

## Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe

„Wie soll ich meine Seele halten, dass sie nicht an deine rührt?“  
R. M. Rilke „Liebeslied“

**Sekundäre Traumatisierung** beschreibt das Phänomen von Übertragung posttraumatischer Stresssymptome auf professionelle HelferInnen, die mit durch Gewalt, Vernachlässigung, Krieg im Herkunftsland und Verlust von Bezugspersonen traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten. „Es handelt sich dabei um eine übertragene Traumatisierung, die zustande kommt, obwohl die Therapeutin / Helferin nicht selbst mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert ist.“ (Daniels 2007) Professionelle HelferInnen sind empathische Zeuginnen der erlebten Traumata der jungen Menschen: Das was die Betroffenen erzählen und reinszenieren ist so klar wie die eigenen Vorstellung und Erfahrungen der Fachkräfte (vgl. Haak 2009).

### Entstehungsfaktoren

Es wurde noch nicht ausreichend erforscht, wie es zu Sekundärer Traumatisierung kommt. Die neuesten neurobiologischen Untersuchungen lassen vermuten, dass drei Faktoren die eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Daniels 2007):

- Empathie - die Fähigkeit, sich die mentalen Perspektiven eines Menschen zu erschließen sowie sich in seine emotionale Verfassung hineinzuversetzen,
- Kindling - eine zunehmende Sensibilisierung bestimmter Hirnareale durch wiederholte, unterschwellige Aktivierung und
- Dissoziation - 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 sich wiederholende Konfrontation mit extrem belastenden Erzählungen der Kinder und Jugendlichen laufen ihre BetreuerInnen die Gefahr, die gleichen Symptome zu entwickeln. In einer umfangreichen Untersuchung, in der hauptsächlich TherapeutInnen befragt wurden, wurden beinahe 30% der TeilnehmerInnen als sekundär traumatisiert diagnostiziert.

Bei der Mehrheit von ihnen dauerten die Symptome länger als 4 Wochen und ca. 14% entwickelten eine dauerhafte Symptomatik (vgl. Daniels 2006).

Die **Symptome** ziehen sich durch alle Lebensbereiche der Betroffenen (vgl. Brauchle et al. 2000):

#### 1. Emotionale Reaktionen

- Depressionen
- pathologischer "Kummer"
- innere Anspannung und Niedergeschlagenheit
- Zorn und allgemeine Reizbarkeit
- Angst und Beklemmung

#### 2. Kognitive Reaktionen

- Konzentrationsstörungen
- Veränderung innerer Werte und Einstellungen
- Intrusionen (unerwartet auftauchende Bilder aus von KlientInnen erzählten traumatischen Erlebnissen, die heftige emotionale Reaktionen auslösen)
- Vermeidungsverhalten

### 3. Physische Reaktionen

- Häufige Erkältungen
- Schlafstörungen
- Appetitverlust
- ein reduziertes Sexualleben
- Erschöpfungszustände
- Kopf- und Bauchschmerzen
- Nacken- und Rückenbeschwerden
- Hautirritationen und Ausschläge
- gesteigerte Unfallhäufigkeit

### 4. Gesundheitsschädigende Copingstrategien

- aktives gesundheitsschädigendes Verhalten (übermäßiger Gebrauch von Sucht- und Beruhigungsmitteln, wie Alkohol, Zigaretten oder Drogen)
- Überdecken von Müdigkeit durch Koffein und Nikotin

### 5. Soziale Auswirkungen

- Konflikte in der Partnerschaft
- Zynismus
- Distanzierung und sozialer Rückzug
- gesteigerte Sensibilisierung für Unrecht und Gewalt
- Eindruck, dass die Familie oder Freunde sich zu sehr um einen kümmern oder einen gar nicht verstehen
- Streit zu Hause nach belastenden Erlebnissen (vor allem bei Frauen)
- Leugnen von Symptomen

### 6. Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit

Personen, die einen hohen Grad an geistiger Gesundheit aufweisen, unterliegen im Besonderen drei illusionären Überzeugungen:

- der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und der eigenen positiven Eigenschaften
- der Überschätzung des Grades an Kontrolle über die Umwelt
- einer allzu optimistischen Einschätzung hinsichtlich der eigenen Zukunft

Vorteilhaft an diesen Überzeugungen ist, dass sie eine zentrale Rolle für unsere geistige Gesundheit spielen. Je stabiler die Illusionen, desto ausgeglichener sind die Personen. Fachkräfte, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, werden mit Leid, Schmerz und Trauer konfrontiert und finden praktisch kaum Feedback, das diese Illusionen aufrechterhält. Das trifft vor allem auf Situationen zu, in denen die KlientInnen in selbstdestruktiven Wiederholungen verstrickt sind.

### **Vermeiden von Unterstützung**

Die Neigung zum Verstecken der Symptome wird gestützt durch das in der Jugendhilfe allgegenwärtige Idealbild von SozialarbeiterInnen, die den alltäglichen Umgang mit sich selbstverletzenden, suicidalen oder aggressiven Kindern und Jugendlichen als eine normale pädagogische Herausforderung betrachten sollen. Ähnlich wirkt sich der immense öffentliche und finanzielle Druck aus, der auf den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen lastet, verstärkt durch die seit Jahren unverändert schlechte Lage auf dem Arbeitsmarkt für soziale Berufe.

Das Risiko, sekundär traumatisiert zu werden, ist allein schon deshalb enorm hoch, da professionelle Helfer in hohem Maße dazu neigen, sich selbst zu schädigen und gleichzeitig die Fürsorge für die

eigene Gesundheit auszublenden. Sie arbeiten in der Regel zu viel, übersehen dabei ihre eigenen Stressreaktionen und neigen auch dazu, sich in ihren Hilfestellungen weit über ihre psychischen und körperlichen Grenzen hinaus zu verausgaben (vgl. Huber 2007). Dazu versuchen sie mit eigenen Belastungen ohne fremde Hilfe fertig zu werden. Sie haben eher die Neigung, die eigene Verletzbarkeit zu leugnen. Viele glauben, dass sie "einfach selbst damit fertig werden (müssen)" oder haben Angst, pathologisiert zu werden. Sekundär Traumatisierte tendieren dazu, ihre eigenen Reaktionen nicht als psychologisch zu sehen! (vgl. Brauchle et al. 2000)

### **Prävention von Sekundärer Traumatisierung**

Aus dem Bereich Katastrophenhilfe kommen viele praxisbezogene Strategien zur Prävention von Sekundärer Traumatisierung. Betreuung von Notfall-HelferInnen nach belastenden Einsätzen gehört dort seit Jahren zum Standard. Obwohl sich die Erfahrungen auf den pädagogischen und therapeutischen Alltag der Kinder- und Jugendhilfe zum großen Teil übertragen lassen, fehlt das Thema fast vollständig in der Fachliteratur.

Primäre Prävention umfasst die Verhinderung von Stress und Folgeerscheinungen bzw. die Verringerung von deren Intensität sowie die Stärkung der Widerstandskraft von SozialarbeiterInnen durch Wissen, Erfahrung und soziale Netzwerke (vgl. Brauchle et al. 2000):

- Stressbelastungen lassen sich durch Fortbildungen und Übungen verringern. Besonders wichtig ist das Verstehen von Traumadynamik und –auswirkungen sowie das Wissen, wie traumatisierte Kinder und Jugendliche stabilisiert und Traumaerzählungen gestoppt werden können.
- Ein wichtiger Aspekt zur Bewältigung von traumatischen Erfahrungen ist das Gefühl von Kontrolle über eigenes Tun ("mastery") zu haben. Dazu zählen beispielsweise routinierte Handlungsabläufe wie strukturierte Vorgehensweisen und Checklisten, die professionelle Sicherheit geben.
- Unter professionellen HelferInnen wird mehr Sicherheit auch durch erprobte Teams erreicht. Das Wissen über die Fähigkeiten der KollegInnen und das Vertrauen in ihre Kompetenzen helfen, Belastungen zu reduzieren und sich im Sinne der Psychohygiene und Selbstfürsorge gegenseitig stützen zu können.

### **Strategien im Umgang mit Sekundärer Traumatisierung**

Plakativ kann man die SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen dazu anzuregen, das zu tun, was sie ihren traumatisierten KlientInnen raten! Zu den erprobten Strategien gehört das so genannte ABC des Schutzes vor Sekundärer Traumatisierung.

Im Einzelnen heißt das, auf sich selbst zu achten, nach Balance zwischen unterschiedlichen Lebensbereichen zu streben und die Verbindung zwischen sich selbst und der Welt zu pflegen (vgl. Haak 2009):

#### **A wie Achtsamkeit**

Achtsamkeit bedeutet, auf sich selbst, die eigenen Bedürfnisse, Grenzen und Ressourcen zu achten, um gesund leben zu können.

Den SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen wird geraten, etwa die Hälfte der Aufmerksamkeit auf sich selbst richten, um sich nicht „verwickeln“ zu lassen und die eigene emotionale Ausgeglichenheit zu erhalten. Es ist wichtig sich selbst gut zu kennen und gut zu verstehen. Um im Kontakt mit KlientInnen klar zu sein, um zwischen Übertragung und Gegenübertragung unterscheiden zu können, erscheint die eigene Therapie unabdingbar.

### **B wie Balance**

Gleichgewicht zwischen Arbeit, Freizeit und Ruhe, Balance zwischen der Vielfalt der Aktivitäten im beruflichen und im persönlichen Leben stellen die wichtigste „Krafttankstelle“ dar.

### **C wie connection (Verbindung)**

In der Sozialarbeit ist es wichtig, mit sich selbst und anderen Menschen, der Natur, dem Leben (auch spirituell) in Verbindung zu bleiben. Diese Verbundenheit stellt das Gegenstück dar zu den vielfältigen Belastungen und den Einschränkungen im Privatleben, die soziale Arbeit oft mit sich bringt. Die Verbindung zum eigenen selbst erlaubt, persönliche Bedürfnisse wahrzunehmen und sie zu verwirklichen.

Betreuung traumatisierter Kinder und Jugendlicher gehört zu den alltäglichen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe. Deswegen müssen die SozialarbeiterInnen in die Lage versetzt werden, mit den Belastungen durch Konfrontation mit Traumaerzählungen, Symptomen und dem langsamen Tempo von positiven Veränderungen auf professionelle Weise umzugehen.

Dies kann nur erreicht werden, wenn die in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe praktizierte Supervision, Fortbildung, Fachberatung und - last but not least - Psychohygiene der MitarbeiterInnen um den Aspekt Sekundäre Traumatisierung erweitert wird.

### **Literaturauswahl**

Brauchle G., Wornitzer J., Mariacher A., Ballweber P., Beck T.: Das verdrängte Thema: Sekundäre Traumatisierung von Notfallpsychologen. Psychologie in Österreich, Jg.20, 2000, Heft 5, S.287-292.

Daniels, J.: Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. Zeitschrift für Psychotraumatologie Psychotherapiewissenschaft Psychologische Medizin (ZPPM), Jg.5.,2007, Heft 3

Daniels, J.: Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften an der Universität Bielefeld, 2006

Haak G.: Vortrag auf dem Fachtag „Auf den Spuren von Gewalt“, 2009

Huber M.: Der täglicher Umgang mit Leiden, Tod und Trauer, Vortrag, 2007

Lemke J.: Sekundäre Traumatisierung. Asanger Verlag 2006

Rilke, R. M.: Neue Gedichte. Elibron Classics, 2001

Rösing I.: Vom Konzept des Verwundeten Heilers zur Sekundären Traumatisierung. Zeitschrift für Psychotraumatologie und psychologische Medizin, 5.