

Sekundäre Traumatisierung von Fachkräften

**Ein Praxisbericht von Simone Rießinger
veröffentlicht in „jugendhilfe-netz“ 5/2013
(online-Angebot der Luchterhand – Fachzeitschrift Jugendhilfe)**

Traumapädagogik und Sekundäre Traumatisierung von Fachkräften

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

Die Sekundäre Traumatisierung (ST) von Fachkräften in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen innerhalb der Jugendhilfe und in der Traumapädagogik gerät immer mehr in den Vordergrund, neben den belastenden Kindern und Jugendlichen selbst und das ist gut so. Die Grundlagen und notwendigen Rahmenbedingungen der Traumapädagogik, sowie die Grundhaltungen der PädagogInnen und Grundkompetenzen für professionelles Handeln sind von der **Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik** im November 2011 als Standards beschrieben und zusammengefasst und fließen in die neu entstandenen **Fortbildungscurricula** ein. Damit ist der nächste Schritt zur Prävention von **Sekundärer Traumatisierung aller helfenden Berufsgruppen, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, bereitet.**

Bislang gibt es viele praxisbezogene Strategien zur Prävention von ST aus dem Bereich der Katastrophenhilfe und auch genügend Fachliteratur, Fortbildungen und Supervisionsangebote für TherapeutInnen. Im pädagogischen und therapeutischen Alltag der Kinder- und Jugendhilfe fehlen präventive Maßnahmen bislang. In der traumapädagogischen Praxisberatung bekommen die Notwendigkeit und die Möglichkeiten zur Unterstützung der PädagogInnen eine zunehmend größere Bedeutung. Wie hoch die Belastungen der Fachkräfte im alltäglichen Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen innerhalb ambulanter und stationärer Einrichtungen tatsächlich sind wurde bislang tabuisiert, nicht thematisiert und ignoriert. Im schlimmsten Fall als persönliches Versagen, Unprofessionalität oder gar als Burnout Einzelner ausgelegt. Der seit Jahren bestehende öffentliche und finanzielle Druck, der auf Kinder- und Jugendhilfeinrichtungen lastet, sowie die unverändert schlechte Lage auf dem Arbeitsmarkt für soziale Berufe begründet oft die Vermeidung von Unterstützung aller betroffenen PädagogInnen im Jugendhilfebereich.

Als ein weiteres Problem kommt die „Nichtbeachtung der Selbstfürsorge“ der Fachkräfte, oft aus Unwissenheit, hinzu. Udolf beschreibt das Risiko der PädagogInnen sekundär traumatisiert zu werden, als „(...) 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“ (2008, S.3). Sie folgert, dass die Fachkräfte versuchen mit den eigenen Belastungen ohne fremde Hilfe umzugehen und ihre eigene Verletzbarkeit aus Angst pathologisiert zu werden, leugnen.

Das heißt also einerseits die Vermeidung von „sich Unterstützung zu holen“, wenn Fachkräfte bemerken, dass „etwas mit Ihnen nicht in Ordnung ist“, z.B. durch den Kostendruck und die Sparzwänge von außen. Andererseits neigen sie zum Verstecken der Symptome. Gestützt durch das allgegenwärtige Idealbild der PädagogInnen, die den alltäglichen Umgang mit sich selbstverletzenden, suizidalen oder aggressiven Kindern und Jugendlichen als eine normale pädagogische Herausforderung betrachten sollen.

Wie lässt sich nun die Sekundäre Traumatisierung vermeiden? Durch Aufklärung und durch Verbreitung von Fachwissen. Nicht nur was den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen selbst betrifft, sondern auch in Vermittlung von Fachwissen zur Selbstfürsorge und zur Prävention von ST aller PädagogInnen. Die Traumapädagogik fokussiert sich nicht allein auf die traumatisierten Kinder und Jugendlichen und traumaspezifischen Ansätze, sondern legt auch Schwerpunkt auf die Prävention von ST bei allen PädagogInnen.

Was ist die Sekundäre Traumatisierung und wie erfolgt ihre „Ansteckung“?

Die Geschichte der Sekundären Traumatisierung (ST) ist ebenso alt wie die moderne Traumaforschung. Als „Erkrankung der Helfer“ wurde sie bei Kriegs- und Folteropfern, bei Holocaustüberlebenden, bei Katastrophen- und Unfallüberlebenden als auch bei Terroranschlägen beobachtet. Durch den Kontakt und den Umgang mit traumatischem Material bei anderen Menschen, den primär Geschädigten, geschieht die Ansteckung, „die Infizierung“ mit sekundärem traumatischem Stress. In der Forschungsliteratur lassen sich über 20 Begriffe zur ST finden. Diese „Begriffsinflation“ zur Sekundären Traumatisierung beschreibt Lemke und zeigt eine Begriffsentwicklung im Kontext der Psychotraumatologie auf (vgl. Lemke 2010, S. 17ff). Figley prägte den Begriff von secondary victimization bereits 1983, den er später compassion fatigue, Mitgefühlserschöpfung oder Mitgefühlsstress, sekundäre traumatische Belastung nannte und als „... eine natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“ beschrieb (Hudnall Stamm (Hrsg.) 2002, S. 41). Er bezeichnete die Sekundäre Traumatisierung als Kosten des Helfens, „... a cost to caring“ (Lemke 2010, S.61). Als eine Art der Ansteckung vergleicht Frey (2001) die Sekundäre Traumatisierung und beschreibt sie analog zu einer Infektionserkrankung (ebenda 2010, S. 15).

Neueste neurologische Untersuchungen lassen vermuten, dass drei Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Sekundären Traumatisierung spielen. Sie werden von Daniels als Empathie, Kindling und Dissoziation beschrieben.

- **Empathie** ist die Fähigkeit sich mental und emotional in einen anderen Menschen hineinversetzen zu können. Dies geschieht neurobiologisch mit Hilfe der Spiegelneuronen im Gehirn. Ohne die empathische Fähigkeit, ohne Empathie wären Menschen unbarmherzig und gleichgültig.
- **Kindling** ist die zunehmende Sensibilisierung bestimmter Hirnareale (Amygdala) durch wiederholte, unterschwellige Aktivierung, d.h. durch die wiederholte Konfrontation mit traumatischem Material des primär Geschädigten, wird das Gehirn, die Amygdala der HelferInnen gereizt.
- **Dissoziation** ermöglicht es einem Menschen, aus einer Notfallreaktion, lebensbedrohliche Situationen zu überstehen, indem er das soeben Geschehene abspaltet, sich distanziert und die Situation beispielsweise wie ein Film oder als nicht real empfindet. Durch die wiederholte Amygdalastimulierung erfolgt ein erhöhtes Erregungsniveau, das wiederum die Dissoziation bedingt (vgl. Daniels 2007, S. 9).

„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 Traumamaterial konfrontiert ist. Das eigene Handeln wird als automatisiert, wie auf Autopilot, erlebt, während die äußere Welt unreal und traumähnlich erscheint“ (Daniels 2008, S. 3). Sie beschreibt „die Ansteckung“ mit typischen posttraumatischen Symptomen, wie Übererregung und Angstzuständen, Vermeidung und Entfremdung, als Intrusionen und Wiedererleben (Daniels 2011 in Scherwath, Friedrich 2012).

Als wichtigste Risikofaktoren einer ST werden frühere eigene Traumatisierungen, einschließlich vorangegangener Sekundärer Traumatisierung und allgemeine Lebensumstände wie Lebensstress und psychische Gesundheit benannt. Merkmale des sozialen Umfeldes, sowie demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht und soziale Schicht zählen dazu als auch Ressourcen und Bewältigungsmechanismen (vgl. Lemke 2010, S. 16ff, Gies 2009, S. 4).

Sämtliche helfende Berufsgruppen erleben ähnliche Symptome wie sie von Trauma Opfern beschrieben werden, z.B. Alpträume, intrusive Gedanken und Bilder, Depression, Gereiztheit, Bedrohungsgefühle, einhergehend mit sozialem Rückzug, Konzentrations-

schwierigkeiten und auch einem erhöhten Konsum von Alkohol und Medikamenten. Im Jugendhilfebereich laufen die PädagogInnen ständig Gefahr den wiederholenden Konfrontationen mit traumatischen Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen ausgesetzt zu sein und zu begegnen. Ihre persönliche Vulnerabilität und Vorgeschichte kann ein Risikofaktor, ihre Resilienz und Widerstandskraft andererseits ein Schutzfaktor, sein.

Die Symptome der ST können sich in allen Lebensbereichen äußern, deshalb hier noch einmal eine differenzierte Beschreibung:

- **In emotionalen Reaktionen** wie Angst und Beklemmung, Anspannung und Niedergeschlagenheit, Zorn und allgemeine Reizbarkeit, pathologischem Kummer sowie Depressionen;
- **In kognitiven Reaktionen**, die sich in Vermeidungsverhalten, Veränderung innerer Werte und Einstellungen, in Intrusionen (unerwartete Bilder aus den von Kindern und Jugendlichen erzählten traumatischen Erlebnissen, die heftige emotionale Reaktionen auslösen können) oder in Konzentrationsstörungen zeigen;
- **In psychischen bzw. psychosomatische Reaktionen** wie Schlafstörungen und Appetitverlust, in häufigen Erkältungen, Kopf- und Bauschenschmerzen sowie Nacken- und Rückenbeschwerden, einer gesteigerten Unfallhäufigkeit, in Hautirritationen und Ausschlägen und in einem reduzierten Sexualleben und Erschöpfungszuständen;
- **In gesundheitsschädigenden Copingstrategien**, z.B. das Überdecken von Müdigkeit durch Koffein und Nikotin und aktives gesundheitsschädigendes Verhalten (übermäßiger Gebrauch von Sucht- und Beruhigungsmitteln, wie Alkohol, Zigaretten oder Drogen);
- **Soziale Auswirkungen** können Distanzierung und sozialer Rückzug, Zynismus, Konflikte in der Partnerschaft, Streit zu Hause nach belastenden Erlebnissen, Leugnen der Symptome, gesteigerte Sensibilisierung für Unrecht und Gewalt und auch der Eindruck, dass die Familie oder Freunde sich zu sehr um einen kümmern oder einen gar nicht verstehen, sein;

Prävention von sekundärem traumatischem Stress

Prävention von ST umfasst die Verringerung von überflutendem Stress und seiner Folgeerscheinungen. Die Präventionsmaßnahmen sollen einerseits die Intensität des gerade erfahrenen traumatischen Stresses, z.B. durch eine Erzählung eines Kindes oder Jugendlichen, verringern helfen, als auch andererseits die Resilienz der PädagogInnen fördern und stärken.

Zur Prävention und Minimierung von sekundärem traumatischem 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 das mittlerweile 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. Ganz besonders wichtig in der Prävention von sekundärem traumatischem Stress ist die Selbstfürsorge. Die Versorgung eigener Gefühle, das Herstellen des Gefühls der eigenen Sicherheit und der Erhalt oder das Wiedererlangen der eigenen Selbstwirksamkeit.

Udolf zitiert das ABC des Schutzes vor Sekundärer Traumatisierung folgendermaßen:

- „A wie Achtsamkeit

Auf sich selbst und seine Gefühle zu achten, seine Grenzen und Ressourcen zu wahren, um gesund zu leben. Um die eigene Ausgeglichenheit zu behalten sollten PädagogInnen ungefähr 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 und Freizeit ist wichtig und nötig. Eine Balance zwischen beruflichem Leben und vielfältigen privaten und persönlichen Aktivitäten, die sozusagen als eine Art „Krafttankstelle“ genutzt werden.

- C wie Connection (Verbindung)

Es ist die Verbindung mit der Natur, dem Leben als Solches, mit anderen Menschen gemeint, sich selbst zu erfahren und zu entwickeln, persönliche Bedürfnisse wahrzunehmen und sie zu verwirklichen“ (Rießlinger 2011, S. 23/24).

Seit 15 Jahren arbeite ich in der Wohn- und Betreuungseinrichtung für psychisch auffällige Jugendliche und junge Volljährige in der Hans-Wendt-Stiftung in Bremen. Als wir 1998 starteten, gab es die Fachdisziplin der Traumapädagogik noch nicht. Aus ihrer traumatherapeutischen Zusatzausbildung brachte die Psychologin unseres Teams viele traumazentrierte Ansätze, neue Sichtweisen und veränderte Grundhaltungen mit, die wir gemeinsam im Team systematisch in unsere Alltagspädagogik integrierten, in neue Handlungsansätze und in methodisches Vorgehen aufnahmen. Gemeinsam mit den Jugendlichen machten wir Erfahrungen und Fehler, ließen uns von ihrem Chaos anstecken und lernten schließlich „Pflöcke in den Treibsand“ zu setzen. Über das Verstehen psychotraumatologischer Prozesse im Gehirn lernten wir wie wichtig die Innere und Äußere Sicherheit für unsere BewohnerInnen ist, einschließlich klarer transparenter Grenzen und deren Einhaltung. Nach leidvollen Erfahrungen erstellten wir eine Null-Toleranzgrenze gegenüber Gewalt, Alkohol und Drogen. (Mit Alkohol und Drogen wird die Barriere über dem Trauma Speicher gelöst – die dann überschwemmenden Erinnerungen lösen Angst und Wut aus – der Kontrollverlust, die ausagierte Gewalt sind für die jungen Menschen und für uns leidvoll und nicht tolerierbar). Wir lernten die Wichtigkeit individueller Trigger der einzelnen BewohnerInnen zu erkennen und zu vermeiden und lernten, wie bedeutend der Aufbau tragfähiger Beziehungen zwischen Jugendliche/r und PädagogIn gerade bei traumatisierten jungen Menschen ist. Wir modifizierten nach und nach unsere pädagogischen Standards, die uns Sicherheit und kompetente Handlungsfähigkeit in Krisensituationen geben.

Heute sind wir routinierter im Umgang mit traumatisierten Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Trauma und Krise ist unser „Alltagsgeschäft“. Die Belastungen in diesem Bereich sind außer-ordentlich hoch. Unserem Team stehen präventive Maßnahmen zur Verfügung: einmal monatlich Fach- und Teamsupervision, drei Reflexionsstunden nutzen wir im Team monatlich, um unsere Arbeit mit den jungen Menschen und daraus entstehenden eigenen Belastungen zu evaluieren und „zu pflegen“. Kollegiale Beratung geben wir uns gegenseitig zeitnah und sooft wir sie benötigen.

Seit drei Jahren arbeiten wir in unserem Team gezielt an unserer Selbstfürsorge und Gesunderhaltung, an Handlungsstrategien und Methoden im Umgang mit traumatischem Stress. Wir arbeiten an unserer Achtsamkeit, Balance und Verbindung. Wir achten verstärkt auf unsere individuellen Belastungsgrenzen als auch auf die gesamte Belastung innerhalb des Teams. Als Fachkräfte nehmen wir uns stärker in den Fokus und nehmen uns wichtig. Wir erfahren und üben uns in Techniken aus der Ressourcenarbeit: wir entwickeln beispielsweise eigene Notfallkoffer, arbeiten mit dem Ressourcenbarometer und praktizieren Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen sowie Schutz- und Distanzierungstechniken. Alle Übungen zur Stabilisierung und Stärkung die für die primär Traumatisierten gut sind, wie z.B. Imaginationsübungen, die 5-4-3-2-1-Übung, die Schutzmantel-Übung, die Mülltonnen-Übung, das Ressourcenbarometer, Entspannungsübungen nach Jacobson, verschiedene Skalierungsübungen, das Anspannungsthermometer, die Krafttier-Übung, die Ressourcen-

Hand, die Kraftquellen-Hand u.v.a. sind gut geeignet als präventive Übungen und Maßnahmen für uns, das Fachpersonal.

Die Thematik der ST von Fachkräften ist noch relativ unbekannt in der Jugendhilfe und das entsprechende Fachwissen sowie präventive Maßnahmen müssen erst noch dorthin transportiert werden. Bislang gibt es noch zu wenig Angebote an Seminaren oder Workshops im Umgang mit sekundärem traumatischem Stress für pädagogische Fachkräfte. Meiner Meinung nach ist es absolut notwendig, genauso wie die Grundlagen und Grundhaltungen innerhalb der Traumapädagogik, die Selbstfürsorge als auch die persönlichen Schutz- und Risikofaktoren aller Fachkräfte zu stärken und zu fördern, um sekundärer Traumatisierung in diesem Arbeitsbereich entgegen zu wirken.

Mit diesem Praxisbericht gebe ich einen Beitrag zum Umgang mit Sekundärer Traumatisierung der Fachkräfte im Jugendhilfebereich für alle Interessierte und will den Gedanken der Selbstfürsorge, angefangen bei jede/r KollegIn selbst, verbreiten. Im traumapädagogischen Institut Norddeutschland tra-i-n biete ich zusammen mit M. Kühn regelmäßig zweitägige Workshops zur Sekundären Traumatisierung und präventiven Maßnahmen an und beteilige mich aktiv an der Verbreitung von Fachwissen.

Literaturhinweis

Daniels, J. 2007, Eine neurophysiologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. In Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaften und Psychologische Medizin (ZPPM9, 3/2007

Daniels, J. 2008, Briefingpaper „Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen“, verfügbar unter <http://www.sekundärtraumatisierung.de/sfSimpleBlog/> (Zugriff am 15.06.11)

Daniels, J. 2011 In Scherwath, C., Friedrich, S. 2012, Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung, Reinhardt, München

Gies, H. 2009, Sekundäre Traumatisierung und Mitgefühlerschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuungen in der Jugendhilfe. In: *systhema* 23 (2): S. 214-228

Hudnall Stamm (Hrsg.) 2002, Sekundäre Traumastörungen, Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können, Junfermann, Paderborn

Lenke, J. 2010, Sekundäre Traumatisierung, Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung, 3. Auflage, Asanger, Kröning

Rießinger, S. 2011, Traumapädagogik und Sekundäre Traumatisierung, Abschlussarbeit für die WB zur Fachkraft für psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche am QuQuK-Institut am Klinikum Bremen-Ost

Udolf, M. 2008, Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe, verfügbar unter www.traumapädagogik.de (Zugriff am 10.06.11)