

- Jantzen**, Wolfgang: Die Idiotie ist nicht im Gehirn, sie ist nicht draußen und sie ist nicht drinnen. Vortrag auf dem Symposium zum 200. Geburtstag von Edouard Séguin. Marburg 2012. In: [http://www.basaglia.de/Artikel/Die Idiotie ist nicht im Gehirn.pdf](http://www.basaglia.de/Artikel/Die%20Idiotie%20ist%20nicht%20im%20Gehirn.pdf) (Abruf am 23.2.2012)
- Katzenbach**, Dieter: Das Problem des Fremdverstehens. Psychoanalytische Reflexion als Beitrag zur Professionalisierung geistigbehindertenpädagogischen Handelns. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart 2004
- Kühn**, Martin: Trauma als Destruktion des Dialogs mit dem Selbst, der Umwelt und dem Leben an sich. In: Sozial Extra 11-12/2011
- Milani-Comparetti**, Adreano; Roser, Ludwig O.: Förderung der Normalität und der Gesundheit in der Rehabilitation – Voraussetzung für die reale Anpassung behinderter Menschen. In: Wunder, M.; Sierck, U. (Hrsg.): Sie nennen es Fürsorge: Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand. Frankfurt am Main 1987
- Perry**, Bruce: Surviving Childhood Part III. Houston 2002. In: [http://www.childtraumaacademy.com/surviving\\_childhood/lesson03/page03.html](http://www.childtraumaacademy.com/surviving_childhood/lesson03/page03.html) (Abruf am 23.2.2012)
- Schore**, Alan: The effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and mental health. In: Infant Mental Health Journal 22/2001
- Séguin**, E.: Moralische Behandlung, Hygiene und Erziehung der Idioten. Marburg 2011 (Erstveröffentlichung 1846)
- Senckel**, Barbara: Wunden, die die Zeit nicht heilt. In: Geistige Behinderung 3/2008
- Seubert**, Andrew; McDonagh, John: EMDR mit geistig behinderten Menschen. Berlin 2002. In: <http://www.trauma therapie.de/users/seubert/seubert.html> (Abruf am 23.2.2012)
- Unfried**, Natascha; Dreiner, Monika: Hilflöse Helfer. In: Barwinski, R. (Hrsg.): Vergewaltigung und Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin 1/2011
- Uphoff**, Gerlinde; Kauz, Olga; Schellong, Yvonne: Junge Menschen mit geistiger Behinderung am Übergang zum Erwachsenwerden – Bildungsprozesse und pädagogische Bemühungen. In: Zeitschrift für Inklusion 1/2010
- Weiß**, Wilma: Phillip sucht sein Ich. Weinheim 2009
- Zimmermann**, David: Behinderung und Psychotraumatologie. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 1/2012

## BERUFSRISIKEN IN DER TRAUMAPÄDAGOGIK | Abschalten von der Not

*Regina Sängler; Margarete Udolf*

*Ein Mensch sagt, und ist stolz darauf,  
ich geh in meinen Pflichten auf.  
Doch bald darauf, nicht mehr so munter,  
geht er in seinen Pflichten unter.*

*Eugen Roth (1995)*

**Zusammenfassung** | Die Arbeit mit traumatisierten Mädchen und Jungen in der Kinder- und Jugendhilfe ist auch aufgrund ihrer strukturellen Bedingungen stark stressbelastet. Die Anforderungen an persönliche Fähigkeiten und Teamprofessionalität sind hoch und vielfältig. Neben der Burn-out-Gefahr stellt sekundäre Traumatisierung das zweite Berufsrisiko in der Sozialen Arbeit dar. Dieser Artikel befasst sich mit Entstehungsfaktoren und präventiven Möglichkeiten sowohl auf der persönlichen als auch der Einrichtungsebene.

**Abstract** | Working with traumatized children is, especially due to structural conditions in the youth care and welfare, very stressful. The requirements concerning personal abilities and professional attitude in teams are manifold and the risk of burnout syndrome and secondary traumatization is high. This article thematizes the conditions for the pathogenesis of a burn-out syndrome and secondary traumatization and describes preventive strategies on the personal and the institutional side.

**Schlüsselwörter** ▶ Sozialarbeiter

▶ Arbeitsbedingungen ▶ Jugendlicher ▶ Trauma  
▶ Handlungskompetenz ▶ Stress

**1 Belastungsquellen im pädagogischen Alltag in der Kinder- und Jugendhilfe** | *Herr W.* arbeitet in einer Jugendwohngruppe mit acht Plätzen. Alle Mädchen und Jungen waren in ihren Herkunftsfamilien über mehrere Jahre Misshandlungen ausgesetzt, bevor sie stationär aufgenommen wurden. Wenn die Betroffenen ihre Gewalterfahrungen schildern, tauchen bei *Herrn W.* manchmal unkontrollierbar „Gewaltbilder im Kopf“ auf, die sich nur unter Anstrengung wieder abstellen lassen. Im Alltag kommt

es immer wieder zu eskalierenden Konflikten unter den Jugendlichen oder zwischen den Jugendlichen und ihren Betreuern und Betreuerinnen. Die Auseinandersetzungen entstehen aus der Sicht von *Herr W.* aus unbedeutenden Anlässen. Ein abgelehnter Wunsch, ein Satz oder sogar ein Blick löst eine Lawine von Beschimpfungen und Gewaltandrohungen aus. Manchmal wird *Herr W.* auch Zeuge von schwerer Selbstverletzung, für deren Versorgung notärztliche Einsätze notwendig sind. Solche Situationen setzen ihm besonders während der langen Wochenenddienste zu, da das Betreuungssetting keine Möglichkeiten bietet, sich zu entlasten oder abzuschalten. *Herr W.* merkt, dass er im Alltag reizbarer ist und häufiger krank wird als früher.

*Frau B.* ist als Familienpädagogin tätig und betreut insgesamt sechs Familien. Als besonders belastend stellt sich für sie die Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern dar, die von sich wiederholenden krisenhaften Verläufen gekennzeichnet ist. In solchen Krisen kreisen die Gedanken von *Frau B.* auch in ihrer Freizeit unwillkürlich um die betroffene Familie, insbesondere um die Kinder: „Ist es richtig, die Kinder bei den Eltern zu lassen?“, „Werden sie ausreichend versorgt?“, „Wie wird das Wochenende verlaufen?“, „Wie wirken sich die Ängste des Vaters auf die Entwicklung der Kinder aus?“ und „Bekommt die Mutter ihre Wutausbrüche unter Kontrolle?“ Für die innere Unruhe der Familienpädagogin sorgt speziell eine Mutter mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, denn ihre Andeutungen lassen Suizidgedanken vermuten. *Frau B.* ist sich nie sicher, wie ernst zu nehmend die Aussagen tatsächlich sind.

Während der Krisen macht *Frau B.* Überstunden, um dem Bedarf der Familien gerecht zu werden. Obwohl sie sich bemüht, kann sie die Überstunden später kaum abbauen, denn die Aufgabe der Kindeswohlsicherung lässt hierfür nur wenig Spielraum. *Frau B.* merkt, dass sie seit ungefähr einem halben Jahr immer mehr Zeit braucht, um zu regenerieren. Die anhaltende Müdigkeit und das Gedankenkarussell führen auch dazu, dass sie Treffen mit ihren Freunden und Freundinnen öfter absagt und sich zurückzieht.

*Frau F.* arbeitet in einer Notaufnahme für Kinder. Als Kind hatte sie selbst sexuelle Misshandlung durch den Vater erfahren und war mehrere Jahre in psychotherapeutischer Behandlung. Danach tauch-

ten Traumafolgen nur noch unter starkem Stress auf. Bereits in der Ausbildungszeit hatte sich *Frau F.* gewünscht, von sexueller Gewalt betroffene Mädchen und Jungen später professionell unterstützen zu können. Sie schätzt ihre eigenen Erfahrungen von Misshandlungen als hilfreich für das Verstehen von Gefühlen und Verhaltensweisen der betreuten Kinder ein. Während der Begegnungen mit Missbrauchstätern in der Besuchszeit oder während des Hilfeplangesprächs gerät sie jedoch in Schwierigkeiten: Sie hat dann das Gefühl, von den Tätern als Betroffene erkannt zu werden: „Sie wissen *das* mit mir sofort [...]“ und erstarrt beim direkten Blickkontakt. Vor den Treffen empfindet sie Angst, die trotz der langjährigen Berufserfahrung nicht weniger intensiv wird. Nach solchen Begegnungen plagen *Frau F.* starke Kopfschmerzen oder sie bekommt Albträume von eigenen traumatischen Erlebnissen. Manchmal fühlt sie sich hilflos und zweifelt an ihrer beruflichen Kompetenz.

Diese Beispiele verdeutlichen die vielfältigen Risikosituationen für Fachkräfte in der Sozialen Arbeit, an Burn-out beziehungsweise einer sekundären Traumatisierung zu erkranken. Im sozialen Bereich tätig zu sein, ist oft mit einem hohen persönlichen Engagement und der Bereitschaft verbunden, auch jenseits adäquater finanzieller Entlohnung Kräfte und Energie in die Arbeit einzubringen. Kindern, Jugendlichen und Familien zu helfen, ist dabei eine wichtige Motivation. Das Berufsethos ist entsprechend gefüllt mit religiösen Werten wie Nächstenliebe, Edelmut und der Absicht, Gutes für Bedürftige zu tun.

Soziales Engagement war historisch betrachtet immer auch eine Sache finanziell vermögender Gesellschaftsschichten, die auch im Sinne ehrenamtlichen Engagements etwas zu geben hatten. Der gegenwärtige Einsatz für soziale Gerechtigkeit, für den Ausgleich von Benachteiligungen in der Gesellschaft hat wiederum eine politische Dimension und wird somit auch von politischen Ideologien getragen. Eine demokratische und sozial gerechte Gesellschaft braucht das soziale Handeln jedes ihrer Mitglieder: in der Familie, in der Nachbarschaft und gesamtgesellschaftlich. Darüber hinaus aber hat sich seit dem Entstehen der staatlichen Fürsorge neben den kirchlichen Institutionen das Berufsfeld der Sozialarbeit als Erwerbsarbeit entwickelt und in verschiedenen Berufszweigen professionalisiert.

Hochmotivierte Fachkräfte begegnen Kindern, Jugendlichen und Eltern, die vielfältige Erfahrungen von Gewalt, Vernachlässigung und Beziehungsabbrüchen gemacht haben. Diese zeigen komplexe posttraumatische Symptome und auffälliges Bindungsverhalten. Ihre Überlebensstrategien haben ihnen zwar geholfen, die traumatisierenden Erfahrungen zu überstehen, im pädagogischen Alltag wirken sie sich aber oft selbstschädigend aus und münden in traumabezogene Reinszenierungen. Krisenhafte Verläufe sind für die Betreuung Traumatisierter typisch. In diesem Arbeitskontext sind die Anforderungen an die persönlichen Fähigkeiten der Fachkräfte, ihre Strategien der Selbstfürsorge und Teamprofessionalität genauso hoch und vielfältig wie die alltäglichen Belastungen. Besonders schwierig gestaltet sich die Situation zudem für Berufsanfängerinnen und -anfänger und für diejenigen unter den Fachkräften, die selbst Traumata erfahren haben.

**2 Das Burn-out-Syndrom** | „Geben ist ein guter Bursche, aber er wird bald müde“ (schottisches Sprichwort). Im Alltag erleben wir immer wieder, wie das Berufsethos und die Erwartung an hohen persönlichen Einsatz mit der professionellen Notwendigkeit der Selbstfürsorge kollidieren. Wir sehen Kollegen und Kolleginnen, die in diesem Spannungsfeld verschlissen werden und nicht selten bereits im jüngeren Berufsalter an depressiven Erschöpfungszuständen bis hin zu Burn-out-Erkrankungen leiden. Gerade jüngere Menschen gehen mit einem hohen Idealismus, aber auch hohen Ansprüchen an sich selbst und mit hohen Erwartungen an die eigene Wirksamkeit ans Werk. Die Realität frustriert idealistische Vorstellungen und vor allem auch Veränderungserwartungen in hohem Maße – und hier beginnt das Risiko der Burn-out-Erkrankung.

Das Burn-out-Syndrom trifft besonders die Menschen, die zunächst „Feuer und Flamme“ für ihre Arbeit waren, die für ihre Sache „brannten“, sich aber über die Zeit verausgabte und unter hohem Druck gearbeitet haben. Es trifft Menschen, die sich überfordert fühlen, deren Hoffnungen und Erwartungen sich nicht erfüllen, die sich als verwaltend, aber nicht mehr wirksam erleben, die enttäuscht wurden und resigniert und erschöpft sind – ausgebrannt eben. Klinisch wird das Burn-out-Syndrom als eine emotionale, körperliche, psychische und soziale Erschöpfung

definiert, die sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten zeigt. Es kann eine schleichende Veränderung sein, die sich über viele Jahre erstreckt (ICD-10, Diagnoseschlüssel Z73.0. Das Burn-out-Syndrom ist gekennzeichnet durch „Ausgebrannt-Sein“ und „einen Zustand der totalen Erschöpfung“).

### 2-1 Entstehung des Burn-out-Syndroms |

Einer Burn-out-Erschöpfung geht also nicht selten eine Zeit der Überaktivität voraus. Pines u.a. (1993, S. 25) beschreiben diesen Prozess folgendermaßen: „Das Ausbrennen ist das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen. Das Ausbrennen ist die schmerzliche Erkenntnis (von Helfern), dass sie diesen Menschen nicht mehr helfen können, dass sie nichts mehr zu geben haben und sich völlig verausgabte haben.“ Mögliche erste Warnsignale sind zum Beispiel Hyperaktivität, freiwillige unbezahlte Mehrarbeit, Gefühle der Unentbehrlichkeit, nie Zeit zu haben, die Verleugnung eigener Bedürfnisse, Verdrängung von Misserfolg und Enttäuschungen sowie die Beschränkung sozialer Kontakte auf Klientinnen und Klienten. Eine Burn-out-Gefährdung entsteht somit, wenn Ziele, Anforderungen und Ressourcen aus dem Gleichgewicht geraten.

Eine Burn-out-Entwicklung verläuft meistens in verschiedenen Phasen (siehe zum Beispiel Freudenberg; North 1992, Burisch 1994): Die erste Phase ist von Symptomen der emotionalen und physischen Erschöpfung gekennzeichnet. Frustration mündet in eine gespannte, reizbare Müdigkeit (schon bei Gedanken an die Arbeit), die von Schlafstörungen begleitet zu einer chronischen Müdigkeit wird. Dazu stellen sich diffuse körperliche Beschwerden ein, die Infekt- und Krankheitsanfälligkeit steigt ebenso wie das Risiko von Unfällen. Die Betroffenen bräuchten zum Gegensteuern effektive Phasen der Regeneration, aber parallel zu dem Entstehen der körperlichen und emotionalen Symptome scheinen sie grundsätzlich die Fähigkeit zu regenerieren zu verlieren.

In der zweiten Phase findet eine Entfremdung auf verschiedenen Ebenen statt: Die Betroffenen erleben sich zunehmend entmutigt und gleichgültig, sie fühlen sich fremd in ihrem beruflichen wie privaten Umfeld. Sie entwickeln eine negative bis zynische Einstellung gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen

sowie ihren Klientinnen und Klienten und bekommen entsprechende Schuldgefühle. Vermeidungsverhalten stellt sich ein, die Arbeit wird auf das Nötigste reduziert. Soziale Kontakte werden vermieden, die Betroffenen ziehen sich zurück. Sie nutzen Ersatzbefriedigungen, auch im Sinne von Genussmittelmisbrauch.

Dies geht in der dritten Phase mit Leistungseinbußen einher, die sowohl die Unzufriedenheit mit den eigenen Leistungen als auch eine tatsächlich reduzierte Leistungsfähigkeit zur Folge haben. Die Betroffenen leiden über längere Zeit unter Erfolglosigkeit und Gefühlen von Machtlosigkeit und fühlen sich chronisch überfordert. Daraus folgen der Verlust von Kompetenz- und Selbstvertrauen sowie unspezifische Gefühle, nicht genügen zu können. Arbeitsleistung, tatsächliche Effektivität und Produktivität nehmen ab und münden in Arbeitsunfähigkeit und (innere) Kündigung.

All diese Prozesse werden von körperlichen Symptomen wie Herzbeschwerden, Kreislaufstörungen, Beschwerden des Magen-Darm-Traktes, Infektanfälligkeit und bronchialen Erkrankungen, Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bewegungsapparat begleitet.

Bei *Freudenberger; North (1992)* wird ein weiterer Gefährdungskomplex einer Burn-out-Entwicklung ausführlich beschrieben: Mit den oben genannten Phasen einher geht auch eine fatale Kombination der Vernachlässigung bis Verdrängung eigener Bedürfnisse und Verleugnung auftretender Konflikte. Um die Verdrängung und Verleugnungen aufrechterhalten zu können, müssen wichtige Ziele im Leben entwertet und umgedeutet werden. Dies wurde auch von einem Rückzug von den wichtigen Bezugspersonen bis hin zur eigenen Familie begleitet. Innere Leere, depressive Zustände, Ängste und Panikattacken stellen dann mit dem Auftreten suizidaler Gedanken das Vollbild einer Burn-out-Erkrankung dar.

Weitere Risikofaktoren sehen *Edelwich und Brodsky (1984)* in schlechten beziehungsweise schwierigen Arbeitsbedingungen wie zum Beispiel der Überlastung durch zu viele Klientinnen und Klienten, zu langen Arbeitszeiten bei zu geringer Bezahlung, geringen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, bürokratischen oder politischen Einschränkungen sowie der Diskrepanz zwischen der Zielsetzung und dem Erreichten. *Maslach und Jackson (1996)* ergänzen

dies noch mit den Normen eines „guten“ Helferverhaltens, Hierarchie- und Teamproblemen, hohem Druck bei gleichzeitig mangelnden Ressourcen beispielsweise an Finanzen oder Personal und problematischen institutionellen Vorgaben und Strukturen.

## 2-2 Wichtige Strategien zur Prävention und Bewältigung von Burn-out | *Regenerieren*

*(Energiequellen wieder entdecken):* Ein Burn-out-Syndrom wird oft diagnostiziert als emotionale Erschöpfung mit dem Verlust der Fähigkeit zu regenerieren. Tatsächlich scheint ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal von Menschen, die weniger burn-outgefährdet sind, ihre Fähigkeit zu sein, sich in kurzer Zeit effektiv regenerieren zu können. Berufstätige Frauen mit Familie tragen ein besonderes Risiko, aufgrund der Mehrfachbelastungen auszubrennen. Der Drang, alles selbst machen zu müssen, sich keine Ruhepausen gönnen zu können und stetige Schuldgefühle, niemandem wirklich gerecht zu werden, lassen einen Teufelskreis entstehen, in dem schnell die Fähigkeit zur effektiven Erholung verloren geht. Als erste Schritte hat es sich bewährt, die Balance von Arbeit und Ruhepausen sowie den persönlichen Rhythmus wiederherzustellen: Gezielt kurze Ruhepausen im Arbeitsverlauf einplanen, sich nach Arbeitsabschnitten kleine Belohnungen gönnen, an Erholungsrituale, die früher geholfen haben, anknüpfen, „Energieräuber“ ausmerzen etc. und Aufgaben delegieren.

*Delegieren:* Ein wichtiger Faktor bei der Entstehung eines Burn-outs ist der Anspruch, alles selbst machen zu müssen, nicht delegieren zu können. Damit sind nicht nur Menschen in Führungspositionen gemeint: Viele Betroffene machen seit Jahren und Jahrzehnten alles selbst, aber mit zunehmenden beruflichen und privaten Verpflichtungen wird das durch einen anspruchsvollen und verantwortungsvollen Job, einen Partner oder eine Partnerin, den Haushalt, eventuell Kinder und womöglich noch zu pflegende Eltern fast unmöglich. Dennoch haben viele Menschen größte Schwierigkeiten, ohne Schuldgefühle oder ein Gefühl der Unzulänglichkeit, Aufgaben abzugeben. Vielen fällt es auch grundsätzlich schwer, um Hilfe zu bitten.

*Grenzen erkennen:* Von Burn-out Betroffene sind meisterhaft im Ignorieren! Sie übergehen Schwächen, Schmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung. Persönliche Ansprüche und Erwartungen „von außen“ verhindern

zudem, Grenzen zu spüren, einzuhalten oder gar zu behaupten. Nicht umsonst ist das Nein-Sagen für viele sowohl im beruflichen wie auch privaten Kontext immer noch eine schwierige Herausforderung. Es ist wichtig, körperliche und seelische Signale zu spüren, wahrzunehmen, zu erkennen und danach zu handeln. In diesem Sinne ist die Anerkennung von Grenzen beziehungsweise einer persönlichen Begrenzung, also auch der Grenzen der eigenen Belastbarkeit, oft schon der erste Schritt bei der Bekämpfung eines Burn-outs. Im zweiten Schritt hilft es, wieder Achtsamkeit zu entwickeln für die eigene Person, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse (Ruhwandl 2010).

**3 Sekundäre Traumatisierung von Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe** | „Der Schmerz des Lebens übersteigt die Freude in einem Maße, dass keine Freude mehr existiert“ (Kevin Carter im Abschiedsbrief, Benning 2006).

**3-1 Entstehen von sekundärer Traumatisierung** | Im Gegensatz zum Berufsrisiko des Burn-out, das in den letzten Jahren nicht nur in der Fachliteratur, sondern auch in den Medien intensiv diskutiert wurde, blieb das Phänomen der sekundären Traumatisierung im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe lange weitgehend unbekannt. Dies änderte sich erst mit der intensiven Entwicklung der Traumapädagogik im letzten Jahrzehnt. In der Forschungsliteratur finden sich über 20 Begriffe zur sekundären Traumatisierung (Lemke 2010), unter anderem „compassion fatigue“ und „stellvertretende Traumatisierung“. Als besonders hilfreich erscheint die Definition von Judith Daniels: „Unter Sekundärer Traumatisierung versteht man die ‚Ansteckung‘ mit typischen posttraumatischen Symptomen im Verlauf der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Es handelt sich dabei um eine übertragene Traumatisierung, die zustande kommt, obwohl die Therapeutin/Helferin nicht selbst mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert ist“ (Daniels 2007).

Diese Definition hebt den wichtigen Unterschied zur primären Traumatisierung hervor: den (manchmal jahrelangen) zeitlichen Abstand zum Geschehen und das Fehlen eigener sensorischer Eindrücke. Sekundäre Traumatisierung erstreckt sich auf alle helfenden Berufe, die im Umfeld traumatischer Ereignisse tätig sind: Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Polizistinnen und Polizisten, Anwältinnen und Anwälte, Feuerwehrleute, medizinisches Notfallpersonal etc.

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

- ▲ Empathie: die Fähigkeit, sich die mentalen Perspektiven eines Menschen zu erschließen sowie sich in seine emotionale Verfassung hineinzuversetzen;
- ▲ Kindling: eine zunehmende Sensibilisierung bestimmter Hirnareale durch wiederholte, unterschwellige Aktivierung;
- ▲ Dissoziation: eine Notfallreaktion des Zentralen Nervensystems, die es ermöglicht, lebensbedrohliche Situationen zu überstehen, indem das Geschehen abgespalten und zum Beispiel „wie ein Film“ oder nicht real empfunden wird.

Diese neurobiologischen Prozesse lassen sich ohne Weiteres auch in der Kinder- und Jugendhilfe beobachten. Pädagogische Fachkräfte werden wiederholt mit traumatischen Erfahrungen aus der Vergangenheit der Betreuten konfrontiert: Während der Aufnahmegespräche, beim Lesen von Berichten und Erziehungsgutachten, in alltäglichen Gesprächen sowie während der traumabezogenen Reinszenierungen werden die Pädagogen und Pädagoginnen zu empathischen Zeugen und Zeuginnen von Gewalt, Vernachlässigung, Krieg im Herkunftsland oder dem Verlust von Bezugspersonen. Die Konfrontation mit den Traumata kann bei den Fachkräften Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Wut, Ekel, Angst oder Trauer hervorrufen – die gleichen Gefühle wie bei ihren Klientinnen und Klienten in akuten traumatischen Situationen. Wird die emotionale Belastung zu hoch, kommt es auch bei den Fachkräften zu unkontrollierter Dissoziation.

Aus dieser Tatsache ergibt sich für den pädagogischen Alltag zum Beispiel die Notwendigkeit, Traumaschilderungen gegebenenfalls unterbrechen zu müssen, die zum einen potenziell traumatisierend für die Fachkräfte, zum anderen potenziell retraumatisierend für die Mädchen und Jungen selbst wirken können. Als besonders gefährdend für die professionell Helfenden schätzt Peichl (2008) folgende Situationen ein:

- ▲ akute externe Gefährdung der Klientinnen und Klienten;
- ▲ mangelnde Unterstützung und Entwertung durch Kollegen und Kolleginnen sowie Vorgesetzte;

- ▲ Belastungen aus der direkten Arbeit mit den Klientinnen und Klienten: das Ausmaß des Leidens;
- ▲ Schilderungen der Qualen des Opfers: Bereits eine einzige detaillierte Traumaschilderung kann ausreichen, um eine sekundäre Traumatisierung zu bewirken (Daniels 2006).

Schwarzer (2010) nennt folgende Risikofaktoren für eine sekundäre Traumatisierung, die in der Person der Fachkraft liegen:

- ▲ hohes Einfühlungsvermögen ohne innerliche Distanz;
- ▲ Reaktivierung eigener früherer Traumageschichten;
- ▲ hohe Dissoziationsneigung auch ohne Belastung;
- ▲ Erschöpfungszustände und Burn-out-Entwicklung;
- ▲ fehlende Problemlösungsstrategien;
- ▲ fehlende emotionale Bewältigungsstrategien.

Weitere Risikofaktoren stellen die Anzahl und die Dauer der Betreuungen traumatisierter Menschen dar. Auch ein ungünstiger sozialer, organisatorischer und politischer Kontext trägt zur Gefährdung wesentlich bei (Huber 2007).

**3-2 Warnzeichen und Symptome** | Eine sekundäre Traumatisierung macht sich bemerkbar, wenn die Gefühle von Ohnmacht, Wut, Angst etc. zunehmend das Lebensgefühl der Pädagoginnen und Pädagogen bestimmen und an die Stelle von Lebenslust, Freude, Kraft, Zuversicht, Sicherheit und Gelassenheit treten (Haak 2009). Die Häufigkeit sekundärer Traumatisierungen ist wahrscheinlich höher als in Untersuchungen festgestellt, da Helferinnen und Helfer dazu neigen, die Symptome zu leugnen und sie nicht als psychologisch erklärbar anzusehen (Brauchle u.a. 2000). Mögliche Folgen und Symptome ziehen sich durch alle Lebensbereiche der Betroffenen und weisen zum Teil Parallelen zu Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf. Die Symptomatik dauert unterschiedlich lang und nimmt meist schrittweise ab. Manchmal benötigen die Betroffenen therapeutische Unterstützung, dennoch chronifizieren sich bei einigen die Symptome (Daniels 2006).

Als typische Symptome einer sekundären Traumatisierung bei Notfallpsychologen wurden folgende Reaktionen festgestellt (Brauchle u.a. 2000):

- ▲ emotionale Reaktionen, zum Beispiel Depressionen, innere Anspannung, Ängste, Reizbarkeit und Zorn;
- ▲ kognitive Reaktionen, zum Beispiel Konzentra-

- tionsstörungen, Veränderung von Werten und Einstellungen, Intrusionen (unerwartet auftauchende Bilder aus von Klientinnen und Klienten erzählten traumatischen Erlebnissen) und Vermeidungsverhalten;
- ▲ physische Reaktionen, zum Beispiel Schlafstörungen, Erschöpfungszustände, reduziertes Sexualleben, diffuse körperliche Beschwerden, gesteigerte Infekt- und Unfallhäufigkeit;
- ▲ gesundheitsschädigende Copingstrategien, zum Beispiel aktives gesundheitsschädigendes Verhalten (Konsum von Sucht- und Beruhigungsmitteln wie Alkohol, Zigaretten oder Drogen) sowie Überdecken von Müdigkeit durch Koffein und Nikotin;
- ▲ soziale Auswirkungen, zum Beispiel Konflikte in Familie und Partnerschaft, Distanzierung und sozialer Rückzug, Zynismus und gesteigerte Sensibilisierung für Unrecht und Gewalt.

Die Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendhilfe deuten auf die gleichen Folgen auch bei pädagogischen Fachkräften hin. Das Risiko, sekundär traumatisiert zu werden, ist groß, weil pädagogische Fachkräfte dazu neigen, ihre Grenzen zu missachten und gleichzeitig die Fürsorge für die eigene Gesundheit auszublenden. Sie arbeiten in der Regel zu viel und übersehen dabei ihre eigenen Belastungsreaktionen. Die Neigung, die eigene Verletzlichkeit zu leugnen oder zu verheimlichen, wird zusätzlich durch das in der Jugendhilfe verbreitete Berufsideal gestützt. Reddemann benennt diese mangelnde Selbstfürsorge auch als eine Form „ungesunder Genügsamkeit“ (Reddemann 2003, S. 79) und vermutet eine enge Verknüpfung zwischen den Kriegs- und Nachkriegserfahrungen der (Groß-)Elterngeneration und dem Umgang mit der eigenen Selbstfürsorge bei den Nachkommen. Die nicht integrierten Erfahrungen von Hunger und Entbehrung in der Elterngeneration wirken so womöglich transgenerational weiter.

**3-3 Prävention von sekundärer Traumatisierung** | Aus dem Bereich der Katastrophenhilfe kommen viele praxisbezogene Strategien zur Prävention von sekundärer Traumatisierung. Primäre Prävention dient der Verringerung von Belastungen sowie der Stärkung von Resilienz durch Wissen, Erfahrung und soziale Netzwerke (Brauchle u.a. 2000). Folgende Vorgehensweisen eignen sich besonders für den pädagogischen Alltag:

- ▲ Fortbildungen und Übungen aus dem Bereich der Traumapädagogik (das Verstehen von Traumadyna-

mik und Traumafolgen sowie das Wissen über Stabilisierungsmöglichkeiten) und zu Stressbewältigung und Selbstfürsorge;

▲ Erlangung eines „Mastery“-Gefühls von Kontrolle über das eigene Tun als Strategie zum Schutz vor traumatischen Erfahrungen: routinierte Handlungsabläufe wie strukturierte Vorgehensweisen und Checklisten, die professionelle Sicherheit geben;

▲ Sicherheit durch erprobte Teams: Das Wissen über die Fähigkeiten der Kollegen und Kolleginnen und das Vertrauen in ihre Kompetenzen helfen, Belastungen zu reduzieren und sich gegenseitig zu unterstützen.

### 3-4 Strategien im Umgang mit sekundärer Traumatisierung | Haak (2009) entwickelte das

sogenannte ABC des Schutzes vor sekundärer Traumatisierung. Sie empfiehlt den Fachkräften, auf sich selbst zu achten, nach Balance zwischen unterschiedlichen Lebensbereichen zu streben und die Verbindung zwischen sich selbst und der Welt zu pflegen:

▲ A wie Achtsamkeit bedeutet, auf sich selbst, die eigenen Bedürfnisse, Grenzen und Ressourcen zu achten, um gesund leben zu können. Ähnlich wie Therapeutinnen und Therapeuten wird auch den Pädagogen und Pädagoginnen geraten, etwa die Hälfte der Aufmerksamkeit auf sich selbst richten, um sich selbst gut zu kennen und zu verstehen, sich nicht verwickeln zu lassen und die eigene emotionale Ausgeglichenheit zu erhalten. Eigene Therapie hilft dabei, im Kontakt mit Klienten und Klientinnen klar zu bleiben und zwischen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen unterscheiden zu können.

▲ B wie Balance bedeutet das Gleichgewicht zwischen Arbeit, Freizeit und Ruhe. Eine ausgeglichene Bilanz zwischen den vielfältigen Aktivitäten im beruflichen und im persönlichen Leben stellt die wichtigste Kraftquelle dar.

▲ C wie connection (Verbindung) mit dem eigenen Selbst und anderen Menschen, der Natur, dem Leben, auch spirituell. Diese Verbundenheit stellt das Gegenstück zu den vielfältigen Belastungen und den Einschränkungen im Privatleben dar und erlaubt, persönliche Bedürfnisse wahrzunehmen und sie zu verwirklichen.

**4 Anforderungen an die Selbstfürsorge in der traumapädagogischen Arbeit | „Geben erfordert Verstand“ (Ovid).** Der Begriff der Pädagogischen Triade (Kühn 2007) bestehend aus dem Kind, der Einrichtung und der Mitarbeiterin beziehungsweise

dem Mitarbeiter, zeigt bildlich, dass sich der Schutz vor den Berufsrisiken Burn-out und sekundäre Traumatisierung keineswegs nur auf die persönliche Verantwortung für die eigene Selbstfürsorge der pädagogischen Fachkräfte beschränkt. Die Anforderungen richten sich ebenfalls an die Einrichtungen und den professionellen Umgang mit traumatisierten Klientinnen und Klienten der Kinder- und Jugendhilfe.

Ein solcher Umgang mit Mädchen, Jungen und Familien beinhaltet neben dem Schutz vor Konfrontationen mit unkontrollierten Traumaschilderungen vor allem Achtsamkeit für die Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle sowie das Erkennen und Unterbrechen traumabezogener Reinszenierungen. Pädagogen und Pädagoginnen schützen somit gleichzeitig die Betroffenen vor möglicher Retraumatisierung und der damit einhergehenden Destabilisierung als auch sich selbst, indem sie achtsam mit ihren eigenen Grenzen umgehen. Vorbeugung von emotionaler Überflutung und Überforderung auf beiden Seiten stellt das Ziel dar. Nicht ohne Grund werden pädagogische Fachkräfte dazu angeregt, sich selbst das Positive angedeihen zu lassen, wozu sie auch ihren traumatisierten Klientinnen und Klienten raten.

Einrichtung und Leitung müssen Sorge dafür tragen, dass die Themen Selbstfürsorge und Prävention von Berufsrisiken in die pädagogischen Konzepte aufgenommen und alltagspraktisch umgesetzt werden. Die Teilnahme an traumapädagogisch orientierten Fortbildungen und Supervision gehört genauso dazu wie ein Team- und Betriebsklima, das einen angstfreien Austausch über die Belastungen und Freuden am Arbeitsplatz sowie Anerkennung und Feedback für die Pädagoginnen und Pädagogen ermöglicht. Entsprechende Fortbildungen und Coaching für Leitungskräfte erweisen sich hier als hilfreich, um einen tragenden Einrichtungsrahmen im Sinne des sicheren Ortes für die Fachkräfte zu gewährleisten.

Zusammenfassend möchten wir nochmals den in der Traumapädagogik zentralen Begriff der Selbst- und Mitarbeiterfürsorge betonen: Achtung und Schutz der Grenzen stehen hier im Vordergrund. Ein bewusster und professioneller Umgang mit persönlichen, konzeptionellen und organisatorischen Grenzen beugt nicht nur Berufsrisiken vor, sondern ermöglicht auch langfristig positive Entwicklungen der pädagogischen Fachkräfte, der Betreuten und der Einrichtungen.

**Regina Sänger** ist Dipl.-Psychologin und Gestalttherapeutin und verfügt über langjahrigere Berufserfahrung in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in Beratungsstellen gegen sexualisierte Gewalt.

**Margarete Udolf** ist Dipl.-Psychologin und Fachberaterin für Psychotraumatologie. Sie verfügt über langjahrigere Berufserfahrung in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfe und als Psychologin bei der Stiftung Alten Eichen – Perspektiven für Kinder und Jugendliche in Bremen.

Die Autorinnen gründeten 2006 die Psychologische Praxis für Beratung und Traumapädagogik und bieten Fortbildungen und Fallberatung für Fachkräfte an, die mit traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Eltern arbeiten.

E-Mail: [kontakt@traumapaedagogik-bremen.de](mailto:kontakt@traumapaedagogik-bremen.de)

**Maslach**, Christina; Jackson, Susan E.: Maslach Burn-out Inventory Manual 2nd Edition. Palo Alto 1996

**Peichl**, Jochen: „Der Schmerz des Lebens übersteigt die Freude“ – Trauma und Suizidalität. Vortrag auf der 36. DGS-Tagung. Nürnberg 2008. In: <http://www.krisendienst-mittelfranken.de/dgs/peichl.pdf> (Abruf am 24.2.2012)

**Pines**, Ayala M.; Aronson, Elliot; Kafry, Ditsa: Ausgebrannt – Vom uberdruss zur Selbstentfaltung. Stuttgart 1993

**Reddemann**, Louise: Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und psychologische Medizin 1/2003

**Roth**, Eugen: Sämtliche Werke. Frankfurt am Main 1995

**Ruhwandl**, Dagmar: Erfolgreich ohne auszubrennen. Das Burn-out-Buch für Frauen. Stuttgart 2010

**Schwarzer**, Susanne: Prävention der Sekundären Traumatisierung. In: Wagner, Ringo (Hrsg.): Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen. Magdeburg 2010. In: <http://www.fes.de/magdeburg/inhalt/documents/FESTraumatisierung.pdf> (Abruf am 24.2.2012)

## Literatur

**Benning**, Maria: Trauma und Journalismus – Eine Emotionale Alphabetisierung tut Not. New York 2006 In: <http://dartcenter.org/node/983> (Abruf am 24.2.2012)

**Brauchle**, Gernot u.a.: Das verdrängte Thema: Sekundäre Traumatisierung von Notfallpsychologen. In: Psychologie in Österreich 5/2000, S. 287-292

**Burisch**, Matthias: Das Burn-out-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin/Heidelberg 1994

**Daniels**, Judith: Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstrukts. Bielefeld 2006

**Daniels**, Judith: Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie – Psychotherapiewissenschaft – Psychologische Medizin (ZPPM) 3/2007

**Edelwich**, Jerry; Brodsky, Archie: Ausgebrannt – das „Burn-out“-Syndrom in den Sozialberufen. Salzburg 1984

**Freudenberger**, Herbert; North, Gail: Burn-out bei Frauen. über das Gefühl des Ausgebranntseins. Frankfurt am Main 1992

**Haak**, Gerhilt: Vortrag auf dem Fachtag „Auf den Spuren von Gewalt“. Unvereffentlichtes Manuskript 2009

**Huber**, Michaela: Der tägliche Umgang mit Leiden, Tod und Trauer. Wie Sekundärer Traumatisierung vorbeugen? Göttingen 2007. In: [http://michaela-huber.com/files/vortraege/umgang\\_mit\\_leid\\_070217.pdf](http://michaela-huber.com/files/vortraege/umgang_mit_leid_070217.pdf) (Abruf am 24.2.2012)

**Kühn**, Martin: Wir können auch anders – Anmerkungen zu einem interdisziplinären Verständnis von Trauma und Kindheit in der Pädagogik. Vortrag Selb Silberbach 2007. In: [http://traumapaedagogik.de/index.php?option=com\\_remository&Itemid=13&func=fileinfo&id=4](http://traumapaedagogik.de/index.php?option=com_remository&Itemid=13&func=fileinfo&id=4) (Abruf am 24.2.2012)

**Lemke**, Jürgen: Sekundäre Traumatisierung, Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Krönung 2010