

# SEKUNDÄRE TRAUMATISIERUNG BEI ANGEHÖRIGEN

Jürgen Beushausen

**Zusammenfassung** | Der Begriff der sekundären Traumatisierung wird in psychosozialen Handlungsfeldern im Wesentlichen genutzt, um die Traumatisierung von Helfenden zu beschreiben. Dabei können auch Angehörige von traumatisierten Klienten und Klientinnen und andere Personen des Netzwerkes durch Kontakte ebenfalls traumatisiert werden. Die Soziale Arbeit steht zum einem vor der Aufgabe, dieses Phänomen in Bezug auf die Fachkräfte vermehrt zu fokussieren, und zum anderen, entsprechende Präventions- und Unterstützungsangebote für traumatisierte Angehörige und andere Personen anzubieten.

**Abstract** | In psychosocial fields of work, the notion of vicarious traumatisation is primarily used to describe the traumatisation of helpers. At the same time, relatives of traumatised clients and other people in networks can be traumatised by contact as well. Social work, on the one hand, faces the challenge of focusing better on this phenomenon with regard to professionals. On the other hand, it is important to offer preventive and supporting measures for traumatised relatives and other people.

**Schlüsselwörter** ► Trauma

► posttraumatische Belastungsstörung  
► Angehöriger ► Unterstützung ► Soziale Arbeit

**Einleitung** | Nachdem das Phänomen der sekundären Traumatisierung in der Praxis und der Wissenschaft lange Zeit nur wenig Aufmerksamkeit erhielt, ist es durch die Anerkennung der posttraumatischen Belastungsstörung in den 1980er-Jahren und die Entwicklung der Psychotraumatologie und den verbesserten Therapiemöglichkeiten zumindest in den Berufsgruppen der Psychologinnen und Psychologen, Therapeutinnen und Therapeuten und in der Notfallversorgung im Fokus der Aufmerksamkeit.<sup>1</sup> Jedoch ist das Wissen der Bedeutung einer sekundären Traumatisierung in den Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit, und hier insbesondere in den Tätigkeitsbereichen, in denen Fachkräfte mit traumatisierten Kindern und

Jugendlichen, Suchtkranken, Menschen mit Behinderung, Frauen mit Essstörungen etc. in Kontakt sind, noch zu wenig bekannt.

Allgemein ist ein traumatisches Ereignis durch eine „Bedrohung der eigenen Unversehrtheit oder eine Lebensbedrohung anderer Menschen“ (Korittko 2011, S. 2) gekennzeichnet und führt zu Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Verzweiflung. Der Kontakt mit traumatisierten Menschen, ihre Hilfsbereitschaft und ihr emotionales Einlassen kann für viele Angehörige und Helfende zu einer besonderen traumatischen Belastung im Sinne einer emotionalen „Ansteckung“ (Scherwath; Friedrich 2012, S. 179) führen. Sie können damit selbst eine ähnliche Symptomatik entwickeln. Daniels (o.J., S. 1) stellt die folgende, oftmals zitierte Definition vor: „Sekundäre Traumatisierung ist definiert als eine Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht.“ Diese Definition schließt die Übertragung („Ansteckung“) posttraumatischer Stresssymptome auf alle Kontaktpersonen ein.

Jedoch wird diese Definition in der psychosozialen Fachliteratur (zum Beispiel Senders; Senders 2013a, Rießinger 2011, Scherwath; Friedrich 2012, Beckrath-Wilking u.a. 2013, Jegodtka; Luitjens 2016) im Wesentlichen nur für den beruflichen Kontext genutzt und hier insbesondere für professionell Tätige, die sich in einem äußerlich sicheren Setting der Psychotherapie befinden, welche sich im Allgemeinen „durch hohe Vorhersehbarkeit, Kontrolle und Wissen“ (Daniels 2007, S. 2) auszeichnet. Dabei ist dieses Thema auch für die Soziale Arbeit von Bedeutung, denn je nach Studie und untersuchter Gruppe bewegen sich die Risiken für eine indirekte Traumatisierung zwischen zehn und 20 Prozent (siehe Wolf 2018).<sup>2</sup> Nach Peter-

<sup>1</sup> Ein weiterer Schritt auf dem Weg zu mehr Präsenz wurde durch eine Veränderung der diagnostischen Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach dem DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) erreicht. Seitdem lassen sich auch sekundäre Traumatisierungen von Helfenden diagnostizieren. Für die Diagnosestellung der PTBS bedarf es nicht mehr eines direkten Kontakts mit einem traumatischen Ereignis, sondern genügt, wenn jemand von den Details eines Traumas erzählt bekommt.

<sup>2</sup> Nach Pentz und Trost (2015) sind bei 16 Prozent der Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe sekundäre Traumatisierungen zu verifizieren. Die Symptome sind vermutlich umso stärker, je länger

michl (2012), die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter befragte, die professionell mit Flüchtlingen arbeiten, sind diese intensiv mit den Traumata der Klientinnen und Klienten konfrontiert. Allerdings ist der Begriff der sekundären Traumatisierung nur etwa der Hälfte der befragten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bekannt.<sup>3</sup> Von einer sekundären Traumatisierung scheinen viele Helferinnen und Helfer betroffen zu sein. Zum Beispiel stuften sich nach Forschungen der Psychologin *Tamara Thomsen* von der Universität Hildesheim (*Wolf* 2018) von 300 Traumatherapeutinnen und -therapeuten auf einem Onlinefragebogen jeder fünfte als moderat und jeder zehnte als schwer indirekt traumatisiert ein.

Daher ist es sehr bedeutsam, dass alle psychosozialen Helferinnen und Helfer, einschließlich der Ehrenamtlichen, mehr Informationen über dieses Phänomen und vielfältige Unterstützungen erhalten. Und wenn nach der oben benannten Definition von *Daniels* alle Menschen sekundär traumatisiert werden können, die in einen indirekten Kontakt mit einem Trauma kommen, sind sehr viele Menschen gefährdet, und hier insbesondere die Angehörigen, Schul- und Arbeitskolleginnen und -kollegen, Nachbarn und Freundinnen wie Freunde. Obwohl diese Problematik in Bezug auf die Angehörigen bereits vor dem Aufkommen des Begriffs der sekundären Traumatisierung (siehe *Lemke* 2013) erforscht wurde, geriet dies aus dem Fokus. Bisher können diese Personen grundsätzlich Hilfestellungen erhalten, jedoch wird die Problematik einer (Mit-)Traumatisierung meist nicht explizit benannt. Daher erhalten diese Personenkreise häufig nur sehr eingeschränkten Zugang zu Hilfeleistungen. Es ist daher Aufgabe der Sozialen Arbeit, solche Prozesse achtsam zu bedenken und entsprechende Angebote psychosozialer Hilfen für die verschiedensten Gruppen (Angehörige, Peergroup, Arbeitskolleginnen und -kollegen etc.) bereitzuhalten.

die Belastungsphase anhält, und die Traumatisierung ist umso schwerer, je häufiger die Betroffenen berufsbedingten Traumaexpositionen ausgesetzt waren. Gebrande und Heidenreich (2012) konstatieren hingegen für ihre empirische Studie mit 46 Mitarbeiterinnen von feministischen Frauenberatungsstellen, dass die Arbeit mit traumatisierten Menschen zwar gewisse Belastungen mit sich bringe, aber die Entwicklung eines Störungsbildes im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung eher die Ausnahme sei.

**3** Möglicherweise sind diese Untersuchungsergebnisse auch ein Hinweis auf eine Tabuisierung dieser Thematik.

In diesem Beitrag soll daher zunächst eine kurze Übersicht über die unterschiedlichen verwendeten Begriffe, Entstehungsmodelle und Symptome der sekundären Traumatisierung gegeben werden. In ersten Anmerkungen soll erörtert werden, welche Folgerungen sich hieraus für die Unterstützungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit ergeben. Der Artikel schließt mit einem Fazit.

**Definitionen und Überblick |** Schätzungen gehen davon aus, dass zirka ein bis zwei Drittel der Menschen in ihrem Leben mit traumatischen Situationen belastet werden (*Hanswille; Kissenbeck* 2008). Von diesen entwickelt etwa ein Drittel sogenannte Traumafolgestörungen. Von Menschen, die zum Beispiel schlimme Folter erleiden oder die Ermordung eines Familienangehörigen ansehen mussten, entwickeln zirka 50 Prozent eine Traumafolgestörung, und Kinder, die lange Zeit sexuelle Gewalt in der Familie erlebten, entwickeln diese Störung zu etwa 80 Prozent (*D'Amelio* 2010). Betroffen und oftmals geschädigt sind jedoch meist auch die Angehörigen und andere Personen des Netzwerks. Angesichts der sehr hohen Zahl von Betroffenen ist davon auszugehen, dass viele dieser Menschen ebenfalls traumatisiert sind und einer Unterstützung bedürfen.

Wie lässt sich diese emotionale Ansteckung erklären? Nach *Daniels* (2007) lässt sich eine dissoziative, also traumatische Verarbeitung durch im Menschen angelegte Merkmale erklären. Auslöser für eine indirekte Traumatisierung ist oft eine dissoziative Verarbeitung von Traumamaterial, eine „peritraumatische Dissoziation“ (*Daniels* 2008, S. 104), die sich zum Beispiel in affektiver Gleichgültigkeit und einem veränderten Zeitgefühl zeigen kann. Betroffene erleben ihr Agieren automatisiert und ihr Umfeld surreal. In einem solchen Zustand laufen die Prozesse im Gehirn verändert ab. Die Abspeicherung erfolgt unvollständig ohne Informationen über Zeit und Ort sowie mit minimaler Unterscheidung zwischen sich selbst und der wirklich betroffenen Person. Infolgedessen wird die Bedrohung als gegenwärtig und gegen sich selbst gerichtet wahrgenommen und es entwickelt sich eine sekundäre Traumatisierung.

Hierbei weisen Menschen mit einer ausgeprägten Empathiefähigkeit eine erhöhte Vulnerabilität auf. Die Übernahme der Emotionen der unmittelbar Betroffenen ermöglicht eine Sensitivierung emotionsverarbei-

tender Gehirnregionen (siehe auch *Schwerwath; Friedrich* 2012). Weitere Risikofaktoren sind eine fehlende innere Distanz, Ermüdung, fehlende Problemlöse- und Bewältigungsstrategien, zu hohe Erwartungen an sich selbst und akute Stressphasen.

Zudem wird diskutiert, dass das Risiko einer sekundären Traumatisierung ansteigt, wenn die Helferinnen und Helfer oder die Angehörigen selbst schon zuvor traumatisiert wurden (*Beckrath-Wilking* u.a. 2013). Auch *Wolf* (2018) merkt an, dass vermutet wird, in eigenen Traumata läge der Hauptgrund für die Symptome der Betroffenen, denn Traumata könnten sich über das Leben hinweg aufsummieren, mit jedem Trauma werde also eine posttraumatische Belastungsstörung wahrscheinlicher. In diesen Fällen bleibt jedoch offen, ob es sich hier dann um eine sekundäre Traumatisierung handelt oder um eine Retraumatisierung.

Differenzierter erklärt *Daniels* (2008, S. 208), wie es zu einer sekundären Traumatisierung kommen kann. Im Zentrum des Modells stehen drei im Menschen angelegte Prozesse: die Empathie, Kindling und Dissoziation. Mit dem Begriff der Empathie wird sowohl die Fähigkeit der „Perspektivenübernahme“ (*Daniels* 2007, S. 5), also das Erschließen der geistigen Sicht anderer Menschen, als auch die Fähigkeit der affektiven Emotionsübernahme, also das Hineinversetzen in den affektiven Zustand anderer, beschrieben. Studien zeigen, dass sich Menschen im Grad der Empathiefähigkeit deutlich voneinander unterscheiden. Vor allem diejenigen Menschen konnten die emotionale Verfassung eines anderen Menschen außerordentlich zutreffend beurteilen, die sich der „Herzrate und Hautleitfähigkeit der beobachteten Person“ besonders anpassen. Dies weist auf eine „empathische Ansteckung“ (*ebd.*) hin.

Mit dem zweiten, im menschlichen Organismus angelegten Prozess, dem Kindling, kann erklärt werden, wie es zu dem Verlust der Selbst- und Fremddifferenzierung, dem zentralen dritten Aspekt der Dissoziation (*Daniels* 2007, S. 9), kommen kann. Kindling beschreibt eine durch wiederholte, unterschwellige Aktivierungen zunehmende Sensibilisierung der Amygdala. Durch mehrfache Traumatisierungen kann ein Kindlingprozess hervorgerufen werden, in dessen Folge immer weniger intensive, unspezifische Stressoren diese dissoziativen Reaktionen auslösen

können. Im weiteren Verlauf fällt die Selbst- und Fremddifferenzierung zunehmend aus und die Inhalte des Traumas werden ohne die so wichtigen Kontextinformationen abgespeichert.

Im Folgenden kann es in diesem Prozess zu einer dissoziativen Notfallreaktion kommen. Es wird von „zwei interagierenden Regulationsmechanismen“ (*Daniels* 2007, S. 10) ausgegangen: Von einem limbischen und von einem frontalen-kortikalen Mechanismus. Der limbische Regulationsmechanismus erfolgt durch die Ausschüttung von Neurotransmittern unter anderem in zwei Stresssysteme, das Furcht- und das Paniksystem. Das Furchtsystem führt durch die Aktivierung der Amygdala zu einer Kampf- oder Fluchtreaktion, während das Paniksystem parasympathikoton<sup>4</sup> geprägt ist. Einer Dissoziation geht in der Regel eine Angstreaktion vorher, wodurch die entsprechenden Neurotransmitter in übermäßiger Anzahl ausgeschüttet werden. Zur Veranschaulichung wird auch von einem „Zustand, in dem Gas und Bremse gleichzeitig bedient werden“ (*ebd.*, S. 11), gesprochen. Durch die dissoziative Reaktion kann die Identität geschützt werden, da durch bestimmte neurologische Prozesse eingehende Informationen bezüglich des traumatischen Ereignisses nicht als zugehörig zum Selbst abgespeichert werden können. Sie „werden nicht in das autobiografische Gedächtnis integriert, und bleiben somit assoziativ als Intrusion abrufbar“ (*ebd.*, S. 10 ff.).

Um diesen Prozessen entgegenzuwirken, sind für alle Betroffenen viele Faktoren zum Erhalt der psychischen Gesundheit bedeutsam. Für die Fachkräfte sind dies insbesondere gute Bedingungen am Arbeitsplatz. Dazu gehört eine gelebte Unterstützungskultur unter den Kolleginnen und Kollegen sowie ein nachhaltiger Umgang mit den Ressourcen, Transparenz und Partizipation. Weitere Aspekte, auf die insbesondere die Leitung achten sollte, sind die Wertschätzung individueller Stärken der Mitarbeitenden sowie der aktive Ausbau von Emotionsregulation, Resilienz und Selbstwirksamkeit aufseiten der Kolleginnen und Kollegen. Somit ist die Psychohygiene eine Querschnittsaufgabe, um präventiv gegen sekundäre Traumatisierung vorzugehen.

<sup>4</sup> Parasympathikotoner Zustand bedeutet, dass das Spannungsverhältnis von Sympathikus und Parasympathikus zugunsten des Parasympathikus verschoben ist. Der Parasympathikus wirkt hemmend auf die Energieentfaltung und den Stoffverbrauch, dient also der Energieerhaltung.

**Die Bedeutung der sekundären Traumatisierung für die Soziale Arbeit** | Sekundäre Traumatisierungen sind in der Gesellschaft und bei den Fachkräften Sozialer Arbeit (noch) wenig bekannt. Für die Kontaktpersonen und insbesondere für die nahen Angehörigen traumatisierter Menschen haben diese Erlebnisse erhebliche biopsychosoziale Auswirkungen, denn ein Trauma bedeutet nicht nur erhebliches Leiden für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen und oftmals auch für sonstige Kontaktpersonen. Zu diesen sonstigen Kontaktpersonen gehören beispielsweise Schul- und Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie Freunde und Freundinnen. Zudem führt eine sekundäre Traumatisierung letztlich auch zu vermeidbaren Kosten für das Gesundheitssystem.

Traumatische Lebensereignisse lassen oftmals, bildlich gesprochen, das Lebensfundament für die Angehörigen bröckeln. Deshalb geht es in der Beratung darum, dieses Fundament wieder zu stärken oder im Rahmen der Selbstfürsorge gar nicht erst bröckeln zu lassen, das heißt Ressourcen als Schutz vor einer Mittraumatisierung zu stärken (so auch *Scherwath; Friedrich* 2012 in Bezug auf die Selbstfürsorge von Therapeutinnen und Therapeuten). Besonders schlimm ist, dass die Angehörigen oft auf sich allein gestellt sind, obwohl es angesichts der weitreichenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen im Interesse aller sein sollte, die von einer sekundären Traumatisierung bedrohten und bereits betroffenen Menschen präventiv beziehungsweise beratend und therapeutisch zu unterstützen.

Leider wird diese Problematik in der Fachwelt zu wenig beachtet. In vielen Institutionen konzentrieren sich die Fachkräfte, auch im Kontext der Kostenübernahme für eine Einzelfallhilfe, zu sehr auf die „Hauptbetroffenen“. <sup>5</sup> Auch in der Fachliteratur wird (zu) wenig auf die Angehörigen und andere Personen eingegangen. Allerdings finden sich Ausnahmen: Zum Beispiel thematisiert *Klees* (2018) die Bedeutungen von Traumatisierungen im Kontext der Paartherapie. *Korittko* und *Pleyer* (2010) sprechen co-traumatische Prozesse im familiären Kontext an (die simultane Traumatisierung, die parallele Traumatisierung, das parentale Trauma, parentale Hilflosigkeit als dissoziatives Phänomen und die traumatische Trauer).

**5** Bisweilen wurde ich erstaunt angesehen, als ich in der Rolle des Supervisors gefragt habe, ob auch den Angehörigen des traumatisierten Menschen Hilfen angeboten wurden.

Die Soziale Arbeit steht demnach im Kontext einer umfassenden Beratung der Betroffenen vor einer Reihe von notwendigen Aufgaben, einige Anregungen zu ihrer Bewältigung sollen hier gegeben werden:

▲ Die Angehörigen und eventuell weitere Personen sollten proaktiv gefragt werden, ob sie Unterstützung wünschen. Im Mittelpunkt jeder Unterstützung dieser Personen steht auch hier der Aufbau einer tragfähigen beraterischen Beziehung. Die Arbeitsschwerpunkte liegen in der Stabilisierung. Manchmal muss zunächst eine Einschätzung möglicher Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen vorgenommen werden. Weitere allgemeine Ziele sind die Abklärung der Affektregulation, ein Selbst- und Beziehungsmanagement und der Aufbau von intra- und interpersonellen Ressourcen, möglicherweise mit Methoden der imaginativen Selbstberuhigung (Entspannungstraining und Anderes). Des Weiteren sollte überlegt werden, ob neben einer Stützung des sozialen Netzwerkes Hilfen einer Symptomkontrolle (zum Beispiel durch Distanzierungstechniken) unter Einbeziehung von kunst- und gestaltungs-, ergo- sowie körpertherapeutischer Verfahren nützlich wären. Eine Verordnung von Medikamenten sollte bedacht werden. Hier ist auf eine besondere Suchtgefährdung bei der Vergabe von Benzodiazepinen zu achten.

▲ Viele Personen wollen sich nicht (oder aktuell nicht) mit dem Trauma auseinandersetzen. Manchen Menschen hat es sehr viel Mühe gekostet, diese schlimmen Bilder „an die Seite zu stellen“, zu verdrängen, also Dissoziierungsarbeit zu leisten. Zu beachten ist: Solche Muster sind keine Widerstände oder pathologischen Reaktionen.

▲ Grundlegend für jede Unterstützungsform ist, dies soll nochmals betont werden, die Schaffung einer Vertrauensbasis. Es muss beachtet werden, dass kein zusätzlicher Stress aufgebaut wird, sondern die Betroffenen sollten lernen, ihren inneren Stress besser zu managen und zusätzlichen Stress zu vermeiden. Sie sollten erfahren, dass ihre physiologische Erregung und Affekte kontrollierbar sind und dass sie lernen können, sich selbst zu beruhigen und zu trösten. Mittels Reframing können Situationen umgedeutet werden.

Weitere Aufgaben der Sozialen Arbeit sind:

▲ **Psychosoziale Diagnostik:** Nur in wahrgenommenen und entsprechend bezeichneten Fällen erhalten Betroffene Hilfen. Die Soziale Arbeit steht daher vor der Aufgabe, eine sekundäre Traumatisierung gezielt zu diag-

nostizieren beziehungsweise ihren Beitrag zu leisten, dass andere Fachkräfte tätig werden. Typische Symptome einer sekundären traumatischen Belastungsstörung sind in Bezug auf das Erlebnis (in Anlehnung an eine Aufstellung von Figley 1995 in Lemke 2013, S. 53 f.) unter anderem: plötzliche Wiedererinnerungen, Träume über das Erlebnis, Belastungen durch Erinnerungen oder Bemühungen, entsprechende Gedanken, Gefühle, Aktivitäten zu vermeiden, physiologische Amnesie, verringertes Interesse an signifikanten Aktivitäten, Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung, Verringerung des Affekts, Schlafschwierigkeiten, Reizbarkeit oder Neigung zu Wutausbrüchen, Konzentrationsschwierigkeiten und eine übertrieben starke Schreckreaktion. Korittko (2011) nennt ergänzend begleitende Symptome wie die depressive Verarbeitung in Form von Suizidalität, Antriebs- und Hoffnungslosigkeit sowie intensiver Substanzgebrauch. Es können also psychosomatische, psychische, soziale, kognitive und emotionale Symptome auftreten. Neben diesen spezifischen Auffälligkeiten zeigen sich auch unspezifische, die häufig beim Auftreten eines Burn-outs zu beobachten sind.

▲ **Prävention:** Aufgrund des hohen Chronifizierungsrisikos von Traumatisierungen, das auch aus deren gesellschaftlicher Tabuisierung resultiert, sind präventive Maßnahmen besonders relevant (Beckrath-Wilking u.a. 2013, Daniels o.J., Schwerwath; Friedrich 2012, Korittko 2011, RieBinger 2011). Sie werden als „Schlüssel zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen“ (Schwarzer 2010, S. 61) gesehen. Daniels schlägt für die Prävention (in Bezug auf professionelle Helferinnen und Helfer, meines Erachtens aber übertragbar) drei Aspekte vor: erstens das „Screening auf Traumasymptome“ in gleichmäßigen Abständen, beispielsweise anhand des von Daniels entwickelten Fragebogens; zweitens ein individuelles Programm zur Stressbewältigung, da es wichtig ist, die Entspannungsfähigkeit zu trainieren, um dem Stresssyndrom vorzubeugen, sowie drittens das Nachvollziehen des eigenen Bearbeitungsstils von Traumamaterial (Daniels 2008, S. 107).

▲ **Austausch:** Wie auch professionelle Helferinnen und Helfer brauchen Angehörige die Möglichkeit, sich offen austauschen zu können, ohne Angst vor Verurteilungen haben zu müssen (für die Teamentwicklung Sendera; Sendera 2013b). Selbsthilfegruppen sind zu unterstützen.

▲ **Psychohygiene:** Psychohygiene und Selbstfürsorge können ebenfalls vor einer Traumatisierung schützen.

Dabei bedeutet Psychohygiene die Sicherstellung von inneren und äußeren Ressourcen (Beushausen 2016) als Grundlage für den Erhalt psychischer und physischer Gesundheit, um den Anforderungen und Belastungen standzuhalten, ohne Schaden zuzunehmen. Dabei lassen sich die inneren Ressourcen in drei große Kategorien teilen: erstens die Fähigkeit zur Affektregulation und Selbstberuhigung vor überflutenden Emotionen, zweitens die Fähigkeit der Selbstakzeptanz und drittens das Erfahren von Kontroll- und Steuerungsoptionen. Für die Selbstfürsorge sind ein liebevoller, wertschätzender, achtsamer und mitfühlender Umgang sowie ein Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse hilfreich. Zur Selbstfürsorge gehören die unterschiedlichsten Tätigkeiten wie duschen, Hände waschen, Änderung der Sitzposition, Raumwechsel, Spaziergänge, Sport etc. Zu einer guten Psychohygiene können alltägliche Dinge beitragen, die Freude bereiten, wie das Pflegen von Geselligkeit, Lachen, die Herstellung des Gefühls der eigenen Sicherheit und der Erhalt beziehungsweise die Wiedererlangung von Selbstwirksamkeit. Die Soziale Arbeit steht vor der Aufgabe, die Betroffenen diesbezüglich entsprechend anzuleiten.

▲ **Psychoedukation:** Darüber hinaus spielt die Psychoedukation eine wichtige Rolle. Alle möglicherweise betroffenen Personen benötigen ein Wissen über Traumatisierungen, um mit den Symptomen und Auswirkungen des Traumas besser umgehen zu können.

▲ **Coping:** Bedeutsam sind weiterhin eine Identifizierung, bewusstes Wahrnehmen, Benennung und Erlernen von Bewältigungsstrategien sowie das Erlernen von Möglichkeiten der Entspannung und Stressreduktion.

▲ **Stressreduzierung:** Angehörige benötigen Informationen und Trainings zu einer Verringerung von überflüssigen Stressfaktoren und deren Folgeerscheinungen. Dies schließt das Erkennen und Akzeptieren der eigenen Grenzen, den Umgang mit eigenen Gefühlen ein. Insgesamt geht es also um das Akzeptieren und Annehmen einer emotionalen Ansteckung.

▲ **Akute Traumatisierung:** Zu den akuten Maßnahmen gehören die Stabilisierung, bei der die Traumatisierten und eben auch ihre Kontaktpersonen beispielsweise durch Imaginationsübungen lernen können, mit wiederholt auftretenden Stressoren umzugehen sowie die Fähigkeit, die erlebten traumatischen Ereignisse in Worte zu fassen (Korittko 2011).

▲ **Behandlung:** Des Weiteren müssen Behandlungsmöglichkeiten und Rehabilitationsprogramme vermittelt

telt und bei den Betroffenen muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass sie eine durchaus normale Reaktion auf den belastenden, manchmal traumatisierenden Kontakt mit den unmittelbar Betroffenen zeigen und Unterstützung benötigen.

**Fazit** | Dargestellt wurde, dass alle Personen, die sich einem engen Kontakt mit traumatisierten Menschen befinden eine Traumatisierung entwickeln können, die in Symptomen und Ätiologie der post-traumatischen Belastungsstörung ähnelt. Anhand des neuropsychologischen Modells von *Daniels* (2008) wurde eine Ätiologiehypothese aufgestellt, nach der die Entstehung auf drei im Menschen angelegte Prozesse zurückzuführen ist: Empathie, Kindling und Dissoziation (*ebd.*, S. 100 ff.). Merkmale einer indirekten Traumatisierung sind somit insbesondere ein Zeichen ausgeprägter Empathiefähigkeit. Nach *Daniels* (2007) ist sie eine normale Reaktion auf unnormale Informationen, die nicht einer Tabuisierung unterliegen sollten.

Während für die Helferinnen und Helfer Hinweise und Hilfsangebote vorliegen, werden die Menschen, die engen Kontakt mit traumatisierten Personen haben, in der Regel kaum beachtet. Durch den Kontakt mit traumatisierten Menschen kann es zu einer „Ansteckung“ mit typischen posttraumatischen Symptomen kommen. Dies betrifft die professionellen Helferinnen und Helfer und besonders die Partnerinnen und Partner (*Klees* 2018) sowie die Familienangehörigen (*Korittko; Pleyer* 2010), ebenso manchmal auch Freundinnen und Freunde, Schul- und Arbeitskolleginnen und -kollegen oder zum Beispiel Nachbarn. An all diese Personenkreise sollte gedacht werden. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es daher, mögliche „Ansteckungs“-Prozesse zu bedenken und diesen Menschen Hilfsangebote, auch präventiver Art, bereitzustellen.

**Dr. Jürgen Beushausen** lehrt an der Hochschule Emden mit den Schwerpunkten *Beratung, Klinische Soziale Arbeit und Systemische Interventionen*. E-Mail: [juergen.beushausen@hs-emden-leer.de](mailto:juergen.beushausen@hs-emden-leer.de)

Dieser Beitrag wurde in einer Double-Blind Peer Review begutachtet und am 28.01.2019 zur Veröffentlichung angenommen.

## Literatur

- Beckrath-Wilking**, U.; Biberacher, M.; Dittmar, V.; Wolf-Schmid, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Paderborn 2013
- Beushausen**, J.: Beratung lernen. Opladen u.a. 2016
- D'Amelio**, R.: Studienbrief: Krise und Krisenintervention. Version 2010 Universitätskliniken des Saarlandes. Homburg/Saar 2010 ([http://www.uniklinikum-saarland.de/de/einrichtungen/kliniken\\_institute/medizinische\\_kliniken/innere\\_medicin\\_iv/patienteninfo/psychologische\\_beratung\\_psychotherapie/studienbriefe/](http://www.uniklinikum-saarland.de/de/einrichtungen/kliniken_institute/medizinische_kliniken/innere_medicin_iv/patienteninfo/psychologische_beratung_psychotherapie/studienbriefe/); abgerufen am 24.4.2019)
- Daniels**, J.: Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin 3/2007
- Daniels**, J.: Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen bei Therapeuten. In: Psychotherapeut 53/2008, S. 100-107
- Daniels**, J.: Briefingpaper. Berufsbedingte Belastungen in der Traumaaarbeit. In: [www.sekundärtraumatisierung.de/sfSimpleBlog/show/stripped\\_title/materialien-und-artikel.html](http://www.sekundärtraumatisierung.de/sfSimpleBlog/show/stripped_title/materialien-und-artikel.html) (ohne Jahr, abgerufen am 24.4.2019)
- Figley**, C.R.: Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized. New York 1995
- Gebrande**, J.; Heidenreich, T.: Sekundärtraumatisierung in der Beratung von traumatisierten Menschen. In: Beratung Aktuell. Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung 1/2012, S. 27-40
- Hanswille**, R.; Kissenbeck, A.: Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg 2008
- Jegodtka**, R.; Luitjens, P.: Systemische Traumapädagogik. Traumasensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen 2016
- Klees**, K.: Traumasensible Paartherapie. Paderborn 2018
- Korittko**, A.: Wenn Kollegen und Familien mitleiden ... Sekundäre Auswirkungen und systemische Lösungswege nach berufsbedingter Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst. In: <https://www.alexanderkorittko.de/downloads> (veröffentlicht 2011, abgerufen am 24.4.2019)
- Korittko**, A.; Pleyer, K.H.: Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Göttingen 2010
- Lemke**, J.: Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröning 2013
- Pentz**, K.; Trost, A.: Sekundäre Traumatisierung und Bindungsstile bei Professionellen Sozialer Arbeit. In: Lammel, U.A.; Jungbauer, J.; Trost, A.: Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxiskonzepte. Dortmund 2015, S. 119-133
- Petermichl**, E.: Sekundäre Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen. Aktuelle Copingstrategien in Bezug auf die Thematik. Coburg 2012
- Rießinger**, S.: Sekundäre Traumatisierung und der Umgang mit Überlastungsphänomenen. Vortrag zum Fachtag der Hans-Wendt-Stiftung am 19.02.2011. In: <https://www.hans-wendt-stiftung.de/fileadmin/Stiftung/Wohngruppen/>



# JUNGE SYRER IM BUNDES-FREIWILLIGENDIENST | Lebensgestaltung unter widersprüchlichen Anforderungen<sup>1</sup>

*Gesa Köbberling; Barbara Schramkowski*

## **Zusammenfassung** | Wie beschreiben

Geflüchtete ihr Ankommen und ihre Zukunftsplanung in Deutschland? Dieser Beitrag zeigt auf der Grundlage von qualitativen Interviews, wie junge Männer mit Fluchtgeschichte Spielräume für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung nutzen und auszuweiten versuchen. Durch die Rekonstruktion ihrer aktiven Umgangsstrategien mit begrenzenden Bedingungen werden Spannungsfelder herausgearbeitet, die für die Soziale Arbeit nicht nur im Kontext von Flucht Relevanz besitzen.

## **Abstract** | How do young refugees describe

their experiences of arriving and their plans for a future in Germany? Based on qualitative interviews, this article shows young male refugees trying to increase autonomy and self-determination in their lifestyle. By reconstructing their active strategies to face difficulties in the everyday life, we found areas of tensions, refugees have to cope with. Understanding these tensions is relevant for social work practice with, but not limited to, refugees.

**Schlüsselwörter** ► Flüchtling ► Migration

► Soziale Arbeit ► Lebensführung ► Autonomie

## **1 Einleitung** | Obwohl Soziale Arbeit in Deutsch-

land nicht nur aktuell, sondern auch historisch in verschiedenen Konstellationen mit dem Thema Flucht befasst war, hat das Handlungsfeld bei der Professionsentwicklung bislang eine untergeordnete Rolle gespielt. Inzwischen beziehen sich Publikationen vermehrt auf professionelles Handeln Sozialer Arbeit im Kontext von Flucht (zum Beispiel *Schirilla* 2016, *Blank* u.a. 2018, *Bröse* u.a. 2018, *Prasad* 2018) und leisten wichtige Beiträge zur fachlichen Entwicklung des Handlungsfeldes. Hier setzt auch dieser Artikel an,

<sup>1</sup> Der Beitrag basiert auf einem Vortrag der Autorinnen auf der Jahrestagung 2018 „Demokratie und Soziale Arbeit“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit. Teile der Forschungsergebnisse sind mit anderer Schwerpunktsetzung bei Köbberling; Schramkowski 2019 veröffentlicht

Vortrag\_Sekundaere\_Traumatisierung\_und\_Ueberlastungsphaenomene\_der\_Hans-Wendt-Stiftung\_19.02.2015.pdf (abgerufen am 8.9.2018)

**Scherwath, C.;** Friedrich, S.: Stabilisierung und Selbstfürsorge im Helfersystem als Schutz vor Sekundärer Traumatisierung. In: Scherwath, C.; Friedrich, S. (Hrsg.): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München und Basel 2012, S. 179-196

**Schwarzer, S.:** Prävention der Sekundären Traumatisierung. In: Wagner, R. (Hrsg.): Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen. Magdeburg 2010, S. 61-70

**Sendera, A.;** Sendera, M.: Sekundäre Traumatisierung – Besonderheiten der Sekundären Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Sendera, A.; Sendera, M. (Hrsg.): Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills. Wien 2013a, S. 79-87

**Sendera, A.;** Sendera, M.: Besonderheiten einzelner Berufsgruppen. In: Sendera, A.; Sendera, M. (Hrsg.): Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills. Wien 2013b, S. 115-148

**Wolf, C.:** Sind Traumata ansteckend? In: <https://www.spektrum.de/news/sind-traumata-ansteckend/1534611> (veröffentlicht am 5.3.2018, abgerufen am 24.4.2019)