

Sekundäre Traumatisierung und der Umgang mit Überlastungsphänomenen

Vortrag von Simone Rießinger zum Fachtag der Hans-Wendt-Stiftung, 19.02.2015

Die Sekundäre Traumatisierung (ST) und der Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen gelangt immer mehr ins Bewusstsein aller Fachkräfte. Durch das stetig steigende Interesse an der neuen Fachdisziplin der Traumapädagogik, die Basiswissen der Traumaphysiologie, Grundregeln für pädagogisches Handeln mit primär Traumatisierten, traumapädagogische Haltungen der Fachkräfte und Grundkompetenzen für professionelles Handeln vermittelt, kommen nun auch die Fachkräfte selbst in den Fokus. Und das ist dringend notwendig. Wir Fachkräfte benötigen Fachwissen über die „Ansteckungsgefahr“ innerhalb der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, Fachwissen was eine sekundäre Traumatisierung ist, wie sie sich auswirken kann und wir benötigen Fachwissen, wie wir uns abgrenzen und schützen können, wie wir selbst Selbstfürsorge anwenden und so uns selbst gesund halten, um weiterhin mit Spaß und Freude und Engagement unseren Job ausüben zu können. Egal ob wir ambulant oder stationär, in Einzel- oder Gruppensettings, fördernd oder beratend tätig sind.

Bekannt geworden und somit in das öffentliche Bewusstsein und gesellschaftliche Interesse gerückt, ist die Sekundäre Traumatisierung mit dem Einhergehen schlimmster traumatischer Ereignisse wie beispielsweise das Zugunglück in Enschede 1998, den Terroranschlägen in New York 2001, dem Amoklauf in Erfurt 2002 und Winnenden 2009 sowie vielen anderen schlimmsten Ereignissen, bei denen die Helfer aufgrund des Ausmaß der Traumatisierung der primär Betroffenen, Opfer und Verletzten, enormen psychischen Belastungen ausgesetzt waren, überlastet wurden und manche auch dauerhaft erkrankten. Die ST ist die „Erkrankung“ der Helfenden, d.h. es ist das Risiko und die Gefahr, die helfende Fachkräfte eingehen und ggf. erkranken können, wenn sie sich um primärtraumatisierte Menschen und sie versorgen in Ausübung ihrer Tätigkeit. Zunächst wurden zu diesem Personenkreis helfende Berufsgruppen aus dem Katastrophenbereich gezählt: Rettungshelfer, Ärzte, Polizisten, Feuerwehrleute, Seelsorger, Krankenschwestern und Krankenpfleger. Für diese Berufsgruppen wurden deshalb frühzeitig Fachwissen, Methoden im Umgang mit Überlastungsphänomenen, Selbstschutz und Selbstfürsorge zur Verfügung gestellt.

Mit der Anerkennung und Klassifizierung der Posttraumatischen Belastungsstörung in den 1980er Jahren und der rasanten Entwicklung der Psychotraumatologie und den Therapiemöglichkeiten wurden hinsichtlich des Risikos einer sekundären Traumatisierung auf Seiten der PsychologInnen und TherapeutInnen vielfältige Methoden und Prophylaxe im Umgang mit sekundärem traumatischen Stress entwickelt und in Ausbildungsgänge etabliert und eingebunden.

Bislang fehlt dieses Fachwissen in allen Ausbildungen, in allen Berufsbereichen für Fachkräfte die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, beispielsweise ErzieherInnen, LehrerInnen, HeilerzieherInnen, Sozial- und Diplompädagoginnen, Behinderten- und HeilpädagogInnen, Kranken- und KinderkrankenpflegerInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen.

Begriffsklärung

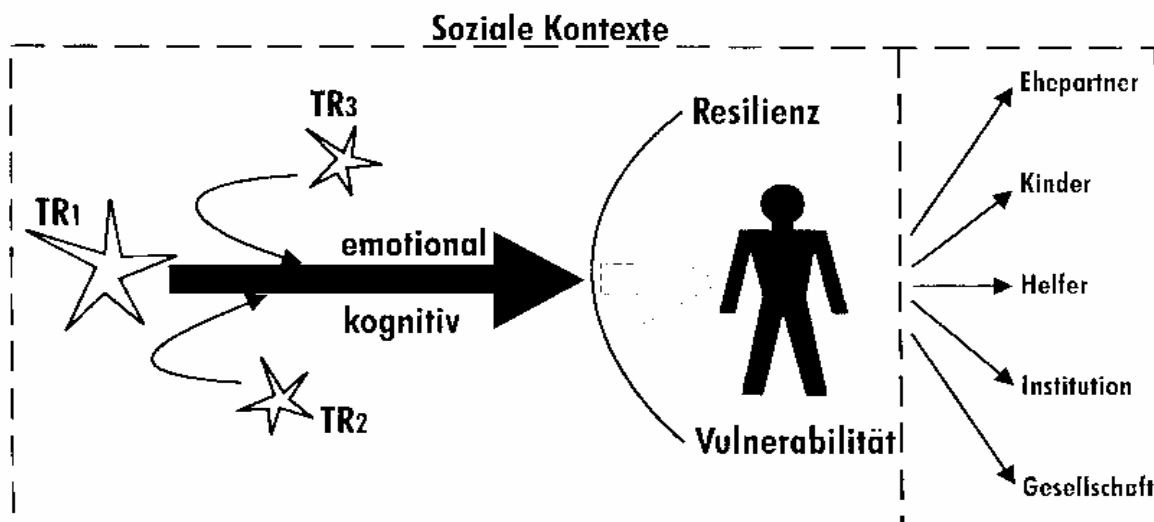
In der Forschungsliteratur lassen sich über zwanzig Begriffe zur ST finden. Diese „Begriffsinflation zur Sekundären Traumatisierung“ beschreibt Lemke und zeigt eine Begriffsentwicklung im Kontext der Psychotraumatologie auf (vgl. Lemke, 2010, S. 17). Figley prägte den Begriff von *secondary victimization* bereits 1983, den er später in *compassion fatigue*, *Mitgefühlerschöpfung* oder *Mitgefühlsstress*, *sekundäre traumatische Belastung* oder *sekundären traumatischen Stress (secondary traumatic stress)*.

Bekannt sind auch die Begriffe der *Stellvertretenden Traumatisierung* von Frey (2001), die *Indirekte Traumatisierung* geprägt von McCann und Pearlman (1990) und die *Sekundärtraumatisierung* von Daniel (2008).

Entstehung oder wie erfolgt die Ansteckung, die Infizierung?

Als eine Art ansteckender Krankheit beschreibt Frey (2001) die Sekundäre Traumatisierung in Analogie. Bei einer Infektionserkrankung sind die Faktoren, die den Grad der Ansteckung bestimmen, die Virulenz (die Infektionskraft und Vermehrungsfähigkeit), die Art der Übertragung, das soziale Umfeld (hygienische Verhältnisse) und die aktuelle immunologische Widerstandskraft den Infizierten.

„In ähnlicher Weise beeinflussen bei einer psychischen Ansteckung die Form, Heftigkeit, Dauer und die Wiederholungen der traumatischen Ereignisse (...), die sozialen Umstände (Kontexte), in welchem die Traumatisierungen und deren emotionale und kognitive Verarbeitung stattfinden, sowie die Verletzlichkeit (Vulnerabilität) und Widerstandskraft (Resilienz) der Betroffenen die nachfolgenden Auswirkungen“ (Frey: In Lemke, 2010, S. 15).



Frey: in Meyer & Schnyder 2007

Was passiert im Gehirn?

Judith Daniels (2007) beschreibt drei neurobiologische Faktoren, die bei der Sekundären Traumatisierung eine entscheidende Rolle spielen: Empathie, Kindling/Sensibilisierung und Dissoziation.

- **Empathie** ist die Fähigkeit mitfühlen zu können, sich die mentalen Perspektiven eines Menschen zu erschließen sowie sich in seine emotionale Verfassung

- hineinzusetzen. Dies geschieht neurobiologisch mit Hilfe der Spiegelneuronen im Gehirn.
- **Kindling** ist eine zunehmende Sensibilisierung bestimmter Hirnareale (Amygdala) durch wiederholte, unterschwellige Aktivierung, d.h. durch die wiederholte Konfrontation mit traumatischen Material des primär Geschädigten, wird das Gehirn, die Amygdala der HelferInnen gereizt.
- **Dissoziation** ist eine Notfallreaktion des Menschen, die ihm ermöglicht lebensbedrohliche Situationen zu überstehen, indem er das Geschehen abspaltet und z.B. wie ein Film oder nicht real empfindet. Durch die wiederholte Amygdalareizung erfolgt ein erhöhtes Erregungsniveau, das wiederum die Dissoziation bedingt (vgl. Daniels, 2007).

Auch Daniels (2011) beschreibt die ST als eine „Ansteckung“ und zwar eine Ansteckung mit den typischen posttraumatischen Symptomen der KlientInnen.

Was ist die Sekundäre Traumatisierung - Definition

Die Sekundäre Traumatisierung ist die Erkrankung der HelferInnen, die allein durch das Anhören der Berichte über traumatische Ereignisse entstehen kann. Eine übertragene Traumatisierung kann zustande kommen, ohne dass die HelferIn/ Fachpersonal selbst mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert ist.

„Überall dort, wo professionelle HelferInnen es mit der Betreuung von traumatisierten Menschen zu tun haben, sind sie in der Gefahr, selber Schaden zu nehmen und die gleiche Symptomatik zu entwickeln wie bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Übererregung/Angstzustände, Vermeidung/Entfremdung und Intrusion/Wiedererleben) Scherwarth, Friedrich, 2012

„Sekundärtraumatisierung wird durch die dissoziative Verarbeitung von Traumamaterial ausgelöst. Dissoziative Verarbeitung zeigt sich z.B. in emotionaler Taubheit oder einer veränderten Zeitwahrnehmung während man mit traumatischen Material konfrontiert wird. Das eigene Handeln wird als automatisiert, wie auf Autopilot, erlebt, während die äußere Welt unreal und traumähnlich erscheint. Daniels, 2008

„Sekundärer traumatischer Stress ist ein Risiko, das wir eingehen, wenn wir uns empathisch mit einem (...) Kind befassen“. B. Perry, 2005

ST ist „... eine natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen. Figley, 1995

Empathie ist die notwendige Voraussetzung um mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, gleichzeitig ist Empathie die Gefahr und das Risiko. Laut Daniels ist die ST kein Zeichen mangelnder Professionalität, sondern „... ein Resultat traumatogener Informationsverarbeitung auf der Basis ausgeprägter Informationsverarbeitung“ (2012).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Fachkräfte der unterschiedlichen Berufsgruppen jederzeit und sobald sie mit traumatisierten Menschen zusammen kommen und empathisch ihren beruflichen Aufgaben nachgehen, durch die Konfrontation mit Traumamaterial eine Sekundäre Traumatisierung erleiden können. Ihre persönliche Vulnerabilität und Vorgeschichte kann ein Risikofaktor sein, ihre Resilienz und Widerstandskraft ebenso ein Schutzfaktor. Wiederholte ST kann zu einer Sekundären Traumatischen Belastungsstörung führen.

Risikofaktoren

Wichtigste Risikofaktoren einer Sekundären Traumatisierung sind:

- Frühere eigene Traumatisierungen einschließlich vorangegangener ST
- Allgemeine Lebensumstände wie Stress und psychische Gesundheit
- Merkmale des sozialen Umfeldes
- Demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, soziale Schicht
- Ressourcen und Bewältigungsmechanismen

Symptome des sekundären traumatischen Stress (STS)

Fachkräfte erleben ähnliche Symptome wie sie von Traumaopfern beschrieben werden: Alpträume, intrusive Gedanken und Bilder, Depression, Gereiztheit, Bedrohungsgefühle einhergehend mit sozialem Rückzug, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Konsum von Alkohol und Medikamenten.

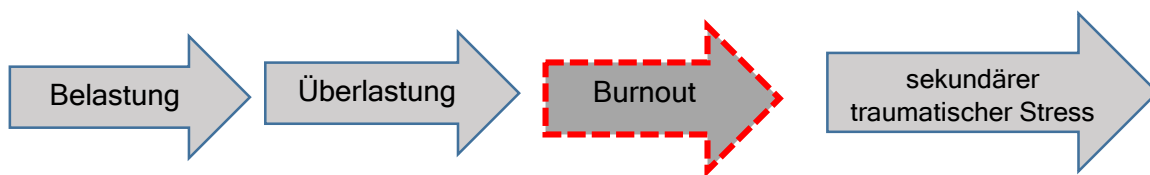
Die Symptome der ST können sich in allen Lebensbereichen äußern:

- **Emotionale Reaktionen:** Angst, Beklemmung, Anspannung und Niedergeschlagenheit, Zorn und Reizbarkeit, pathologischer Kummer, Depression
- **Kognitive Reaktionen:** Konzentrationsstörungen, Vermeidungsverhalten, Veränderung innerer Werte und Einstellungen, Intrusionen
- **Psychische und psychosomatische Reaktionen:** Schlafstörungen, Appetitverlust, häufige Erkältungen, Kopf-, Bauch-, Nacken- und Rückenbeschwerden, gesteigerte Unfallhäufigkeit, Hautirritationen, Ausschläge, reduziertes Sexualleben, Erschöpfungszustände
- **Gesundheitsschädigende Copingstrategien:** Überdecken von Müdigkeit durch Koffein und Nikotin, aktives gesundheitsschädigendes Verhalten (übermäßiger Gebrauch von Sucht- und Beruhigungsmitteln, wie Alkohol, Zigaretten, Drogen)

- **Soziale Auswirkungen:** Distanzierung, sozialer Rückzug, Zynismus, Konflikte in der Partnerschaft, Streit zu Hause nach belastenden Erlebnissen (vor allem bei Frauen), Leugnen der Symptome, gesteigerte Sensibilisierung für Unrecht und Gewalt, der Eindruck, dass die Familie/Freunde sich zu sehr um einen kümmern oder einen gar nicht verstehen
- **Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit:** die Grundannahmen der Fachkräfte zum Ich und der Welt werden durch traumatische Erfahrungen, durch sekundären traumatischen Stress erschüttert: die Vorstellung der persönlichen Unversehrtheit, die positive Weltsicht und die Vorstellung in eine geordnete und sinnvolle Welt (vgl. Udolf, 2008, Rießinger 2010, 2013)

Sekundäre Traumatisierung - Burnout

Eine Gefahrenkette, die eintreten könnte. Aus der Überlastung entsteht nicht zwangsläufig ein Burnout (deshalb rot gestrichelt); aus Überlastung und „Ansteckung“ mit Traumamaterial kann sekundärer traumatischer Stress entstehen (vgl. Jung, 2011).



Sekundäre Traumatisierung	Burnout-Syndrom
alle Berufsgruppen die mit traumatisierten Menschen zu tun haben	berufsbedingtes chronisches Belastungssyndrom
Miterleben/beobachten/Erzählung eines einzelnen traumatischen Ereignisses kann zur ST führen.	entwickelt sich allmählich und infolge emotionaler Erschöpfung
Reaktion des Betroffenen ist Angst, Hilflosigkeit, Schrecken	auf mehreren Ebenen hohe Arbeitsbelastung
Symptome der ST: Intrusion, Vermeidung, Übererregung → PTBS-Symptome	hohe Leistungsbereitschaft, hoher Idealismus, enge Verbindung von Leistung und Selbstwert, Unerfüllte Bedürfnisse, Erwartungen, Desillusionierung, Gefühl der Unlösbarkeit
Langfristige Veränderung der kognitiven Schemata: Selbstbild, Weltbild, Menschenbild	Folgen: Funktionsstörungen, Fehlleistungen, Identitätsverlust
leugnen von Überlastungsanzeichen	Stufenförmiger Verlauf

Vermeidung von Unterstützung

Bislang vermeiden Fachkräfte sich Unterstützung von außen zu holen, wenn sie Überlastungsphänomene an sich feststellen. Wieso? Die Antwort basiert auf folgenden Thesen:

- fehlendes traumaspezifisches Fachwissen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen
- fehlendes Fachwissen mit sekundärem traumatischen Stress und im Umgang mit Überlastungsphänomenen
- daraus lässt sich eine Nichtbeachtung der Selbstfürsorge der Fachkräfte aus Unwissenheit ableiten
- immer noch besteht ein althergebrachtes und allgegenwärtiges Idealbild der Fachkräfte, dass der alltägliche Umgang mit sich selbst verletzenden, suizidalen oder aggressiven Kindern und Jugendlichen eine normale pädagogische Herausforderung sei
- und es fehlen sehr oft noch die institutionellen Rahmenbedingungen auf Leitungsebene vieler Einrichtungen, die für ausübende Fachkräfte wichtige MitarbeiterInnenpflege und -Fürsorge sowie innere und äußere Sicherheiten für Fachkräfte vorhalten, Fortbildungen und Fachwissen gewährleisten, Sicherstellung regelmäßiger Team- und Fallsupervision als Standard (möglichst durch TraumatherapeutInnen, TraumapädagogInnen oder mit der Thematik vertrauten Fachkräften).

Pädagogische Fachkräfte neigen dazu, weit über ihre Belastungsgrenzen zu gehen, Symptome des sekundären traumatischen Stresses zu bagatellisieren und/oder zu leugnen und glauben, mit ihren Belastungen alleine zurechtzukommen zu müssen (Udolf, 2008, Frank, 2010, Rießinger 2010, 2013).

Hinzu kommt der seit Jahren vorherrschende finanzielle Druck der auf den Institutionen der Jugendhilfe lastet sowie die unverändert schlechte Lage auf dem Arbeitsmarkt für soziale Berufe, worin die Vermeidung von Unterstützung aller betroffenen Fachkräfte u.a. begründet ist.

Eine erfolgreiche Entwicklung für die Ausgestaltung von traumapädagogischen Angeboten innerhalb der stationären Jugendhilfe ist begrenzt durch ein gestiegenes Kostenbewusstsein und einem spürbaren Zeit- und Erfolgsdruck innerhalb der einzelnen Hilfen. Fachkräfte sind in Ausübung ihrer Tätigkeit von Sekundärer Traumatisierung bedroht. „Dies bedeutet, dass sich die Führungsverantwortlichen sehr für den Schutz und die emotionale Versorgung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verantwortlich fühlen und darauf achten sollten, dass sie diese nicht nur administrativ und fachlich, sondern eben auch emotional stützen“ Schmid, 2010.

Vorkommen von sekundärer Traumatisierung in der Kinder- und Jugendhilfe

Pilotstudie der Hamburger Universität, 2012

Erstmals im deutschsprachigen Raum wurde eine Pilotstudie der Hamburger Universität zur Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) Sekundäre Traumatisierung in der Kinder- und Jugendhilfe unter der Leitung von S. Friedrich in ihrem Buch Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung (2012) vorgestellt. 108 sozialpädagogische Fachkräfte (Sozial- und DiplompädagogInnen, ErzieherInnen, PsychologInnen u.a. Professionen) eines großen Hamburger Trägerverbund wurden mit dem Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST) der von Daniels 2006 entwickelt wurde, befragt. Mit 31 Fragen umfasst dieser die Phase der stärksten Belastung professioneller HelferInnen während ihrer Berufstätigkeit und

ist eine Erhebung der zurückliegenden Erkrankungs- oder Belastungsphase, also keine Erhebung der aktuellen Befindlichkeit.

Der FST bildet einen Summenwert, bis zum Summenwert 64 liegt keine ST vor, beim Summenwert 65-82 eine moderate ST, beim Summenwert über 85 eine schwere ST.

Bei 18 Personen (16%) wurde eine moderate bis schwere ST festgestellt, wobei die ausgeprägten Belastungsphasen über einen Durchschnitt von über 2,5 Jahren zurück lagen. Dauer und Schwere der Belastungsreaktion hängen zusammen, d.h. dass Personen mit höherem FST-Summenwert über einen längeren Zeitraum an Belastungsreaktionen zeigen als KollegInnen mit niedrigem Summenwert, hier gehen die Belastungsreaktionen in einem kürzeren Zeitraum wieder zurück (unter vier Wochen).

Die 108 Fachkräfte stuften ca. 60% ihrer KlientInnen als traumatisiert ein. Von einem guten Viertel, 44% erfuhren sie Details zu deren Traumageschehen.

Die Pilotstudie zeigt keine Unterschiedlichkeiten der Symptombelastung auf in Bezug auf

- männliche oder weibliche Fachkräfte
- Altersgruppen
- Berufsausbildungen oder Berufsfeldern (stationär/ambulant/beides)

Jedoch gibt es signifikante Unterschiede in den persönlichen Schutzfaktoren der Befragten. Personen mit ausreichend engen und stabilen sozialen Beziehungen weisen einen geringeren FST-Summenwert auf.

Die Studie gibt an, dass es nicht ausreicht, traumasensibles Fachwissen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu haben, um Sekundärer Traumatisierung vorzubeugen. Es benötigt auch Fachwissen/Psychoedukation über die Erkrankungshäufigkeit (Prävalenz), die Ursachen und Symptome, den Verlauf von ST sowie der Vermittlung von Schutzmaßnahmen.

Diplomarbeit „Sekundäre Traumatisierung, Umgang mit Gefühlen und Selbstfürsorgestrategien bei pädagogischen Fachkräften von C. Frank, 2010

Im Rahmen ihrer Diplomarbeit stellt Frank die Ergebnisse mit 18 Fachkräften (unterschiedliches Alter, Geschlecht und Herkunft) aus verschiedenen Krisen- und Fremdunterbringungseinrichtungen im klinischen und Erziehungsberatungsbereich mit Kinder- und Jugendbereich in Wien vor. 12 von 18 PädagogInnen (6 Sonder- und Heilpädagogin, 1 psychoanalytische Pädagogin, 1 diplomierte Sozialpädagogin, 12 SozialpädagogInnen) haben eine pädagogische Grundausbildung, 6 von 12 PädagogInnen haben eine pädagogische Grundausbildung plus einer psychoanalytischen bzw. psychotherapeutischen Zusatzqualifikation. In ihrer Auswertung stellt sie die PädagogInnen ohne und mit Zusatzausbildungen gegenüber.

Bei allen Befragten stellte Frank fest, dass durch Anhören von Traumageschichten und die Verhaltensreaktionen der Kinder und Jugendlichen bei den PädagogInnen Gefühle wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Schrecken und Angst festzustellen sind und als stark belastend erlebt werden.

Die PädagogInnen mit Zusatzausbildung können ihre Gefühle mehr verbalisieren, artikulieren und reflektieren. Durch die Zusatzausbildung haben sie mehr Selbsterfahrung und Auseinandersetzung ihrer eigenen Gefühle/Kindheitserfahrungen/Übertragung - Gegenübertragung.

Die KollegInnen ohne Zusatzausbildung sprechen weniger oft über ihre Gefühle. Hier besteht oft die Annahme, sie müssten mit ihren Gefühlen alleine zurechtkommen.

Sie versuchen den Anschein zu erwecken „alles im Griff“ zu haben, obwohl sie in konflikttypischen Situationen Hilflosigkeit verspüren. Aufgrund weniger Kenntnisse über emotional unbewusste Prozesse (Übertragung/Gegenübertragung) herrscht die Ansicht, keine Unsicherheiten und Emotionen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zeigen zu dürfen. („Alles im Griff“ haben laut Weiss, 2009, Allmachts- und Ohnmachtsgefühle).

4 von 18 befragten PädagogInnen haben volle Kenntnisse von Sekundärer Traumatisierung, bei 2 von 18 sind Kenntnisse zum Teil vorhanden.

4 von 18 Befragten werden als sekundär traumatisiert eingestuft, weil sie eindeutige Symptome wie Panikattacken, depressive Zustände, Alpträume, Veränderungen der Weltsicht aufweisen.

14 von 18 der PädagogInnen versuchen unangenehme Gefühle, die in ihrer pädagogischen Arbeit bei ihnen aufkommen zu vermeiden, unterdrücken, rationalisieren und verdrängen, um somit starke Gefühle wie Angst, Ohnmacht und Schrecken nicht wahrnehmen zu müssen und spüren.

Prävention, Selbstfürsorge und Psychohygiene

Die **Prävention** von sekundärem traumatischem Stress umfasst die Verringerung von überflutendem Stress und seiner Folgeerscheinungen. Die Präventionsmaßnahmen sollen einerseits die Intensität des gerade erfahrenen Stresses, z.B. die Schilderung eines traumatischen Erlebnisses von einem Kind oder Jugendlichen, verringern helfen, als auch die Resilienz der Fachkräfte fördern und stärken.

Zur Prävention und Minimierung von sekundärem traumatischen Stress gehören das Erkennen und Akzeptieren eigener Grenzen sowie das Erkennen und Akzeptieren der Grenzen des Gegenübers, also das der Kinder und Jugendlichen. Dazu gehört das Zuordnen von Verhaltensweisen der jungen Menschen, die Arbeit mit „dem guten Grund/Weil ...“, ein Basisfachwissen (innerhalb der Traumapädagogik) das in den Grundhaltungen der Fachkräfte und Grundkompetenzen für professionelles Handeln vermittelt wird. Außerdem sollten das Erkennen und der Umgang mit Gefühlen der Übertragung, Gegenübertragung, sowie der eigenen lebensgeschichtlichen Belastungen den Fachkräften bewusst sein.

Selbstfürsorge: Luise Reddemann (2003) versteht darunter „... einen liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse“. Als **Psychohygiene** auf der Alltagsebene bezeichnet sie viele Blumen und schöne Gegenstände, Dinge, die das Herz erfreuen und das Pflegen von Geselligkeit und Lachen. Psychohygiene bedeutet für Reddemann auch den Körper wichtig und wahrzunehmen, Bewegung, entdecken der eigenen Kreativität und Anregung der Sinneswahrnehmungen durch Kunst, Musik, Gerüche. Für Scherwarth/Friedrich (2012) meint Psychohygiene „... die Sicherstellung von inneren Ressourcen, die als Basisqualitäten vorhanden sein müssen, um körperlich und psychisch so gesund zu bleiben, dass den Anforderungen und des Berufsalltages begegnet werden kann, ohne Schaden zu nehmen“.

Die Selbstfürsorge und persönliche Psychohygiene ist eine wichtige Prävention vor Überlastungsphänomenen und sekundärem traumatischen Stress. Besonders die Versorgung der eigenen Gefühle, das Herstellen des Gefühls der eigenen Sicherheit und der Erhalt oder die Wiedererlangung der eigenen Selbstwirksamkeit.

ABC des Schutzes vor Sekundärer Traumatisierung

Ähnlich der Methoden der „Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)“ die der amerikanische Neurologe Kabat-Zinn (1979) entwickelte, stellt die Therapeutin und Supervisorin Gerhilt Haak (2009) Leitlinien zur Prophylaxe und Selbstfürsorge der Reduktion von sekundärem traumatischem Stress folgendermaßen vor:

- **A wie Achtsamkeit**
Auf sich selbst und seine Gefühle achten, seine Grenzen und Ressourcen zu wahren, um gesund zu leben. Um die eigene Ausgeglichenheit zu bewahren und erhalten, sollten Fachkräfte die Hälfte ihrer Aufmerksamkeit auf sich selbst richten. Sie sollten sich gut kennen und verstehen, um klar im Kontakt mit Kindern und Jugendlichen sein zu können und um Übertragungen und Gegenübertragungen identifizieren zu können.
- **B wie Balance**
Ausgeglichenheit und Balance zwischen Arbeit, Freizeit und Ruhe ist wichtig und nötig. Eine Balance zwischen beruflichem Leben und vielfältigen privaten und persönlichen Aktivitäten, die als eine Art Krafttankstelle genutzt werden. Live-Work-Balance.
- **C wie Connection (Verbindung)**
Hier ist die Verbindung mit der Natur, dem Leben als Solches, mit anderen Menschen gemeint, sich selbst zu erfahren und zu entwickeln, persönliche Bedürfnisse (auch Spiritualität) wahrzunehmen und zu verwirklichen (Udolf, 2008, Gies, 2009, Schwarzer, 2010, Rießinger 2010, 2013).

Ein wichtiger Aspekt zur Bewältigung von traumatischen Erfahrungen, den die PädagogInnen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen erleben, ist:

- die Kontrolle über das eigene Handeln zu haben und zu behalten (mastery).
- routinierte Handlungsabläufe,
- Checklisten
- strukturierte Vorgehensweisen, die Sicherheit geben
- Notfallpläne für jedes einzelne Kind/Jugendlichen
- ebenso wird mehr Sicherheit unter „gut erprobten“ Teams erreicht, durch das Wissen über die Fähigkeiten der KollegInnen und das Vertrauen in ihre Kompetenzen. KollegInnen können sich gegenseitig unterstützen und somit Belastungen reduzieren.

Was bedeutet Einzel- und Team-Selbstfürsorge?

Insgesamt Schutz vor Konfrontationen mit unkontrollierten Trauma Schilderungen, Achtsamkeit für die Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle, Erkennen und Unterbrechen von traumabezogener Re-inszenierungen der Kinder- und Jugendlicher als Eigenschutz (und Schutz der Betroffenen). Selbstfürsorge und Prävention müssen in die pädagogische Alltagspraxis aufgenommen werden, sowie in Fortbildungen und Supervision. Udolf und Sänger (2012) regen den angstfreien Austausch über Belastungen sprechen zu können und Unterstützungskultur unter Kolleginnen sowie grundsätzlich die Themen Selbstfürsorge und Prävention in die Verantwortung auf Einrichtungs- und Leitungsebene zu bringen, an.

Übungen/Methoden zur Stressreduktion und Prävention vor Überlastungsphänomenen:

- eigener Notfallkoffer
- Team-Schatzkiste
- Befindlichkeitsrunden im Team
- Arbeiten mit Skalierungen in Bezug auf Kinder- u. Jugendliche (Bewusstmachung der eigenen Anspannung, z.B. Anspannungsthermometer, Nähe - Distanz-Übung)
- KollegInnen um Unterstützung bitten
- der/die „schwächste“ KollegIn „gibt den Ton an“ (diese/r KollegIn hat den sensibelsten „Antennenempfang für „Hier stimmt was nicht! Achtung/Aufgepasst“ und hinter ihm/ihr reihen sich alle auf
- und viele weitere Übungen, die in der Präsentationsvorlage „die Börse“ vorgestellt werden

Voraussetzungen auf institutioneller- und Leitungsebene

Laut Lang (2009) sind stabilisierende Prinzipien von Einrichtungen und ihren Leitungen Transparenz, Einschätzbarkeit, Partizipation, Individualisierung, Wertschätzung der Individualität gegenüber den MitarbeiterInnen/Fachkräfte. Diese Prinzipien gelten für die Beziehung von Kind/Jugendliche/r - Fachkraft als auch für die Beziehung Fachkraft - Leitung.

Eine erfolgreiche Entwicklung für die Ausgestaltung von traumapädagogischen Angeboten innerhalb der stationären Jugendhilfe ist begrenzt durch ein gestiegenes Kostenbewusstsein und einem spürbaren Zeit- und Erfolgsdruck innerhalb der einzelnen Hilfen. Fachkräfte sind in Ausübung ihrer Tätigkeit von Sekundärer Traumatisierung bedroht. „Dies bedeutet, dass sich die Führungsverantwortlichen sehr für den Schutz und die emotionale Versorgung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterverantwortlich fühlen und darauf achten sollten, dass sie diese nicht nur administrativ und fachlich, sondern eben auch emotional stützen“ Schmid, 2010.

„Wer mit traumatisierten Menschen arbeitet, muss drei Dinge beherzigen:

Ersten: gut essen,

Zweitens: viel feiern,

Drittens: wütend putzen“. Lang, 2009

Literaturliste

1. Cross-Müller, C., 2014, Nur Mut! Das kleine Überlebensbuch. Soforthilfe bei Herzklopfen, Angst, Panik & Co, Kösel-Verlag
2. Daniels, J., 2006, Sekundäre Traumatisierung - Kritische Prüfung eines Konstruktes, Bielefeld
3. Daniels, J., 2006, Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST), www.sekundaertraumatisierung.de/studie_sekundaertraumatisierung.html, Zugriff am 14.12.2014
4. Daniels, J., 2007, Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. In ZPPP, Heft 3/2007
5. Daniels, J. 2008, Sekundäre Traumatisierung; Interviewstudie zur berufsbedingten Belastungen von Psychotherapeutinnen, http://www.sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/Artikel_Psychotherapeut.pdf, Zugriff am 26.04.2014
6. Frank, C., 2010, Sekundäre Traumatisierung, Umgang mit Gefühlen und Selbstfürsorgestrategien bei pädagogischen Fachkräften, Diplomarbeit, Universität Wien, http://othes.univie.ac.at/12440/1/2010-12-13_0500248.pdf, Zugriff am 26.04.2014
7. Frey, C., 2007, Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden. In: Meyer, Th. & Schnyder, U., Psychotherapie mit Folter - Kriegsopfern, Huber, Bern
8. Gahleitner, S., Hensel, T., Baierl, M., Kühn, M., Schmid, M., (Hrsg.), 2014, Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
9. Gies, H., 2009, Sekundäre Traumatisierung und Mitgefühlerschöpfung am beispiel familienähnlicher stationärer Betruungen in der Jugendhilfe. In: systema 23 (2)
10. Hudnall-Stamm (Hrsg.), 2002, Sekundäre Traumastörungen, wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich von traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können, Junfermann, Paderborn
11. Jung, R., 2011, Was ist mit den Helfern? Umgang mit Sekundärer Traumatisierung, Trauma Netzwerk Niedersachsen, Fachtagung in Königslutter 2011, www.psychiatrie-akademie.de/seminare_pdf/pdf_0111/TNN_Was_%20ist_mit_den_Helfern.de, Zugriff am 09.05.2014
12. Krüger, A., 2011, „Powerbook - Erste Hilfe für die Seele. Trauma - Selbsthilfe für junge Menschen. Elbe & Krüger, Hamburg
13. Lang, B. 2009, Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: Bausum, J., Besser, L., Kühn, M., Weiß, W., (Hrsg.), Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis, Juventa, Weinheim und München
14. Lang, B. 2011, Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Unterstützung der PädagogInnen, Präsentationsvorlage zum Fachtag „Traumapädagogische Konzepte in der Jugendhilfe“ in Hanau, www.traumapädagogische-praxisberatung.de, Zugriff am 10.06.11
15. Lang, B., Baierl, M., Götz-Kühne, C., Hensel, T., Strauss, J. 2014, Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, In: Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern, Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

16. Perry, B., 2003, The Cost of Caring, Secondary Traumatic Stress and the Impact of Working with High-Risk Children and Families, www.ChildTrauma.org, Zugriff am 04.12.14
17. Petermichl, E., 2012, Sekundäre Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen, Aktuelle Copingstrategien in Bezug auf die Thematik, Diplomarbeit, Fachhochschule Campus Wien, www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/Pertermichl-Elisabeth-1.pdf Zugriff am 26.04.2014
18. Reddemann, L., 2003, Einige Überlegungen zur Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. In ZPPM, 1.JG, Heft 1, www.luise-reddemann.info/pages/A_07_Reddemann.pdf , Zugriff am 09.05.2014
19. Sänger, R., Udolf, M., 2012, Berufsrisiken in der Traumapädagogik Abschalten von der Not, in: Soziale Arbeit Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete, 4.2012, Berlin
20. Schmid, M., 2014, Struktur- und Prozessmerkmale traumapädagogischer Arbeit in der stationären Jugendhilfe. In: Gahleitner, S. Hensel, T., Baierl, Kühn, M., Schmid, M. Traumapädagogik in psychosozialen Arbeitsfeldern, Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
21. Schwarzer, S., 2010, Prävention der Sekundären Traumatisierung. In: Wagner, R. (Hrsg.): Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen. Magdeburg
22. Scherwarth, C., Friedrich, S., 2012, Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung, Ernst Reinhard, München
23. Smolenski, S., Sander, E., 2007, Sekundärtraumatisierung und Burnout-Prophylaxe, Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik, www.polizei.rlp.de.../e6d1017a-4ce3-2611-cb82-2c1a, Zugriff am 14.07.14
24. Rießinger, S. 2011, Traumapädagogik und Sekundäre Traumatisierung, Abschlussarbeit am Institut für Qualifizierung und Qualitätssicherung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinikum Bremen-Ost, 2011
25. Rießinger, S., 2013, Sekundäre Traumatisierung von Fachkräften In: „jugendhilfenetz“ 5/2013, online-Angebot der Luchterhand - Fachzeitschrift Jugendhilfe
26. Udolf, M., 2008, Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe, www.traumapädagogik.de , Zugriff am 10.06.11
27. Weiss, W., 2008, Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen, 4. Auflage , Juventa, Weinheim und München
28. Weiss, W., Friedrich, E., K., Picard, E., Ding, U., 2014, „Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut“, Dissoziation und Traumapädagogik, BLetz Juventa, Weinheim/Basel