



Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko?

Konfrontation mit schweren
Schicksalen anderer Menschen



Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko?

Konfrontation mit schweren
Schicksalen anderer Menschen

Impressum

Herausgeber:

Dr. Ringo Wagner

Friedrich-Ebert-Stiftung

Landesbüro Sachsen-Anhalt

© 2010 by

Friedrich-Ebert-Stiftung

Landesbüro Sachsen-Anhalt

Otto-von-Guericke-Str. 65

39104 Magdeburg

1. Auflage

Redaktion:

Jennifer Hagen, Lena Jaschob, Charlotte Müller †

Inhaltlich-wissenschaftliche Beratung:

Adelheid Roschinski und Prof. Dr. Bernhard A. Sabel

Fotos:

Engelbert Pülicher, Ralf Roschinski

Layout:

Pellens Kommunikationsdesign GmbH, Bonn

Druck:

bub Bonner Universitäts-Buchdruckerei

ISBN: 978-3-86872-578-0

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Dr. Ringo Wagner 4

Die Entwicklung eines psychosozialen Betreuungssystems zum Umgang mit Traumatisierungen von Polizeivollzugsbeamten und anderen Einsatzkräften in Sachsen-Anhalt

Holger Hövelmann 6

Eindrücke von der Fachtagung – Zwei Hintergrundberichte

Steffen Quaas 15

Dr. Evelin Ackermann 20

Der Körper vergisst nicht – Das Phänomen der Sekundärtraumatisierung in der Notfallseelsorge

Johannes Lewek 25

Sekundäre Traumatisierung – Berufsrisiko der Helfer

Prof. Dr. Bernhard A. Sabel und Adelheid Roschinski 35

Das Phänomen der sekundären Traumatisierung

Dr. Pia Andreatta und Mag. Karin Unterluggauer 47

Prävention – Schutz – Heilung

Dipl. Psych. Susanne Schwarzer 61

Vorwort

An vielen Stellen werden sie aktiv und leisten dabei einen unschätzbaren Beitrag für die Gesellschaft: Menschen, die in sogenannten helfenden Berufen arbeiten, wirken oft im Hintergrund, so dass wir sie und ihre Arbeit manchmal gar nicht so richtig bemerken.

Ob in der Feuerwehr, der Polizei oder in der Seelsorge: in allen Bereichen liegt der Schwerpunkt der Arbeit im Kontakt mit anderen Menschen. Menschen, die in Not sind, denen ein Unglück widerfahren ist oder die einfach Probleme bei der Alltagsbewältigung haben. So erfahren die Helfer viel von dem Leid, den Traumatisierungen anderer, und es stellt sich die Frage, wie sie das Erfahrene verarbeiten. Viele können gut abschalten, tragen die Sorgen anderer nicht mit nach Hause. Manche jedoch entwickeln selbst Traumatisierungssymptome und stehen nun ihrerseits vor dem Problem der Alltagsbewältigung. Man spricht hier von dem Phänomen der Sekundärtraumatisierung.

Sekundäre Traumatisierung geschieht oft unmerklich und unbewusst, immer dort, wo Menschen sich regelmäßig mit dem Leid anderer Menschen beschäftigen. Die Begegnung mit dem Leid anderer hinterlässt Spuren, beeinflusst die Haltung und Einstellung der Helfenden und hat daher Auswirkungen auf deren Arbeit. Es ist deshalb von gesellschaftlichem Interesse, die „Professionellen“ durch präventive, begleitende und nachsorgende Maßnahmen zu schützen.

Die Schwierigkeiten in den sozialen Berufen werden jedoch kaum thematisiert und sind im öffentlichen Bewusstsein wenig präsent. Aus diesem Grund haben wir in Zusammenarbeit mit der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und dem Ministerium der Justiz des Landes Sachsen-

Anhalt und unterstützt von der Unfallkasse des Landes Sachsen-Anhalt sowie der Notfallseelsorge Magdeburg eine Fachtagung zum Thema veranstaltet.

Diese Tagung fand am 29. April 2009 mit 255 Tagungsgästen statt – die sehr große Teilnehmerzahl sprach für das große Kommunikationsbedürfnis der Betroffenen. Überrascht waren alle Beteiligten über die große Anzahl und die Bandbreite betroffener Berufsgruppen. Hier trafen Polizisten, Ärzte, Staatsanwälte, Richter oder Rechtsanwälte auf Pfarrer, Feuerwehrleute oder Bundeswehrangehörige. Die Tagung eröffnete einen Kommunikationsraum für Menschen in helfenden Berufen, der von allen Beteiligten sehr positiv aufgenommen wurde. Die Teilnehmenden waren dankbar für die Möglichkeit, auf eigene Sorgen und Nöte aufmerksam machen zu können und über Erlebtes zu sprechen. Besonders wichtig war ihnen der Erfahrungsaustausch untereinander und der Austausch über mögliche Hilfsangebote. Aus einigen Arbeitsgruppen heraus formierten sich neue Netzwerke oder es wurde an vorhandenen Netzwerken weitergearbeitet.

Unser Dank gilt insbesondere den mitwirkenden Autorinnen und Autoren. Ganz besonders würdigen möchte ich an dieser Stelle die Rolle von Frau Adelheid Roschinski, die einen wesentlichen Beitrag von der Tagung bis zum Erscheinen der vorliegenden Publikation geleistet hat. Des Weiteren möchte ich Herrn Prof. Dr. Sabel danken, dem Mitveranstalter der Fachtagung.

Dem Wunsch nach mehr Informationen zu diesem Thema und einem weiteren Austausch soll diese Publikation nun nachkommen. Bereits angeregte Themen und besprochene Probleme während des Symposiums sollen vertiefend dargestellt werden. Die Autorinnen und Autoren befassen sich insbesondere mit Hilfsangeboten bei sekundärer Traumatisierung und Handlungsempfehlungen.

Die Entwicklung eines psychosozialen Betreuungssystems zum Umgang mit Traumatisierungen von Polizeivollzugsbeamten und anderen Einsatzkräften in Sachsen-Anhalt



HOLGER HÖVELMANN

Dieser Beitrag soll einen kurzen Überblick über die bisherige Entwicklung eines psychosozialen Betreuungssystems zum Umgang mit Traumatisierungen von Polizeivollzugsbeamten und anderen Einsatzkräften in Sachsen-Anhalt sowie Denkanstöße für zukünftige Maßnahmen auf dem Gebiet der sekundären Traumatisierung geben.

Sekundäre Traumatisierung meint in diesem Zusammenhang die Belastung durch das Wissen über ein traumatisches Ereignis, das einer anderen Person widerfährt oder widerfahren ist. Sie verläuft häufig unbewusst und im Hintergrund. Dabei besteht die Gefahr einer sekundären Traumatisierung beinahe täglich und immer dort, wo sich soziales Leid widerspiegelt und Menschen helfen wollen. Für Angehörige bestimmter Berufsgruppen, wie z. B. der Polizei, gehört sie damit zum Berufsrisiko. Das macht die Auseinandersetzung mit dieser Problematik, die damit verbundene Öffentlichkeitsarbeit und anschließende Unterstützung Betroffener notwendig und unaufschiebbar.

Das Berufsbild des Polizisten sowie die Organisation Polizei haben wie viele andere Berufsbilder in der Wirtschaft in den zurückliegenden Jahrzehnten einen tiefgreifenden Wandel erlebt. Mit dieser veränderten, unter anderem gesellschaftlich bedingten Belastungssituation geht eine erhöhte psychische Belastungssituation des Einzelnen einher. Im Ergeb-

nis der durch den Polizeiärztlichen Dienst durchgeführten Bestandsaufnahme, in Vorbereitung der Installation eines Gesundheitsmanagements in der Landespolizei, zeigte sich eindrucksvoll, dass sich die in der Gesellschaft vorherrschenden demographischen und sozialstrukturellen Veränderungen und deren Auswirkungen auch in der Polizei widerspiegeln.

Dazu zählen neben der Überalterung des Personalkörpers auch der Anstieg des Krankenstandes und die Entwicklung des Krankheitsgeschehens. So verzeichnet das Krankenstandsgeschehen der Polizeivollzugsbeamten im Zeitraum von 2002 bis 2009 eine steigende Tendenz, während die Zahl der Polizeivollzugsbeamten, die auf ein Kalenderjahr gerechnet nicht krankheitsbedingt fehlten, sinkt.

Im Gesamtkrankheitsgeschehen verursachen drei Krankheitsgruppen über die Hälfte der Gesamtausfalltage. Zu diesen gehören Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, Erkrankungen der oberen Atemwege und Verletzungen. Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang auch die stetig steigende Zahl psychischer Erkrankungen, die sich ebenfalls in einer Zunahme der psychischen und psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen niederschlägt. Für die Polizei kann zudem eine Zunahme der vorzeitigen Zurruesetzungen aufgrund von Polizeidienstunfähigkeit festgestellt werden, der ebenso mehrheitlich psychische Störungen und Verhaltensstörungen zugrunde liegen. Auch in anderen Berufsgruppen sind diese die häufigste Ursache für eine Berufsunfähigkeit. Dies entspricht einem in allen Gesellschaftsbereichen bestehenden Anstieg an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Seelisch traumatisierende Ereignisse jeglicher Art gehören zum beruflichen Alltag der Polizeivollzugsbeamten: Die Bandbreite möglicher Auslöser reicht dabei von ernsthaften Bedrohungen gegen das eigene Leben oder das Leben anderer – insbesondere durch den Gebrauch von Waffen – bis zum Miterleben schweren Leids, verursacht durch Verletzungen oder den gewaltsamen Tod eines anderen Menschen. Insbesondere vor

dem Hintergrund des Erlebens eines Traumas, durch das Miterleben schweren Leides oder unerwarteten Todes anderer, gewinnt die Beschäftigung mit den Folgen von sogenannten sekundären Traumatisierungen und die psychosoziale Unterstützung Betroffener an Bedeutung. Kurz- und langfristige Interventionen nach belastenden Einsatzsituationen erleichtern die emotionale Entlastung sowie Stressbewältigung durch die Einsatzkräfte und sind geeignet, langfristigen Traumatisierungsfolgen vorzubeugen. Doch nicht nur die Berufsgruppe der Polizisten, auch Feuerwehrleute, Rettungsdienste, Juristen und Berater können in ihrer täglichen Arbeit durch das Miterleben von Leid und Verletzungen anderer Menschen (sekundär) traumatisiert werden.

Die Polizei befasst sich bereits seit Anfang der 90iger Jahre mit dem Umgang von Traumatisierungen von Polizeivollzugsbeamten. 1994 wurde in Nordrhein-Westfalen eine Arbeitsgruppe zum Umgang mit Posttraumatischen Belastungsstörungen gegründet. Bereits im September 1995 fand in Sachsen-Anhalt ein erstes Gründungstreffen von Polizeiarzten, Seelsorgern, Psychologen, Nervenärzten und Polizeivollzugsbeamten des damaligen höheren Dienstes statt. Deren Bestrebungen zielten darauf hin, ein Betreuungssystem zu installieren, das die psychosoziale und medizinische Notfallversorgung von Polizeivollzugsbeamten nach belastenden beruflichen und traumatisierenden Einsätzen gewährleisten soll. Im Jahr 1996 wurden entsprechende Regelungen durch mein Haus erlassen.

Auch im „Polizeikurier“ wurde 1996 mit dem Artikel „Polizisten müssen hart sein“ unter Heranziehung verschiedener Blickwinkel auf die Notwendigkeit der psychosozialen Notfallbetreuung aufmerksam gemacht. Neben beruflichen Konflikten führten in zunehmendem Maße auch private und sonstige nichtdienstliche Konflikte zu einer Inanspruchnahme des Betreuungsteams.

In einem zweiten Runderlass meines Hauses wurden daher im Jahr 2004 dahingehend Neuregelungen getroffen. Seither wird nicht nur bei trau-

matischen oder belastenden beruflichen Ereignissen, sondern auch bei privaten Ereignissen sowie Konflikt- und Krisensituationen eine medizinische, psychologische und seelsorgerische Betreuung von Polizeibediensteten angeboten. Die psychosoziale Notfallbetreuung umfasst dabei eine individuelle Beratung und Betreuung durch einen Polizeiarzt, ein psychologisches Krisenmanagement, ein ambulantes und stationäres Traumabewältigungsprogramm, medizinische Rehabilitation sowie die seelsorgerische Betreuung nach individueller Absprache zwischen dem Betroffenen und dem Polizeiseelsorger. Nach bestimmten Ereignissen, wie z.B. in Fällen von tödlichem Schusswaffengebrauch, nach eigener schwerer Bedrohung von Leib und Leben oder schwerer Verletzung durch Straftäter, nach dem Miterleben des Todes von Kollegen und nach dem Einsatz bei Katastrophen mit einer größeren Anzahl von Toten oder Verletzten, ist nunmehr ein Erstkontakt mit einem Polizeiarzt des Betreuungsteams innerhalb von 24 Stunden nach dem traumatischen Ereignis verbindlich vorgeschrieben. In diesem Betreuungsteam sind alle Polizeiarzte sowie Nervenärzte, medizinische Psychologen (als Polizeivertragsärzte und -psychologen) und die Polizeiseelsorger vertreten.

Traumatische Ereignisse können sowohl einzelne als auch viele Polizeivollzugsbeamte in größeren Gefahren- und Schadenslagen betreffen. Beispielhaft seien hier die Ereignisse „Amoklauf am Gutenberg-Gymnasium in Erfurt“ und „Flugzeugzusammenstoß bei Überlingen“ angeführt.

Von 1996 bis 2009 wurde das Betreuungsteam in 423 Fällen in Anspruch genommen. Wie die nachstehende Abbildung zeigt, wurden als Gründe für die Kontaktaufnahme zum Betreuungsteam in dem genannten Zeitraum neben familiären Problemlagen und Krankheitsbewältigungsstörungen auch dienstliche Konflikte, Verkehrsunfälle, Schusswaffengebrauch, Überforderungssyndrom, Leichenfunde und Überbringen von Todesnachrichten sowie Ermittlungsverfahren gegen die eigene Person und Mobbing genannt. Die Tendenz der Inanspruchnahme ist steigend und zeugt von einer positiven Akzeptanz des Betreuungsteams innerhalb der Polizei.

Ursachen für eine Vorstellung beim Betreuungsteam im Zeitraum von 02/96 – 12/09

Rang	Trauma	Fallzahl ¹
1	Familiäre Probleme Tod oder Verletzung naher Angehöriger, Partnerschaftskonflikte	105
2	Panikreaktionen und Krankheitsbewältigungsstörungen Anpassungsstörungen, Somatisierungsstörungen	71
3	Dienstliche Konflikte	69
4	Verkehrsunfälle	58
5	Schusswaffengebrauch	44
6	Überforderungssyndrom	35
7	Leichenfunde und Überbringung von Todesnachrichten	33
8	Ermittlungsverfahren gegen die eigene Person	26
9	Mobbing	23
10	Sexuelle Belästigung (im privaten Bereich)	7

Mit dem Ziel der Verbesserung der psychosozialen Notfallbetreuung in der Polizei wurde 2007 als Modellprojekt in der Polizeidirektion Sachsen-Anhalt Süd ein nebenamtlich tätiges Kriseninterventionsteam, bestehend aus 13 Polizeivollzugsbeamten gebildet. Dieser Teamgründung gingen ein Auswahlverfahren sowie eine umfassende fachgerechte Ausbildung unter Leitung der Landespolizeipfarrerin und eines Polizeiarztes in Kooperation mit der Fachhochschule Polizei Sachsen-Anhalt voraus. Die Beamten des Kriseninterventionsteams arbeiten in einem 24-Stunden-Bereitschaftsdienst und können über die Lagezentren der Polizeidirektionen des Landes Sachsen-Anhalt und der Landesbereitschaftspolizei angefordert werden. Insgesamt wurden durch das Kriseninterventionsteam der Polizeidirektion Sachsen-Anhalt Süd in der Modellphase vom 01.01.2008 bis 31.03.2009 14 Einsätze durchgeführt. Erfahrungsgemäß ist die Hemmschwelle niedriger, wenn Betroffene in Kollegen professionelle Ansprechpartner finden, so dass sich auch hierin die zusätzliche

Installation eines solchen Teams neben den bereits vorhandenen Strukturen begründet. Kriseninterventionsteams sollen insbesondere auch in Großschadenslagen zur Betreuung von möglicherweise traumatisierten Beamten eingesetzt werden. So waren beispielsweise 2002 in Baden-Württemberg bei dem Zusammenprall von zwei Flugzeugen über dem Bodensee, der mehr als 70 Todesopfer forderte, mehrere Kriseninterventionsteams zur Betreuung der traumatisierten Polizeivollzugsbeamten im Einsatz.

Im Ergebnis der im Rahmen der Umsetzung des Modellprojektes gewonnenen Erkenntnisse und der daraus resultierenden Schlussfolgerungen, befürwortete der Landesarbeitskreis „Gesundheitsmanagement in der Polizei“ (LAK GIP) in einem Empfehlungsschreiben an mein Haus im Juli 2009 den flächendeckenden Einsatz von Kriseninterventionsteams zur psychosozialen Notfallbetreuung in der Landespolizei Sachsen-Anhalt. Derzeit werden die Ausgangsvoraussetzungen dafür geschaffen, flächendeckend zwei Kriseninterventionsteams zu bilden. Damit könnten künftig sowohl der Bereich der Polizeidirektion Sachsen-Anhalt Nord, des Landeskriminalamtes Sachsen-Anhalt und der Landesbereitschaftspolizei Sachsen-Anhalt sowie der Bereich der Polizeidirektion Sachsen-Anhalt Süd, der Polizeidirektion Sachsen-Anhalt Ost und der Fachhochschule Polizei Sachsen-Anhalt mit der Betreuung durch ein Kriseninterventionsteam abgedeckt werden.

Nach wie vor wird die Verbesserung und Ausweitung der psychosozialen Notfallbetreuung als wichtiges Instrument zur Vermeidung der Entstehung psychischer Störungen und Erkrankungen von Beschäftigten der Polizei des Landes Sachsen-Anhalt gesehen. Im Zuge der Aktivität des Betreuungsteams erfolgte – bei Betrachtung des Zeitraums von 1996 bis 2003 – in allen beobachteten Fällen eine Erstkonsultation beim zuständigen Polizeiarzt. Hiervon konnten insgesamt 62% der Fälle durch den Erstkontakt bzw. die Weiterbetreuung allein durch den Polizeiarzt erfolgreich abgeschlossen werden. Eine stationäre Betreuung war lediglich in 14% der Fälle erforderlich (Pedal et al., 2004). Hier zeigt sich anschau-

lich, dass ein frühzeitiges Eingreifen bzw. eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Betreuungsteam geeignet sind, die Entstehung schwerwiegender psychischer Störungen und Verhaltensstörungen zu verhindern, sowie lange krankheitsbedingte Fehlzeiten zu vermeiden.

Auch für andere Berufsgruppen, wie z.B. die Feuerwehr, den Katastrophenschutz, das Technische Hilfswerk (THW) und die Deutsche Lebensrettungs-Gesellschaft e.V. (DLRG), werden spezielle Angebote zur Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen für Einsatzkräfte bereitgehalten. Im Rahmen der Fürsorgepflicht des Dienstherrn werden beispielsweise Nachbesprechungen durch den Einsatz- oder Wehrleiter nach Einsätzen, wie zum Beispiel im Juni 2006 in Glindenberg nach dem Unglück der Feuerwehrleute bzw. im Juni 2007 im Bereich Bernburg nach dem Busunglück, für alle Beteiligten angeboten. Das Betreuungssystem schließt jedoch nicht nur die Einsatzkräfte ein, die bereits eine Traumatisierung erlebt haben, sondern wird darüber hinaus auch präventiv mit dem Ziel einer umfassenden Vorbereitung auf den Umgang mit belastenden und möglicherweise traumatisierenden Situationen tätig. Als Beispiele seien hier die Durchführung von themenspezifischen Fortbildungen an der Fachhochschule Polizei Sachsen-Anhalt oder der Brand- und Katastrophenschutzschule Heyrothsberge (BKS Heyrothsberge) genannt.

Auch das Führungsverhalten hat Einfluss auf die psychische Belastungssituation der Mitarbeiter, da Konflikte mit Vorgesetzten häufig als sehr belastend angesehen werden und in der Folge zu einer Zunahme psychischer Beschwerden und einem Anstieg der Fehlzeiten führen können.

Einschlägige Studien belegen eindrucksvoll Zusammenhänge zwischen der Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und der Bereitschaft zum Absentismus (Vgl. Holzer, C. 1993/Stadler, P., Strobel, G. 2000) sowie den bedeutsamen Einfluss des Vorgesetztenverhaltens auf das Fehlzeitenverhalten der Mitarbeiter (Schmidt, K.H., 1996). Von entscheidender Bedeutung für das Wohlbefinden der Mitarbeiter und die Bewältigung belasten-

der Arbeitsaufgaben sei dabei auch die soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte. Demzufolge kann ein gesundheitsförderliches Führungsverhalten auch positiv und stabilisierend wirken. In der Konsequenz werden seit Jahren in der Fachhochschule Polizei Sachsen-Anhalt Seminare mit Schwerpunktthemen, wie z. B. konstruktiver Umgang mit Stress, professionelle polizeiliche Intervention, Team- und Gruppensupervision, angeboten. Darüber hinaus werden den Studierenden im Vorbereitungsdienst zur Laufbahn des Polizeivollzugsdienstes, Laufbahngruppe 2, bereits im Studium themenbezogene Kenntnisse und Fähigkeiten, wie z. B. das Training personeller und sozialer Kompetenzen, Gesundheitsmanagement und wesentliche polizeipsychologische Grundlagen, vermittelt, die sie befähigen sollen in ihrer späteren Berufsausübung mit belastenden Situationen umzugehen und somit sekundären Traumatisierungen vorzubeugen.

Ihrer originären Aufgabe entsprechend wird die Polizei tagtäglich eingesetzt, um bei Gewalttaten zu ermitteln und Bedrohungen und Leid von der Bevölkerung abzuwenden. Die Einsatzkräfte, die wiederholt bzw. über einen längeren Zeitraum emotional stark gefordert werden und keine ausreichende Einsatznachsorge erhalten, erleben dieses Leid anderer und laufen hierdurch Gefahr, „aus der Spur zu geraten“. Hier greift das psychosoziale und medizinische Betreuungssystem ein. Parallel hierzu werden in der Polizei in Kooperation mit der Landespolizeipfarrerin und der Fachhochschule Polizei Sachsen-Anhalt Supervisionen für Konfliktbereiche durchgeführt sowie Angebote zur Gruppen- und Teamsupervision vorgehalten. Auch der Landesarbeitskreis „Gesundheitsmanagement in der Polizei“ befasste sich in seiner Funktion als beratendes Gremium bereits mit dieser Thematik. Psychologische und medizinische Fragen der Betreuung von Einsatzkräften nach traumatisierenden Einsätzen werden, insbesondere angesichts der ansteigenden Meldungen von Gewalttaten und Katastrophenfällen, an Bedeutsamkeit zunehmen.

Literaturverzeichnis

Holzer, C. (1993): Arbeitszufriedenheit und Absentismus – eine empirische Studie unter Berücksichtigung der qualitativen Formen der Arbeitszufriedenheit, Diplomarbeit an der Universität Bayreuth.

Pedal, W.; Maier, F.; Pitloun, U. (2004): Gesundheitsbericht 2004 für die Landespolizei Sachsen-Anhalt. Aschersleben.

Schmidt, K.H. (1996): Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation.

Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 40. Jg. (N.F.14) 2. Göttingen, S. 54–62.

Stadler, P.; Strobel, G. (2000): Psychische Belastung durch Führungsverhalten. Sichere Arbeit – Internationales Fachmagazin für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 6/2000. S. 35–40.

Ein Erlebnisbericht



STEFFEN QUAAS

Ich bin Polizist und sitze am Schreibtisch. Gott sei Dank ist mein Arbeitsplatz der Schreibtisch. Ich beneide meine Kolleginnen und Kollegen höchst selten, wenn sie zu Unfällen gerufen werden, bei denen Menschen verletzt oder getötet wurden. Um traumatisiert zu werden, dies ist mir inzwischen sehr deutlich geworden, bedarf es nicht der Bilder im Kopf oder der Eindrücke am Unfall- oder Ereignisort. Der Umgang mit dem Phänomen der sekundären Traumatisierung gehört bei der Polizei bewusst oder unbewusst zur Tagesordnung. Der Ton

unter den Kollegen ist rau aber herzlich. Der Humor ist derb und schwarz. Eine Art, das Gesehene und Erlebte zu verarbeiten, wie ich inzwischen und spätestens seit dem Symposium der Friedrich-Ebert-Stiftung weiß. Die Kollegen gehen mit den Ereignissen, die für die Unfallopfer und deren Angehörige regelmäßig Tragödien darstellen, routiniert um. Angehörige verständigen, Spuren aufnehmen, den „Sachverhalt bearbeiten“, die jungen und unbedarften Kollegen einweisen – alles Routine. Eigentlich.

Polizisten sind Helfer. Sie sind Helfer, die eigenes Erleben und selbstverständlich auch eigene Probleme verarbeiten müssen. In einer gut funktionierenden Gruppe werden die handelnden Beamten von ihren Vorgesetzten gefragt, wie es ihnen geht. Ab und an wird die Frage um „Brauchst du Hilfe?“ erweitert. Hilfsangebote gibt es zuhauf. Es gibt Seelsorger, einen Sozialwissenschaftlichen Dienst, Sozialbetreuer, Vorgesetzte und

natürlich auch Unterstützung durch behördenfremde Hilfsangebote. Jeder rational denkende und handelnde Beamte kann diese Hilfe in Anspruch nehmen – wenn er es denn möchte und wenn er selbst erkennt, dass er Hilfe benötigt. Erkennt er selbst nicht, inzwischen traumatisiert zu sein und erkennt auch der Vorgesetzte die Probleme seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht, hat die Polizei ein weiteres Problem. Und diese Probleme sind oft nur die Spitze des Eisbergs.

Polizeibeamte sind auch nur Menschen. Sie sind Spiegelbild der Gesellschaft. Sie haben die gleichen persönlichen Probleme, wie alle anderen Menschen auch. Die gleichen gesundheitlichen Probleme, die der Schichtdienst und die Arbeitsbelastung auch in anderen Berufsgruppen mit sich bringen. Probleme mit den Partnerinnen und Partnern, denen jede andere Beziehung auch ausgesetzt ist. Allerdings werden eben diese gerade bei Polizisten durch den Wechselschichtdienst, durch lange Abordnungen und Dienstreisen und die sonstigen Besonderheiten des Polizeidienstes verstärkt. Die genannten Probleme sind zugegebenermaßen manchmal ein wenig spezieller, weil Polizeibeamte einen besonderen Status innehaben, der in vielen Situationen einen verstärkten Schutz bietet. Es gibt jedoch auch Einzelfälle, bei denen die Probleme für Betroffene so schwerwiegend sind, dass sich zumindest vereinzelt Kolleginnen und Kollegen durch Suizid diesen Problemen zu entziehen versuchen.

Die Probleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die seelische oder körperliche Einschränkungen mit sich bringen, haben oft sehr komplexe Ursachen. Der falsche Umgang mit Problemen oder nicht vorhandene Problemlösungsstrategien führen häufig zu weiteren Problemen. Die temporäre Verdrängung eigener Probleme durch über- und regelmäßigen Genuss von Alkohol, kann ohne professionelle Hilfe im weiteren Verlauf zur Abhängigkeit führen. Der Anteil alkoholkranker Polizeibeamter dürfte sich nicht wesentlich von vergleichbaren Berufsgruppen unterscheiden.

Bei isolierter Betrachtung der einzelnen Schwerpunkte und Probleme, mit denen ein Beamter konfrontiert sein kann, erscheint die Vorstellung, der Beamte könnte traumatisiert sein, eher abwegig. Vor allem Anzahl, Schwere und Regelmäßigkeit der Ereignisse und Probleme beeinflussen die seelische Belastung der Beamten. Ein ganz entscheidender Faktor ist auch die Möglichkeit der Beamten, mit den Ereignissen und Problemen umzugehen, sie also zu verarbeiten und sich dabei selbst schadlos zu halten. Eine weitere Kontrollinstanz stellen die jeweiligen Vorgesetzten dar. Die Erfolge dieser Interventionsmöglichkeit variieren in Abhängigkeit von der jeweiligen Sozial- und Fachkompetenz des Vorgesetzten, der Personalfuktuation in der Dienststelle und anderen Rahmenbedingungen. Werden die Probleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch seelische oder körperliche Symptome „augenfällig“, ist es oft schon zu spät. Ab und an bleiben deshalb die beschriebenen Kontrollinstanzen leider auch völlig wirkungslos.

Das Angebot zur Teilnahme am Symposium der Friedrich-Ebert-Stiftung kam mir aus der oben beschriebenen Gesamtsituation und vor allem auch aus eigenen zurückliegenden Erfahrungen sehr gelegen. So war und bin ich durch meine Funktion mit schweren Schicksalen von Kolleginnen und Kollegen oder mit der Überbringung von Todesnachrichten konfrontiert, also einer der „betroffenen“ Teilnehmer des Symposiums. Das Symposium hat mit dieser Thematik ein Feld beleuchtet, welches bei den meisten Beteiligten offenbar auf reges Interesse stieß. Die Notwendigkeit der Hilfe für Helfer scheint oft unterschätzt, der innere Zustand vermeintlich „starker“ Helfer oft überschätzt zu werden.

Das Symposium und hier vor allem die Gespräche im „World Cafe“ und die Pausengespräche machten deutlich, dass die „Hilfe für Helfer“ nicht nur ein Problem für die Polizei, sondern auch für eine Unzahl anderer Berufsgruppen eine wichtige Rolle spielt. Die Anzahl persönlich betroffener Helfer überraschte mich.

Mit Erleichterung nehmen wir Hilfe an, sehen, wie andere Menschen Unfallopfern oder in Not geratenen Menschen helfen. Die akute Situation der Hilfsbedürftigen steht im Fokus. Die Situation der Helfer tritt hinter die Ereignisse zurück. Wie es um das „Seelenheil“ der Helfer selbst bestellt ist, fällt (zu) oft in den Hintergrund.

Das Symposium war eine sehr gute Gelegenheit für die Helfer, sich gegenseitig Mut zu machen, Erfahrungen auszutauschen, aber auch – und das schien vielen Teilnehmern besonders wichtig – auf ihre eigenen Sorgen und Nöte aufmerksam zu machen und selbst eine Möglichkeit zu haben, über das Erlebte und teilweise auch Erlittene zu sprechen.

Ein wesentlicher Nutzen des Symposiums bestand in der Möglichkeit, an vorhandenen Netzwerken zu arbeiten, mit anderen Helfern zu sprechen, Gedanken auszutauschen oder auch nur zu erfahren, wer einem selbst in schwierigen Situationen mit Rat und Tat zur Seite stehen kann.

Aus den während des Symposiums aufgestellten Arbeitsgruppen heraus, bildete sich ein kleiner Personenkreis, aus den unterschiedlichsten Bereichen, dem es in der Folge des Symposiums gelang, sich regelmäßig zu treffen. Im Vordergrund standen hierbei der Erfahrungsaustausch und das gegenseitige Kennenlernen. In diesen Treffen war es auch möglich, spezielle örtlich begrenzte Probleme zu lösen, Hilfe zu vermitteln oder Anreize für eigene Handlungsfelder zu finden. Problematisch erschien die sehr unterschiedliche Interessenlage der Teilnehmer an diesem Gesprächskreis. Diese reichte von eigener Betroffenheit und der Suche nach persönlicher Hilfe bis hin zu gegenseitigen Hilfs- und Fortbildungsangeboten.

Die Kenntnis der unterschiedlichen Problemfelder, das Wissen über die Kernkompetenzen der Arbeitsgruppenmitglieder und die Informationen zu Aufbau, Struktur und Arbeitsfeldern beteiligter Behörden und Firmen war bereits in vielen Fällen hilfreich und nutzbringend.

Entscheidend für mich persönlich war die dem Symposium zugrunde liegende Möglichkeit, Menschen kennen zu lernen, die mir und meinen Kollegen in entscheidenden Situationen und Ernstfällen hilfreich zur Seite stehen können. Der Überblick über vorhandene Strukturen für Helfer, über Fortbildungsangebote und nicht zuletzt der Einblick in die Probleme anderer Behörden und Einrichtungen war ebenfalls von herausragender Bedeutung. Die allgemeine Sensibilisierung für das Thema „Hilfe für Helfer“ ist meines Erachtens wichtig und hilfreich. Ich bin davon überzeugt, dass die beschriebenen Hilfen, Einsichten und Erkenntnisse und der Zugang zu bestehenden Netzwerken für die Helferinnen und Helfer dazu führen werden, auf künftige Herausforderungen besser vorbereitet zu sein.

Eindrücke von der Fachtagung



DR. EVELIN ACKERMANN

Die Ausschreibung der Fachtagung der Friedrich-Ebert-Stiftung zum Thema „Umgang mit sekundärer Traumatisierung“ hatte mein Interesse nicht zuletzt deshalb geweckt, weil ich im Rahmen meiner Tätigkeit in der Psychotherapeutischen Studentenberatung (PSB) am Hochschulstandort Magdeburg immer wieder mit KlientInnen konfrontiert bin, die traumatische Erfahrungen gemacht haben. So spielen in einigen Biographien Themen wie emotionaler oder sexueller Missbrauch oder auch körperliche Misshandlung eine Rolle – angesichts einer

akuten Belastungssituation im Studium oder im persönlichen Beziehungsgefüge tauchen manchmal unvermittelt Erinnerungen aus der Vergangenheit wieder oder zum ersten Mal auf. Während es in solchen Fällen immer darum geht, die jeweiligen Studierenden zur Aufnahme einer weiterführenden Psychotherapie zu motivieren, muss die Beratungssituation – auch wenn sie keine vertiefende Bearbeitung zulässt – zumindest Raum für das Ansprechen derart verletzender Erfahrungen bieten. Neben solchen meist mit der Kindheit verbundenen Erfahrungshintergründen gibt es natürlich auch Studierende, die sich von einer akuten oder erst relativ kurz zurückliegenden Belastungssituation überrollt fühlen. Bei 10 % bis 12 % der Ratsuchenden geht es um eine Trauerbegleitung nach dem Verlust eines nahen Angehörigen, in etwa der Hälfte der Fälle liegt der Tod zwischen ein paar Tagen und ein paar Monaten zurück. Manchmal – dies passiert häufiger im Zusammenhang mit einem Suizid – war der Ratsuchende auch derjenige, der den Verstorbenen zuerst gefunden hat.



Foto: Ralf Roschinski

Andere Erfahrungen Studierender mit traumatischer Qualität können z. B. aus dem Erleben eines Verkehrsunfalls, eines Überfalls, einer Vergewaltigung, dem Miterleben einer Naturkatastrophe oder eines Krieges (ausländische Studierende) oder der Konfrontation mit einer schweren Erkrankung und der entsprechenden Behandlung (Epilepsie, Leukämie, Hirntumor) resultieren.

Die PSB wird in derartigen Situationen oft zum Ort, an dem Gefühle zu- gelassen bzw. sortiert werden können. Die Beratungsgespräche können dazu beitragen, dass die Betroffenen ihre gegenwärtige Situation und die damit verbundenen Emotionen besser einordnen, verstehen und ertragen können. Sie werden dabei unterstützt, dem Verarbeitungsprozess den nötigen Raum und die nötige Zeit zu geben, indem sie z. B. vorüberge-



Foto: Ralf Roschinski

hend die Studienanforderungen reduzieren, vielleicht sogar ein Urlaubssemester beantragen, Prüfungen verschieben. Gleichzeitig geht es darum, die individuelle Selbstregulationsfähigkeit zu fördern, durch Anregungen zur Verbesserung der Selbstfürsorge und durch die Ermutigung, den Kontakt und das offene Gespräch mit Freunden oder der Familie zu suchen.

Als niedrigschwellige Beratungseinrichtung kommt der PSB oft die Funktion einer ersten „Auffangstation“ zu. Die Beraterin bewegt sich angesichts ihres Auftrags und der begrenzenden Rahmenbedingungen permanent auf einem schmalen Grat: Einerseits muss sie eine Atmosphäre des Vertrauens und der Intimität schaffen, die es den KlientInnen erlaubt, Gefühle zuzulassen, tabuisierte Themen anzusprechen und eine gewisse Selbstexploration vorzunehmen. Nur so können die Betroffenen die biographische Bedeutsamkeit zurückliegender oder akuter Traumatisierungen wahrnehmen und z. B. eine Entscheidung für die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung treffen. Gleichzeitig muss sie die

Ratsuchenden aber auch aktiv dabei unterstützen, sich selbst vor einer übermäßigen Gefühlsüberflutung zu schützen, um zu gewährleisten, dass sie die relativ langen Wartezeiten bis zum nächsten Termin bzw. bis zum Beginn einer therapeutischen Behandlung einigermaßen gut überstehen können. Im Einzelfall kann auch die Empfehlung und Vermittlung einer ambulanten oder stationären psychiatrischen Behandlung geboten sein.

Die Beratungsgespräche ähneln manchmal einem Sondierungsverfahren: Nachdem der oder die Studierende den „Schmerzauslöser“ konkret oder auch nur diffus geortet hat, geht es zunächst einmal darum, den „Schmerzpunkt“ nicht weiter zu belasten und die „Wunde“ oberflächlich zu versorgen, um sie in einem therapeutischen Setting tatsächlich zu behandeln. Als „Wundversorgung“ können sowohl konkrete Verfahren zur Selbstregulation (Entspannungsübungen, Imaginationstechniken) gelten als auch die gemeinsame Einnahme einer Metaposition, aus der das gerade Erlebte mit einer gewissen Distanz betrachtet und nächste Schritte besprochen werden können.

Für die Beraterin ergibt sich die Notwendigkeit, sich einerseits empathisch einzufühlen und die Verwirrung, den Schock, die Trauer oder die Wut ihrer Gegenüber auszuhalten bzw. partiell mit zu tragen. Andererseits muss sie sich immer der Begrenztheit ihrer Unterstützungs- und Begleitungsmöglichkeiten bewusst sein und den Betroffenen aktiv dabei behilflich sein, sich gegen belastende Gefühle, Gedanken und Erinnerungen soweit zu schützen, dass sie ihren unmittelbaren Alltagsanforderungen einigermaßen gerecht werden können. Das erfordert eine professionelle Reflexivität, die sich vor allem auf den Umgang mit eigenen Gefühlen der Ohnmacht, der Hilflosigkeit und mit den Grenzen der eigenen Unterstützungs- und Begleitungsmöglichkeiten bezieht.

Sowohl im Hinblick auf den Austausch von einschlägigen Erfahrungen und Informationen als auch in Bezug auf die eigene Psychohygiene gab der von der Friedrich-Ebert-Stiftung gestaltete Fachtag eine Menge Anre-

gungen. So war ich überrascht von der hohen Teilnehmerzahl und habe von den zahlreichen Einzelbegegnungen mit Menschen aus sehr unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern fast noch mehr profitiert als von den Impulsreferaten. Die Gespräche im Rahmen des Weltcafés boten ausreichend Zeit und Gelegenheit, die eigenen Erfahrungen zu reflektieren, an den Erfahrungen anderer Professioneller oder Laienhelfer teilzuhaben und mehrere Perspektiven miteinander zu verschränken. Durch die Präsentation von Kernaussagen aus den einzelnen Gesprächsgruppen im Plenum wurde die Komplexität, der Anforderungsreichtum und das Gefährdungspotenzial des professionellen Handelns in helfenden Berufen sehr gut deutlich.

Die Anregung zur Vertiefung eines spezifischen Aspekts im Rahmen eines spontan formulierten Workshopangebots hatte für mich persönlich ein offenes und differenziertes Gespräch mit einer mir bis dahin unbekanntem Kollegin zur Folge. Wir tauschten uns über Zusammenhänge zwischen eigenen biographischen Erfahrungen und unseren beruflichen Handlungsfeldern aus und konnten ganz gut benennen, welche Stärken, aber auch welche Schwierigkeiten daraus erwachsen können, dass es immer gewisse Schnittmengen zwischen den Erfahrungen von Professionellen und ihren KlientInnen gibt.

Insgesamt hat mir gut gefallen, dass es sowohl Input als auch genügend Zeit für Reflexion und Kommunikation gab – eine Komponente, die auf vielen anderen Tagungen zu kurz kommt. Es wäre schön, im Rahmen einer Folgetagung gezielt einzelne Aspekte – ebenfalls möglichst im interdisziplinären Austausch – zu vertiefen, z.B. in Gestalt von Workshops, die Gelegenheit zur Diskussion konkreter Fälle oder auch zur Analyse problematischer Therapie- oder Beratungssituationen bieten.

Der Körper vergisst nicht – Das Phänomen der Sekundärtraumatisierung in der Notfallseelsorge



JOHANNES LEWEK

Der Körper vergisst nicht. An intensive Gefühle erinnern wir uns noch jahrelang. Als Seelsorger und Leiter unseres Bernburger Notfallseelsorgeteams bin ich regelmäßig mit den Gefühlen meiner Gesprächspartner/innen in seelsorgerlichen Gesprächen konfrontiert und natürlich mit meinen eigenen. Da merkt sich viel, so meine Erfahrung.

An den 18. Juni 2007 kann ich mich detailliert erinnern. Gegen 14.00 Uhr ereignete sich auf der A 14 bei Könnern ein schweres Busunglück. In seiner Folge starben 13 Menschen, es gab viele weitere z. T. schwer verletzte Menschen. Mitglieder unseres Bernburger Notfallseelsorgeteams und ich selber waren über Stunden am Unfallort im Einsatz. Wir kümmerten uns um die Leichtverletzten, die sich in einem eilig aufgebauten Zelt des DRK befanden, sprachen mit Einsatzkräften, begleiteten später die Leichtverletzten mit ihren inzwischen angereisten Angehörigen auch im Bernburger Klinikum.

Ich war an diesem Tag erst gegen Mitternacht wieder zu Hause. Es ging mir gut! Ich erinnere mich an ein „Flow-Gefühl“, ich wurde getragen von einer Welle voller Spannung und Konzentration auf meine Arbeit als Seelsorger. Das war auch am nächsten Tag noch so. In der Bernburger Klinik begleitete ich Angehörige bei der Identifizierung von verstorbenen Unfallopfern, es gab viele belastende Gespräche zu führen und Trost zu spenden. Ein Hauptproblem war, dass es lange keine Freigabe der offiziell-



Foto: Engelbert Püllicher

len Liste der verstorbenen Unglückssopfer gab. Immer wieder musste ich auf später vertrösten. Und trotzdem bei mir: gute Gefühle! Tage später, während einer ausführlichen Einsatznachbesprechung mit den anderen Teammitgliedern, wurde mir von ihnen ähnliches berichtet: Es fühlte sich gut an, gebraucht zu werden in dieser einen konkreten Unfallsituation unter Einsatzindikation: „Massenunfall schwer verletzter Personen“. Als positive Spannung haben wir Notfallseelsorger im Rückblick auf unseren Einsatz diese Gefühle beschrieben.

Ich erinnere mich aber auch an ganz andere Gefühle in dieser Ausnahmewoche: an Gereiztheit und Unbeherrschtheit meinerseits, an Aggressionen, Dünnhäutigkeit. Zu Hause bei meiner Familie, im für mich geschützten Raum, kam das am Ende dieser „Ausnahmewoche“ nach dem mehrtägigen Einsatz zum Vorschein. Heute aus dem Rückblick kann ich

das einordnen und verstehen. Ich bin mir heute sicher, dass diese Symptome – Gereiztheit, Dünnhäutigkeit usw. als Symptome von Sekundärtraumatisierung zu werten sind. Ich erinnere mich z.B. an den Abend des dritten Tages „danach“. Für den nächsten Tag war eine große Trauerfeier in der Bernburger Marienkirche geplant. Ich sollte die Eröffnungsworte sprechen. Dafür hatte ich mich noch einen Tag vorher selber bereit erklärt. Jetzt am Vorabend erschien mir dies fast unmöglich zu sein, ich fühlte mich müde und war zerknirscht über meine eigene Bereitschaft dazu. In meinem seelischen Erschöpfungszustand konnte ich mir das nicht vorstellen, fühlte mich allein schon mit der Aussicht auf diese Aufgabe völlig überfordert.

Diesen seelischen Erschöpfungszustand und die Negativgefühle waren Symptome von Sekundärtraumatisierung, jene Belastungen, die durch das längere Zusammensein mit traumatisierten Menschen und deren Helfern, Situationen und der spürbaren Anspannung entsteht. Die Sym-



Foto: Engelbert Pülicher

ptome sind die gleichen wie bei direkt traumatisierten Menschen in abgeschwächter Form. Es sind belastende Gefühle der Überforderung, von Druck, Stress, Gereiztheit und damit verbundener Konflikte im privaten Umfeld. Gefühle versagt zu haben. Diese Erkenntnis aus der Traumaforschung ist für uns ehrenamtlich arbeitende Notfallseelsorger etwas wichtiges und wertvolles. Wir kommen sicher nicht sehr oft, sehr lange und intensiv in die Begegnung mit traumatisierten Menschen und in entsprechende Situationen, sind aber schon regelmäßig in solchen Kontakten. Bei ca. 35 – 40 Einsätzen unseres Bernburger Teams ist jeder aus unserem Team etwa dreimal im Jahr im Einsatz. Dabei besteht theoretisch immer die Möglichkeit, in eine länger anhaltende Situation hinein zu geraten, die mich als Seelsorger fordert und in Anspruch nimmt. Dabei lautet die Regel: Begrenze deinen Einsatz auf maximal drei Stunden, danach besser einen anderen Notfallseelsorger nachalarmieren und nach Möglichkeit sich selber herausnehmen.

Für mich ist die Gesamtheit dessen, was eine traumatische Situation für einen davon betroffenen Menschen bedeuten kann, am besten mit dem Begriff „Traumatische Zange“ (Huber, M. 2003, S.39) beschrieben. Damit ist im Bild treffend zusammengefasst, was sich ereignet, wenn die Konfrontation mit der Bedrohung unausweichlich wird. Denken wir z. B. an einen sich anbahnenden Autounfall, wobei wir den Zusammenstoß vorher wie in Zeitlupe auf uns zukommen sehen, aber uns völlig machtlos fühlen, dagegen noch irgend etwas tun zu können. So ist mir dies von Unfallopfern beschrieben worden.

Die üblichen Reaktionen auf die Bedrohung sind verhindert. Weder Bindungs- und Schutzreflexe noch Flucht oder Kampf sind möglich. So bleibt das „sich Ergeben“, die „Unterwerfung“, die Selbstaufgabe. Das bedeutet ein Erleben von Kontrollverlust. Dies alles spielt sich im emotionalen Gedächtnis ab (Amygdala), wobei das kognitive Gedächtnis (Hippocampus) „abgeschaltet“ ist. Folge dieses „Einschnittes“ ist die Abspaltung (Dissoziation) von aktuellen Bildern, Gedanken, Gefühlen oder auch

Beziehungsaspekten. Das emotionale Gedächtnis kommt durcheinander, das kognitive Gedächtnis funktioniert nicht mehr. Abgespaltene Sinnesindrücke werden verdrängt und „lauern“ ungeordnet im Hintergrund.

Die darauf folgende posttraumatische Belastungsreaktion ist normal. Die meisten Menschen haben so etwas schon einmal erlebt, wenn sie sich nach einem riesigen Schreck erst einmal und sei es nur für Minuten davon erholen müssen. Die posttraumatische Stressreaktion (PTSD) dagegen meint einen pathologischen Zustand des nicht rechtzeitigen Abklingens von traumabedingten Stresssymptomen. Dies kann sich als Folge von Sekundärtraumatisierung nach langen und besonders belastenden Einsätzen auch für uns als Notfallseelsorger einstellen. Unter anderem auch diese Erfahrung hat dazu geführt, dass in der Ausbildung für ehrenamtliche Notfallseelsorger Grundkenntnisse in der Psychotraumatologie vermittelt werden.

Diese kurze Beschreibung dessen, was für uns als Notfallseelsorger aus der Traumaforschung gelernt werden kann, hat entscheidende Bedeutung für unseren Umgang mit einer betroffenen Person. Es geht in der Trauma-seelsorge nicht wie in der „normalen“ Seelsorge um Erinnerungs- und Gefühlsarbeit. Dies verbietet sich sogar. Sondern es geht darum „Menschen zu verhelfen, ihre Kompetenzen und Möglichkeiten, ihre Handlungsspielräume, wenn sie auch noch so eingeschränkt sind zu entdecken und freizusetzen“ (Lammer, K. 2009). Dazu verhilft aus meiner Erfahrung eine positive Sprache, die das Erlebte sehr wohl beschreibt, aber sensibel darauf achtet den Betroffenen nicht als Opfer herabzuwürdigen.

Es geht dann also nicht um den „schlimmen Unfall“, den jemand gerade so überlebt hat, sondern um die Tatsache, dass der Betroffene es geschafft hat, sich behauptet hat und das im Wesentlichen richtige getan hat in einer außergewöhnlichen Situation, auf die niemand vorbereitet ist. Hier ist die Situation „verrückt“ und nicht der Betroffene! Der Betroffene hat das Normale getan und hat normal reagiert! Das gilt es im seelsorger-

lichen Gespräch zu vermitteln! Manchmal einfach durch ein ruhiges Dasein, weil Worte versagen. Traumaseelsorge geht also auf die Ressourcen der Betroffenen ein, entdeckt sie gemeinsam mit ihm. Ich begeben 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.

Solche Nähe zwischen Helfern und Traumatisierten kann aber immer auch Ursache für Symptome der Sekundärtraumatisierung bei dem Notfallseelsorger werden. Dies sind „Belastungen, die speziell in der Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen entstehen können. Dabei erleben Helferinnen ähnliche Symptome, wie sie von traumatisierten Menschen berichtet werden: Alpträume, intrusive Gedanken und Bilder, Depressionen, Gereiztheit, Bedrohungsgefühle können einhergehen mit sozialem Rückzug, Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhtem Konsum von Alkohol und Medikamenten.“ (Daniels, J. 2008). Die für uns Notfallseelsorger erstrebenswerte Nähe durch Empathie scheint mir auch genau die Gefahrenquelle zu sein, die Symptome der Sekundärtraumatisierung verursachen. „Das Traumamaterial wird ohne Bezug über Ort und Zeitpunkt des Geschehens und mit einer geringen Differenzierung zwischen der eigenen Person und anderen Personen abgespeichert. So wird die Bedrohung als aktuelle, gegen die Helferin gerichtete Bedrohung (später) erinnert“ (Daniels, J. 2008). Ausgerechnet die für einen guten Seelsorger erstrebenswerte Fähigkeit der Empathie ist auch „Mechanismus“ für die Übertragung von Traumasymptomen.

Was leitet sich nun für uns Notfallseelsorger aus dieser wahrnehmbaren und inzwischen gut beschriebenen Gefahr der Sekundärtraumatisierung ab? Wissen ist Macht! Gerade das Wissen über sich selbst. Für uns ehrenamtliche Notfallseelsorger gehören psychologische Grundkenntnisse zum „Handwerkszeug“. Die inzwischen deutschlandweit standardisierte Grund-

ausbildung der Notfallseelsorge (60 Stunden) ist Voraussetzung für die Mitarbeit in einem der Notfallseelsorge- oder Kriseninterventionsteams.

Ein Hauptthema dieser Ausbildung ist die „Einführung in die Psychotraumatologie“. Eigene und fremde Stresssymptome sollen wahrgenommen, durchschaut werden können. Die Grenze zwischen der normalen akuten Belastungsreaktion und einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) müssen bekannt sein, um so in der seelsorgerlichen Begegnung den Gesprächspartner in seinem Verhalten besser einordnen zu können. Außerdem sollen auch eigene Belastungsgrenzen ausgemacht werden können, um darauf angemessen zu reagieren. Im weiteren gehört dazu die Frage nach Umgang mit Stress, wann und warum Eustress zu Disstress wird. Dies zielt auf den sensiblen Umgang des späteren Notfallseelorgers mit sich selbst ab. Das rechte Gleichgewicht zwischen meinen inneren Ressourcen (in körperlicher, sozialer und seelischer Hinsicht) und den zu erwartenden Herausforderungen am Einsatzort ist eine wesentliche Voraussetzung für einen gelungenen Einsatz.

Ausführlich geht die Ausbildung auch auf die Frage der Einsatznachsorge ein. Hier stehen vier Empfehlungen im Vordergrund:

- Mit Stress angemessen umgehen (innere Distanz schaffen, bewusst ablenken, Verminderung der Berührungspunkte mit dem Erlebten anstreben).
- Kognitive Neubewertung (Neue, veränderte Bedeutung für mich schaffen, Was hat diese Stressbelastung durch den Einsatz für mich Gutes bewirkt? Stressbelastung immer auch als wichtige Erfahrung und eigenes Wachstum bewerten, positive Sichtweise finden: Was habe ich an Schlimmerem verhindern können?)
- Erregung vermindern: Entspannungsreaktionen, die sich von selbst einstellen bewusst zulassen und erleben.
- Stressreaktionen ausdrücken: Im geschützten Raum vom Einsatz erzählen, dabei auch Gefühle äußern, sich Bewegung schaffen, um die innere Spannung abzubauen.

In der Regel treffen sich Notfallseelsorgeteams monatlich zur Teambesprechung. In Bernburg ist monatlich entweder eine Teamrunde oder eine Supervision dran. Ein gutes vertrautes Klima im Team ist eine weitere wesentliche Voraussetzung, um drohenden Symptomen von Sekundärtraumatisierung zu begegnen und „Vorsorge“ zu betreiben. Ein gutes Teamklima will freilich immer wieder bewusst gepflegt werden. Unsere Bernburger Teamtreffen beginnen wir mit einer „Wie geht’s mir“ – Runde. Von vergangenen Einsätzen wird kurz erzählt, bei Bedarf auch ausführlicher. Eigene Befindlichkeiten gehören dazu und werden inzwischen auch ausgehalten vom Team. In den regelmäßigen Supervisionen fragt ein externer Supervisor nach den Einsätzen unter der Frage: Was hat dieser Einsatz bei mir bewirkt und wie kann ich jetzt gut damit umgehen und alles hinter mir lassen? Eine weitere wichtige Handhabung ist auch das Protokollieren der Einsätze: Jedes Mitglied protokolliert nach Ende den Einsatz und gibt dieses zeitnah an den Teamleiter. Im Protokoll wird immer auch abgefragt, ob ein schnelles Nachgespräch mit dem Teamleiter als notwendig erachtet wird.

Es ist für mich einleuchtend, dass Menschen, die sich regelmäßig traumatisierten Situationen annähern, sich dort einfühlen und eine Zeit zubringen, sich immer auch selber in besonderer Weise beobachten müssen. Seelenpflege ist notwendig wie Körperpflege. Die Einrichtungen, von denen die Notfallseelsorgeteams getragen werden, haben hier Verantwortung und natürlich die Teamleitung.

Am Ende meiner Überlegungen zum besseren Umgang Ehrenamtlicher mit von Trauma geprägten Situationen richtet sich mein Blick auf die ehrenamtlichen Rettungskräfte. Hier erinnere ich mich wieder kurz an das schon oben beschriebene Busunglück auf der A14 bei Könnern im Juni 2007. Ich denke an ein kurzes Gespräch mit einer jungen ehrenamtlichen Feuerwehrfrau am Rande des Einsatzes. Ich erinnere mich an ihren Erschöpfungszustand und das Entsetzen das ihr anzusehen war.

Mein Eindruck ist, dass langsam auch hier bei ehrenamtlichen Rettungskräften der Feuerwehr, des THW, des DRK usw. unter dem Begriff Psycho-soziale Unterstützung (PSU) nach und nach mehr Verantwortung für die seelische Gesundheit wahrgenommen wird. Auch hier geht es, wie bei uns Notfallseelsorgern, um das Erkennen und sich selber Eingestehen von zu viel seelischer Belastung und möglichen späteren Symptomen von Sekundärtraumatisierung. Eine bewusste Einsatznachsorge ist oft angezeigt, wird aber nach meiner Wahrnehmung noch kaum für die eingesetzten Menschen im Rettungsdienst angeordnet und von diesen auch nicht gewünscht. Aber vielleicht zeigt die Tatsache, dass unser Team im letzten Jahr zweimal zur Nachbetreuung von Rettungskräften in einen Einsatz gerufen wurde hier eine neue Tendenz an.

Gerade in dieser Situation scheint mir eine engere Vernetzung von ehrenamtlichen Rettungskräften und der Notfallseelsorge sinnvoll zu sein. Dies zu verbessern steht für uns als Bernburger Notfallseelsorgeteam zur Zeit oben an.

Literaturverzeichnis

Huber, Michaela (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1, Paderborn.

Lammer, Kerstin: „Kalter Schweiß auf dem Rücken – Seelsorge nach traumatischen Ereignissen“, Aufsatz im Deutschen Pfarrerblatt – Heft 4/2009, S. 179–182.

Daniels, Dr. Judith: „Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen“ in Psychotherapeut 53 (2), S. 100–107.

Sekundäre Traumatisierung – Berufsrisiko der Helfer



PROF. DR. BERNHARD A. SABEL



ADELHEID ROSCHINSKI

Marianne L. (Name geändert), Kriminalbeamtin bei der Mordkommission einer Kleinstadt im Taunus:

„Seit über 20 Jahren arbeite ich für die Kripo, in den letzten neun Jahren vor allem im Außendienstesinsatz. Dort habe ich meist mit Gewalttaten zu tun, Mord, Totschlag, Überfällen. Die Arbeit fand ich anfangs spannend, konnte mein persönliches Leben vom Beruf trennen, eine gewisse professionelle Distanz aufrecht erhalten. In den letzten Jahren war ich aber zunehmend auf mich alleine gestellt; musste nun immer alleine zum Tatort fahren, oft mitten in der Nacht, alleine als Frau. Es gibt keinen Kollegen, der mitkommt, Personalmangel, nicht so cool und locker wie im Fernsehkrimi. Am Tatort ist zwar meist schon die Polizei, aber als Verantwortliche muss ich mich dann vor Ort um alle Details kümmern; stressig, echt nervenaufreibend, die Leichen, oder das was noch übrig ist. Das will ich hier jetzt nicht graphisch beschreiben, irgendwann steckst du das dann nicht mehr weg.“

Und dann hast Du auch noch die Aufgabe, die Angehörigen zu informieren. Da gibt es wegen Personalmangels keinen Kollegen, der das mal machen kann für dich. Und wenn die Angehörigen dann Details wissen wollen und du denen das dann schonend beibringen musst, das Bild vom Tatort mit all seiner Grausamkeit noch frisch im Gedächtnis hast, das ist hart. Und keiner würdigt dein Engagement für den Beruf. Der Chef sagt nie mal was Positives. Neulich haben wir erfolgreich nach langen Recherchen einen internationalen Menschenhandelring ausgehoben. Eine konzertierte Aktion von Deutschland, Holland, und Belgien. Die habe ich geleitet. Dafür sollten wir dann vom Polizeipräsidenten einen Preis bekommen für erfolgreiche Arbeit. Was passiert ist: der Chef bekommt die Nachricht vom anstehenden Preis, sagt nichts und geht alleine zur Preisverleihung“.

Marianne L. wollte mit ihrem Job der Gesellschaft helfen, Straftaten aufzuklären, was Spannendes erleben. Hat auf Kinder verzichtet, des Berufes wegen. Nun leidet sie an mangelnder Lebensfreude, ist lustlos und hat einfach keine Energie mehr; ist demotiviert, mit Phasen der Depression, nicht mehr in der Lage, ihren Beruf auszuüben: burn-out. Um in ihrem „Kopf mal alles wieder in die Reihe zu bekommen“ lässt sie sich in eine psychosomatische Klinik überweisen. Hat ihren Kollegen erzählt, sie fahre in Urlaub, damit sie sich keine Kommentare anhören muss, von den wenig mitfühlenden „Machos“. Sie überlegt sich nun, den Job zu wechseln.

Die Sicht der Medien

Medienberichte von traumatischen Ereignissen mit Personenschaden durch Gewalteinwirkung (z.B. Vergewaltigung, Mord) oder Unfällen mit zahlreichen Schwerverletzten (oder Toten) führen wie ein Kniesehnenreflex zur Aufmerksamkeit und Betroffenheit der Öffentlichkeit; sie garantieren eine hohe Zeitungsauflage oder Einschaltquoten in Rundfunk und Fernsehen. Im primären Fokus der Öffentlichkeit steht hierbei zu-

nächst die Ursache des Traumas: das Motiv des Gewalttäters („warum hat er das getan“), seine Psyche („wie konnte er so werden“), der genaue Hergang des Unfallereignisses, der Grund für die Massenpanik, die Naturkatastrophe oder den Krieg.

Verdrängung – das Nicht-Wahrhaben wollen

So schnell wie diese Nachrichten in der Öffentlichkeit auftauchen, so schnell verschwinden sie auch wieder und werden vom nächsten Ereignis in der öffentlichen Wahrnehmung verdrängt. Und „verdrängt“ werden sie auch aus dem eigenen Gedächtnis – aber nicht vergessen. Dafür sind die Ereignisse zu emotional. Vielmehr ist die Verdrängung solcher Erlebnisse ein Schutzmechanismus des menschlichen Geistes, nicht vergessen, nur weggesperrt in eine Ecke des Unterbewusstseins. Denn der Mensch wäre nicht mehr lebensfähig, wenn er ständig unangenehme Nachrichten reflektieren würde („könnte mir auch passieren“) oder sich ständig mit Gedankenkonflikten beschäftigen würde („kognitive Dissonanzen“), es könnte ja auch das eigene Leben betreffen („Wie kann ich nach dem ICE Unfall in Eschede noch Bahn fahren“). Insofern ist zwar die von Sigmund Freud trefflich beschriebene „Verdrängung“ ein wichtiges Instrument psychischer Gesundheit, die uns (das „ICH“) im „Hier und Jetzt“ funktionsfähig hält.

Verdrängtes ist nicht einfach vergessen. Dafür sind emotionsgeladene Inhalte zu sehr im Gedächtnis eingraviert. Wer kann sich nicht kristallklar an den Moment erinnern, als er erstmals von dem Angriff auf das World Trade Center am 11. September 2001 hörte. Diese Situation ist wie eingeebnet ins Gedächtnis, unauslöschlich.

An das Verdrängte denkt man nicht tagtäglich, oft Jahre und Jahrzehnte nicht, es ist aber in einem dunklen Kellerraum unseres „Unbewussten“ abgelegt und wirkt von dort aus auf unser Bewusstsein – subtil und unbe-

merkt. Je mehr Ängste, Sorgen und Stress wir verdrängen, umso mehr wird unsere „Festplatte“ – unser Gehirn – mit negativen Gedächtnisinhalten zugemüllt und es kommt zu Dauerstress. Ist die Menge verdrängter Inhalte zu hoch und wird nicht regelmäßig oder rechtzeitig abgebaut (z.B. durch Entspannung mit Yoga oder Meditation, Positiv-Erlebnisse oder Sport), so führt dies zu Dauerstress mit negativen Folgen für unsere Psyche, bis hin zu Depression und konkreten körperlichen Beschwerden.

Denn wie eine Festplatte hat auch das Unbewusste keine unendliche Speicherkapazität. Vielmehr wird unser Hirncomputer langsamer und langsamer, je mehr Datenschrott sich im Archiv sammelt. Dort wirkt das Verdrängte unbemerkt fort, unbemerkt so lange, bis entweder die schiere Menge der traumatischen Erlebnisse und Konflikte Überhand nimmt oder aber bis konkrete Ereignisse, die uns an die traumatischen Erlebnisse erinnern, die abgelegten Erinnerungen schlagartig zum Vorschein bringen und uns akut in eine Krise stürzen.

Wir alle erleben Traumatisierungen im Laufe unseres Lebens (Verlust eines Angehörigen, traumatische Kindheitserlebnisse aller Art) und kommen trotzdem einigermaßen mit der Welt klar. Wenn aber das Trauma so direkt in unsere Lebensfreude eingreift, dass wir ständig z.B. das Leid anderer Menschen sehen oder immer wieder mit dem Tod konfrontiert werden (etwa bei Vergewaltigungs- und Missbrauchsopfern oder Mord), dann kann das Fass irgendwann überlaufen.

Sekundäre Traumatisierung

Nicht nur das direkte persönliche Erleben eines Ereignisses, sondern auch das Miterleben bzw. davon Hören eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes, schweren Leides oder die Verletzung eines Menschen kann zu einer Traumatisierung beim „unbeteiligten“ (nicht selbst traumatisierten)

Beobachter führen. Dieses nennt man *sekundäre Traumatisierung*. Die Trauma-Forscher sprechen in diesem Zusammenhang auch von *sekundärem traumatischen Stress* oder auch von *Mitgefühlerschöpfung* (engl. „compassion fatigue“) oder *Mitgefühlsstress*.

Im Gegensatz zur posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) des Traumaopfers ist die sekundäre Traumatisierung eine langsam schleichende und über einen längeren Zeitraum sich entwickelnde Belastungsstörung, die Folge des Mitfühlens gegenüber den Opfern („Mitföhlerschöpfung“). Zu den Symptomen gehören Depression, soziale Isolation, Unfähigkeit, die Routinearbeiten des Alltag fortzusetzen, Misstrauen, das Gefühl des verfolgt werdens, emotionale Taubheit, eine Reduzierung des Einfühlungsvermögens, Leugnen der eigenen Sorgen, Belastungen und Ängsten, Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung, Träume über und Erinnerung an das miterlebte Geschehen und Schlaflosigkeit

Die Helfer: Opfer der Opfer

„Traumatisierung der Seele“ wird gemeinhin den direkten Opfern von Gewalttaten oder Unfallopfern zugeschrieben. Sie sind diejenigen, die das Leid erleben und auf sie ist, neben den Tätern, das Auge der Öffentlichkeit fokussiert. Primäre Opfer verarbeiten ihr Trauma meist ohne Psychotherapie nicht nachhaltig; die Gedanken verfolgen sie oft ihr Leben lang. Für das Opfer wird zu Recht viel Verständnis aufgebracht.

Wie sieht es aber mit denjenigen aus, die den Opfern helfen, die das Opfer lebend (traumatisiert) kennen lernen oder gar während oder nach dem Tod einen engen „mentalen“ Kontakt zum Opfer haben, als Zeugen von Unfall oder Gewalttat. Wie ist ihre Seelenlage, wie geht es Ihnen eigentlich?

Die sekundäre Traumatisierung betrifft die verschiedensten Berufsgruppen, die tagtäglich das Schicksal der Opfer teilen:

- Die *Kriminalbeamtin*, die nicht nur als Zeugin bei der Spurensicherung die Grausamkeit des Mordes als erste erlebt, sondern unmittelbar danach (wegen Personalmangel) selbst die Angehörigen aufsucht und zeitnah informieren muss, mit dem Bild des Tatorts vor Augen;
- Die *Sozialarbeiterin*, die Vergewaltigungsoffer berät und sich hunderte Lebensgeschichten anhört, um den Opfern etwas Unterstützung zu geben und sie bei Gerichtsverfahren begleiten zu können, wenn sie ihrem Täter gegenüber sitzen;
- Die *Krankenschwester* in der Krebsstation, die eine persönliche Beziehung zu dem todgeweihten Patienten und dessen Angehörigen entwickelt hat;
- Der *Feuerwehrmann oder der Notfallarzt*, der am Ort eines Unfallgeschehens Verletzte versorgen muss und Tote birgt, der sich vielleicht überlegt, ob er nicht vielleicht doch den Tod hätte verhindern können, wenn er anders gehandelt hätte;
- Der *Soldat*, der seinen Kamerad, der aus dem gleichen Dorf kommt und mit dem er gestern noch Skat gespielt hatte, im Krieg schwer verwundet aus der Kampfzone rausholen muss und sich schuldig für seinen Tod fühlt, obwohl er keinen Einfluss auf die Ereignisse hatte;
- Die *Richterin*, die sich mit der Psyche von Tätern und Opfern bis in den letzten Winkel der Persönlichkeit vertraut machen muss, um über Schuld oder Unschuld zu urteilen;
- Der *Lokomotivführer*, der vielleicht für den Bruchteil einer Sekunde noch in die Augen des Selbstmörders blickte, bevor die unvermeidbare Geschwindigkeit und Kraft seiner Lokomotive den Selbstmord in keinerlei Weise hätte verhindern können;
- Der *Psychotherapeut*, der 40+ Stunden die Woche die erste Anlaufstation ist für psychisch belastete Menschen;
- Die *Seelsorgerin oder der Pfarrer* muss die letzten Minuten, Tage oder Wochen des langsam endenden Menschenlebens begleiten und die Angehörigen trösten.

Sekundäre Traumatisierung geschieht von alleine, immer dort, wo Menschen, insbesondere in den helfenden Berufen, mit menschlichem Leid konfrontiert sind. Hier werden sie tagtäglich das Leid anderer Menschen unvermeidlich miterleben und teilen müssen, mit deren Schmerz konfrontiert sein und trotzdem unermüdlich helfen. Ja, sie sind keine „direkten“ Opfer. Sie sind (noch) nicht körperlich verletzt, sie halten das schon durch (wie lange noch?). Es wird von Ihnen erwartet, denn es ist ja ihr Job.

Aber diese Menschen sind ebenso Opfer. Sie leiden, und auch sie brauchen Hilfe. Sie stehen meistens nicht im Rampenlicht der Öffentlichkeit. Aber sie leiden an „sekundärer Traumatisierung“.

Gerade ein Helfer mit viel „Mitgefühl“ wird ja als „menschlicher“ Helfer angesehen. Aber dieser Segen, die Fähigkeit sich in die Lage anderer hinein zu versetzen, mitzuschwingen (wie der Psychologe es formuliert), ist gleichzeitig ihr Fluch. Professionelle Distanz kann nicht ewig aufrecht erhalten bleiben und aus dem Helfer, gerade dem mitfühlenden, wird schleichend und unbemerkt ein Fall sekundärer Traumatisierung.

„Opfersopfer“ oder der persönliche Preis des Helfens

Erst kommt das psychische Leiden. „Ich schaffe das nicht mehr“; „ich fühle mich überfordert“, „ich bekomme keine Anerkennung für meinen Einsatz“, „ich bin ausgebrannt“, „ich kann nicht mehr“. Der Dauerstress, die mangelnde Entspannung, kein Verständnis oder Würdigung durch andere, kein Mensch, mit dem er über seine Ängste, Belastungen und Sorgen reden kann. Die psychische Dauerbelastung äußert sich dann auch ganz konkret. Die sekundär Traumatisierten berichteten von Gefühlen der Überlastung, der Erschöpfung, des Grübelns, des „Getriebenseins“, der unerklärlichen Aggressionen gegenüber Mitmenschen, Vorge-

setzen, Kollegen oder dem privaten Umfeld. Erkennen kann man die Belastungen und die Verdrängungsmechanismen an den häufigen Beteuerungen, dass man doch gut abschalten könne, bisweilen zeigen sie sich auch in Zynismus oder Witzen über die Opfer.

Nein, es sind meist nicht Einzelereignisse, die in der dunklen Ecke des Unbewussten die Seele belasten. Es ist vielmehr die Vielzahl der Erlebnisse, die sich über Monate, Jahre oder gar Jahrzehnte ansammeln und Spuren hinterlassen. Sie bringen einen schließlich „aus der Spur“. Das Wohlfühlkonto ist tief ins Minus gerutscht. Ein gewisses Risiko gibt es überall und Verschleißerscheinungen sind normal. Aber dass diese die Substanz beeinträchtigen könnten, das stand nicht auf dem Plan. So einfach kapituliert man nicht – nicht vor sich selbst, nicht vor den Kollegen, nicht vor dem Chef, nicht vor der Partnerin/dem Partner, nicht vor den Kindern.

Wer kümmert sich um die „Opfersopfer“?

Die Primär-Opfer bekommen oft Mitgefühl oder Aufmerksamkeit. Aber wer hat Mitgefühl für die Helfer, die Opfer der Opfer? Wer kümmert sich um sie? Einen oder zwei Kieselsteinchen auf der Schulter kann man sicher lange ertragen. Aber wenn es immer mehr Steine werden und immer schwerere Steine und keiner hilft dem Helfer, diese abzuladen: wie viel kann der Helfer wegstecken?

Die sekundäre Traumatisierung ist eine menschliche Tragödie, eine von der Gesellschaft und Öffentlichkeit nicht erkannte und schon gar nicht gewürdigte. Es ist eine Tragödie, die nicht nur menschliches Leiden erzeugt. Sie ist auch ein ökonomischer Faktor für die Arbeitswelt und das Gesundheitssystem: ineffiziente Arbeitsleistung, Arbeitsunfähigkeit,

Krankenkosten, Frühverrentung. Wenn man bedenkt, wie viele „direkte Traumaopfer“ es gibt (Tote, Verletzte, psychisch Traumatisierte) und wenn man genau nachrechnen würde, wie viele Menschen – direkt oder indirekt – jeweils mit den Opfern und deren Leid zu tun haben, dann würde man sehen, wie viel mehr Helfende sekundär traumatisiert werden, als es primäre Opfer gibt. Und wie viel Unterstützung bekommen diese Helfer, die sekundär Traumatisierten?

Die Hilfe und Unterstützung unserer Helfer ist beschämend klein. Sie sind weitestgehend auf sich alleine gestellt. Darin liegt das Problem. Sie können nicht einmal im eigenen Kreis darüber reden, ohne gleich in den Verdacht zu kommen, ein „Weichei“ zu sein oder sie befürchten die Bemerkungen der Kollegen: „Stell Dich nicht so an!“ (man denke etwa an eine Polizistin in der Gruppe männlicher Kollegen oder ein Feuerwehrmann am Stammtisch). Sie werden allein gelassen und niemanden interessiert ihr Leid.

Krise als Chance

Dieses Risiko birgt neben der Gefahr einer Traumatisierung jedoch auch das Potenzial des persönlichen Wachstums und den Gewinn richtungsweisender Lebenseinsichten. Man kann das durchaus in den Griff bekommen; alle Instrumente der Betreuung und Psychotherapie stehen zur Verfügung. Wenn sie dem Einzelnen dann bekannt sind und der Arbeitgeber dieses auch unterstützt. Dazu ist es aber erforderlich, dass (1.) sich der Betroffene des Problems bewusst wird und es vor sich (und Anvertrauten) zugeht, (2.) dass das berufliche Umfeld das Problem bzw. die Last anerkennt und würdigt, (3.) den Helfern selbst Hilfe und Unterstützung angeboten wird und zwar nicht nur materiell.

Verantwortung der Gesellschaft

Grundsätzlich müsste es daher ein Anliegen des Staates und der Gesellschaft sein, auch die sekundär traumatisierten Professionellen durch präventive, begleitende und nachsorgende Maßnahmen zu schützen. Dafür ist es notwendig, das Problembewusstsein auf der Vorgesetztenenebene und bei den politischen Akteuren und Entscheidungsträgern zu wecken und zu schärfen.

Aber viele Helfer gestehen sich das Problem selbst nicht ein („Verdrängung“). Die Spuren, die die Begegnung mit dem Leid anderer hinterlässt, beeinflusst die Haltung und Einstellung der Helfenden und haben daher Auswirkungen auf die Arbeit. Diese Veränderung geschieht nicht immer wahrnehmbar und spürbar, sondern oft unmerklich und nicht bewusst, auch für das „Opfersopfer“. Dazu gehört z. B. die Meidung oder überhöhte Aufnahme von Meldungen zu Gewalttaten, die Umgehung von Orten, an denen sich etwas Schreckliches ereignet hat oder die erhöhte Beachtung der Sicherheit der eigenen Kinder durch Abholen von der Schule, von Freunden, von der Diskothek etc. Umso mehr ist es von Bedeutung, das Augenmerk darauf zu richten und eine Antwort zu suchen auf die Frage: „Wie bleibe ich in der Spur?“

Wie helfen wir den Helfern?

Die Erfahrungen im beruflichen Alltag haben gezeigt, dass die Problematik der sekundären Traumatisierung bisher wenig bekannt ist, sowohl bei den in der Praxis Tätigen als auch auf der Vorgesetztenenebene. Ebenso wie das Leiden von traumatisierten Klienten lässt sich auch das Leiden von Helfern lindern, sofern bei dem Einzelnen Klarheit darüber besteht, welche Aspekte der Arbeit persönlich belastend sind.

Zunächst geht es um das Bewusstmachen der Problematik. Dazu gehören Informationen über das Phänomen der sekundären Traumatisierung und dem Austausch zwischen Menschen in gleicher oder ähnlicher Lage, auch über die Berufsgruppen hinweg.

Als *zweiter Aspekt* sind die präventiven Möglichkeiten, d. h. die Vor- bzw. die Fürsorge des Einzelnen zu betrachten. Dies muss insbesondere für den Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten ein Thema werden. Das Problem darf auch nicht tabuisiert werden. Der Arbeitgeber muss aktiv unterstützen, das heißt er muss konkrete Verarbeitungsmöglichkeiten für den Opferhelfer anbieten.

Zum Dritten müssen Behandlungsmöglichkeiten und Alternativen aufgezeigt und genutzt werden. Denn so wie auch beim Dauerstress ist die sekundäre Traumatisierung letztlich eine durchaus normale Reaktion auf die stets belastende, manchmal traumatisierende Arbeit mit den Betroffenen. Sie ist kein Ausdruck von Schwäche oder mangelnder Berufseignung. Sie kann zwar, muss aber nicht, zu einem psychopathologischen Befund führen oder gar zu einem körperlichen Schaden (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall).

Wir alle sollten uns mit dafür stark machen, dass die vorhandenen Maßnahmen in Anspruch genommen werden können, um unserer Fürsorgepflicht gegenüber denjenigen Rechnung zu tragen, die jeden Tag an der „Front“ oftmals dem größten Ausmaß des menschlichen Leids begegnen. Ohne die vielen gesehenen und nicht-gesehenen Helfer würde das Leid uns allen viel direkter begegnen. Die Helfer schützen so auch uns. Und darum müssen wir auch sie schützen.

Die Tagung hat sicher bei vielen etwas bewegt. Die folgende Erzählung einer Referentin, Frau Dr. Pia Andreatta, ist selbsterklärend. Aus ihrem halbjährigen Einsatz bei „Ärzte-ohne-Grenzen“ in Sri Lanka schreibt sie:

„Bei aller Ausbildung; ich hätte nicht gewusst, wie ich mich auf das hier vorzubereiten gehabt hätte. Jede ‚Traumamethode‘ fallengelassen, arbeitet hier nur noch ‚ein Mensch‘ aus mir heraus. Quasi konzeptfrei, was die Technik anbelangt. Und doch: Das gesamte Wissen um die sekundäre Traumatisierung hat mir sehr sehr geholfen! Das Wissen hilft wohlwollend zu bleiben mit allen eigenen Reaktionen. Ich kann mich besser erholen, mich selbst annehmen und auf mich ‚aufpassen‘, die Faktoren erkennen. Es ist vielfach die Umgebung mit Ausschlag gebend, eigene Bedrohung durch Schlangen in den Beratungsbaracken, Hitze, Lieferung von Wasser verspätet. All das bringt einen noch mehr an den Rand, als die Geschichten selbst. Und dann: natürlich ist es mitteilbar oder bleibt es im Eigenen? Dann ist es wie ein Gefäß, das überlaufen muss. Ich musste und muss es manchmal ‚beschreiben‘ und oft auch NICHT daran denken und mich nicht konfrontieren. Doch es gelingt irgendwie. Ich musste öfter nach der Arbeit einfach nur weinen, um es dann wieder gut sein zu lassen. Krieg ist Krieg und es gibt nichts Vergleichbares, als ‚besser‘ darauf zu reagieren, damit umzugehen. Und: ich habe mich an den Vortrag von Kollegin Schwarzer auf der Tagung in Magdeburg erinnert (die Übungen) und habe die kurz und knapp auch den tamilischen Helfern hier ‚beigebracht‘.“

Das Phänomen der sekundären Traumatisierung



DR. PIA ANDREATTA



MAG. KARIN UNTERLUGGAUER

Das Thema der sekundären Traumatisierung ist in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus des interessierten Fachpublikums gerückt. Es findet eine Auseinandersetzung mit dem „Berufsrisiko“ einer möglichen eigenen Traumatisierung durch die Arbeit im psychosozialen Feld statt. Dadurch wird der Blick geweitet, von den Bedürfnissen der direkt Betroffenen, den Primärtraumatisierten, hin zu der Situation der Helfer, zu deren Bedürfnissen. Diese Entwicklung ist zu begrüßen, impliziert ein Hinschauen auf mögliche Gefährdungen und hat damit bereits einen präventiven Aspekt.

„The cost of caring“ nennt Figley (1995) die Tatsache, dass helfende Berufsgruppen, durch die Konfrontation mit traumatisierten Personen, häufig selbst unmittelbar betroffen sind. Die Wucht, die traumatischen Erfahrungen innewohnt, lässt niemanden unberührt, auch nicht die HelferInnen. Und die Bandbreite der sekundär Betroffenen umspannt unterstützende Berufsgruppen in der Akutphase bis zum Verarbeitungsprozess,

reicht somit von der unmittelbaren Erstversorgung über die weiterführende Behandlung bis hin zu längerfristigen beratenden und therapeutischen Angeboten.

Auch wenn wir zunehmend mit einem inflationären Gebrauch des Trauma-Begriffes konfrontiert sind, dürfen Formen der beruflichen Beeinträchtigung nicht übergangen werden. Mittlerweile sind berufliche Traumatisierungen im diagnostischen Klassifikationssystem von Störungen, dem DSM IV (APA, 1998) berücksichtigt. Die Definition von Trauma nach dem DSM IV der APA (1998) umfasst, dass Personen auch in ihrer Rolle als Helfer, sei es als Einsatzkraft oder auch als Traumatherapeut traumatisiert werden können. Im DSM IV Text heißt es wörtlich: „Die Person erlebte, *beobachtete* oder war mit einem oder mehreren Ereignissen *konfrontiert*, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten und die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ (zit. n. DSMIV der APA, 1998).

Sekundär Traumatisierte erleben das Trauma dementsprechend entweder in der Beobachtung oder als Belastung durch das Wissen über ein traumatisches Ereignis, das andere Personen erlebt haben. In der Literatur finden sich neben dem Begriff der sekundären Traumatisierung, die sich innerhalb der Arbeit von Einsatzkräften mit traumatisierten Personen in den letzten Jahren durchgesetzt hat (Figley, 1995; Wagner et al., 1999; Stamm, 2002; Heinrichs et al. 2001), weitere Formulierungen: Begriffe wie die stellvertretende Traumatisierung (vicarious traumatization), die Mitgeföhlerschöpfung (compassion fatigue) oder auch die berufsbedingte Traumatisierung (z. B. Teegen, 1999; Wagner et al. 1999; Heinrichs et al. 2001).

Trauma im beruflichen Kontext

Zentrale Voraussetzung für eine sekundäre Traumatisierung ist die Exposition an traumatische Information. Diese Exposition an traumatisches Potential ist bei Einsatzkräften enorm hoch. Einsatzkräfte werden im Rahmen des Einsatzgeschehens unterschiedlichsten Stressoren ausgesetzt. Die Bergung von Toten, die Verantwortungsübernahme für das Leben anderer (Teegen, 1999), Überbringen von Todesnachrichten, die Konfrontation mit schweren Verletzungen sind nur einige Beispiele. Wagner et al. (2001) sprechen von unterschiedlichen Formen der Belastung. Tätigkeits- und aufgabenabhängige Belastungen sind z. B. Einsätze mit einem hohen eigenen Gefährdungspotential oder einer unbekanntem Arbeitsumgebung. Oft müssen Entscheidungen unter Zeitdruck getroffen werden, in Situationen, die mitunter unvorhersehbar, unkontrollierbar und in gewissem Sinne auch mehrdeutig und damit sehr stressreich sind (Mason et al. 1986). Erschwerend kommen dabei entweder Informationsüberflutung oder Informationsmangel hinzu. Einsatzkräfte übernehmen darüber hinaus Verantwortung für das Leben von Verletzten und Kollegen. Diese Verantwortungsübernahme stellt einen starken psychischen Stressor dar.

Die Konfrontation mit leidenden, verletzten oder toten Menschen stellt die zweite große Gruppe an Belastungen dar. Der Anblick sowie der Geruch von Toten, oder Schreie von Verletzten sind dabei stressreiche Stimuli. Besonders belastend wirken Einsätze mit verletzten oder toten Kindern, da sie den Sinn menschlichen Daseins grundsätzlich in Frage stellen.

Auch das Erleben des Leids der Opfer und Angehörigen stellt einen Belastungsfaktor dar. Die Rolle des Helfers wird assoziiert mit der Linderung dieser leidvollen Erfahrung, das Bild des Helfers ist dabei durch emotionale Stärke und Kontrolliertheit gekennzeichnet. Deshalb sind emotionale Reaktionen von Einsatzkräften nicht rollenkonform und werden mitunter als rollenabhängige Belastung erlebt.

Eine Reihe von Berufsgruppen unterstützen nicht nur unmittelbar akut Traumatisierte. Neben den Berufsfeldern der Einsatzkräfte sind auch Berater und Psychotherapeuten, Mitarbeiter im psychosozialen Bereich sowie medizinisches Personal exponiert durch das Ver- und Bearbeiten traumatischer Geschichten. Mitunter gehört traumatischer Stress, die Auseinandersetzung mit dem Erleben von Betroffenen, die Konfrontation mit den zum Teil massiven Folgen dieser Traumatisierungen zum Arbeitsalltag. Nicht selten ist die Kumulation traumatischer Erfahrungen ausschlaggebend. Unterstützende Berufsgruppen erfahren oft wenig Eingrenzung vor den Mächten der Phantasie. Sie können sich nicht immer vor der Gewalt der Bilder schützen.

Opfer tragen Erfahrungen von völliger Hilflosigkeit, Kontrollverlust und der schutzlosen Preisgabe an eine traumatische Situation, in welcher kein angemessenes Handeln mehr möglich war, in sich. Das zentrale pathogenetische Moment der Traumatisierung ist bei unterstützenden Berufsgruppen dabei häufig die eigene Erfahrung von Ohnmacht. Dies führt nicht nur bei Opfern zum Riss innerhalb bisheriger Erfahrungsbestände, von der Wucht dieser Erfahrung sind Helfer ebenso betroffen, welche sekundäre Formen von Traumatisierung erleiden. Auch Helfer erfahren in solchen Momenten eine Erschütterung ihres Weltverständnisses und ihres Selbstbildes. Grundannahmen werden in Frage gestellt.

Die Rolle der Empathie für die sekundäre Traumatisierung

Der Begriff Empathie beschreibt die Fähigkeit, sich die Perspektiven anderer Menschen zu erschließen, sowie die Fähigkeit, sich in die emotionale Verfassung des Gegenübers hineinzusetzen. Somit kann angemessen darauf reagiert werden. Empathie ist für die genannten Berufsgruppen erforderlich zur Einschätzung und Beurteilung eines Problemereiches, sowie für die Entwicklung geeigneter Hilfeleistungen (Figley, 2002). Das Herstellen einer kurzfristigen Bindung ist grundlegend für die Betreuung. Gerade in der Akutphase sind Helfer oft sehr „nahe“ am

Erleben traumatischer Ereignisse von Betroffenen (Probeidentifikation), rücken diese dann sehr eng an das eigene Erleben heran. Die empathische Verbindung mit den Betroffenen stellt neben der Exposition an traumatische Informationen, eine Grundlage für die Entwicklung einer sekundären Traumatisierung dar.

Auswirkungen von (sekundärer) Traumatisierung – die Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis

Fischer und Riedesser definieren ein Trauma als ein „vitaler 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.“ (zit. n. Fischer und Riedesser, 1998, S. 79). Im Laufe unserer Entwicklung, aufbauend auf eigene Erfahrungen, entstehen Theorien und Modelle, die unsere inneren Welten kennzeichnen. Diese Modelle beinhalten Annahmen über uns selbst, die uns umgebende Welt und die Beziehung zwischen beiden.

Janoff-Bulman (1989, 1992) geht in dem Konzept der Grundannahmen („Assumptive Worlds“) davon aus, dass ein gewisses Maß an Illusion und Übergeneralisierung zur Bewältigung unseres Alltags nützlich zu sein scheint und hilft – besonders bei Berufsgruppen, die mit traumatisierten Personen arbeiten – nicht ungewollt mit der eigenen Verwundbarkeit konfrontiert zu sein. Wir gehen doch prinzipiell davon aus, dass unser Tod noch relativ entfernt liegt, dass wir die nächste Autofahrt selbstverständlich unbeschadet überstehen werden. Diese Grundannahmen bleiben im Alltag unhinterfragt und werden erst durch die Realität einer meist belastenden oder traumatischen Erfahrung kritisch hinterfragt. Von einem Moment auf den anderen wird uns klar, dass wir verwundbar sind und durch keine „kontrollierende Handlung“ ein Ereignis abwehren können.

Traumata können dabei unterschiedliche Grundannahmen erschüttern oder auch ganz zerstören. Dazu zählen das Wohlwollen der Welt, die Sinn- und Bedeutungshaftigkeit der Welt und Annahmen, welche unser Selbst betreffen. Im Folgenden werden wir anhand dieser Grundannahmen die Einwirkung des Traumastresses und die damit verbundene Erschütterung persönlicher und beruflicher Grundannahmen näher beschreiben.

Das Wohlwollen (benevolence) der Welt

Wir wissen grundsätzlich um Tod, Krankheit, Gewalt, Zerstörung, etc. Wir schätzen unsere unmittelbare Umgebung jedoch auch als berechenbar und wohlwollend ein, unsere Bezugspersonen grundsätzlich als sorgend und beschützend. Wir gehen nicht davon aus, dass uns selbst schlimme Ereignisse völlig unerwartet treffen. Erschüttert wird diese Grundannahme, wenn sog. „man-made-desaster“ unerwartet eintreten oder auch beispielsweise sexueller Missbrauch in der Familie vorkommt. Unsere Grundannahmen von Sicherheit in der Welt werden z.B. durch Naturkatastrophen völlig in Frage gestellt.

Grundannahme von Sinn- und Bedeutungshaftigkeit

Menschen gehen häufig von der Annahme aus, dass die Dinge, welche in der Welt geschehen, eine gewisse Bedeutung haben, dass Ereignisse in einem Sinnzusammenhang stehen. In unseren Konzepten über die Bedeutungshaftigkeit sind nicht nur Theorien darüber enthalten, warum Ereignisse passieren, sondern auch, weshalb diese Ereignisse bestimmte Menschen treffen („Warum gerade ich?“ „Immer trifft es die Guten!“). Dies resultiert in der Annahme einer gerechten Welt und der Kontrollierbarkeit der Welt durch Verhalten („Wer ... ist selber schuld!“). Diese Annahmen sollen das eigene Gefühl für Verwundbarkeit verringern.

In der Auseinandersetzung mit traumatisierten Personen werden jedoch berufsbedingt sehr häufig gegenteilige Wirklichkeiten erlebt. Solange ein Verkehrsunfallopfer unter dem Einfluss von Alkohol, mit überhöhter Geschwindigkeit etc. verunfallt, kann angenommen werden, dass der Betroffene „es nicht besser verdient hat“ oder „zum größten Teil selbst schuld ist“. Möglicherweise kann auch Ärger bei einer Einsatzkraft entstehen, dass Personen sich nicht besser schützen oder leichtfertig sind. Hierbei kann die Grundannahme von Gerechtigkeit aufrecht erhalten bleiben. Anders verhält es sich vermutlich, wenn es sich um verletzte, sterbende oder tote Kinder handelt. Helfer sind nicht selten mit geradezu „himmelschreiender Ungerechtigkeit“ konfrontiert. Entsprechend ist auch diese Grundannahme bedroht.

Brauchle et al. (2000) betonen in diesem Zusammenhang, dass es ebenfalls von großer Bedeutung ist, ob Helfer und Einsatzkräfte das Gefühl haben, selbst Kontrolle über den Einsatz und ihr Tun zu haben. Bedroht wird diese Grundannahme dann, wenn die eigene Handlungsfähigkeit eingeschränkt ist. Weiter ist es auch möglich, dass kurzfristig die Kontrolle über Aspekte des Geschehens verloren geht. Dies ist häufig mit Schuldgefühlen verbunden, welche nicht zuletzt auch helfen, die zugrunde liegende Annahme der Kontrollierbarkeit zu schützen und zu verteidigen.

Grundannahmen zum Selbstwert – das Selbstbild von Helfern

In dieser Gruppe der Grundannahmen kommt der Wertigkeit des Selbst eine hohe Bedeutung zu. Janoff-Bulman und McPherson (1996) gehen davon aus, dass wir uns im Grunde selbst für gute, anständige und tüchtige Menschen halten. Sie bezeichnen dies als positive Verzerrung in der Selbsteinschätzung. Diese Grundannahme vermittelt uns eine Form von Zufriedenheit, aber auch Sicherheit, dass die Dinge gut für uns ausgehen werden (Antonovsky, 1997).

Aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung gehen helfende Berufsgruppen davon aus, dass sie sich nicht nur auf ihr Team, sondern auch auf sich selbst verlassen können. Sie haben Vertrauen in die eigene Belastbarkeit gewonnen und erfahren, dass die Versorgung von Verletzten, der Umgang mit Toten, das Hören von Traumageschichten sie nicht in ihrer (Un-)Verwundbarkeit beeinträchtigt. Diese sogenannte Vulnerabilität des eigenen Lebens bzw. der eigenen psychischen Gesundheit wird durch das (Selbst-)Bild eines „Helden“ geschützt. Dieses Bild teilen „stereotypischer Weise“ gerade viele Einsatzkräfte selbst. Problematisch wird es, wenn sie sich durch einen belastenden Einsatz selbst nicht mehr in dieser heldenhaften Färbung sehen können. Gefühle von Versagen, Scham oder Selbstzweifel können auftreten.

Schutzmechanismen und ‚psychodynamische Abwehr‘

Da die Erschütterung von Grundannahmen als tiefer Einschnitt und meist als sehr belastend erlebt wird, werden teils unbewusst entsprechende Abwehrstrategien oder sogenannte Schutzmechanismen angewandt. Ziel dieser Strategien ist es, potentiell belastende oder traumatisierende Faktoren zu minimieren.

Beispiele hierfür sind das Internalisieren von Handlungsabläufen. Gewisse Abläufe müssen auch „im Schlaf“ beherrscht werden. Dies schützt im Einsatzstress vor Kontrollverlust und erhält die Handlungsfähigkeit. Das gedankliche Durchspielen von sogenannten „worst case“-Szenarien vermittelt das Gefühl, auf den schlimmsten Fall vorbereitet zu sein und diesen auch bewältigen zu können. Ein weiterer Schutz vor Kontrollverlust ist die Wahl oder Zuteilung eines umschriebenen Aufgabenbereichs („task-focused work“). Klare Aufgaben und Ziele, wissen, was zu tun ist, schützen. Humor während, v. a. aber nach belastenden Situationen zeigte in den Untersuchungen von Ursano und McCarroll (1994) eine spannungsreduzierende Wirkung. Im Grunde ist (schwarzer) Humor als Schutzmechanismus und als Möglichkeit zur Distanzierung zu betrach-

ten, wenn er in entsprechendem Kontext angewandt wird. Ebenso verhält es sich mit berufsrollenbezogener Sprache. Der Berufsjargon schafft häufig genügend Abstand zur Tragik eines Ereignisses. Nicht zuletzt ist der Gedanke an altruistische Hilfestellungen anderen Personen gegenüber, welche ein schweres Schicksal oder Leid erfahren, von welchem man selbst nicht betroffen ist, eine Ressource für viele Helfer (Holaday et al., 1995).

Belastungsfaktoren – das Trauma der Berufsgruppen

Zusammenfassend wird deutlich, dass durch bestimmte belastende Faktoren die Schutzmechanismen und damit auch die psychodynamische Abwehr außer Kraft gesetzt werden. Potentieller Traumastress kann dabei durch unterschiedliche Faktoren noch verstärkt werden. Dem Spannungsfeld von anonymer Versorgung hin zu persönlichem Kontakt liegen mögliche Belastungsfaktoren zugrunde. Einsatzkräfte beschreiben die Tatsache, dass ein zunächst anonymes Opfer z. B. durch persönliche Gegenstände wie Fotos, ein Gesicht, einen Namen, eine Geschichte bekommt. Dies verhindert die ansonsten bestehende notwendige Distanz. Ähnlich verhält es sich bei Identifikation mit den Opfern, das Ereignis kommt dann bedrohlich nahe an das eigene Leben heran. Weiter ist eine eigene hohe Gefährdung problematisch, bewusst wird dies im Rahmen von Verletzungen oder Tod von Kollegen. Situations- und Umgebungsfaktoren, wie z. B. eine extreme Arbeitsumgebung (Tunnel, Finsternis, Gefängnis,...) spielen ebenfalls eine Rolle. Spezielle Elemente der Traumageschichte können ebenso belasten, mitunter auch wenn sie an eigene traumatische Erfahrungen anknüpfen. Die Bewertung der Situation spielt eine wesentliche Rolle. Eine mangelnde Bestätigung effektiver Hilfestellung kann die Einschätzung der eigenen Kompetenz und Fähigkeit, schwierige Situationen zu meistern, beeinträchtigen. Die Illusion der Kontrolle und auch Annahme der eigenen Unverwundbarkeit halten der Realität nicht stand. Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Handlungsunfähigkeit oder Angst rühren am Selbstbild. Problematisch ist es, wenn es nicht ge-

lingt einen „Abschluss“ zu finden, da wiederkehrende Erinnerungsbilder, Grübeln und Gedankenkreisen um z.B. das Leid der Angehörigen den traumatischen Stress weiter aufrechterhalten.

Da der Fokus stark auf den Betroffenen liegt, wird die mögliche eigene sekundäre Traumatisierung unterschätzt.

Sekundärer traumatischer Stress und seine Auswirkungen

Die Folgen sekundärer Traumatisierungen ähneln bzw. entsprechen den für Primärtraumatisierungen beschriebenen Belastungsreaktionen und -störungen. Einige Auswirkungen seien hier herausgegriffen. Betrachtet man die emotionale Ebene, so treten neben der Überwältigung durch Erinnerungsbilder eine Bandbreite unterschiedlicher Reaktionen von Schuldgefühlen über Ärger, Wut oder Zorn bis hin zu Schamgefühlen auf. Gefühle von Macht- und Hilflosigkeit können dabei besonders bedrückend sein. Häufig schildern Betroffene auch ein Gefühl von Leere oder Kraftlosigkeit.

In Bezug auf das Selbst- und Weltbild lässt sich neben den bereits beschriebenen Veränderungen zunächst ein Verlust von Grundsicherheit konstatieren. Die Einschätzung des Lebens als missbrauch- und verletzbar, der Verlust von Wertschätzung, von Zielen und Entschlusskraft ist zu beobachten. Innere Werte werden infragegestellt.

Im sozialen Bereich ist häufig ein Rückzug zu erkennen. Auftretendes Misstrauen anderen Menschen gegenüber führt zu einer Reduktion von Beziehungen. Dies kann zu Vereinsamung führen. Ärger- und Schuldgefühle werden mitunter projiziert. Probleme und Sorgen anderer werden auf dem Erfahrungshintergrund traumatischer Erlebnisse als nichtig angesehen, nicht ernst genommen. Es kann dadurch zu sozialen Konflikten, zu einem Bruch zwischen der eigenen Person und der sozialen Umgebung kommen.

Selbstverständlich reagiert auch der Körper mit typischen Stresssymptomen. Es sind körperliche Erschöpfung, Müdigkeit, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Spannungszustände, innere Unruhe etc. zu beobachten.

Ansätze zu posttraumatischem sekundärem Wachstum

Neben all diesen Aspekten von Verlust und negativen Folgen werden auch positive Veränderungen, ausgelöst durch die Auseinandersetzung mit belastenden Ereignissen oder die berufliche Rolle selbst, beschrieben (Ortlepp und Friedman, 2002; Raphael et al., 1980). 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 aber auch die Kontrolle über die Situation und sich selbst innerhalb kürzerer Zeit wiederzuerlangen, positiv sein. Trotz fehlgeschlagener Bemühungen kann die helfende Rolle als eine lohnende betrachtet werden. Besonders vor dem Hintergrund belastender Situationen haben Teamzusammenarbeit und gegenseitiges Sich-Verlassen-Können einen zentralen Stellenwert.

Darüber hinaus haben Wachstumsprozesse eine hohe Bedeutung im persönlichen Leben. Shakespeare-Finch et al. (2003) untersuchten das „persönliche Wachstum“ von Rettungssanitätern und wiesen darauf hin, dass häufig eine Erkenntnis der persönlichen Stärke und Kraft erfolgt. Helfer nehmen positive Veränderungen in ihrem Leben wie eine größere Wertschätzung von Beziehungen wahr. Ortlepp und Friedmann (2002) ergänzen dies um einen Zuwachs an Affekttoleranz, Bedeutungszuwachs der eigenen Familie und der Achtung vor der menschlichen Widerstandsfähigkeit.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit; Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Verlag DGVT.
- APA American Psychiatric Association (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV, dt. Bearbeitung Saß, H.; Wittchen, H.; Zaudig, M. und Houben, I., Göttingen.
- Brauchle, G.; Wirnitzer, J.; Mariacher, A.; Ballweber, P.; Beck, T. (2000). Das „verdrängte“ Thema: Sekundäre Traumatisierungen von Notfallpsychologen. *Psychologie in Österreich*, Nr. 5; S. 287–292.
- Figley, C. (1995) Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In: Figley, C. (Ed.) *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Brunner, Mazel: Psychological Stress Series No. 23.
- Figley, C. (2002) Mitgeföhlerschöpfung: Der Preis des Helfens. In: Stamm, B.H. (Ed.) *Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*, Paderborn.
- Fischer, G. und Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München.
- Frey, C. (2001) Die unheimliche Macht des Traumas. Interaktionelle Aspekte in der Betreuung von Folter – und Kriegsopfern. In: Verwey, M. (Ed.) *Trauma und Ressourcen*, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Curare-Sonderband 16, S. 109–124.
- Heinrichs, M.; Wagner, D.; Schoch, W.; Hellhammer, D.; Ehlert, U. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung bei Risikoberufsgruppen: Entstehung, Häufigkeit, Folgen. In Harwerth, A. (Ed.), *Tagungsbericht, Verband Dt. Betriebs- und Werkärzte*, Stuttgart.

- Holaday, M., Warren-Miller, G., Smith, A., Yost, T. (1995). A Preliminary Investigation of On-the-Scene Coping Mechanisms Used by Disaster Workers. *Journal of Mental Health Counseling*, 17, S. 347–359.
- Janoff-Bulman, R. (1989) Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct; *social Cognition*, Vol. 7, No. 2, S. 113–136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*, New York.
- Janoff-Bulman, R. and McPherson Frantz, C. (1996). The Loss of Illusions: The Potent Legacy of Trauma; *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, Vol. 1, S. 133–150.
- Langer, E. (1975) The Illusion of Control; *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 32, No. 2, S. 311–328.
- Mason, J.; Giller, G.; Kosten, T.; Ostroff, R.; Podd, L. (1986). Urinary free-cortisol levels in post-traumatic stress disorder patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, S. 145–159.
- McCammom, S.; Durham, T.; Allison, E.J. und Williamson, J. (1988). Emergency Workers' Cognitive Appraisal and Coping with Traumatic Events. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 1, No. 3, S. 353–372.
- McCann, L.; Pearlman, L. (1990) Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims; *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 3, No. 1.
- Ortlepp, K. und Friedman, M. (2002). Prevalence and Correlates of Secondary Traumatic Stress in Workplace Lay Trauma Counselors. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 15, No. 3, S. 213–222.
- Raphael, B.; Singh, B.; Bradbury, L. (1980) Disaster: The Helper's Perspective. *The Medical Journal of Australia*, Vol. 2, S. 445–447.
- Shakespeare-Finch, J.E.; Smith, S. G.; Gow, K.M.; Embelton, G. und Baird, L. (2003). The Prevalence of Posttraumatic Growth in Emergency Ambulance Personnel. *Traumatology*, Vol. 9, No. 2, S. 58–70.

- Taylor, S. (1983) Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation, *American Psychologist*, S. 1161–1173.
- Taylor, S. and Brown, J. (1988) Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychological Bulletin*, Vol. 103, No. 2, S. 193–210.
- Teegen, F. (1999) Berufsbedingte Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, Jg. 7; Nr. 4, S. 437–453.
- Teegen, F. (2001) Prävalenz von Traumaexposition und Posttraumatischer Belastungsstörung bei gefährdeten Berufsgruppen. In: Maercker, A. und Ehler, U. (Hrsg.) *Psychotraumatologie: Jahrbuch der medizinischen Psychologie 20*, Göttingen.
- Ursano, R. and McCarroll J. (1994) Exposure to traumatic death: the nature of the stressor. In: Ursano, R.; McCaughey, B.; Fullerton, C. (Eds.) *Individual and community responses to trauma and disaster*, Cambridge.
- Wagner, D.; Heinrichs, M.; Ehler, U. (1999) Primäre und sekundäre Posttraumatische Belastungsstörung: Untersuchungsbefunde bei Hochrisikopopulationen und Implikationen für die Prävention. *Psychomed* 11/1, S. 31–39.
- Wagner, D.; Heinrichs, M.; Kerber, U.; Wingenfeld, K.; Hellhammer, D.; Ehler, U. (2001) Wirkfaktoren der Prävention sekundärer posttraumatischer Belastungsstörungen bei Hochrisikopopulationen. In: Maercker A.; Ehler, U. (Ed.) *Psychotraumatologie: Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 20*, Göttingen.

Prävention der Sekundären Traumatisierung



SUSANNE SCHWARZER

Wie kann es professionell Helfenden gelingen, einen guten Umgang mit der ständigen Konfrontation durch traumatische Ereignisse, Bilder oder Erzählungen von traumatisierten Menschen zu finden? Die Ergreifung verschiedener Maßnahmen kann helfen, die Symptome der Sekundären Traumatisierung abzumildern.

Der Schlüssel zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen oder Entwicklungen liegt in der Prävention (lat. *praevenire* „zuvorkommen, verhüten“; Prävention = „vorausschauende Problemvermeidung“). Primärpräventive Maßnahmen können die Symptomatik einer Sekundären Traumatisierung abmildern und damit als Schutzfaktoren dienen.

Mit dem Fokus auf die „Prävention der Sekundären Traumatisierung“ wird ein Spannungsfeld zwischen Handlungsfähigkeit und Hilflosigkeit sichtbar. Hilflosigkeit entsteht immer dann, wenn wir in einer belastenden Situation keine verfügbaren Strategien haben, die uns aus dieser Situation befreien oder uns die Situation verändern lassen. In unserem Gehirn übernimmt eine Gehirnstruktur in Extremsituationen eine ganz besondere Aufgabe: der Mandelkern. Wenn der Mandelkern wie eine Feuerwehr die Steuerung aller Notfallsituationen übernimmt, bleiben uns nur wenige Möglichkeiten, um auf kognitive Strategien aus unserem Langzeitgedächtnis zurückzugreifen. In kürzester Zeit schwinden unsere Fähigkeiten, klar zu denken und Entscheidungen zu treffen. Somit bleibt

nur die Möglichkeit, Hilfsstrategien zu automatisieren. Wir müssen Hilfsstrategien mit Hinweisreizen unter Belastung und Stress so automatisieren, dass es möglich wird, in traumatisierenden Situationen auf sie zuzugreifen, um handlungsfähig zu bleiben und einer Hilflosigkeitserfahrung zu entgehen. Mit den Worten eines Polizeibeamten: „Die einfachste und stärkste Waffe ist, dass man einen Plan dafür im Kopf hat, was im Notfall zu tun ist. Wenn der Notfall dann eintritt, hat man auch die verdammte Pflicht danach zu handeln.“ Wenn es also gelingt, dass Handlungsfähigkeit Hilflosigkeit blockiert, kann unser Gehirn erkennen, dass ein Stressor tatsächlich unter Kontrolle ist. Somit blockiert das Gehirn einige der verheerendsten Auswirkungen von extremem Stress.

Die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen, Bildern oder Erzählungen liegt bei der Berufsgruppe der Polizei und des Rettungsdienstes bei 100%. Das Risiko, irgendwann Symptome der Sekundären Traumatisierung zu entwickeln, beträgt 9–15%.

Die Risikofaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung auf einen Blick:

- Hohes Einfühlungsvermögen ohne innerliche Distanz
- Reaktivierung der früheren Traumageschichte
- Hohe Dissoziationsneigung auch ohne Belastung
- Negative Energiebilanz (Ermüdung, ausgebrannt sein)
- Fehlende Problemlösestrategien
- Fehlende emotionale Bewältigungsstrategien
- Neueste neurobiologische Untersuchungen zeigen, wie es zu einer Sekundären Traumatisierung kommen kann.

Das *Einfühlungsvermögen* (Empathie) spielt hierbei eine große Rolle. Die Fähigkeit, die mentalen Perspektiven eines Menschen zu erfassen und sich in sein emotionales Erleben hineinzusetzen, kann also zum Verhäng-

nis werden. Ganz wichtig ist es, innerliche Distanz zu schaffen, um innerhalb der Situation das Gleichgewicht von Nähe und Distanz zu halten.

Jeder von uns trägt in einem unsichtbaren Rucksack seine eigene Trauma-biographie in Form von Geschichten, Bildern oder Menschen mit sich herum. Doch warum sind diese Dinge noch so präsent? An unseren 20. Geburtstag können wir uns doch auch nicht genauso detailgetreu erinnern. Die Antwort lautet *Dissoziation*. Dissoziation ist eine Notfallreaktion, die dem Menschen in für ihn traumatischen Ereignissen zur Verfügung gestellt wird. Dabei wird das Geschehen wie in „einem Film unter Zeitlupe“ abgespalten, den der Betroffene als Beobachter anschaut und überhaupt nicht als real empfindet.

Zusätzlich steigt die Anfälligkeit, sekundär traumatisiert zu werden, wenn unsere *Energiebilanz überzogen* ist. Ermüdung, Ausgebrannt sein (hier gibt es einen Zusammenhang zum Burn out) und zusätzliche Probleme im privaten Umfeld sind Kennzeichen einer negativen Energiebilanz.

Manchmal gelingt es uns nur schwer, unser Lebensboot zu steuern, weil neben den hohen Wellen plötzlich Wasser in unser Boot hereinläuft und wir unser Werkzeug vergessen haben.

Jeder kennt belastende Momente und weiß meist auch, dass er über passungsgenaue Bewältigungsstrategien verfügt. Doch wie sieht es bei Extrembelastungen aus?

Studien bei Mitarbeitern der Polizei und des Rettungsdienstes zeigen (von Teegen et al.), dass emotionale und kognitive Bewältigungskompetenzen wichtige Komponenten sind, um traumatisierende Ereignisse gut zu verarbeiten.

Primäre Präventionsprogramme können ein Werkzeug für Ihr Lebensboot darstellen. Sie enthalten Interventionen vor der Traumatisierung.

Ein wichtiges Element des Präventionsprogrammes ist das Training von spezifischen Bewältigungskompetenzen zur Stressreduktion in belastenden Situationen. Durch ein solches Training lernen Sie ihre eigenen Risikofaktoren und Warnsignale kennen, ähnlich wie bei einer körperlichen Erkrankung z.B. einem Herzinfarkt. Damit haben sie die Möglichkeit, Präventionsstrategien durch Training auch im Alltag so zu automatisieren, damit sie dann in potentiell traumatisierenden Situationen handlungsfähiger sind als bisher.

Die vier im Folgenden dargestellten Perspektiven verdeutlichen, auf welchen Ebenen sie primärpräventiv aktiv werden können. Stellen sie sich dazu vor, sie hätten die Möglichkeit, sich auf eine Sekundäre Traumatisierung vorzubereiten.

4 Perspektiven:

- *Selbstfürsorge* (Ausgeglichenheit, Gelassenheit, Optimistische Lebenshaltung, Fähigkeit zur Selbstöffnung, Reflexionsfähigkeit, Arbeits- und Lebensbalance, Hohes Kohärenzgefühl)
- *Verhaltensprävention* (Wissen über Sekundäre Traumatisierung, Erlernen von Problemlösestrategien unter Extrembelastungen, Trainieren emotionaler Copingstrategien, Trainieren der Körperwahrnehmung, Trainieren eines Notfallsets, Trainieren realitätsnaher Szenarien)
- *Gesundes Miteinander im Team* (Soziale Einbettung des Einzelnen im Team, Verantwortungsübernahme im Team, Soziale Anerkennung)
- *Gesunde Arbeitsbedingungen* (Ruhezeiten, Arbeitszeitmodelle, Präventionstrainings- und Refresher, Führungskräfte- und Kriseninterventionsteams, Betreuung durch Expertenteams)

Selbstfürsorge

Ausgeglichenheit, Gelassenheit, Optimistische Lebenshaltung, Fähigkeit zur Selbstöffnung, Reflexionsfähigkeit, Arbeits- und Lebensbalance, Hohes Kohärenzgefühl.

Sie sind optimistisch, kommunikativ, gehen auf andere Menschen zu, können über Ihre Erlebnisse sprechen und sie im Kontext ihrer Biographie reflektieren. Sie nehmen Hilfe in Anspruch und gehen achtsam mit ihren körperlichen und geistigen Energiereserven um. Ihr Notfallset haben sie in Ihren Alltag integriert und trainieren es in stressbeladenen Situationen immer wieder. Sie können Geschehenes geistig einordnen, es verstehen und einen Sinn geben, Sie haben also einen hohen Kohärenz-sinn. Sie sind gelassen. Ihre Beziehungen sind ausgewogen und stabil. In ihrer Freizeit treiben sie Sport und trainieren wirkungsvolle Methoden zur Entspannung. Ihr Leben hat einen Sinn.

Das sind sie nicht? Sie befinden sich in einem anderen Zustand? Dann trainieren sie Ihre vorhandenen Kompetenzen und entwickeln sich weiter. Jetzt!

Besonders hilfreich kann die *Integration des ABC Schutzes* vor Sekundärer Traumatisierung als Schutzschild bei Belastungen sein: **A**chtsamkeit, **B**alance, **C**onnection (Verbindung).

Achtsamkeit bedeutet hier, auf sich selbst, die eigenen Bedürfnisse, Grenzen und Ressourcen zu achten, um gesund leben zu können. *Gleichgewicht* zwischen Arbeit, Freizeit und Ruhe, Balance zwischen der Vielfalt der Aktivitäten im beruflichen und im persönlichen Leben stellen die wichtigste „Krafttankstelle“ dar. Sich mit anderen Menschen in belastenden Situationen zu *verbinden*, stellt eine bedeutsame Unterstützung dar.

Verhaltensprävention

Wissen über Sekundäre Traumatisierung, Erlernen von Problemlösestrategien unter Extrembelastungen, Trainieren emotionaler Copingstrategien, Trainieren der Körperwahrnehmung, Trainieren eines Notfallsets, Trainieren realitätsnaher Szenarien.

In den Studien mit Rettungsdienstpersonal oder der Polizei (Teegen et al., 1997, 2003) zeigt sich, dass ein Training zum Umgang mit Extrembelastungen fehlt. Durch eine realitätsnahe Einsatzvorbereitung könnten Kontroll- und Kompetenzerwartungen gefördert werden. Ein spezifisches Training ermöglicht die Immunisierung gegen Empfindungen wie Hilflosigkeit, Schuld und die Identifizierung mit Opfern. Die beste Methode, Stress zu überwinden, ist wiederholtes und vor allem realitätsnahes Training. Der Trick besteht darin, das Gehirn zu überlisten und ein Verhalten so ins Unterbewusstsein einzupflanzen, dass es automatisiert werden kann.

Sehr hilfreich ist ein Notfallset, das sich jeder individuell zusammenstellen sollte. Wie bei einem Erste-Hilfe-Kasten ist es dann möglich, jederzeit darauf zuzugreifen. Stellen sie sich jeden Tag die Frage: Welches Notfallset steht mir zur Verfügung? Bin ich trainiert? Kann ich automatisiert über dieses Notfallset verfügen? Hier ein Beispiel für ein Notfallset.

Notfallset:

- Distanzieren
- Konzentriertes Atmen
- Wahrnehmen eigener Körperreaktionen
- Rückkehr in die Gegenwart
- Angst steuern

Konkrete Beispiele für Übungen im Notfallset

Distanzieren

- Unterbrechen sie, was sie tun!
- Sagen sie innerlich „Stopp!“, atmen sie tief durch und richten sie ihre Gedanken z.B. auf ein positives Bild (Urlauberinnerung)
- Verstärken sie gedanklich dieses Bild, bis sie langsam ruhiger werden.

Konzentriertes Atmen

- Fokussieren sie Ihre Aufmerksamkeit auf ihren Atem!
- Atmen sie langsam ein, zählen sie bis 4, halten sie den Atem an, zählen sie bis 4, atmen sie langsam aus, zählen sie bis 4.
- Wiederholen sie die Atemübung solange, bis sie ruhiger werden.

Rückkehr in die Gegenwart

A] Nehmen sie eine angenehme Körperposition ein und sagen sie sich laut oder in Gedanken, was sie mit ihren Sinnen im Moment gerade wahrnehmen!

5 mal: Ich sehe...! → 5 mal: Ich höre...! → 5 mal: Ich spüre...!

4 mal: Ich sehe...! → 4 mal: Ich höre...! → 4 mal: Ich spüre...!

3 mal: Ich sehe...! → 3 mal: Ich höre...! → 3 mal: Ich spüre...!

2 mal: Ich sehe...! → 2 mal: Ich höre...! → 2 mal: Ich spüre...!

Zuletzt, einige Zeit lang mehrmals

1 mal: Ich sehe...! → 1 mal: Ich höre...! → 1 mal: Ich spüre...!

B] Nehmen sie einen Gegenstand in die Hand und konzentrieren sie sich mit all ihren Sinnen auf diesen Gegenstand. Betrachten sie ihn genau. Wie sieht er mit all seinen Details aus? Wie fühlt er sich an? Wie riecht er?

Bei Lebensmitteln: Wie schmeckt er? Wie hört es sich an, wenn ich reinbeiße?

Gesundes Miteinander im Team

Soziale Einbettung des Einzelnen im Team, Verantwortungsübernahme im Team, Soziale Anerkennung.

Menschen sind keine Einzelwesen. Ganz besonders nach belastenden Erlebnissen suchen wir Schutz bei einer Gruppe, beispielsweise bei unserer Familie oder bei unserem Team im Arbeitsleben. Soziale Anerkennung spielt eine besonders große Rolle bei der Verarbeitung traumatischer Ereignisse. Familie, Kollegen und Freunde sind gefragt, Mitgefühl zu zeigen, Verständnis für die besondere Lage aufzubringen und Hochachtung vor der Bewältigung dieser Lage zu haben.

Tipps zum Umgang mit sekundär traumatisiertem Kollegen

Um dem Kollegen das zu geben, was er in seiner Situation braucht, können sie ein Kurzinterview mit ihm durchführen, um erst einmal herauszufinden, was er sich wünscht. Hierbei ist es wichtig, eine einführende Haltung einzunehmen mit der Botschaft, dass dieses Ereignis für jeden schwer zu ertragen wäre. Lassen Sie unangenehme Gedanken und Gefühle zu – diese sind als normal einzuordnen. Unterstützen sie den Kollegen bei der schrittweisen Wiederaufnahme der Arbeit. Geben sie dem Kollegen das Gefühl, dass seine Kompetenz weiterhin anerkannt ist, man sich um ihn sorgt und dass es okay ist, wie er ist.

Mögliche Formulierungen für ein Kurzinterview

Was ist dir passiert?

Wie können wir dir jetzt helfen?

- Informationen
- Pausenzeiten zur Erholung
- Übungen aus dem Notfallset (z.B. Atemübung)
- Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Welche zusätzliche Unterstützung können wir dir anbieten, damit du mit der Situation besser umgehen kannst?

- Übernahme von Diensten, Ablösung bei Prozessen etc.
- Kururlaub, Krankschreibung

Gesunde Arbeitsbedingungen

Ruhezeiten, Arbeitszeitmodelle, Präventionstrainings- und Refresher, Führungskräftetraining, Kriseninterventionsteams, Betreuung durch Expertenteams.

Auch die organisatorischen Rahmenbedingungen spielen eine wichtige Rolle in der Prävention von Sekundärer Traumatisierung. Neben den aufgeführten Bedingungen ist es wichtig, dass sich die Personalverantwortlichen umfassend mit diesem Thema auseinandersetzen, Kompetenzen erwerben und somit in der Lage sind, notwendige Präventionsschritte frühzeitig aufzugreifen. Nicht selten spiegeln die Probleme von einzelnen Organisationsmitgliedern die Probleme der Organisation wider. Ein hoher Krankenstand ist manchmal ein Indikator für Versäumnisse in organisatorischen Rahmenbedingungen. Ein regelmäßiger Abgleich der bereits vorhandenen Angebote mit den Bedürfnissen der Mitarbeiter bringt Defizite ans Licht.

Diese Impulse als Grundlage für den Austausch über die Möglichkeiten und die Machbarkeit primärpräventiver Maßnahmen zu nutzen, kann der nächste Schritt in die Veränderung zum Positiven sein. Schritte hin zu mehr Handlungsfähigkeit in Extremsituationen und hin zu einer abgemilderten Symptomatik der Sekundären Traumatisierung.

Literaturverzeichnis

- Domer, M. (2009): Psychosoziale Unterstützung im Feuerwehr und Rettungsdienst. Einsatzkräfte und die Auswirkung belastender Ereignisse. Eine empirische Studie, Hamburg.
- Teegen, F. (2003): PTBS bei gefährdeten Berufsgruppen, Bern.
- Teegen, F.; Domnick, A.; Heerdegen, M. (1997): Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen und Bewältigungsstrategien. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 29 (4), S. 583–599.

Personenregister

Dr. phil. Evelin Ackermann

Psychotherapeutische Studentenberatung
Kooperationseinrichtung von Studentenwerk
Magdeburg und Universitätsklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie Magdeburg
Joh.-Gottlob-Nathusiusring 5
39106 Magdeburg
Telefon: 0391 6711582
E-Mail: PSB@studentenwerk-magdeburg.de

Dr. Pia Andreatta

Universität Innsbruck
Institut für Kommunikation / Psychotherapie
Telefon: 0043 512507 8687
E-Mail: pia.andreatta@uibk.ac.at

Holger Hövelmann

Minister des Innern des Landes
Sachsen-Anhalt
Halberstädter Straße 2
39112 Magdeburg
Telefon: 0391 567-01
Telefax: 0391 567-5290
E-Mail: poststelle@mi.sachsen-anhalt.de

Johannes Lewek

Pfarrer, Klinik- und Notfallseelsorger
Notfallseelsorgeteam Bernburg
Breite Straße 81
06406 Bernburg
Telefon: 03471 353613 (0163 5527240)
E-Mail: johannes.lewek@arcor.de

Steffen Quaas

Polizeiobererrat, Inspektionsleiter
Bundespolizeiinspektion Magdeburg
Kantstraße 4
39104 Magdeburg
Telefon: 0391 56549-500
Telefax: 0391 56549-120
E-Mail: steffen.quaas@polizei.bund.de

Adelheid Roschinski

Dipl. Sozialpädagogin, Gestalttherapeutin,
Supervisorin
Opferberatung des Sozialen Dienstes
der Justiz Magdeburg
Halberstädter Straße 189
39112 Magdeburg
Telefon: 0391 6116570
E-Mail: aroschinski@gmx.de

Prof. Dr. Bernhard A. Sabel, PhD

Direktor, Institut für Medizinische Psychologie
Medizinische Fakultät
Otto-v.-Guericke Universität Magdeburg
Leipzigerstraße 44
39120 Magdeburg / Germany
Telefon: 0391 672 1800
Fax: 0391 672 1803
E-Mail: bernhard.sabel@med.ovgu.de

Susanne Schwarzer

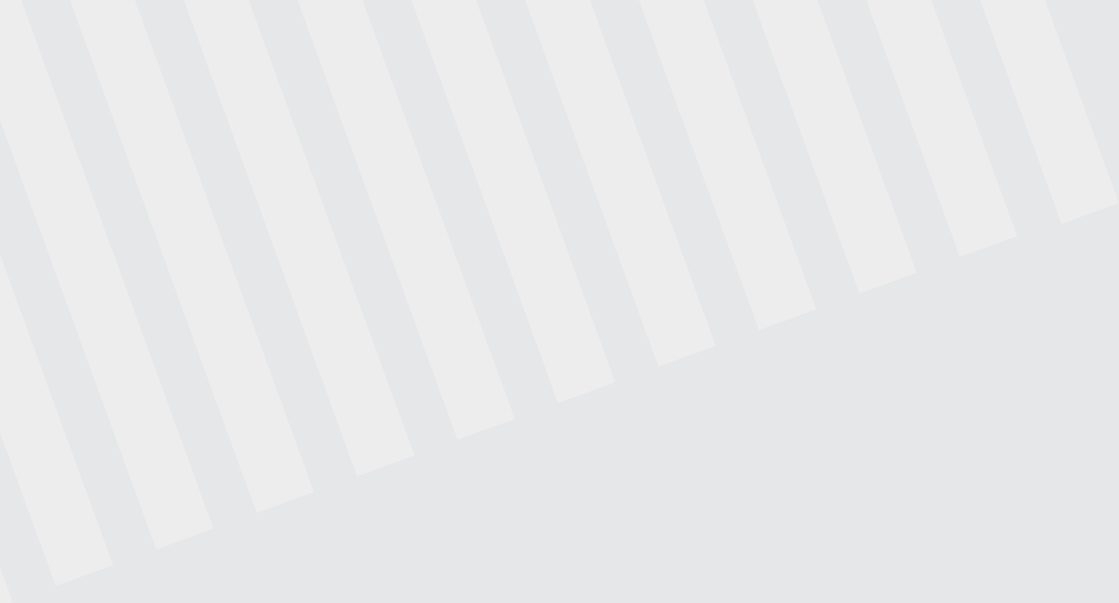
Dipl. Psychologin
Rhinower Straße 9
10437 Berlin
Telefon: 030 443 57 303
E-Mail: schwarzer@susanneschwarzer.de

Mag. Karin Unterluggauer

Klinische- und Gesundheitspsychologin
Fachliche Leitung Kriseninterventionsteam
Rotes Kreuz Landesverband Salzburg
Altenhof 91
5622 Goldegg, Österreich
Telefon: 0054 (0)650 3229121
E-Mail: unterluggauer.karin@gmx.at

Dr. Ringo Wagner

Friedrich-Ebert-Stiftung
Landesbüro Sachsen-Anhalt
Otto-von-Guericke-Straße 65
39104 Magdeburg
Telefon: 0391 5687611
Telefax: 0391 5687615
E-Mail: ringo.wagner@fes.de



Friedrich-Ebert-Stiftung

Landesbüro Sachsen-Anhalt
Otto-von-Guericke-Straße 65
39104 Magdeburg

Telefon: 0391 568 76-0

Telefax: 0391 568 76-15

E-Mail: info.magdeburg@fes.de

ISBN 978-3-86872-578-0