstfürsorge und einer Kultur der Achtsamkeit in der Organisation begleitet wird.
Die Arbeit in Konfliktregionen ist zudem gekennzeichnet von mangelnden Ressourcen, Instabilität und der täglichen Herausforderung, die Grundbedürfnisse der Familie an Nahrung, Wasser, Strom zu sichern. Welche spezifischen Ressourcen und besonderen Herausforderungen das professionelle Handeln in diesen Kontexten erfordert, wird im Vortrag dargestellt werden.
Ebenfalls werden kulturspezifische, oder sich an den örtlich vorhandenen Ressourcen orientierende Methoden vorgestellt und ihre Anwendung im Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt diskutiert.

II. Themen der PowerPoint Präsentation

1. Formen der Gewalt – Ausmaß der Belastungen mit denen die Mitarbeiterinnen von medica mondiale konfrontiert sind
2. Folgen für die Mitarbeiterinnen
3. Begriffe
4. Stärkende Ansätze helfen
5. Das Modell „Organizational Care“
6. Komponenten medica mondiale
7. Komponenten medica Afghanistan
8. Quellenangaben

III. Erläuterungen zur PowerPoint Präsentation

In der vorliegenden Präsentation ist das Thema naturgemäß nur stichwortartig bearbeitet. Da es mir leider in der Kürze der Zeit nicht möglich ist, das umfassende Thema textlich zu einem Artikel zu verarbeiten, möchte ich ein paar grundlegende Gedanken zum dargestellten Inhalt an den Anfang der Präsentation stellen. Ich hoffe, dass damit die Statements inhaltlich besser eingeordnet werden können.

1. Darstellung zum Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt in den Ländern in denen medica mondiale arbeitet

Hier sind die häufigsten und offensichtlichsten Formen von Gewalt, denen Frauen in den genannten Ländern ausgesetzt sind, aufgezählt. Daraus lässt sich das Maß der Belastung erschließen, mit dem die lokalen und internationalen Mitarbeiterinnen alltäglich konfrontiert sind und lernen müssen, damit zu leben. In Kriegs- und Krisengebieten ist die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen Alltag, sie endet nicht nach dem Verlassen der Büro- und Beratungsräume.

Die lokalen Mitarbeiterinnen sind häufig im direkten Klientinnenkontakt, während die internationalen Kolleginnen häufiger im Kontext von Management oder Training „nur indirekt" mit dem individuellen Leid der Frauen in Kontakt kommen. Für beide Gruppen gilt: Der Arbeitskontext ist geprägt von einem hohen, ständig anhaltenden, auf- und abschwellenden Stresspegel, die interkulturelle Zusammenarbeit ist eine zusätzliche nicht unerhebliche Stressbelastung für beide Seiten.

Die Mitarbeiterinnen in der Zentrale der Organisation (medica mondiale Köln) sind ihrerseits wiederum spezifischen Belastungen ausgesetzt. Sie sind damit beauftragt, Berichte von vergewaltigten Frauen zu lesen und weiter zu bearbeiten um damit an die Öffentlichkeit treten zu können, Hilfsprogramme zu entwickeln und Geldanträge zu stellen – und aushalten zu müssen, dass ihre Mittel und Möglichkeiten der Hilfe beschränkt sind.

Um den vielschichtigen Berührungen mit dem Thema indirekte Traumatisierung gerecht werden zu können, ist eine systemische Betrachtung der Traumadynamik notwendig, denn nur dieses Instrument, angewendet auf die ganze Organisation, kann eine umfassende Analyse ermöglichen und strukturelle und individuelle Handlungsansätze zur Vorbeugung der Folgen aufzeigen.

2. Begrifflichkeiten

Primärtraumatisierung – Sekundärtraumatisierung – Stellvertretende Traumatisierung[1]

Es versteht sich von selber, dass in (Nach-)kriegs- und Krisenregionen der Anteil von primärtraumatisierten Frauen hoch ist. Bekanntermaßen ist dieses Phänomen aber nicht nur auf das Ausland beschränkt, auch in Deutschland sind die Erfahrungen von Primärtraumata unter Frauen nicht gering, und erst allmählich treten die transgenerationalen Folgen der im Zweiten Weltkrieg verübten (sexualisierten) Kriegsgewalt ans Licht der Öffentlichkeit.

Als feministische Frauenorganisation geht medica mondiale davon aus, dass sich bei vielen in- und ausländischen Fachkräften bedingt durch die sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern durchschnittlich hohe Rate an geschlechtsspezifischer Gewalterfahrung biografisch traumatische Stressmuster etabliert haben könnten. Diese Erkenntnis wurde von den bosnischen Psychologinnen in ihre Trainingskonzepte explizit aufgenommen, und sie war eine der Begründungen, warum das Thema

[1] siehe mehr zu dieser Diskussion Pross versus Daniels.

Selbstfürsorge schon sehr früh und sehr umsichtig in die Organisationskultur integriert wurde. Die starke Belastung der Mitarbeiterinnen vor Ort (z.B. in Bosnien)und das immense Bedürfnis schnell und umfassend helfen zu wollen, ein Umstand der natürlich zu Erschöpfungs- und Burnout Phänomen geführt hat, war eine andere wichtige Motivation zur Integration des Themas in die Strukturen der Organisation und als unabdingbares Thema in den Qualifizierungsmaßnahmen.

Die Praxis zeigt, dass beide Phänomene– primäre und indirekte Traumatisierung - gekoppelt und unabhängig voneinander vorkommen. Meine Erfahrung als Supervisorin bestätigt, dass Menschen die durch Primärtraumata vorbelastet sind, anfälliger für indirekte Stressbelastungen sind. Andererseits haben diese Menschen oft eine höhere Resilienz, mit der sie diesen Belastungen begegnen können, vor allem wenn sie die Möglichkeit der Bearbeitung der primär und/oder der sekundärtraumatischen Belastung bekommen. Dass die Möglichkeit der Bearbeitung von Primärtraumata-Erfahrungen in Kriegs- und Krisengebieten sehr niedrig ist, versteht sich von selber. Andererseits kann sicher nicht der Logik gefolgt werden, einmal verarbeitete Primärtraumata sind „gelöscht" und bedeuten keine Belastung mehr in der indirekten Exposition mit traumatischen Stressereignissen.[2]

Die hier kurz angedeutete Diskussion verweist auf den Hintergrund, warum im Kontext sexualisierter Kriegsgewalt stärkende Ansätze, die das Individuum einbinden in seinen kulturellen Kontext und das Handeln der Organisation systemisch begreifen, dringend notwendig sind.

Compassionfatigue und Burnout

Burnout

Meiner Erfahrung nach ist das klassische Burnout Konzept in der Arbeit von medica mondiale nur begrenzt vermittelbar. Den Kolleginnen in den Auslandsprojekten bleibt das Konzept fremd, der Begriff erinnert sie an die Zerstörung, die der Krieg angerichtet hat. Die Fremdheit hat sicherlich mit dem Umstand zu tun, dass das Burnout-Konzept einerseits die Abstinenz von den stressauslösenden Faktoren als Voraussetzung zur Genesung sieht und – ganz wesentlich – das Konzept impliziert andererseits, wäre der spezifische Stress vermieden worden, wäre die Symptomatik nicht ausgebrochen. Das tönt in den Ohren von Menschen, die bei Leib und Leben angegriffen wurden, schon beinahe zynisch.

Menschen in (Nach)kriegs- und Krisengebieten können dem Stress bekanntlich nur sehr bedingt entgehen. Viele unserer afghanischen Kolleginnen sind obendrein auch materiell die Hauptversorgerinnen ihrer Familien, den Verlust ihres Arbeitsplatzes können sie sich nicht leisten, d.h. sie müssen die tägliche Stressbelastung anders beantworten. Selbstverständlich passiert es, dass Mitarbeiterinnen in der Zentrale von medica mondialein Köln oder Fachkräfte im Einsatz in den Projekten, klassische Burnout Symptome entwickeln. Damit ist die Organisation glücklicherweise nicht allzu oft konfrontiert. Viel häufiger beobachten

[2] Siehe mehr dazu in: Babette Rothschild (2008): Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung, Essen.

wir das Syndrom der „Erschöpfung aus Mitgefühl“. Dieses Erschöpfungssyndrom kann sich äußern in Stresserkrankungen wie einer höheren Anfälligkeit für Infekte, chronischer Migräne und anderen Schmerzzuständen. Krankheiten des rheumatischen Formenkreises, Bluthochdruck oder Diabetes müssen auch unter diesem Blickwinkel betrachtet werden. Die psychischen Symptome sind vergleichbar mit denen, die im Zusammenhang von Sekundärtraumatisierung und Burnout beschrieben werden,Häufig stehen im Vordergrund der „Zwang zu helfen“ oder abereine generelle Emotionslosigkeit, Abstumpfung und Gleichgültigkeit.

Compassionfatigue

Der Begriff Compassionfatigue hingegen wirkt vor allem bei den Kolleginnen im psychosozialen Arbeitsfeld sehr entlastet, denn er erkennt die „Leistung des Mitgefühls“ an und vermittelt spürbar, dass diese Leistung erschöpfend wirken kann. Eine weitere Aussage ist: Einem psychosozialen Beratungskonzept, das auf dem Prinzip Mitgefühl und Empathie aufgebaut ist, ist das Risiko der Erschöpfung immanent. Damit rückt dieses Konzept ab von der Pathologisierung und Stigmatisierung, sondern verweist vielmehr auf die Notwendigkeit der strukturell verankerten vorbeugenden Maßnahmen. Nicht zuletzt fokussiert der Begriff Compassionfatigue die Erschöpfung vor dem möglichen Burnout, und damit ist er sehr hilfreich, um entsprechende Selbstfürsorge Aktivitäten früh genug zu verankern.

Resilienz

Die Arbeit mit Überlebenden sexualisierter Kriegsgewalt ist sicherlich erschöpfend, wird sie als Menschenrechtsarbeit verstanden, kann sie aber auch sehr sinnstiftend und stärkend sein. Der Ansatz von medica mondiale, die direkte Unterstützung der Frauen in den Kriegs- und Krisenregionen zu verbinden mit einer dezidierten politischen Strategie zur Verbesserung der Frauenrechte, wirkt u.a. auch Resilienzbildend.
Die Mitarbeiterinnen in den Projekten der Nachkriegsländer erleben in den ersten Aufbaujahren oft eine intensive persönliche und berufliche Entwicklung. Ihre gesellschaftliche Rolle verändert sich und falls sie zur familiären Haupternährerin werden, erleben sie einen Machtzuwachs in der Familie.
Durch ihre Arbeit geben sie Hoffnung in einem Land, in dem alle Hoffnung verloren schien und sie haben teil am vielfachen Entwicklungspotenzial von Klientinnen und Kolleginnen, die den Krieg mit großen Verlusten und Verletzungen überlebt haben. Sie machen die Erfahrung, dass sie durch ihre Arbeit zum Wiederaufbau zivilgesellschaftlicher Strukturen in der Nachkriegszeit beitragen.
Mit anderen Worten: Wir können die Phänomene „Indirekte Traumatisierung“ nur erfassen, wenn wir – dem ganzheitlichen Traumakonzept folgend –unsere Aufmerksamkeit auf beide Seiten lenken: auf die Verletzung und die Ressourcen, aufdie Schwächung und die Fähigkeit, schwierigste Erfahrungen für das weitere Leben nutzbar zu machen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

Die Arbeit im Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt bedeutet für alle Mitarbeiterinnen, dass sie sich in einem „fortwährenden Prozess von direkter und indirekterTraumatisierung und direkter und indirekter Resilienzbildung, befinden“[3].

3. Organizational Care - ein Arbeitsmodell

Das hier vorgestellte Modell impliziert die Tatsache, dass indirekte Traumatisierung in der gesamten Organisation nicht vermeidbar ist. Im Zentrum der Aufmerksamkeit aber steht gleichzeitig das Phänomen der selbstregulierenden Kräfte oder das Potenzial zur Bildung von Resilienz. Diese kann individuell erworben werden sowie als organisationales Erfahrungswissen für die gesamte Organisation nutzbar gemacht werden.

Zwei Begriffe sind im Zentrum dieses Modells: Care und Resilienz

Resilienz

Die Organisation fokussiert auf allen Ebenen und täglich die Erhöhung und den Erhalt der Resilienz ihrer Mitarbeiterinnen, und sie fokussiert eine sicherndeökonomische Effizienz der Organisation.
Indem sie beides tut und die Sorge um die Gesunderhaltung des Personals in den Mittelpunkt der unternehmerischen Handlungen setzt, folgt sie der Logik einer „Ökonomie des Sorgens – Care Ökonomie“ wie sie von feministischen Ökonominnen seit vielen Jahren beschrieben wird.

Die Resilienzforschung beschreibt drei wesentliche Fähigkeiten als Grundlage der Resilienzbildung[4]:

1. Realitäten anerkennen stärkt die Fähigkeit mit Krisen umgehen zu lernen;
2. Werte und Sinnfindung geben Halt und orientieren;
3. Improvisationsfähigkeit und Flexibilität erhöhen das Potenzial Konflikte und Probleme zu lösen;
4. Gemeinschaft bilden und erhalten: denn Menschen können Belastungen besser ertragen wenn sie wissen wofür und für wen.

[3] Hernandez zitiert nach Pross 2009,siehe Literaturliste am Ende der PowerPoint.
[4] Harvard Business School Press (2003): Harvard Business Review on Building Personal and Organizational Resilience.

Die Care Ökonomie geht von folgenden Grundsätzen aus:

Care Ökonomie

- „Der Begriff «careeconomy» oder Care-Ökonomie bezieht sich auf alle Tätigkeiten, bei denen Menschen für andere sorgen oder für die alltägliche Versorgung anderer Menschen zuständig sind.
- Diese Tätigkeiten erstrecken sich auf die Umwandlung von standardisierten und industrialisierten Gütern und Dienstleistungen für einen den unterschiedlichsten Bedürfnissen angepassten täglichen Verbrauch innerhalb und ausserhalb des Haushalts, auf das Aufziehen von Kindern, auf die Pflege von Menschen und andere Formen von Beziehungsarbeit.
- All diese Tätigkeiten und die Art und Weise, wie sie getan werden, machen einen wesentlichen Teil des Lebensstandards einer Gesellschaft aus.“[5]

Beide Ansätze scheinen mir sehr schlüssig, um ein Konzept der Selbstfürsorge in Organisationen zu implementieren, das weit über den individuellen „Komfort- Bereich“ hinausgeht. Es trägt gesellschaftlichen und individuellen Anforderungen gleichermaßen Rechnung und es setzt den Erhalt des Wachstums einer Organisation in direkte Abhängigkeitzu der Gesunderhaltung der „menschlichen Ressourcen“ der Organisation.
Selbstverständlich ist das Modell, so wie es hier aufgeführt ist, längst nicht in allen Teilen bei medica mondiale umgesetzt. Die Kultur der Organisation aber ist so weit entwickelt, dass es möglich war, das hier vorgestellte Modell zu visionieren, das bei Bedarf und entsprechender Achtsamkeit durchaus realistisch genug ist, um umgesetzt werden zu können.

Als Modell,hoffe ich, kann es auch anderen Organisationen eine Inspiration sein. Für weitergehende Fragen und Denkanstöße wenden Sie sich bitte an:

- Direkt an die Autorin und Trainerin des Konzeptes: Maria Zemp www.Beratung-MariaZemp.de
- Oder an die Traumafachbereichsleiterin Karin Griese von medica mondiale www.medicamondiale.org

[5] Mascha Madörin in: Die andere Hälfte der Wirtschaft.Care Economy: Die Ökonomie des Sorgens und Pflegens, WOZ 2001/Nr.03.

medica mondiale e.V.

ERSCHÖPFUNG UND BURNOUT IM KONTEXT VON SEXUALISIERTER KRIEGSGEWALT



INHALT

1. Formen der Gewalt – Ausmaß der Belastungen mit denen die Mitarbeiterinnen von *medica mondiale* konfrontiert sind
2. Folgen für die Mitarbeiterinnen
3. Begriffe
4. Stärkende Ansätze helfen
5. Das Modell „Organizational Care"
6. Komponenten *medica mondiale*
7. Komponenten medica Afghanistan
8. Quellenangaben

.....UND KEIN ENDE IN SICHT

medica mondiale

AFGHANISTAN:

- Frauen befinden sich in einer fortwährenden Bedrohung durch häusliche Gewalt und Beraubung der grundlegenden Menschenrechte
- Bedrohung und Verlust von Angehörigen durch Suizidanschläge
- Säureanschläge auf Mädchen / Schulen
- Kinderraub, Trafficking, Zwangsprostitution
- Zwangsverheiratung

.....UND KEIN ENDE IN SICHT

medica mondiale

LIBERIA

- Stigmatisierung der vergewaltigten Frauen und der Folgen wie HIV/AIDS und STD
- Flüchtlingswelle aus der Elfenbeinküste: Instabilität
  - Rebellen überfallen Frauen
  - Frauen werden auf der Flucht vergewaltigt
- Gesetz gegen Vergewaltigung (Praxis: „compromising“)
- SGBV Task Force (Bsp.), Clinical Management of Rape

....UND KEIN ENDE IN SICHT

medica mondiale

DR KONGO

- Massive Vergewaltigung von Frauen und Mädchen mit schwersten körperlichen Folgen

BOSNIEN, ALBANIEN, KOSOVO

- Transgenerationale Folgen: Kinder, die aus den Vergewaltigungen hervorgingen, sind jetzt Teenager oder junge Erwachsene!

FOLGE

medica mondiale

- Frauen in Kriegs- und Krisengebieten haben oft Gewalt überlebt und sind fortwährend der Gefahr von Traumatisierungen ausgesetzt

GLEICHZEITIG

- Als Aktivistinnen sind Frauen mit den eigenen akuten und chronischen Stressfolgen und denen der Hilfesuchenden konfrontiert

KONSEQUENZ

HelferInnen befinden sich in einem FORTWÄHRENDEN PROZESS von direkter und indirekter Traumatisierung UND direkter und indirekter Resilienzbildung (Hernandez nach Pross 2009)

BEGRIFFE

Indirekte Traumatisierung (STSD) DSM-IV

Gurris zitiert nach Pross (2009)

Primärtraumatisierte	Sekundärtraumatisierte (u.a. transgenerational)
PTSD	STSD*
Tritt plötzlich auf	Plötzlich und schleichend
Betrifft alle Lebensbereiche gleichzeitig	Lebensbereiche nur partiell betroffen
	Primärtrauma aktiviert?

*Secundary Trauma Stress Disorder

Stellvertretende Traumatisierung (Pearlman 1996) (vicarious traumatization)

Durch Konfrontation mit den gewaltsamen Erlebnissen der Überlebenden werden TherapeutInnen und HelferInnen existentiell erschüttert

- im Glauben an eigene Unverwundbarkeit
- in positiver Selbstsicht und Selbststeuerungsfähigkeit
- in der Annahme eines sinnvolles Weltbildes, in Glaube und Spiritualität
- - Primärtraumatisierung aktiviert?

Begriffe

medica mondiale

Compassion fatigue (Figley 1995)

- eine vorhersehbare, (un) - vermeidbare Erschöpfung der Professionellen (Beraterinnen, Anwältinnen, Ärzte...) im Umgang mit Traumatisierten
- Auslöser: Stress aus Mitgefühl
- *Self Care / Organizational Care*

Burnout

- physischer und psychischer Zusammenbruch (nach allmählichem Aufbau d.E.)
- Arbeitsunfähigkeit
- alle Berufsfelder betroffen
- Auslöser: multifaktorielle Belastungen, u.a. nicht beachtete Mitgefühlserschöpfung
- *Behandlung / Therapie*

Mögliche Folgen der Trauma Dynamik in Organisationen

Munroe zitiert nach Pross 2009

medica mondiale

- Organisation re- inszeniert Traumainhalte
- Überarbeitung, unzumutbare Erwartungen
- Ausbeutung und Missbrauch von MitarbeiterInnen
- sexuelle Beziehungen unter MitarbeiterInnen – tabuisiert, verstrickt oder häufig wechselnd
- wenig Kommunikation

Mögliche Folgen der Trauma Dynamik in Organisationen

Munroe zitiert nach Pross 2009

- hohe Risiken eingehen
- Gefährdung von Sicherheit und Wohlergehen der Mitarb.
- wenig Vertrauen in eigene MitarbeiterInnen, wenig Delegation
- Selbstfürsorge wird gering geschätzt, Aufopferung belohnt
- WIR: Einsame Kämpfer, Retter und Pioniere

Mögliche Folgen der Trauma Dynamik in Organisationen

Munroe zitiert nach Pross 2009

- einzelne Personen erscheinen unersetzlich
- interne Grabenkämpfe
- wechselnde Koalitionen, WIR gegen SIE
- Ausschluss von Abweichlern, Mobbing
- hohe Fluktuation

Mögliche Folgen der Trauma Dynamik in Organisationen

Munroe zitiert nach Pross 2009

- Impulsive Entscheidungen, keine langfristige Planung
- Organisation erzeugt unnötige Krisen intern und extern
- Organisation kreist zwischen Inaktivität und Noteinsatz
- Organisation braucht Krise, um zu funktionieren, auf „Mission" fixiert

Realitätsverlust als Folge der Traumadynamik

Walkup zitiert nach Pross 2009

- Mangelnde Sensibilität gegenüber KlientInnen
- Widerstand gegen Selbstkontrolle, Evaluation und Lernen
- Widerstand gegen Veränderung
- Überarbeitung,
- Abspaltung

Realitätsverlust als Folge der Traumadynamik

Walkup zitiert nach Pross 2009

- Schuldzuweisung an andere
- Größenwahn (heroisches Selbstbild), höchste Ansprüche
- institutionalisierte Mythenbildung
- kollektive Selbsttäuschung
- Abschottung gegen vermeintliche Bedrohung von außen

Stärkende Ansätze helfen!



„Organizational Care“ (Mc Alister 2002)
- Organisationale Resilienz –

- Care Ökonomie: Ökonomie des Sorgens und Pflegens
- Care Sektor der Organisation zur Erhaltung und Stärkung der Ressourcen einer Organisation
- Keine „hausfrauisierte“ Gefälligkeits- Leistung, sondern existenzielle Komponente der Gesamtökonomie einer Organisation
- Eine Haltung / Kultur in der Organisation, die durch organisationsspezifische Komponenten verankert ist

„Organizational Care“

STÄRKT DIE RESILIENZ DER ORGANISATION

Fördert:

- den Realitätssinn
- die Fähigkeit aus Mist Gold zu machen
- Pragmatismus und Improvisationsbereitschaft
- Veränderungsbereitschaft

Komponenten „Organizational Care – partiell umgesetzt bei *medica mondiale*

Traumasensible Haltung

- Training Traumasensible Haltung für alle MitarbeiterInnen, Geschäftsführung, Vorstand
- Reflektion der Trauma-Stress Dynamik bes. bei Krisen, Konflikten, in Supervisions- und Coachingprozessen
- Entlastung der Stress-Dynamik bei Fachtagungen, Teamtagen, Klausurtagungen durch Wellbeing-Angebote und Sharings, Prozessbeobachtung (nicht – Steuerung!)

Komponenten Organizational Care

Strukturell

- gemeinsame Vision UND gemeinsame realistische Ziele
- professionelle Leitung
- sichernde Finanzplanung
- klar definierte Rollen und Kompetenzen
- effektive, transparente Entscheidungsprozesse

Komponenten Organizational Care

Strukturell

- Konflikttraining für alle MitarbeiterInnen
- Partizipation entsprechend Kompetenz und Verantwortlichkeit
- klar geregelte Arbeitsorganisation
- einheitlicher Code of Conduct für Gesamtorganisation inkl. Auslandsprojekte

Komponenten Organizational Care

Reflektion der Wirksamkeit

- Prozesse auswerten, bewerten was hilfreich und verwertbar ist, entsorgen was nicht weiter hilft
- WAS hat WANN wo WARUM GEHOLFEN?

Selbstfürsorge -Angebote der Organisation

- Stressentlastungsangebote für Mitarbeiterinnen
- Coaching- und Supervisionsangebote im 3-Ecks Kontrakt
- Pool von Coacherinnen

Komponenten Oranizational Care

Konzept Selbstfürsorge

STÄRKT DIE INDIVIDUELLE RESILIENZ

- ausgehend vom Berufsrisiko und der eigenen biografischen Belastung ist jede Mitarbeiter/in verantwortlich für ihr(e) körperliche, seelische und geistige Entlastung und Wohlergehen
- Stellvertretende Traumatisierung ist ein Berufsrisiko und muss entsprechend professionell beantwortet werden
- Eigenverantwortung hilft, Schuldzuweisung lähmt!

Konzept Selbstfürsorge MitarbeiterInnen

- Kenntnis der eigenen biografischen Verletzungen und Empfindsamkeiten
- kollegiale Supervision und strukturiertes Debriefing
- professionelles Clearing / Achtsamkeit: Rolle, Empathie, Distanz, Übertragung....

Konzept Selbstfürsorge MitarbeiterInnen

- Schulung der Selbstreflektion: Systemische Dynamiken überblicken und sich am richtigen Platz einordnen
- Fortbildungen
- regelmäßige Freizeit und Auszeit
- achtsame Ernährung und ausreichend körperliche Bewegung

Komponenten Organizational Care

- Gestaltung der Räume und des Arbeitsklimas, „Schönheitsbeauftragte“
- Rituale und Feiern für besondere Ereignisse:
- Jahresziele implementieren, abschließen
- Begrüßung / Verabschiedung neuer MitarbeiterInnen,
- Projektreisen der MitarbeiterInnen
- Projektabschluss und - übergabe
- Geburten
- Tod von Angehörigen

Komponenten Organizational Care

- Erinnerungskultur
  - Jahrestag Gründung
  - Ehrungen
  - wichtige Erneuerungs-, Erweiterungs- und Wachstumsschritte
- Kultur der Dankbarkeit
  - wer hat die Organisation geistig inspiriert,
  - frühere MitarbeiterInnen

Komponenten Medica Afghanistan

Strukturen schaffen gibt Sicherheit!

- Arbeitsbereiche und Aufgaben definiert
- Fachteams, Management-Team
- strukturierte protokollierte Teammeetings
- Leitung, Projektleiterinnen
- standardisierte MitarbeiterInnen- / Leistungsbeurteilung
- Transparente Gehaltsstruktur
- Sicherheitsplan, Sicherheitsmanagment

Komponenten Medica Afghanistan

Inhalte erarbeiten schafft Vertrauen und stiftet Sinn

- partizipativer Erarbeitungsprozess von Mission, Vision und Werten
- Identität der Organisation, Namensgebung
- jährliche Planungstreffen

Wissen ist Macht

- Konflikttraining
- Training zu Diversity (Methode 4-Farbenmodell)

Komponenten Medica Afghanistan

Selbstfürsorge gewährleistet Professionalität

- Stressmanagement
- Konzept Psychological First Aid im Falle von Sicherheitskrisen
- regelmäßige Fach- und Fallkonferenzen
- PSHP Team Körper- und Entspannungsübungen

Coaching und Supervision

- vor Ort bis jetzt regelmäßig nicht möglich, daher per skype oder bei Projektbesuch in Köln

Komponenten Medica Afghanistan

Feiern und Rituale stärken soziale Netze

- würdige Nationalisierungsfeier
- Einladung aller Familienangehörigen zu gemeinsamem Beisammen sein
- Betriebsausflug in Park

Quellenangaben

- **Gerhilt Haak** hat als Erste das Thema Selbstfürsorge und Sekundärtraumatisierung für *medica mondiale* bearbeitet, sie hat viele Jahre In- und ausländische Mitarbeiterinnen geschult **(www.gerhilt-haak.de)**

- Das vorliegende Konzept „Organizational Care" wurde von **Maria Zemp** erarbeitet **(www.BeratungMariaZemp.de).**

  Es bezieht folgende Literatur mit ein:

- Allister, MC (2002): Work context and the definition of self. How organizational care influences organization-based self-esteem. The Academy of Management Journal, JSTOR.
- American Psychological Association 2009 10 Tips for Resilience in a Time of War.
- Daniels, Judith (2008): Prevention of Burnout. Trainingsunterlagen erstellt für *medica mondiale*.
- Figley, Charles (1995): Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized.
- Harvard Business Review on Building Personal and Organizational Resilienz, Harvard Buisness School Press 2003
- Lemke Jürgen (2006): Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung.

Quellenangaben

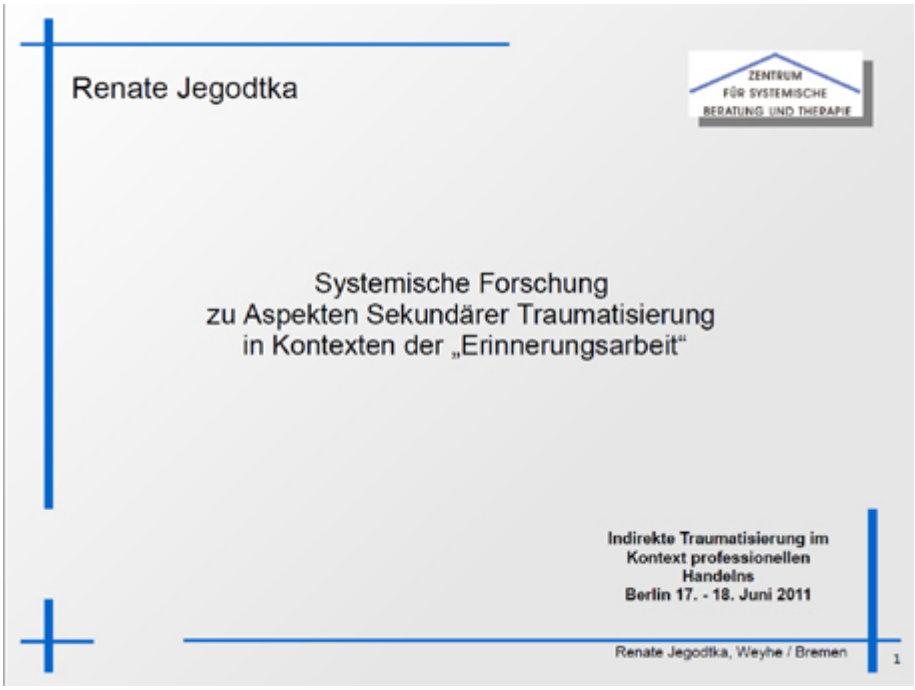
- Madörin, Mascha: Die andere Hälfte der Wirtschaft. Care Economy: Die Ökonomie des Sorgens und Pflegens, WOZ 2001/Nr.03
- Mathieu, Francoise:Transforming Compassion Fatigue into Compassion Satisfaction: Top 12 Self-Care Tips for Helpers 2007
- Pearlman Laurie Ann and Karen W. Saakvitne (1996): Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatisation in psychotherapy with incest survivors.
- Pross, Christian (2009): Verletzte Helfer Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen
- Rothschild Babette Help for Helper The Psychophysiologie of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma
- www.compassionfatigue.org (2003): The Eight Laws Governing
- Die Traumafachbereichsleiterin von *medica mondiale*, **Karin Griese**, hat die Konzeptentwicklung und die Präsentation beratend begleitet!

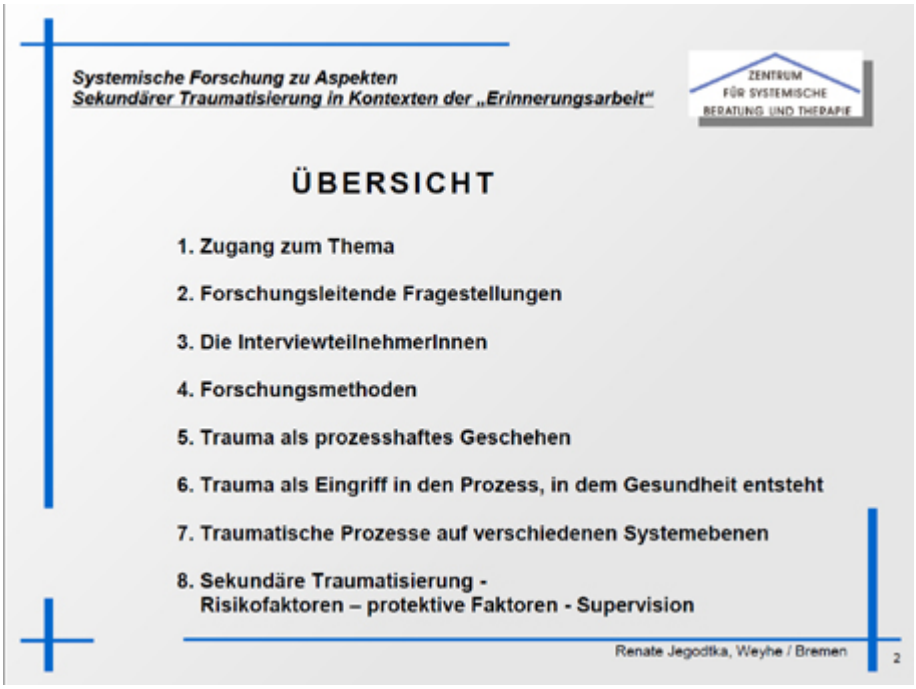


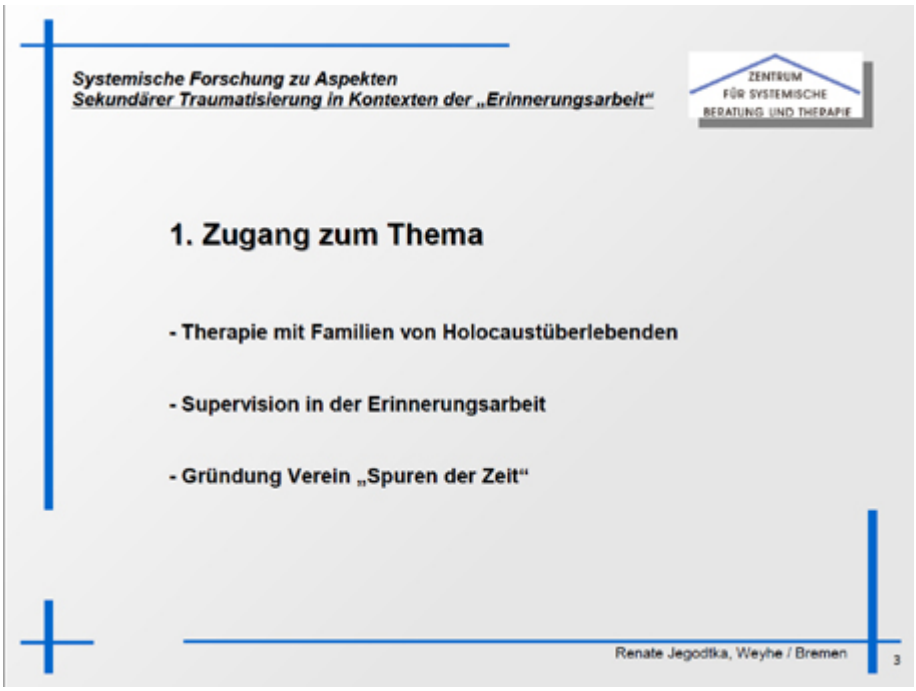
Systemische Forschungzu Aspekten Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“

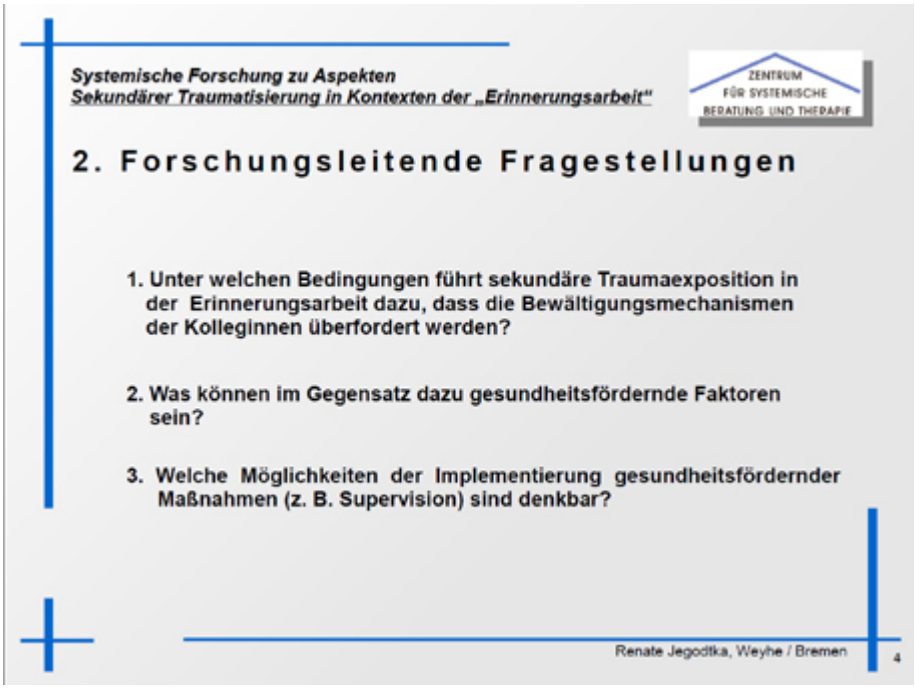
Renate Jegodtka

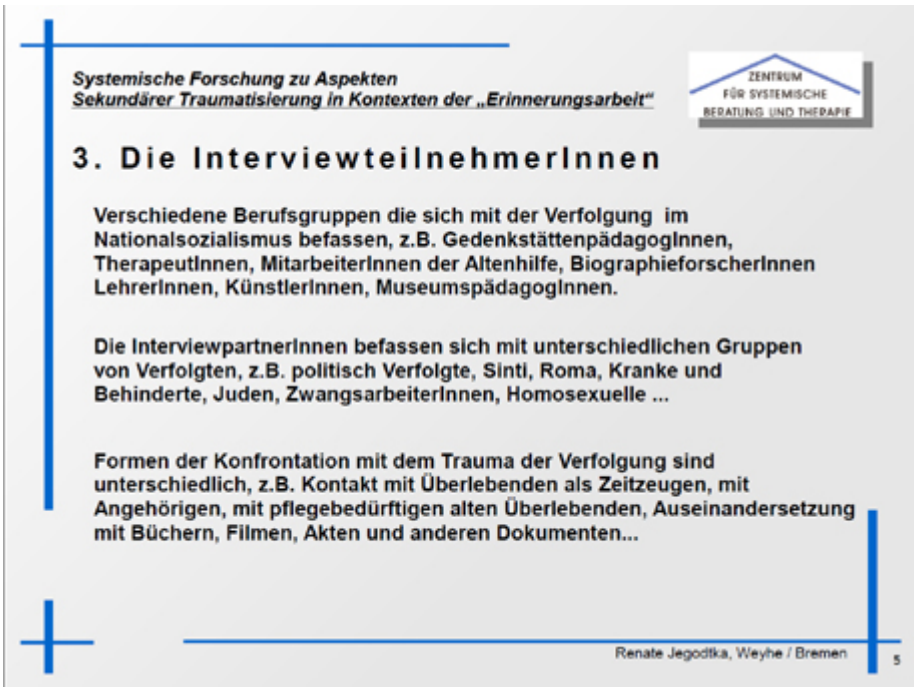
Menschen, die sich in ihrem beruflichen Alltag mit den Folgen nationalsozialistischer Gewaltherrschaft auseinandersetzen(z.B. TherapeutInnen, PädagogInnen, Mitarbeiter/innen von Gedenkstätten) werden wiederkehrend mit den Spuren, welche die NS-Verfolgung hinterlassen hat, konfrontiert. Das Engagement für diese Arbeit bedeutet zugleich eine extreme Belastung der MitarbeiterInnen durch wiederkehrende sekundäre Traumaexposition. Im folgenden Beitrag werden Ergebnisse einer Studie vorgestellt, die sich damit auseinandersetzt, unter welchen Bedingungen sekundäre Traumaexposition dazu führt, dass die Bewältigungsmechanismen der KollegInnen überfordert werden, bzw. welches gesund erhaltende Faktoren sein können.

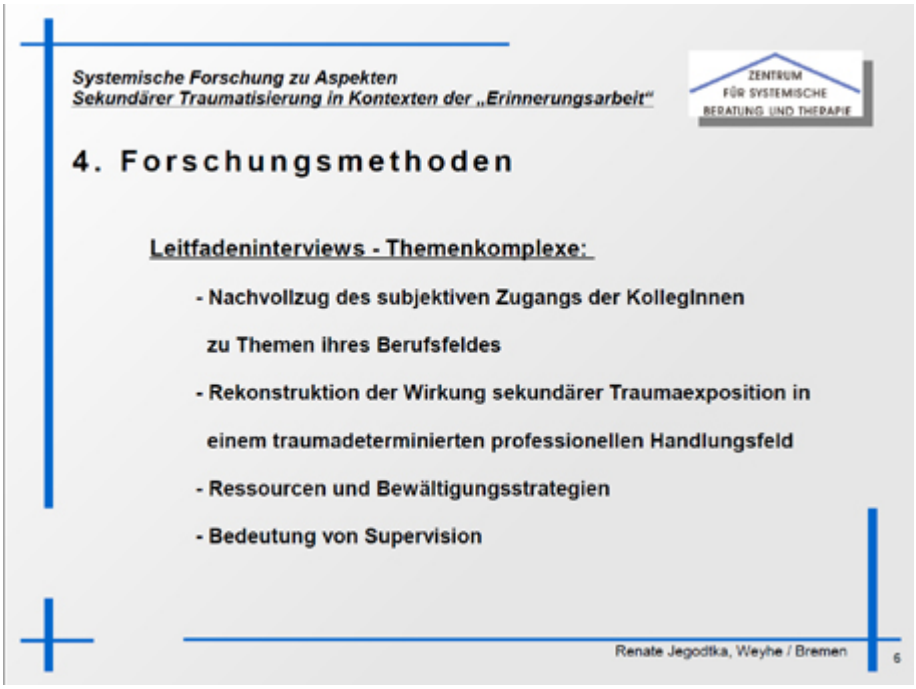


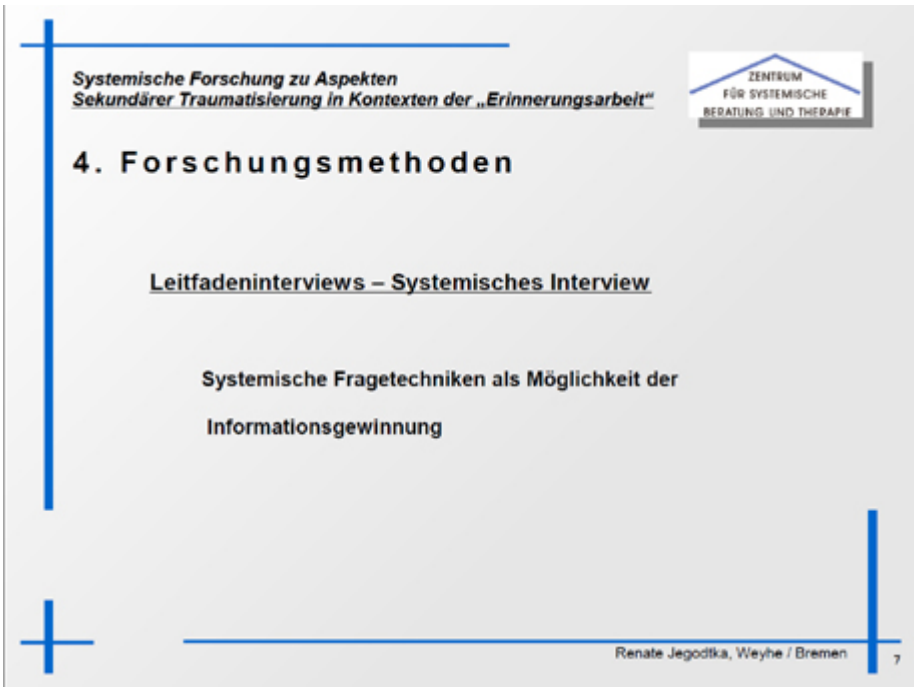

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
ÜBERSICHT
1. Zugang zum Thema
2. Forschungsleitende Fragestellungen
3. Die InterviewteilnehmerInnen
4. Forschungsmethoden
5. Trauma als prozesshaftes Geschehen
6. Trauma als Eingriff in den Prozess, in dem Gesundheit entsteht
7. Traumatische Prozesse auf verschiedenen Systemebenen
8. Sekundäre Traumatisierung -
Risikofaktoren – protektive Faktoren - Supervision
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
2

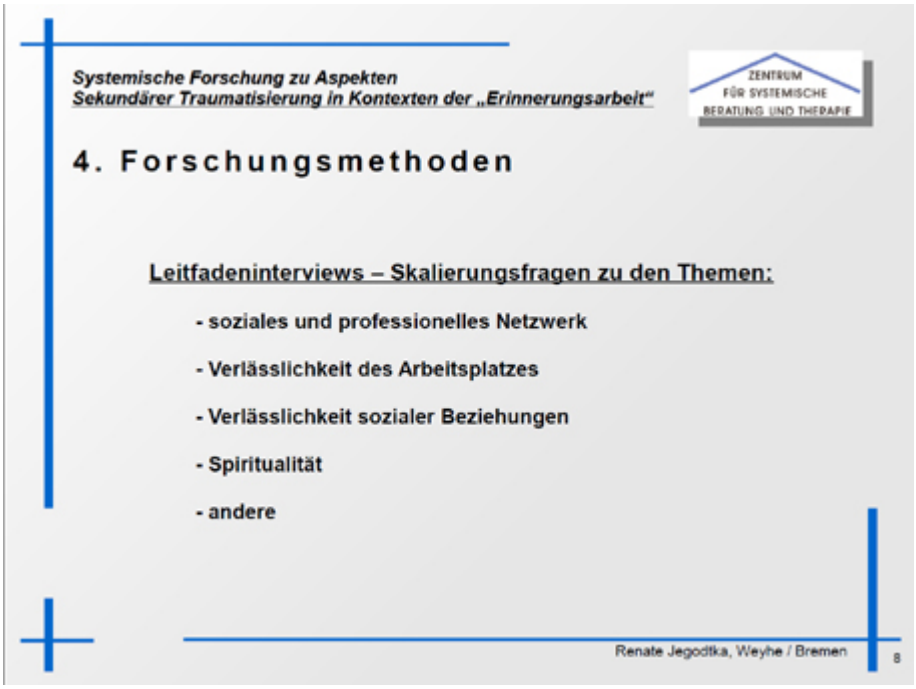

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
1. Zugang zum Thema
- Therapie mit Familien von Holocaustüberlebenden
- Supervision in der Erinnerungsarbeit
- Gründung Verein „Spuren der Zeit“
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
3


Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
2. Forschungsleitende Fragestellungen
1. Unter welchen Bedingungen führt sekundäre Traumaexposition in der Erinnerungsarbeit dazu, dass die Bewältigungsmechanismen der Kolleginnen überfordert werden?
2. Was können im Gegensatz dazu gesundheitsfördernde Faktoren sein?
3. Welche Möglichkeiten der Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen (z. B. Supervision) sind denkbar?
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
4

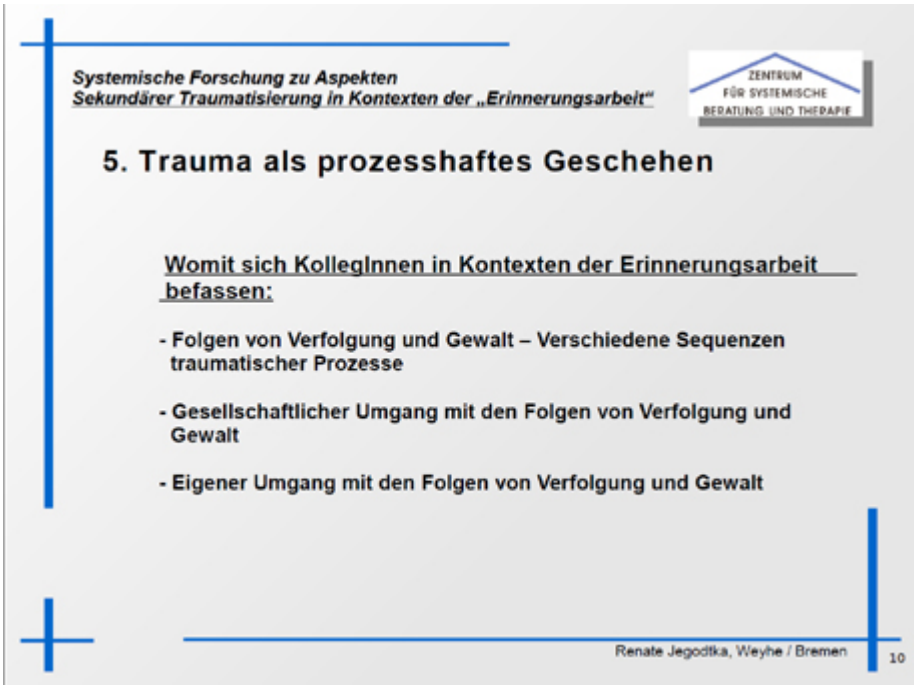

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
3. Die InterviewteilnehmerInnen
Verschiedene Berufsgruppen die sich mit der Verfolgung im Nationalsozialismus befassen, z.B. GedenkstättenpädagogInnen, TherapeutInnen, MitarbeiterInnen der Altenhilfe, BiographieforscherInnen LehrerInnen, KünstlerInnen, MuseumspädagogInnen.
Die InterviewpartnerInnen befassen sich mit unterschiedlichen Gruppen von Verfolgten, z.B. politisch Verfolgte, Sinti, Roma, Kranke und Behinderte, Juden, ZwangsarbeiterInnen, Homosexuelle ...
Formen der Konfrontation mit dem Trauma der Verfolgung sind unterschiedlich, z.B. Kontakt mit Überlebenden als Zeitzeugen, mit Angehörigen, mit pflegebedürftigen alten Überlebenden, Auseinandersetzung mit Büchern, Filmen, Akten und anderen Dokumenten...
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
5

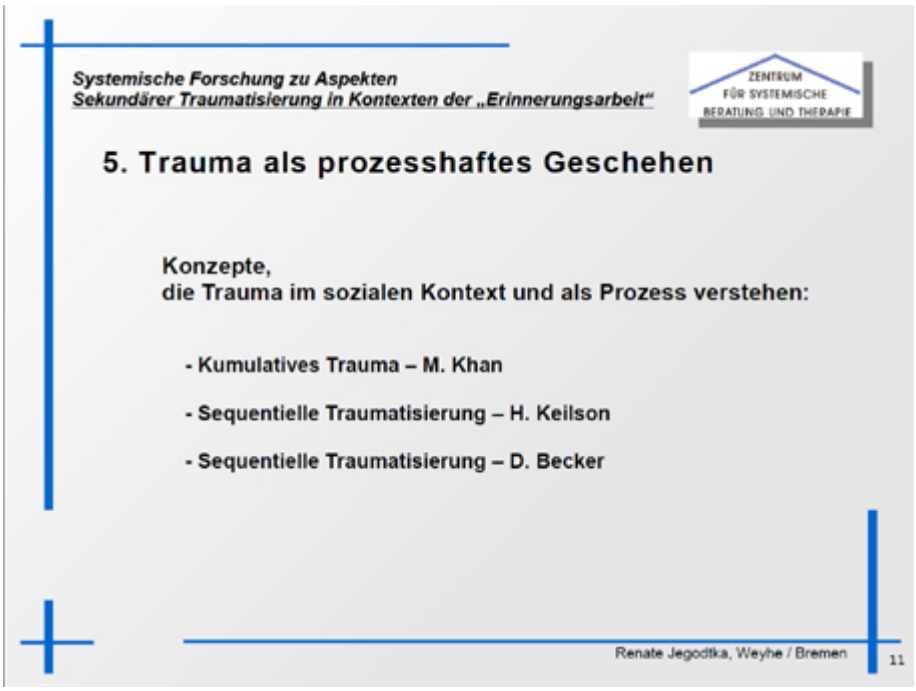

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
4. Forschungsmethoden
Leitfadeninterviews - Themenkomplexe:
- Nachvollzug des subjektiven Zugangs der KollegInnen zu Themen ihres Berufsfeldes
- Rekonstruktion der Wirkung sekundärer Traumaexposition in einem traumadeterminierten professionellen Handlungsfeld
- Ressourcen und Bewältigungsstrategien
- Bedeutung von Supervision
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
6

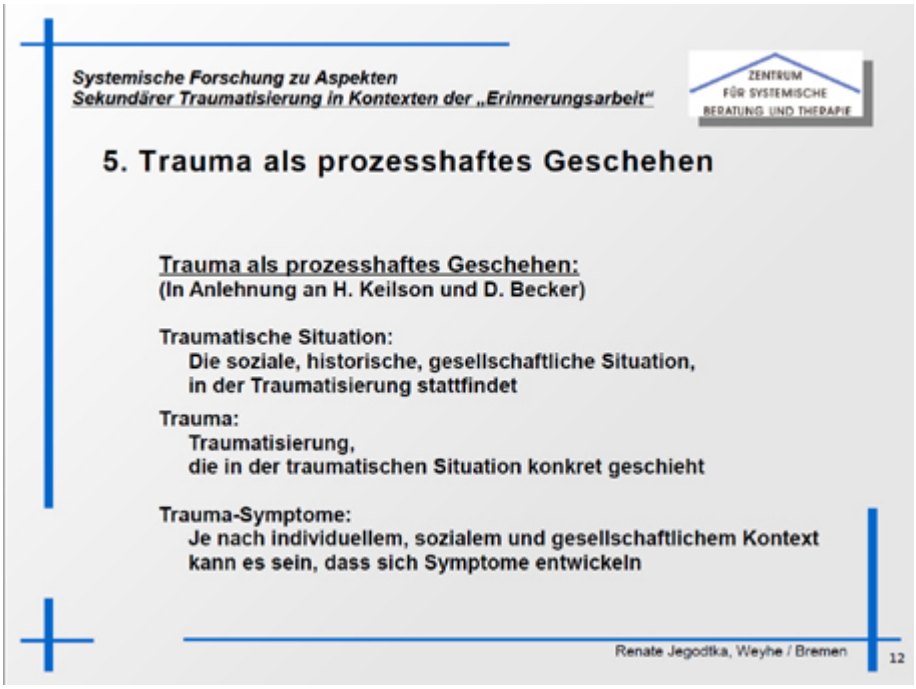

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
4. Forschungsmethoden
Leitfadeninterviews – Systemisches Interview
Systemische Fragetechniken als Möglichkeit der Informationsgewinnung
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
7

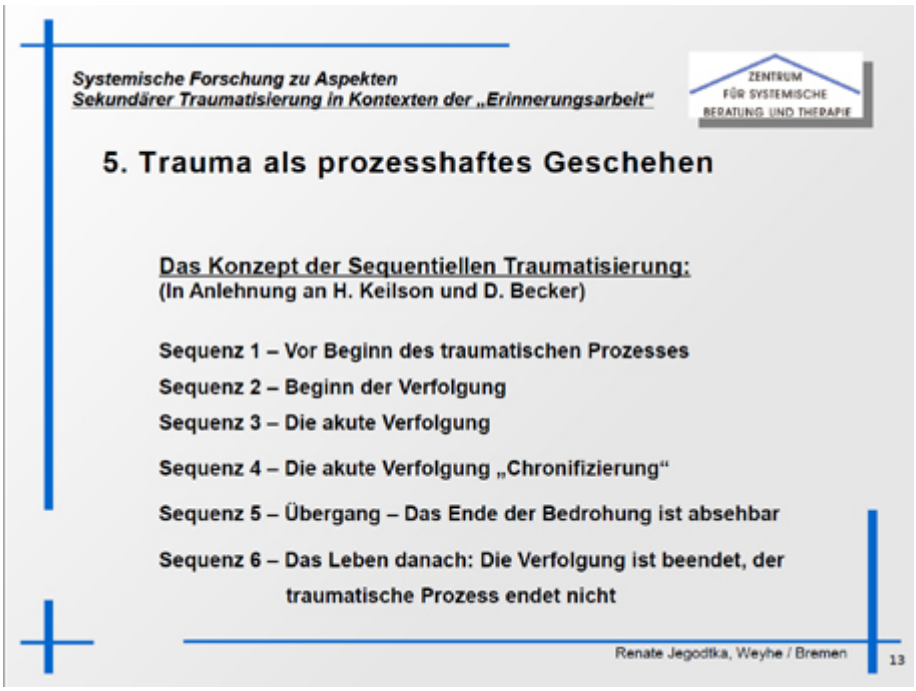

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
4. Forschungsmethoden
Leitfadeninterviews – Skalierungsfragen zu den Themen:
- soziales und professionelles Netzwerk
- Verlässlichkeit des Arbeitsplatzes
- Verlässlichkeit sozialer Beziehungen
- Spiritualität
- andere
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
8

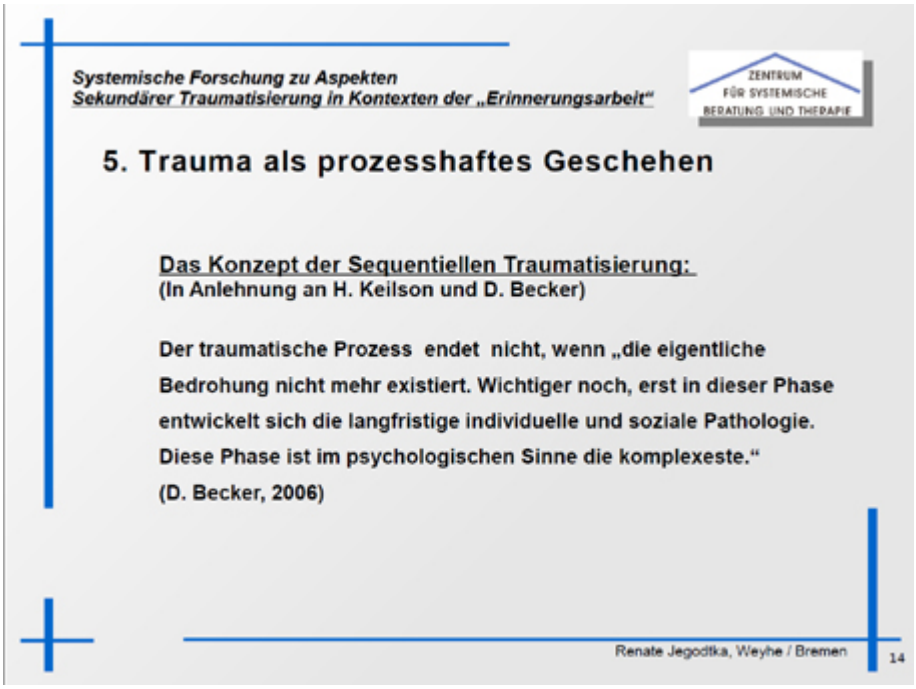

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
4. Forschungsmethoden - Symbolskulptur
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
9

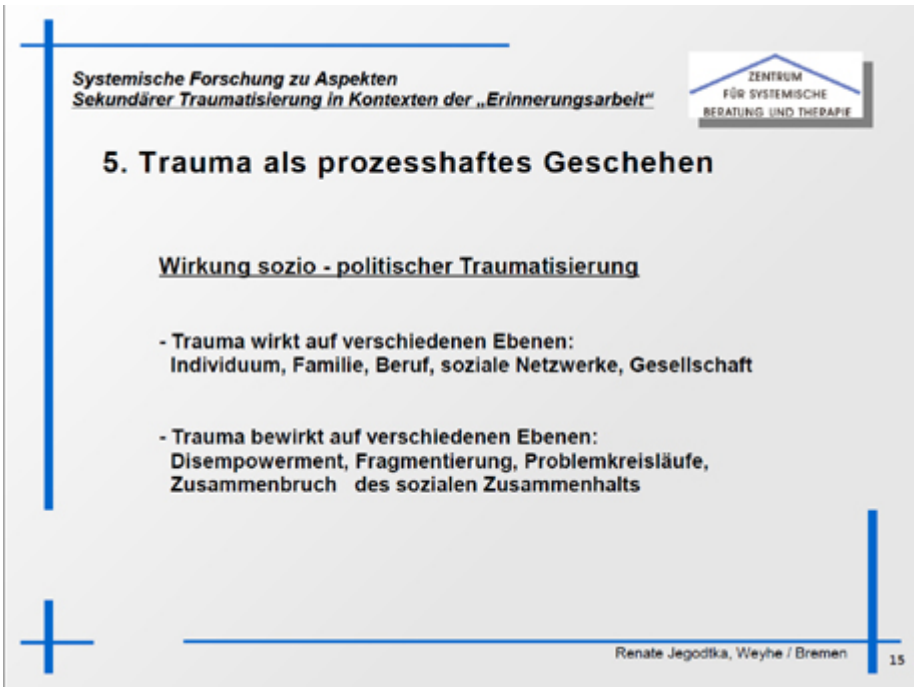

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
5. Trauma als prozesshaftes Geschehen
Womit sich KollegInnen in Kontexten der Erinnerungsarbeit befassen:
- Folgen von Verfolgung und Gewalt – Verschiedene Sequenzen traumatischer Prozesse
- Gesellschaftlicher Umgang mit den Folgen von Verfolgung und Gewalt
- Eigener Umgang mit den Folgen von Verfolgung und Gewalt
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
10

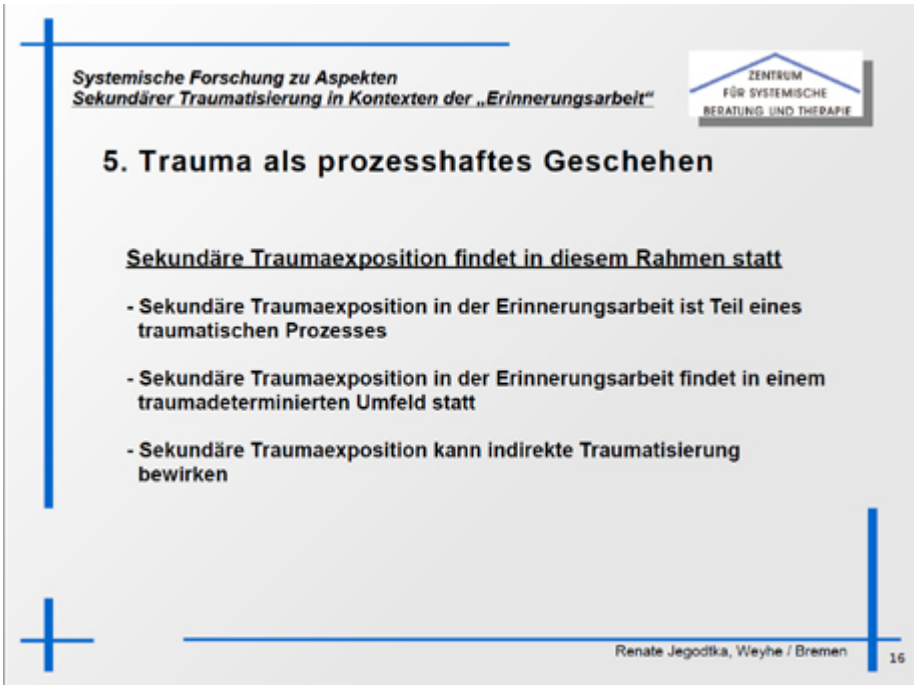

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
5. Trauma als prozesshaftes Geschehen
Konzepte,
die Trauma im sozialen Kontext und als Prozess verstehen:
- Kumulatives Trauma – M. Khan
- Sequentielle Traumatisierung – H. Keilson
- Sequentielle Traumatisierung – D. Becker
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
11

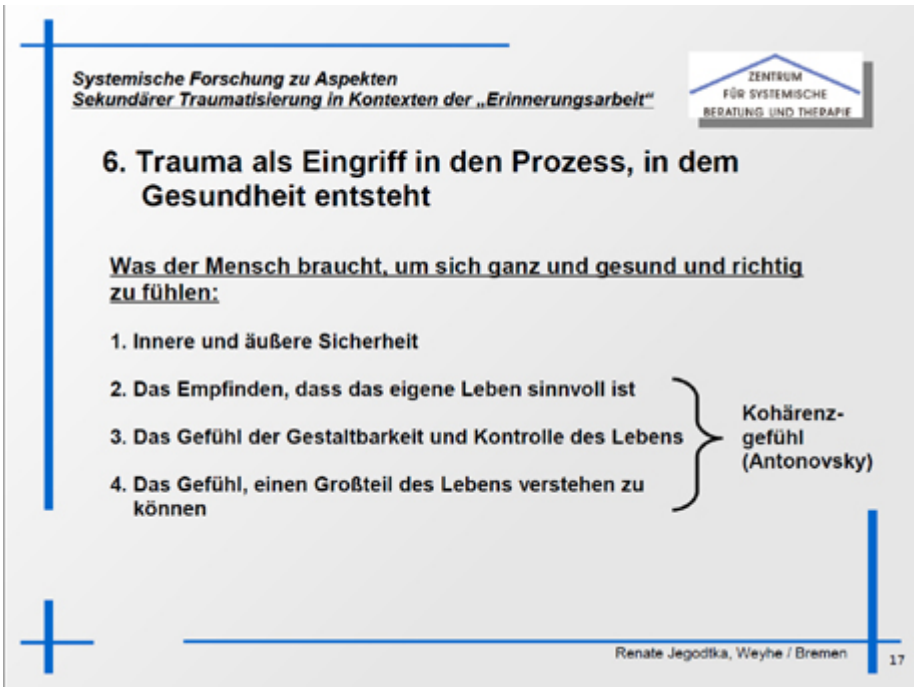

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
5. Trauma als prozesshaftes Geschehen
Trauma als prozesshaftes Geschehen:
(In Anlehnung an H. Keilson und D. Becker)
Traumatische Situation:
Die soziale, historische, gesellschaftliche Situation,
in der Traumatisierung stattfindet
Trauma:
Traumatisierung,
die in der traumatischen Situation konkret geschieht
Trauma-Symptome:
Je nach individuellem, sozialem und gesellschaftlichem Kontext
kann es sein, dass sich Symptome entwickeln
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
12

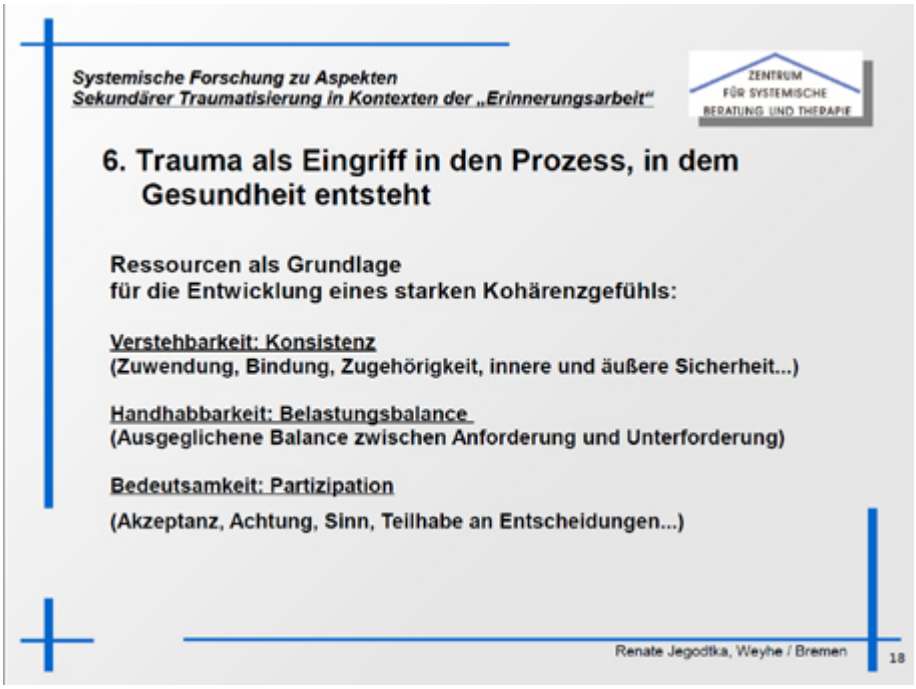

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
5. Trauma als prozesshaftes Geschehen
Das Konzept der Sequentiellen Traumatisierung:
(In Anlehnung an H. Keilson und D. Becker)
Sequenz 1 – Vor Beginn des traumatischen Prozesses
Sequenz 2 – Beginn der Verfolgung
Sequenz 3 – Die akute Verfolgung
Sequenz 4 – Die akute Verfolgung „Chronifizierung“
Sequenz 5 – Übergang – Das Ende der Bedrohung ist absehbar
Sequenz 6 – Das Leben danach: Die Verfolgung ist beendet, der
traumatische Prozess endet nicht
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
13

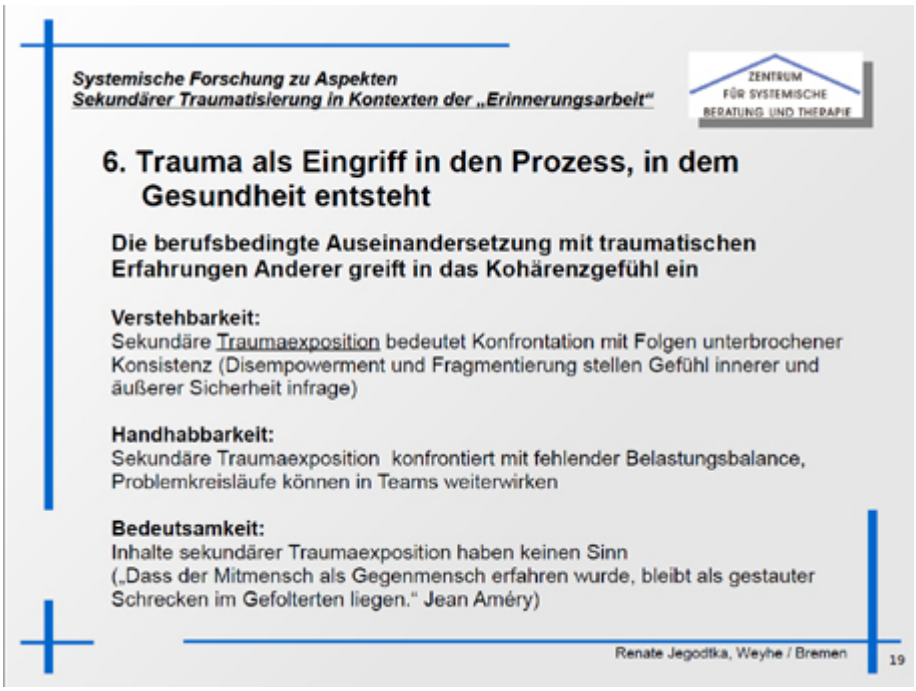

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
5. Trauma als prozesshaftes Geschehen
Das Konzept der Sequentiellen Traumatisierung:
(In Anlehnung an H. Keilson und D. Becker)
Der traumatische Prozess endet nicht, wenn „die eigentliche Bedrohung nicht mehr existiert. Wichtiger noch, erst in dieser Phase entwickelt sich die langfristige individuelle und soziale Pathologie. Diese Phase ist im psychologischen Sinne die komplexeste.“
(D. Becker, 2006)
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
14

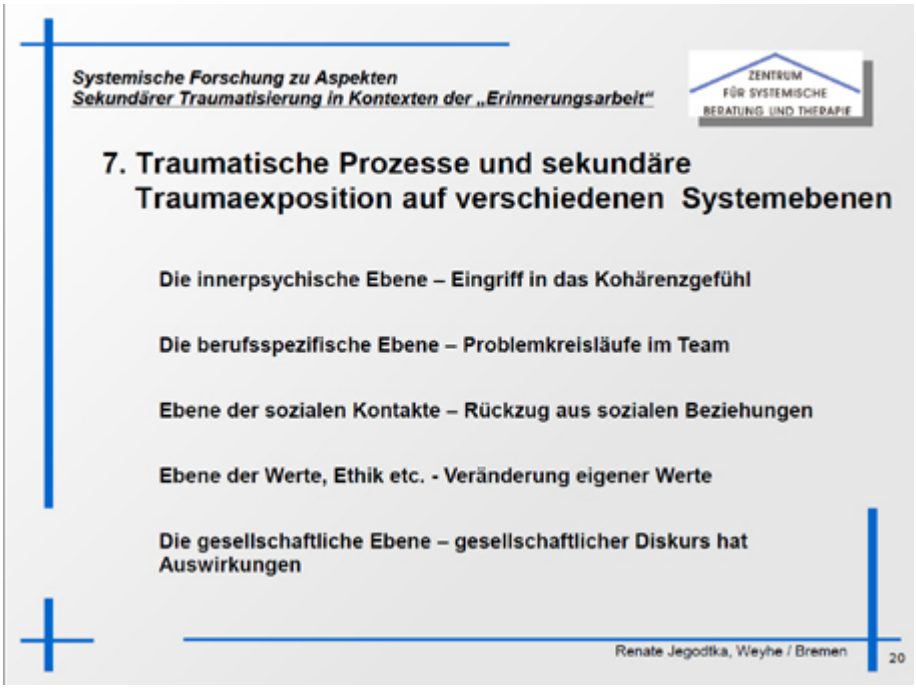

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
5. Trauma als prozesshaftes Geschehen
Wirkung sozio - politischer Traumatisierung
- Trauma wirkt auf verschiedenen Ebenen:
Individuum, Familie, Beruf, soziale Netzwerke, Gesellschaft
- Trauma bewirkt auf verschiedenen Ebenen:
Disempowerment, Fragmentierung, Problemkreisläufe,
Zusammenbruch des sozialen Zusammenhalts
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
15

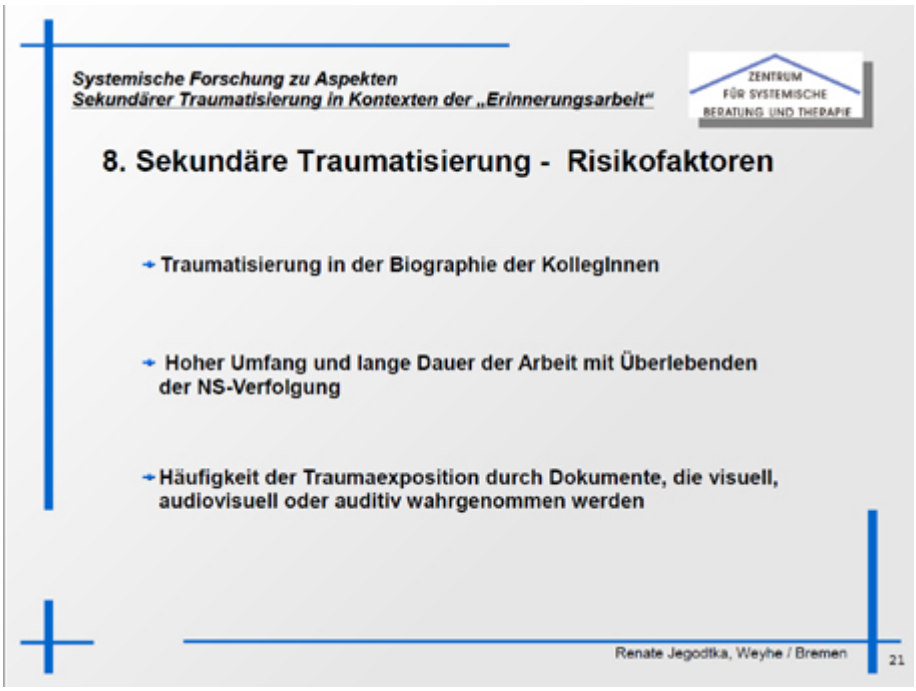

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
5. Trauma als prozesshaftes Geschehen
Sekundäre Traumaexposition findet in diesem Rahmen statt
- Sekundäre Traumaexposition in der Erinnerungsarbeit ist Teil eines traumatischen Prozesses
- Sekundäre Traumaexposition in der Erinnerungsarbeit findet in einem traumadeterminierten Umfeld statt
- Sekundäre Traumaexposition kann indirekte Traumatisierung bewirken
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
16

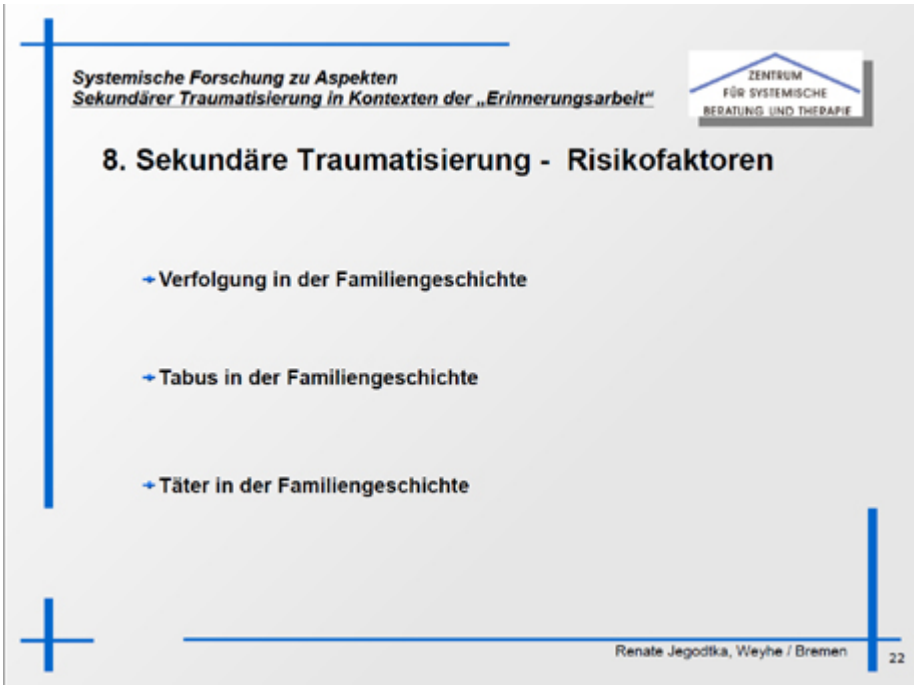

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
6. Trauma als Eingriff in den Prozess, in dem Gesundheit entsteht
Was der Mensch braucht, um sich ganz und gesund und richtig zu fühlen:
1. Innere und äußere Sicherheit
2. Das Empfinden, dass das eigene Leben sinnvoll ist
3. Das Gefühl der Gestaltbarkeit und Kontrolle des Lebens
4. Das Gefühl, einen Großteil des Lebens verstehen zu können
Kohärenz-gefühl (Antonovsky)
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
17


Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
6. Trauma als Eingriff in den Prozess, in dem Gesundheit entsteht
Ressourcen als Grundlage
für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls:
Verstehbarkeit: Konsistenz
(Zuwendung, Bindung, Zugehörigkeit, innere und äußere Sicherheit...)
Handhabbarkeit: Belastungsbalance
(Ausgeglichene Balance zwischen Anforderung und Unterforderung)
Bedeutsamkeit: Partizipation
(Akzeptanz, Achtung, Sinn, Teilhabe an Entscheidungen...)
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
18

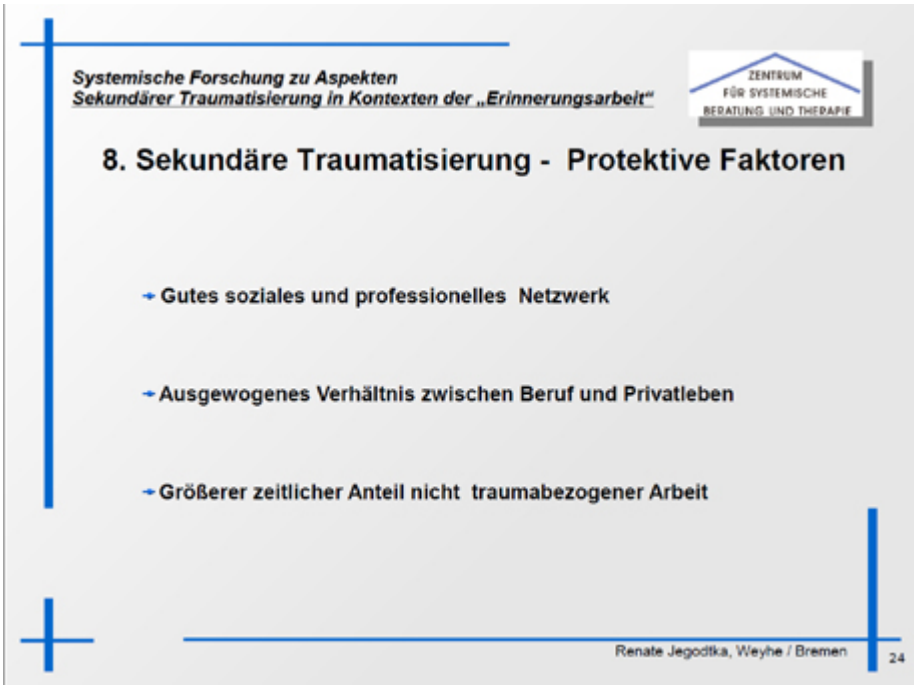

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
6. Trauma als Eingriff in den Prozess, in dem Gesundheit entsteht
Die berufsbedingte Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen Anderer greift in das Kohärenzgefühl ein
Verstehbarkeit:
Sekundäre Traumaexposition bedeutet Konfrontation mit Folgen unterbrochener Konsistenz (Disempowerment und Fragmentierung stellen Gefühl innerer und äußerer Sicherheit infrage)
Handhabbarkeit:
Sekundäre Traumaexposition konfrontiert mit fehlender Belastungsbalance, Problemkreisläufe können in Teams weiterwirken
Bedeutsamkeit:
Inhalte sekundärer Traumaexposition haben keinen Sinn
(„Dass der Mitmensch als Gegenmensch erfahren wurde, bleibt als gestauter Schrecken im Gefolterten liegen.“ Jean Améry)
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
19


Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
7. Traumatische Prozesse und sekundäre Traumaexposition auf verschiedenen Systemebenen
Die innerpsychische Ebene – Eingriff in das Kohärenzgefühl
Die berufsspezifische Ebene – Problemkreisläufe im Team
Ebene der sozialen Kontakte – Rückzug aus sozialen Beziehungen
Ebene der Werte, Ethik etc. - Veränderung eigener Werte
Die gesellschaftliche Ebene – gesellschaftlicher Diskurs hat Auswirkungen
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
20

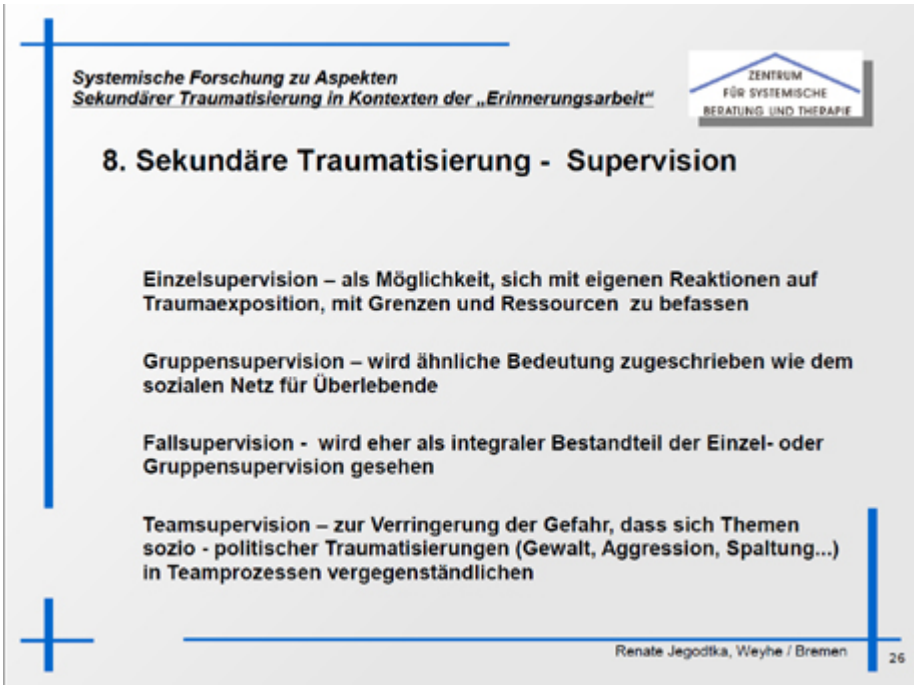

Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
8. Sekundäre Traumatisierung - Risikofaktoren
Traumatisierung in der Biographie der KollegInnen
Hoher Umfang und lange Dauer der Arbeit mit Überlebenden der NS-Verfolgung
Häufigkeit der Traumaexposition durch Dokumente, die visuell, audiovisuell oder auditiv wahrgenommen werden
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
21


Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
8. Sekundäre Traumatisierung - Risikofaktoren
Verfolgung in der Familiengeschichte
Tabus in der Familiengeschichte
Täter in der Familiengeschichte
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
22


Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
8. Sekundäre Traumatisierung - Risikofaktoren
Ablehnende Haltung der Umwelt
Kein Team
Keine Supervision
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
23


Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
8. Sekundäre Traumatisierung - Protektive Faktoren
Gutes soziales und professionelles Netzwerk
Ausgewogenes Verhältnis zwischen Beruf und Privatleben
Größerer zeitlicher Anteil nicht traumabezogener Arbeit
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
24


Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
8. Sekundäre Traumatisierung - Protektive Faktoren
Verfolgung in der Familiengeschichte
Erfahrung der Sinnhaftigkeit dieser Arbeit
Supervision
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
25


Systemische Forschung zu Aspekten
Sekundärer Traumatisierung in Kontexten der „Erinnerungsarbeit“
ZENTRUM FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE
8. Sekundäre Traumatisierung - Supervision
Einzelsupervision – als Möglichkeit, sich mit eigenen Reaktionen auf Traumaexposition, mit Grenzen und Ressourcen zu befassen
Gruppensupervision – wird ähnliche Bedeutung zugeschrieben wie dem sozialen Netz für Überlebende
Fallsupervision - wird eher als integraler Bestandteil der Einzel- oder Gruppensupervision gesehen
Teamsupervision – zur Verringerung der Gefahr, dass sich Themen sozio - politischer Traumatisierungen (Gewalt, Aggression, Spaltung...) in Teamprozessen vergegenständlichen
Renate Jegodtka, Weyhe / Bremen
26

Praktische Ideen zur Selbstfürsorge in Therapie und Beratung

Oliver Schubbe

Frau Dr. Judith Daniels hat die These vertreten, es könne zu indirekter Traumatisierung kommen, wenn wir Fachleute das von den Klienten kommende Traumamaterial unsererseits dissoziativ verarbeiten. Diese dissoziative Verarbeitung führe dann dazu, Traumadetails fragmentiert und quasi-sensorisch abzuspeichern, so wie wir es bei Primärtraumata für die peritraumatische Dissoziation vermuten. Das sei aus zwei Gründen ein Problem: Erstens werde die Erinnerung an das von Klienten gehörte Traumamaterial nicht in einen Ablauf mit Anfang und Ende eingeordnet und damit leicht triggerbar. Zweitens ist es ein Kennzeichen der Dissoziation, dass wir uns selbst nicht gut spüren und die äußere Welt unreal wirkt. Dadurch kann die Information verloren gehen, dass das Gehörte jemand anderem passiert ist, nicht einem selbst. Das könnte erklären, warum in der Studie von Judith Daniels (2007) so viele Fachleute über starke Bedrohungsgefühle und entsprechendes Sicherheitsverhalten berichtet haben.

Um angesichts traumatischer Inhalte Selbstfürsorge zu betreiben, genügt es also nicht, gut für sich selbst sorgen zu können. Es geht vielmehr darum, in der Beziehung zu Klienten emotional in Kontakt zu bleiben anstatt zu dissoziieren. Und dafür müssen wir uns insgesamt ausreichend wohl fühlen und selbst bei Erzählungen von traumatischen Ereignissen wissen, warum wir sie wirklich hören wollen. Umgekehrt sollen wir uns keine belastenden Erzählungen anhören, solange wir nicht wissen, wofür wir es tun. Wenn wir uns eine solche Aufgabe stellen, dann sollten wir sie voll und ganz bejahen und nicht nur als Chance zu helfen, sondern auch als Chance zur eigenen Selbstentfaltung begreifen (Fengler, 2008).

Grundlage der Selbstfürsorge ist eine bewusste Gestaltung der Umgebung, die Nutzung von Praxisraum, Aktivität und Bewegung.

1. Betrachten Sie Ihren Therapieraum. Wie können Sie ihn noch angenehmer gestalten, z.B. mit Bildern, Pflanzen, Stofftieren, Spielsachen oder noch bequemeren Sesseln.

2. Probieren Sie verschiedene Sitzpositionen aus, wenn Sie allein sind, wie etwa:

- Die entspannte Position: Setzen Sie sich bequem in den Sessel, strecken Sie Ihre Beine aus und legen Sie die Arme auf den Armlehnen ab.
- Die konzentrierte Position: Lehnen Sie sich ein wenig nach vorn, wie wenn ein Klient gerade etwas Wichtiges gesagt hätte.

- Die Aktive Position: Blicken Sie dem Klienten in der Vorstellung gerade in die Augen und unterstützten Sie Ihre Worte durch Gesten und Mimik.
- Die zurückgezogene Position: Lehnen Sie sich ganz in den Sessel zurück, schauen Sie den Klienten nicht an, wie wenn Sie über etwas nachdenken oder den Klienten nicht verstärken wollen.
- Die Pausenposition: Wählen Sie eine bequeme Sitzhaltung, die trotzdem noch angemessen ist (z.B. ohne die Füße auf den Sessel zu ziehen), wie wenn der Klient gerade mit etwas beschäftigt ist, dass Ihnen eine kleine Pause erlaubt.
- Erlauben Sie sich spontane Bewegungen.
- Machen Sie zusammen mit dem Klienten mit Bewegung verbundene Übungen, z.B. eine Gehmeditation oder symbolische Körperhaltungen.

- Schlagen Sie für den Klienten sinnvolle Übungen vor, bei denen Ihre Anwesenheit oder Ihre Aufmerksamkeit überflüssig sein dürften, z.B. etwas aufzuschreiben, etwas zu malen, eine Konzentrations- oder Entspannungsübung.
- Lüften Sie den Therapieraum regelmäßig.
- Waschen Sie sich nach dem Klientenkontakt die Hände mit kaltem Wasser.
- Erlauben Sie sich innerlich Ruhepausen. Sie müssen nicht immer aktiv sein. Das gibt Klienten mehr Raum.
- Überfrachten Sie die Sitzungen nicht, sondern begrenzen Sie Ihren Input auf höchsten fünf wichtige Punkte.
- Verwenden Sie einfache Worte. Sprechen Sie nie mehr als der Klient.
- Reagieren Sie nicht auf alles, was der Klient sagt, sondern wählen Sie bewusst, worauf Sie reagieren.
- Verlassen Sie mit dem Klienten zusammen den Praxisraum, gehen Sie z.B. mit einem Sozialphobiker in ein Café, mit einem Agoraphobiker auf einen Markt, mit einem depressiven Klienten auf einen kurzen Spaziergang. Definieren Sie bei solchen Übungen vorher den Zeitrahmen und das Ziel.

Die Sitzungsdauer bewusst und aktiv zu gestalten ist eine gute Übung, um eigene Grenzen zu wahren und die eigene Energie zu bewahren.

1) Jede Sitzung hat einen eigenen Anfang, eine Dauer und ein Ende. Das sollte in der Therapievereinbarung klar definiert sein.
2) Die definierte Dauer sollte nicht nur dazu führen, die Uhr für den Klienten sichtbar zu plazieren, sondern insgesamt auch dazu, die Zeit immer gut zu kommunizieren.

Auch die Gestaltung der Therapieziele bietet Möglichkeiten zur Selbstfürsorge.

1) Definieren Sie die Therapieziele realistisch und bescheiden.
2) Erlauben Sie sich Ziele zu definieren, die nicht unbedingt gefordert, aber angenehm sind.
3) Konzentrieren Sie sich dann auf die absolut notwendigen Ziele.
4) Schätzen Sie zuerst selbst ein, inwieweit Sie die Ziele erreicht haben, und achten Sie Ihre eigene Einschätzung ebenso wie das Feedback des Klienten.
5) Gestatten Sie Ihren Klienten ihre Symptome, sonst wären die Klienten nicht mehr da.

Eine besondere Herausforderung kann das Verfassen von Berichten sein.

1) Setzen Sie sich an einen ruhigen Platz, z.B. vor den Kamin und konfrontieren Sie sich mit folgendem Gedanken: “Das Verfassen von Therapiedokumentation, Anträgen und sonstigen Berichten ist ein intergraler Bestandteil meiner Arbeit. Diese Tätigkeiten sind genauso verbindlich wie die direkte therapeutische Arbeit.”
2) Wenn Sie einen inneren Widerstand spüren, der vielleicht mit einem Gefühl der Unsicherheit, der Empörung oder des Ekels einhergeht, dann halten Sie ihn aus. Weichen Sie nicht aus, sondern bleiben Sie einfach bei dem Gefühl oder Gedanken und nehmen Sie ihn so weit es passt in den Bericht auf.
3) Genaue Planung. Machen Sie sich einen Plan dafür, wie Sie z.B. beim Verfassen eines Kassenantrags oder eines Arztbriefes vorgehen wollen. Überlegen Sie sich die einzelnen Schritte und deren Reihenfolge.
4) Wählen Sie einen günstigen Zeitpunkt aus, an dem Sie die Arbeit durchführen wollen. Berücksichtigen Sie dabei Faktoren wie das Leistungshoch am frühen Morgen, die Möglichkeit, sich nach der Arbeit zu verstärken usw.

5) Alternative: Richten Sie feste wöchentliche “Bürostunden” für Ihre schriftlichen Arbeiten ein. Es kommt dann zu einer Gewohnheitsbildung, durch die unnötige innere Konflikte und Energieausgaben vermieden werden können. Diese festen Arbeitszeiten sollten Sie mit der gleichen Verbindlichkeit einhalten, mit der Sie einen vor der Tür stehenden Patienten empfangen. Denken Sie beim Festlegen des Termins auch daran, potenzielle äußere Störungen möglichst von vornherein auszuschalten.
6) Verstärkung vorwegnehmen. Versuchen Sie, eine möglichst positive Einstellung zu Ihrer Arbeit zu entwickeln, indem Sie durch Zeitprojektion die zu erwartende Verstärkung am Schluss vorwegnehmen:
    1. C+ : Wenn ich damit fertig bin, dann kann ich heute Abend entspannt das und das machen.
    2. C- : Wenn ich das Ganze vom Tisch habe, werde ich ein großes Gefühl der Erleichterung verspüren.
7) Fangen Sie unabhängig von Ihrer Befindlichkeit einfach an zu arbeiten. Verschaffen Sie sich einen Überblick über das, was zu tun ist, und gehen Sie noch einmal in Gedanken Ihre Vorgehensweise durch. Wenn Sie Probleme mit einer Formulierung haben, schreiben Sie einfach die erste auf, die Ihnen in den Kopf kommt. Meist wird sich später herausstellen, dass es auch die beste ist, wenn nicht, können Sie sie immer noch ändern. Halten Sie die geplanten Pausen ein.

Insgesamt geht es bei der Selbstfürsorge um berufliche Erfüllung und einen ausgeglichenen Energiehaushalt.

1) Beurteilen Sie sich nicht auf Grund von Handlungen der Klienten, sondern auf Grund eigener Handlungen.
2) Sprechen Sie nicht von Traumakonfrontation. Konfrontieren Sie sich und Ihre Klienten grundsätzlich nicht mit traumatischen Ereignissen, sondern mit positiven Erfahrungen. Aktivieren Sie zur Traumaverarbeitung nur die heutigen Gedächtnisinhalte, Erinnerungen, Symbole, Symptome etc.
3) Wählen Sie Ihre Klienten selbst. Suchen Sie sich Klienten aus, mit denen Sie sich nicht zu sehr identifizieren, und auch solche, mit denen der Kontakt Ihnen wichtige Anregungen für Ihre eigene Entwicklung gibt.
4) Bleiben Sie in jeder Sitzung voll und ganz in Kontakt mit sich selbst und Ihrer emotionalen Entwicklung.
5) Sorgen Sie in jeder Sitzung ganz bewusst für beide, für den Klienten und sich.

6) Gehen Sie bewusst mit Ihrer Energie um, die Sie zur Konzentration und für die emotionale Arbeit verwenden.
7) Akzeptieren Sie ganz bewusst den Platz, an den Sie das Leben stellt, und die damit verbundenen Aufgaben.
8) Denken Sie zwischendurch an frühere Klienten, denen Sie geholfen haben.

Manchmal sind ganz direkte Formen von Selbstschutz notwendig.

1) Erlauben Sie sich, die Abläufe in Ihrer Praxis selbst zu gestalten. Schützen Sie sich gegen Manipulationsversuche. Besprechen Sie von Anfang an die Regeln für Krisen und suizidale Phasen, um auch schwierige Situationen rechtzeitig beeinflussen zu können.
2) Gewinnen Sie Zeit. Sie müssen nicht immer sofort reagieren. Sie können zum Beispiel fragen: Entschuldigung, was war gerade los? Wie haben Sie das gerade gemeint?
3) Stellen Sie sich ein vor, von einem „Licht-Ei“ mit einer halbdurchlässigen Schale aus Licht umgeben zu sein: Die gute Energie kommt rein, die schlechte bleibt draußen.
4) Vergegenwärtige Dir, wofür Du verantwortlich bist und wofür nicht: Nicht für die Heilung oder Handlungen des Klienten, sondern dafür, Deine Fähigkeiten und Dein Wissen einzusetzen. Die Therapie ist nur einer von vielen Einflußfaktoren auf die Entwicklung Deiner Klienten.
5) Sei empathisch, aber mehr mit den Stärken als den Schwächen und mehr mit der zukünftigen Entwicklung als mit den traumatischen Erfahrungen des Klienten.
6) Übertrage die Regeln, die in der Therapie gelten, nicht auf andere Lebenssituationen. Für andere Situationen gibt es andere Regeln.

Beim Einsatz von EMDR und anderen psychotherapeutischen Methoden der Traumatherapie gibt es spezifische Möglichkeiten zur Selbstfürsorge.

Traumaspezifische Methoden wie EMDR haben Psychotherapeuten ermöglicht und viele erstmals dazu gebracht, mit psychisch traumatisierten Menschen zu arbeiten. Manche Therapeuten waren nicht ausreichend über das Risiko sekundärer Traumatisierung informiert oder vorbereitet, sich davor zu schützen. Einige waren nicht einmal darauf vorbereitet, mit traumaspezifischen Formen von Übertragung und Gegenübertragung konfrontiert zu werden.

Es gibt traumaspezifische Übertragungsformen wie

- Täterübertragung
- auf den Therapeuten als nicht-schützende Elternfigur
- auf den Therapeuten als idealisierte Elternfigur
- auf den Therapeuten als Mit-Opfer
- auf den Therapeuten als hilflosen Zeugen

Und es gibt traumaspezifische Formen der Gegenübertragung in Reaktion auf:

- die Realität extremer Gewalt
- die Symptomatik des Klienten (z.B. Vermeidung, Intrusion, Dissoziation, selbstschädigendes Verhalten)
- Persönlichkeit, Biografie und Bewältigungsstil des Therapeuten
- biografische und sekundäre Traumatisierungen des Theapeuten
- die theoretische Perspektive und den Arbeitskontext des Therapeuten

Dissoziative Gegenübertragung

- erschwert, die eigenen Grenzen zu spüren und zu belasten
- behindert die Affekt-Koregulation
- unterbricht den emotionalen Prozess des Therapeuten
- erschwert es dem Therapeuten, im kreativen Arbeitsfluß zu bleiben

Zum Schutz von sekundärer Traumatisierung hilft es dem Therapeuten, belastendes Material und Gegenübertragungen noch in derselben Sitzung zu prozessieren. Das ermöglicht, belastende Inhalte sofort in der Sitzung zu verarbeiten, anstatt sie abends mit nach Hause zu nehmen.
Wie wirkt sich dieses Vorgehen auf den Klienten aus? Insgesamt hilft es auch dem Klienten, weil es den Therapeuten auf der emotionalen Ebene gut in Kontakt hält, in Kontakt mit dem Verarbeitungsprozess des Klienten, und weil es die Kreativität seitens des Therapeuten im Fluß hält.

Für den Therapeuten ist kontinuierliche emotionale Aufmerksamkeit innerhalb der Sitzung ein Schutzfaktor.

Gegenübertragung und Mitteilung als Kognitives Einweben

Wenn der EMDR-Process blockiert oder kreiselt, sollte sich der Therapeut eine passende Variante therapeutischen Einwebens ausdenken. Der assoziative Prozess ist eine reiche Quelle kreativer Ideen. Dadurch entsteht in der EMDR-Sitzung eine Win-win-Situation: Der Therapeut löst seine Belastungen auf und sorgt damit nicht nur für sich selbst, sondern bleibt dadurch auch für den Klienten in einem hilfreichen Zustand. Während der Therapeut seine Aufmerksamkeit teilt und mit einem Teil seiner Aufmerksamkeit den eigenen inneren Prozess verfolgt, bleibt er mit dem anderen Teil seiner Aufmerksamkeit um so besser mit dem Klienten in Kontakt und im Fluß. Der positive Effekt kommt besonders dann zum Tragen, wenn der Klient im EMDR-Prozess einen Engpass erreicht.
Auf Grund traumaspezifischer Übertragung befürchten schwer traumatisierte Klienten häufig, ihre Geschichte könnte den Therapeuten schwer belasten, traumatisieren oder womöglich sogar vertreiben. Mehrere Klienten von mir berichteten, dass sich Befürchtungen dieser Art durch sorgfältiges Einweben meiner Gegenübertragung gelöst haben.

Indikatoren und Contraindikatoren

Selbstbeobachtung und Gegenübertragungsanalyse sind insbesondere in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gängige Praxis. Der Teil der auf den Therapeuten selbst gerichteten Aufmerksamkeit sollte in jedem Fall so weit begrenzt bleiben, dass die für den Klienten erforderliche Aufmerksamkeit erhalten bleibt. Francine Shapiro empfielt Therapeuten, sich in der EMDR-Sitzung empathisch auf Klienten einzustellen. Das ist richtig, aber im Verlauf eines normalen Arbeitstages nicht in jedem Moment realistisch und ausreichend.
Selbstoffenbarungen innerhalb von EMDR-Situngen sind bisher wenig beschrieben worden, z.B. von Mark Dworkin (2005). Für die Entscheidung für oder gegen eine Selbstmitteilung ist zu berücksichtigen, dass Therapeuten ihre Gegenübertragungsreaktion sowieso immer nonverbal vermitteln und traumatisierte Klienten nonverbale Reaktionen besonders sensibel wahrnehmen. Selbstverständlich müssen verbale Selbstmitteilungen ausreichend sorgsam gewählt und dem Klienten erkennbar nützlich sein.
Eine Selbstmitteilung des assoziativen Prozesses des Therapeten bedeutet nicht, aus dem Privatleben zu erzählen. Das Einweben von Gegenübertragungsaspekten besteht inhaltlich beispielsweise aus

- beim Therapeuten spontanen auftauchenden Bildern und Phantasien
- negativen und positive Kognitionen des Therapeuten
- Emotionen des Therapeuten
- Körpersensationen und Impulsen des Therapeuten

Selbstverständlich sind die Möglichkeiten, den eigenen emotionalen Prozess in der Traumatherapie zur Selbstfürsorge und zeitgleich zum Wohle des Klienten zu nutzen, nicht auf EMDR begrenzt, sondern möglicher Bestandteil z.B. aller tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren.

Literatur:

Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, 3, 49-61.

Dworkin, M. (2005). EMDR And The Relational Imperative: A Guide To The Relational Imperative In Healing Trauma. London: Brunner-Routledge.

Fengler, J. (2008). Helfen macht müde. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater. Basel: Beltz.

Meichenbaum, D. (2007). Self-care for Trauma Psychotherapists and Caregivers: Individual, Social and Organizational Interventions. Paper presented at the 11th Annual Conference on Trauma-focused Interventions for Children, Adolescents and Families: School, Clinical and Community Approaches.

Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York: Norton.

Sack, M. (2010). Schonende Traumatherapie. Stuttgart: Schattauer.

Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures, 2nd Edition. New York: Guildford Press.

Wilson, J.P. & Lindy, J.D. (1994). Countertransference in the treatment of PTSD. New York: Guilford Press.

Die AutorInnen

Dr. Rafael Behr

Dr. Rafael Behr, Professor für Polizeiwissenschaften mit Schwerpunkt Kriminologie und Soziologie an der Hochschule der Polizei Hamburg. Arbeitsschwerpunkte sind Organisationskulturen im Sicherheitsbereich. Hochschule der Polizei Hamburg, Braamkamp 3, 22297 Hamburg. E-Mail: rafael.behr@hdp.hamburg.de oder rafael.behr@web.de

Christine Bick

Gymnasiallehrerin, Abteilungsleiterin an heimeigener Schule für Erziehungshilfe und psychisch Kranke in Marburg, seit 20 Jahren Unterricht und schulische Konzeptentwicklung für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und Psychotraumatologie, Supervisorin, Heilpraktikerin (HPG) in eigener Praxis.

Marit Cremer

Diplomsoziologin. Forschungsschwerpunkte: Integrations- und Migrationssoziologie, Geschlechtersoziologie; Regionalschwerpunkt: Tschetschenien/Nordkaukasus, Russische Föderation. Dolmetscherin für Russisch. Seit 2003 im Behandlungszentrum für Folteropfer e.V. als Dolmetscherin in Einzel- und Gruppenpsychotherapien sowie Sozialberatungen tätig; 2004-2007 Dolmetschervertreterin. marit.cremer@gmx.net. Behandlungszentrum für Folteropfer e.V., Gesundheits- und Sozialzentrum Moabit, Turmstr. 21, 10559 Berlin. Tel.: +49 (030) 30 39 06 -0. Fax: +49 (030) 30 61 43 71. www.bzfo.de

Dr. Judith Daniels

promovierte an der Universität Bielefeld zum Thema Sekundäre Traumatisierung. Mittlerweile forscht sie an der Charite Berlin zu den Auswirkungen von Traumata auf die Gehirnaktivität. Sie betreibt außerdem ein Weiterbildungsinstitut (www.sekundaertraumatisierung.de), von dessen Homepage der verwendete Fragebogen sowie weitere Artikel kostenfrei zu beziehen sind.

Ewald Epping

Jahrgang 1959, Theologe, Sozialpädagoge, Supervisor (DGSv), Organisationsberater, arbeitet als kath. Pfarrer in der Krisen- und Lebensberatung „Münchner Insel“ und als Supervisor und Organisationsberater in verschiedenen Feldern und Institutionen, u.a. im Erzbistum München-Freising für pastorale Berufsgruppen und Seelsorgeteams; Gründungsmitglied der Beratergruppen ios (www.ios-muenchen.de) und perspectivo (www.perspectivo.org). Grimmstr. 6, 80336 München. Tel.: 089 725 87 68.
www.ios-muenchen.de, e.epping@ios-muenchen.de

Dr. Gabriele Fröhlich-Gildhoff

Dr. med. Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, leitet seit mehr als 10 Jahren als Chefärztin die Abteilungen Psychosomatik/Psychotherapie und Traumatherapie der Wicker-Klinik in Bad Wildungen. Sie ist in der curricularen Ausbildung für TraumatherapeutInnen tätig, arbeitet zeitweise als Dozentin für Traumafolgestörungen und Traumatherapie, z.B. Evang.-Hochschule Freiburg. Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT), EMDR. 1. Vorsitzende des Psychotherapeutischen Instituts in Bad Zwesten (PIZ) und des Wildunger Arbeitskreis für Psychotherapie e.V.(WAP). Gildhoff@Wicker-Klinik.de.

Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner

studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in der sozialtherapeutischen Einrichtung für traumatisierte Mädchen TWG Myrrha sowie in eigener Praxis. Seit 2005 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit den Arbeits- und Forschungschwerpunkten psychosoziale Diagnostik, Psychotherapie und Beratung, qualitative Forschungsmethoden und Psychotraumatologie zunächst an der EFH Ludwigshafen, danach an der ASFH Berlin tätig. www.gahleitner.net. sb@gahleitner.net.

Renate Jegodtka

Sozialpädagogin, Systemische Familientherapeutin (IFW, SG), Supervisorin und Lehrtherapeutin (SG), Traumatherapeutin (PITT), Forschung zum Themenkomplex: Folgen sekundärer Traumaexposition/Nationalsozialismus, Vorstandsmitglied GTPG e.V., Zentrum für systemische Beratung und Therapie. www.systemische-traumapaedagogik.de. info@systemische-traumapaedagogik.de

Alexander Korittko

Dipl. Sozialarbeiter, Paar- und Familientherapeut, Systemischer Lehrtherapeut und Systemischer Lehrsupervisor (DGSF), tätig in einer kommunalen Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle. Mitbegründer des Zentrums für Psychotraumatologie und traumazentrierte Psychotherapie Niedersachsen (zptn). Leiter des Instituts für Systemische Praxis (isp) in Hamburg, Co-Autor von „Traumatischer Stress in der Familie“, Vandenhoeck und Ruprecht 2010. Mailadresse: alexander.korittko@t-online.de.

Maria Krautkrämer-Oberhoff

Diplom Pädagogin, Diplom Sozialpädagogin, Heilpädagogin, SupervisorinDGSv, Erziehungsleiterin und Projektleiterin des Schulungsprojektes Traumapädagogik in der Kinder- und Jugendhilfe St. Mauritz in Münster / Westfalen.

Claudia Kruse

Diplomsozialpädagogin, Gestalttherapeutin /Psychotherapie (HPG). Seit 1997 als Sozialpädagogin und Gestalttherapeutin im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin tätig: Soziale Beratung, Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting. Als Dolmetscherbeauftragte zuständig für: Koordination des Dolmetscherpools. Leitung der monatlichen Dolmetscherweiterbildung. c.kruse@bzfo.de. 030-30390617. Behandlungszentrum für Folteropfer e.V., Gesundheits- und Sozialzentrum Moabit, Turmstr. 21, 10559 Berlin.
Tel.: +49 (030) 30 39 06 -0. Fax: +49 (030) 30 61 43 71. www.bzfo.de

Wilfried Lauinger

Supervisor und Coach DGSv, Psychologischer Berater EKFuL, Mediator BMWA®. Seit 1991 selbständig in eigener Praxis in Düsseldorf. Internet: www.lauinger-w.de. E-Mail: info@lauinger-w.de.
Telefon: 0211 / 403573.

Sigrid Richter-Unger

Diplom-Soziologin, Leiterin Beratungsstelle „Kind im Zentrum – Sozialtherapeutische Hilfen für sexuell missbrauchteKinder und ihre Familien“, Vorstandsmitglied der DGfPI.

Dr. Tanja Rode

Jahrgang 1964, Diplom-Politologin, selbständige Supervisorin (DGSv), Supervision,Beratung und Psychotherapie (HPG), Coaching wissenschaftlicher Arbeiten, Organisationsentwicklung,Moderation, Fortbildungen, Vorträge, Lehraufträge, Lehrsupervision.Langjährige Mitarbeiterin bei Wildwasser Marburg, feministische Beratungsstelle zu sexueller Gewalt in der Kindheit. Mitherausgeberin (zusammen mit Wildwasser Marburg e.V.): Bube, Dame, König – DIS. Über den Zusammenhang von Dissoziation und Geschlecht. mebes&noack, Köln 2009. Kongressorganisation, in Kooperation mit der GPTG: Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns – Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision. 2011 Berlin

Renate Schmieder

Lehrerin, Supervisorin (DGSV), Personaltrainerin, tätig in eigener Praxis seit 1991, Arbeitsschwerpunkte sind Rollenkompetenz und Klärung von Arbeitsbeziehungen. Formate der Bildungs-und Beratungsangebote: Coachingbasierte Forbildungen im psycho-sozialen Feld, Supervision für Profis aus Beratung, Training und Therapie, Coaching für Führungs – und Fachkräfte, Systemisch-orientierte Lehrsupervision, Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V.(DGSV) und der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP). Prinzipien meiner Arbeit: Tiefenpsychologisch verstehen, Systemisch intervenieren, Achtsam konfrontieren. Benningsenstr. 31a, 28205 Bremen. Tel.: 0421 4989830.
www.renate-schmieder.de.info@renate-schmieder.de.

Oliver Schubbe
Jahrgang 1962, Dipl.-Psych., Psychologischer, Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut, bei Virginia Satir ausgebildeter Familientherapeut, EMDR-Trainer, erster für Europa zugelassener Trainer für Brainspotting Teil 1 und 2, erlernte EMDR bei Francine Shapiro und Brainspotting bei David Grand, war Gründungsvorstand von EMDRIA Deutschland e.V., initiierte das internationale Netzwerk der EMDR-Trainer (NOET) und ist Gründungsmitglied der Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung (GPTG). Seit 1990 leitet er das Institut für Traumatherapie, dessen Team von Traumaexperten über 3000 Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich, der Türkei, Griechenland und Lettland zum Abschluss der Curricula "Traumatherapie mit EMDR" bzw. "Spezielle Psychotraumatherapie" geführt hat.

Reinhild Schweer
Jahrgang1956. Seit 1990 selbständig als Supervisorin, Organisationsentwicklerin, Coach, Therapeutin (HPG) in Deutschland und Schweden. Beratung mit multiprofessionellen Teams u.a. in der Psychiatrie, Kinder- u. Jugendhilfe, Gesundheitsförderung. Ausbilderin für Supervision, Lehrsupervisorin, Lehrcoach (DGSv/ EAS). Praxis für Supervision, Coaching und Kreativitätsförderung. www.reinhild-schweer.de

Maria Zemp
Jahrgang 1957, Heilpraktikerin, Körperpsychotherapie, Traumafachberatung, in eigener Praxis in Euskirchen tätig, seit 2003 regelmäßige Trainingstätigkeit für medicamondiale in Afghanistan und seit 2009 auch in Liberia. www.medicamondiale.org / www.Beratung-MariaZemp.de

Dorothea Zimmermann
Jahrgang 1959. Psychologische Kinder- und Jugendtherapeutin, Supervisorin, Traumatherapie. Seit 1990 bei Wildwasser e.V., zuletzt im Mädchennotdienst, interkulturelle WG Donya, Mitinitiatorin und Vorstand BIG (Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen). Fortbildungsarbeit zu sexueller und häuslicher Gewalt, Kinderschutz, transkultureller Elternarbeit.

