

15.01.2022 Dr. Monika Hollub

Sekundäre Traumatisierung von professionellen Helfern im Kontext von Behandlung von Menschen mit Traumatisierung

Norddeutsche Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie NGaT

Gliederung

- Definition von primärer und sekundärer Traumatisierung
- Spiegelneurone, Mitgefühl, Kindling, Dissoziation
- Die Qualität der therapeutischen Beziehung in Übertragung und Gegenübertragung bei Therapeut/Patient
- interaktionelle Weitergabe des Traumas an nahe Bezugspersonen
- Umgangsmöglichkeiten für den Therapeuten: ängstlich/vermeidend bis starr gebunden/überfürsorglich
- Prävention von sekundärer Traumatisierung: Beispiele
- Der hinreichend gute Therapeut und der gescheiterte Therapeut: Abschied und Trennung
- Zivilcourage in Notsituationen und autoritären Gesellschaftssystemen

Definition: sekundäre Traumatisierung

1. nach Daniels 2008 und Lempke handelt es sich um eine psychische Ansteckung des Helfers über die Spiegelneurone durch die empathische Konfrontation mit dem traumatischen Erleben des Klienten.
2. über das Bindungssystem wird bei drohender Gefahr als normale biopsychosoziale Reaktion über das Kindling (Sensibilisierung der Amygdala durch wiederholte Exposition) die Bindungssuche ausgelöst neben der Tendenz, Unerträgliches weg zu dissoziieren.
3. der amerikanische Psychiater Charles Figley hat erstmals sekundäre Traumatisierung als Begriff eingeführt. Auch Therapeuten können sekundär Betroffene sein (wie Patient, Angehörige).
4. das Ausmaß der sekundären Traumatisierung hängt von der Art des Traumas (interpersonell) und der Stärke der Traumafolgen ab, die auf den Helfer einwirken.

Definition: sekundäre Traumatisierung (ST)

- Eine ST ist daran gekoppelt, dass sie ohne direkte sensorische Reize des Ausgangstraumas und mit zeitlicher Distanz zum Trauma erfolgt.
- hinsichtlich der akuten Symptomatik und längerfristiger Folgen bestehen Ähnlichkeiten zur PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung: Intrusion, Inhibition, Hyper-/Hypoarousal, peritraumatische Dissoziation, Angst, Depressivität, parapsychotisches Bedrohungserleben),
- Zudem zur akuten Belastungsreaktion,
- es bestehen Parallelen zum Burnout (vegetative, emotionale, mentale und soziale Stresssymptome mit Spätfolgen) und zu Misstrauen, Rückzug oder aber innerer Leere bei ähnlichen Entstehungsmustern.
- Bei erfolgreichem Coping entsteht posttraumatisches Wachstum, als positive Auswirkung, die mit Zunahme von Lebensweisheit einhergeht.

Primäre Traumatisierung von Rettungskräften

Schutz vor tätlichen Übergriffen: Deutsches Ärzteblatt/Jg. 118/Heft 41/15.10.2021: nahezu täglich gibt es Gewalt gegenüber Einsatzkräften, Ersthelfer:innen. Diese müssen in der Lage sein, gefährliche Situationen zu erkennen, eine Ersteinschätzung zur Eigensicherung vorzunehmen und folgerichtig zu handeln, wobei Fluchtwege gesichert werden müssen.

- Potenzielle Tatorte: auf der Straße, in Geschäften, im Rettungswagen, an Brandorten, in Wohnungen, in Arztpraxen, in Kliniken und Kneipen. Ersthelfende wissen nie genau, was sie am Einsatzort erwartet.
- Ausbildung und Sensibilisierung gegenüber Bedrohungen: gemeint sind weniger die Einsätze, mit akuten, im Vorfeld erkennbaren Gefahrenlagen, zu denen mit Polizeibegleitung gefahren wird, sondern solche mit unvermittelt ausbrechender Gewalt, vorher nicht erkennbaren Risiken.

Primäre Traumatisierung von Rettungskräften

- Ersteinschätzung zur Eigensicherung hat an allen Einsatzorten Priorität (intoxikierter Patient:in, psychisch Kranke:r, Personen aus dem Umfeld „rasten“ plötzlich aus, erschwertes Erkennen des Unterschieds von Rettungsschutz-Kleidung-Trägern von anderen Einsatzkräften oder Zivilisten), auch wenn Tätergruppen oft nur schwer eingeschätzt werden können.
- Erkennbares Gewaltpotential: geordneter Rückzug, Polizeinotruf mit der nötigen Dringlichkeit tätigen (ggf. aus verdeckter Position). Fluchtwege müssen gesichert werden.
- Deeskalation: Lage entschärfen, aufgebrachte Personen beruhigen: 4 Aspekte: das eigene Auftreten, Erscheinungsbild (ohne Zugriffshandschuhe!), Verhalten (o. Provokation), Kommunikationsfähigkeit (Fragen)

Studie legt Gewalt gegen Rettungskräfte offen: Prof. Thomas Feltes und Marvin Weigert vom Lehrstuhl für Kriminologie, Kriminalpolitik und Polizeiwissenschaft der RUB

Eine aktuelle Studie der Ruhr-Universität Bochum (RUB) zu Gewalterfahrungen von Rettungskräften in Nordrhein-Westfalen kommt zu einem bitteren Ergebnis:

- 92 Prozent der teilnehmenden Notärzte, Notfallsanitäter und Rettungsassistenten wurde 2017 im Dienst angepöbelt und 26 Prozent sogar körperlich angegriffen.
- Die Untersuchung offenbart zudem, dass Einsatzkräfte im Rettungsdienst ein höheres Risiko haben, Opfer solcher Übergriffe zu werden, als Einsatzkräfte im Brandeinsatz. Bei diesen liegt die Quote für körperliche Übergriffe bei zwei Prozent und für verbale bei 36 Prozent.
- Nachts und in Großstädten sind Rettungseinsätze demnach besonders gefährlich: mehr als 60 Prozent aller Fälle ereignen sich in der Nacht.
- In Städten ab 500.000 Einwohnern kommt es doppelt so häufig zu Übergriffen wie in Städten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnern.

Studie legt Gewalt gegen Rettungskräfte offen: Prof. Thomas Feltes und Marvin Weigert vom Lehrstuhl für Kriminologie, Kriminalpolitik und Polizeiwissenschaft der RUB

- Die Täter sind in der Hälfte der berichteten Fälle zwischen 20 und 40 Jahre alt, zu 90 Prozent männlich und gehören meist zum Umfeld der Hilfesuchenden.
- In 55 Prozent der Fälle körperlicher Gewalt sei der Täter erkennbar alkoholisiert gewesen.
- Die Auswertung von mehr als 7.000 Befragten zeigt, dass es in deutschen Arztpraxen täglich zu 75 Fällen körperlicher und zu 2.870 Fällen verbaler Gewalt kommt.
- In Klinik-Notaufnahmen ist Gewalt gegen Ärzte und Pflegekräfte an der Tagesordnung. Beinahe täglich kommt es zu einer Gewalttat.

Klinik-Notaufnahmen mit Gewalt gegen Ärzte und Pflegekräfte: Forschungsgruppe am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Die Onlinebefragung richtete sich an Beschäftigte von 51 Notaufnahmen in Hessen, 354 Personen füllten den Fragebogen aus. Knapp 76 Prozent der Befragten gaben dabei an, in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine Form körperlicher Gewalt erlebt zu haben (bei der verbalen Gewalt liegen die Zahlen noch höher).

Jeder 2. Befragte (52 Prozent) gab zudem an, mindestens einer Form sexualisierter Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein, wobei tägliches oder wöchentliches Auftreten 20,6 Prozent der Betroffenen angaben.

Bezüglich des Sicherheitsgefühls während der Arbeitszeit erklärten 39 Prozent, dass sie sich nachts in der Notaufnahme meist nicht oder nie sicher fühlen.

Ethisch fordernde Entscheidungsfindung und deren Kommunikation: Beispiel: Corona-Kranker auf Intensivstation (Deutsches Ärzteblatt/Jg. 118/ 17.12.2021)

Durch Seminare Vorbereitung/Training von kommunikativen Fertigkeiten für schwierige Gespräche mit multimorbiden Patienten und ihren Angehörigen über mögliche Therapieoptionen/-wünsche und fehlende Behandlungsindikationen/-möglichkeiten, z.B. nach Verlegung auf die Intensivstation wegen Dyspnoe-Zunahme und nötiger Beatmung. Grund: Hohe Letalitätssrate der intensivmedizinisch behandelten, beatmeten COVID-19- Patienten (35,3 Prozent).

Moral Disstress: durch kontroverse Prognoseeinschätzungen in den Teams kommt es zu unterschiedlichen Haltungen bei der Therapie-Ziel-Änderung: dadurch kommt es zu Handlungen, die tief verwurzelte moralische Überzeugungen und Erwartungen verletzen, aber auch nicht verhindert werden können und deren Zeuge man wird/von denen man erfährt.

Moralischer Disstress

Moralischer Disstress führt zu

- Gefühlen von Machtlosigkeit
- Gefühlen von Ungerechtigkeit
- Frustration
- Wut oder Angst.

Ist diese Stressphase zeitlich begrenzt, bleibt das moralische Gerüst einer Person bestehen.

Bei anhaltendem moralischen Disstress führt dies zu beruflicher Unzufriedenheit, Dekompensation und Burnout, bzw. sekundärer Traumatisierung.

Sekundäre Traumatisierung beim Patienten nach Verkehrsunfall als Beispiel: biopsychosoziales Modell

- An psychophysiologischer Symptomatik (primäre Traumatisierung) ist eine größere Wachsamkeit im Verkehr zu beobachten, eine stärkere Irritierbarkeit und verminderte Frustrationstoleranz bei problematischen Situationen sowie eine ausgeprägte Schreckhaftigkeit bei unerwarteten Vorkommnissen im Straßenverkehr. Patient erlebt sich unfähiger, schuld- und schambelasteter als vor dem Unfall.
- Durch das Ereignis selbst können die Reaktionen der sozialen Umgebung oder Institutionen zu einer weiteren, sekundären Traumatisierung führen. Unverständnis, Ablehnung oder Beschuldigungen bei Polizei, Rettungskräften sowie sich widersprechende fachliche Beurteilungen der Beschwerden können das Opfer nach einem Trauma zusätzlich irritieren und zur Verstärkung der Symptomatik sowie zur Verzögerung des Heilungsprozesses führen. Ein ablehnendes oder gleichgültiges Verhalten stellt einen Risikofaktor für eine PTSD dar.

Sekundäre Traumatisierung beim Patienten nach Verkehrsunfall als Beispiel: biopsychosoziales Modell

- Langwierige rechtliche Auseinandersetzungen und verspätet anberaumte Gerichtsverhandlungen zum Verkehrsunfall können zur Persistenz des Leidens beitragen, da der Unfall damit nicht vorbei ist und über das Erlittene vor Gericht ausgesagt werden muss.
- Vielen Patienten geht es dabei weniger um finanziellen Ausgleich als um das Ernstnehmen und die Anerkennung des eigenen Leids und der – häufig fremden – Schuld (s. Frommberger et al. 2019).
- Die Belastungen und Enttäuschungen, auch bei Nichtanerkennung der Beschwerden und Erwartungen, können zu einer Verbitterung führen, die zunehmend konzeptualisiert („posttraumatic embitterment disorder“, PTED) und untersucht wird (Linden und Maercker 2011).

Prävention

1. Prävention bedeutet Selbstschutz durch persönliche Grenzziehung, bzw. Schutz vor persönlicher Grenzverletzung als Helfer mit privater und beruflicher psychosozialer Unterstützung neben Selbstwirksamkeit, Selbstregulation. Auch verbale Grenzverletzungen führen zu Daueranspannung.
2. Erwachsenes Denken ist gekennzeichnet durch Logik, Akzeptieren des Zeitbegriffs, Aufmerksamkeitslenkung, Strukturierung und Entscheidung entsprechend des Realitätsprinzips (Sekundärprozeß).
3. In der relationalen Bezogenheit unterstützen sich Therapeut und Patient gegenseitig dabei, in der Gegenwart verankert zu bleiben und der Unterschiede gewahr zu werden.
4. Adaptive Interdependenz bedeutet eine gegenseitige Bezogenheit mit flexiblen Grenzen und Affektregulation in der Objektbeziehung.
5. Resilienzförderung, Supervision/Intervision, ethische Fallberatung, Behandlung.

Risiko für sekundäre Traumatisierungen (ST) in psychiatrischen Settings als universelles Phänomen auf beiden Seiten: Helfer und Opfer

1. Professionell begleitet stellt das Reden über traumatische Erlebnisse eine Chance für den Verarbeitungs- und Genesungsprozess der Betroffenen dar.
2. Beim Zuhörenden können gleichzeitig auch Belastungsgefühle hervorgerufen werden, die sich in einer sekundären Traumatisierung manifestieren können. Diese Gefahr ist vermindert bei Teamarbeit mit Intervision und Supervision. Gefahr erhöht bei eigener Traumatisierung.
3. Beim Berichten von Traumata schädigt sich der Patient evtl. selbst erneut (Retraumatisierung), wenn zu früh exponiert wird ohne ausreichende Anleitung zur Selbstberuhigung und Traumaauflösung.
4. Diathese-Stress-Modell: Interaktion mehrfacher Exposition mit individueller Vulnerabilität und interindividuellen Persönlichkeitsmerkmalen.

Risiko für sekundäre Traumatisierungen (ST) in psychiatrischen Settings als universelles Phänomen auf beiden Seiten: Helfer und Opfer

5. Medizinisches Personal wird in verschiedenen Kontexten mit traumatischen Vorgeschichten der Patienten konfrontiert und ist oftmals nicht darauf vorbereitet (organisatorische Mängel, fehlende Struktur).
6. Auch für Abhängigkeitserkrankungen wurden psychische Traumata als Risikofaktor identifiziert.
7. Ebenso führen körperliche Erkrankungen bei einer chronischen PTBS zur Nutzung von Behandlungseinrichtungen.
8. So kann beim Helfer ein Impuls zum Umsorgen und Beschützen bei Verantwortungsübernahme ausgelöst werden (Karpman's Retter-Opfer-Täter-Dreieck 1968), zumal er mit dem Traumamaterial wiederholt konfrontiert ist.
9. Selbst erlebte Traumata sind Prädiktor für erhöhtes Risiko von ST bei sehr geringem Zusammenhang mit Arbeitserfahrung oder Alter.

Risiko für sekundäre Traumatisierungen in psychiatrischen Settings beim professionellen Helfer

Im beruflichen Kontext (aller Berufsgruppen) kann der Kontakt zu traumatisierten Patienten u/o das Sprechen über traumatische Erlebnisse

- Vermieden werden, was sich negativ auf die professionelle Beziehung auswirkt und damit auch auf die Versorgungsqualität, oder aber
- Unabgegrenzt bei problematischem Rollenmuster übernommen werden.

Im psychotherapeutischen Kontext (nach Daniels) ist Zusammenspiel von drei Prozessen von zentraler Bedeutung:

1. Empathie (Mitgefühl)
2. Kindling
3. (peritraumatische) Dissoziation

Literatur: Artikel über eine aktuelle Studie zur Prävalenz einer sekundären Traumatisierung unter psychiatrisch Pflegenden: NeuroTransmitter 2018: 29 (1)

Kindling

Kindling beschreibt eine Reaktion des Gehirns auf wiederholte unterschwellige Reize.

Eine Nervenzelle reagiert nur reizweiterleitend, also mit einem Aktionspotential, wenn eine bestimmte Reizschwelle überschritten wird. Experimentell wurde herausgefunden, dass durch sich periodisch wiederholende, unterschwellige Reize auf ein Gehirnareal, die Reizschwelle soweit sinkt, dass nachfolgend ein einzelner ehemals unterschwelliger Reiz nun ausreicht, um ein Aktionspotential zu bewirken.

Empathie, Kindling und Dissoziation bei ST (nach Daniels), wenn die Erregungsschwelle sinkt und dann leichter überschritten wird

Empathie, Mitgefühl

- Perspektivenübernahme
- Affektive, unbewusste Übernahme des emotionalen Erlebens durch Aktivitäten des Spiegelneuronensystems.

Kindling

- Fremd- und Selbstdifferenzierung (Unterscheidung) innerhalb neuronaler Netzwerke ist bei ST (sekundärer Traumatisierung) gestört aufgrund
- Sensibilisierung der Amygdala durch wiederholte Expositionen mit (peritraumatischen) dissoziativen Wahrnehmungen bei überschrittener Schwellenerregung ähnlich wie bei den eigentlichen Traumaopfern und
- hängen mit dem Expositionsausmaß gegenüber traumatischen Erzählungen durch Patienten zusammen.

Intergenerationale Weitergabe von Traumata

- Wenn ein nahestehender Mensch ein Trauma erlebt, ist dies für Angehörige schwer zu ertragen (Verantwortungsübernahme).
- Durch den ständigen Kontakt mit der posttraumatischen Symptomatik des kranken Angehörigen, können sich psychische Symptome beim Partner, Kind entwickeln, die jenen des Betroffenen selbst sehr ähnlich sind: Albträume, erhöhte Wachsamkeit, Vermeidung von Triggern, sich Nicht-Abgrenzen-Dürfen vom Angehörigen, eigenes Leben Vernachlässigen, conspiracy of silence, Retterfantasien.
- So können Traumafolgen von einer Generation auf die nächste übertragen werden.

Suzette Boon: 3 Formen von sekundärer Traumatisierung (ST), 2021

- **Vicarious traumatization:** Stellvertreter-Traumatisierung:
 1. schleichende Veränderung der Sicht der Welt, von sich selbst bei
 2. Überidentifikation und Überengagement mit/für Traumatisierte mit
 3. Gedanklicher Beschäftigung auch außerhalb der Arbeit (Alpträume) und
 4. mit professioneller Infragestellung (kognitiv, emotional, physisch, eigenes Verhalten, Wissen), Rückzug, Scham und Schuldgefühle
 5. Private Beziehungen sind betroffen durch Zynismus, Glaubenssätze, Konzentrationsprobleme, Gereiztheit, Energielosigkeit, Antipathie
- **Mitgefühlerschöpfung** (Compassion Fatigue, CF): Engagement für traumatisierte Patienten erschöpft sich (kognitiv, emotional, körperlich), Empathieschwäche mit Vermeidung von Bindung
- **Chronischer traumatischer Stress** (CTS) durch Zeugenschaft mit Wut

Beispiel Stress: ängstlicher Therapeut und ängstlicher Patient

- In der angstbesessenen therapeutischen Dyade kommt es evtl. zu Grenzverletzungen, da Therapeut das Leiden des Patienten als übermächtig erlebt, was bei ihm Schuldgefühle mit einem übertriebenen Verantwortungsgefühl hervorruft.
- Therapeut versucht aktiv, Patienten zu helfen, um beiderseitige Angst zu lindern.
- Beide gehen dadurch schwieriger Arbeit am inneren Erleben beider Beteiligter aus dem Wege. Sie können den Schmerz nicht ertragen, da sie keine adäquaten Grenzen setzen.
- Stattdessen werden kontrollierend-fürsorgliche Strategien genutzt. Dadurch gerät Patient in stärkere Dysregulation und Leid.
- Durch wechselseitige Beeinflussung entsteht Hyperarousal mit Stress.

Behandlungsprinzipien

- Gute Psychotherapie ist die Grundlage einer effektiven Behandlung psychischer Störung verbunden mit der Förderung des Mentalisierens, der Regulationsfähigkeiten und des Selbstmitgefühls.
- Fokussieren auf den Prozess und auf die therapeutische Beziehung, nicht auf den Inhalt.
- Schon in der Ausbildung sollte ein Rahmen für das Verständnis innerer Konflikte und Abwehrmechanismen (bzw. Lebenserfahrungen und auslösender Bedingungen) angeboten werden, sowohl für die Vorgänge im eigenen Inneren als auch für das Geschehen in Beziehungen.
- Therapeuten sollen ihren Patienten helfen, im gegenwärtigen Augenblick bei dem zu bleiben, was in ihrem Inneren und in der Beziehung im Hier und Jetzt geschieht.

Sekundäre Traumatisierung und Vulnerabilität in der Gegen- / Übertragung

Conspiracy of silence: der Kommunikationsstil ist beeinflusst von der nonverbalen Abmachung, nicht über das Trauma zu reden.

Informationslücken werden suggestiv gefüllt mit Fantasien, während explizite Informationen zum Trauma emotionale Nähe erst ermöglichen würden, die vermieden wird. Therapieziele gehen verloren.

Retterfantasien: Therapeut möchte für den Patienten die Welt wieder zum sicheren und vorhersehbaren Ort werden lassen und versucht als Mensch das Gegenteil zum Täter zu sein (weder feindselig, noch grausam, noch übergriffig). Da dies nicht möglich ist, versuchen Therapeuten den Patienten zu schützen vor bedrohlichen Situationen, was mit einem Autonomieverlust des Patienten einhergeht. Linderung des Leids und der Angst wird zum Hauptziel der Anstrengungen.

Risiko für sekundäre Traumatisierungen in psychiatrischen Settings: 7 Punkte aus der Perspektive des Professionellen

Patienten schildern ihre Erlebnisse dem Behandlungsteam in verschiedenen Kontexten: die Konfrontation mit Traumamaterial kann beim Zuhörenden

1. Gefühle von Schuld, Wut, Scham, Erniedrigung, Hilflosigkeit und Inkompetenz auslösen, wenn dieser nicht unmittelbar helfen kann.
2. Als Reaktion darauf können sich Professionelle in Ohnmacht oder Ärger zurückziehen und sich auf diese Weise von dem Patienten distanzieren.
3. Oder Professionelle wollen die gespürte Bedürftigkeit oder Abhängigkeit der „Opfers“ von äußerer Hilfe befriedigen und überschreiten Grenzen.
4. Wenn Patientin weiter im sozialen Umfeld misshandelt wird, könnte die Professionelle versuchen, zu „retten“, indem sie sich für die Beendigung des Täterkontaktes zuständig und verantwortlich fühlt. Während dies für Kinder zutrifft, ist die Verantwortung bei Erwachsenen eine andere.

Risiko für sekundäre Traumatisierungen in psychiatrischen Settings: aus der Perspektive des Professionellen

5. Opfer können die empfohlene Therapie kritisieren, zurückweisen, kontrollieren, abbrechen und andere vereinnahmende Forderungen stellen, wodurch die Selbstwirksamkeit, das Selbstbild als Helfer/Retter und die Selbstfürsorge des Therapeuten beeinträchtigt werden kann.
6. Schwierigkeiten bei der Selbstregulation des Therapeuten führen zu einem gegenseitigen Vermeidungsverhalten innerer Wahrnehmungen.
7. Hinzu kommt Vermeidung von Distanz zur Reflexion über die Vorgänge in der therapeutischen Beziehung, was dort an Übertragung und Gegenübertragung abläuft.

Sekundär traumatisierende Gegenübertragungsreaktionen zwischen Therapeut und Klient: Buchempfehlung: Steele, K. , Boon, S, van der Hart, O: Die Behandlung traumabasierter Dissoziation. G.P.Probst Verlag 2017

Trauma indirekt ausgesetzt sein bei komplex traumatisierten und dissoziierenden Patienten: 3 Formen der Traumatisierung bei der Arbeit nach S. Boon (2021)

Stellvertreter-Traumatisierung auch als Gegenübertragungsreaktion beim Therapeuten verstehbar

- durch prolongierte Exposition mit Stress bei der Arbeit mit chronisch traumatisierten Patienten kann ein Parallelprozess mit überwältigenden Gefühlen angestoßen werden neben Ohnmacht, Isolation, Beschämung, Versagensgefühlen, Sinnlosigkeit, Erschöpfung incl. PTBS-Symptomen.

Mitgefühlerschöpfung (Compassion Fatigue) begründet durch

- desorganisierte dissoziative Bindungsmuster chronisch komplex traumatisierter Personen mit Annäherung und Abwehr (sekundäre Dissoziation: Flucht, Kampf, Erstarrung, Unterwerfung, Totstellreflex, Zusammenbruch): wird aktiviert durch bindungsbezogene Trigger.
- Burnout-Syndrom: durch Zeugenschaft Impuls zu Helfen, Ohnmacht, Wut

Beispiele zweier Extreme an Gegenübertragung: Extrem 1 (Steele, K. , Boon, S, van der Hart, O)

1. Therapeut hat wenig Ausbildung und Vorerfahrung, steht dem Konzept der Gegen- / Übertragung skeptisch gegenüber, kann das Leid der Patientin nicht mitfühlend realisieren, hält Selbstschädigung (durch z.B. dissoziierten bestrafenden Anteil) für Versuch, Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, nachzuahmen.
2. Therapeut hält Patientin für psychotisch und die Berichte über Missbrauchserlebnisse für Angelesenes, eigene Erfindungen.
3. Therapeut stark auf eigene Ideen fixiert. Ausbleibender Erfolg wird erklärt durch Persönlichkeitsstörung und Widerstand bei Pat.
4. Gegenübertragung: Therapeut geht auf abweisende Distanz und projiziert die Verantwortung für die Erfolglosigkeit der Therapie auf die Patientin, die Symptome incl. Scham und Panik entwickelt.

Beispiele zweier Extreme an Gegenübertragung: Extrem 2 (Steele, K. , Boon, S, van der Hart, O)

1. Therapeutin ist überzeugt, dass sie permanenten fürsorglichen Kontakt zu jüngeren Anteilen der Patientin halten müsse, damit sie der traumatisierten Klientin helfen könne.
2. Zudem behandelt sie die dissoziierten Anteile ihrer Patientin wie eigenständige Personen und destabilisiert die Gesamtperson im Alltag durch zu intensives Arbeiten an den traumatischen Erinnerungen.
3. Es kommt zur Abhängigkeit von der Therapeutin, da diese das Erwachsenen-Ich der Patientin zu wenig ermutigt hatte, sich selbst um die jüngeren Anteile zu kümmern.
4. Es entstehen als Gegenübertragung Allmachts- und Rettungsphantasien neben der Furcht, die Klientin könnte nicht überleben.

Schutz vor Polarisierung (Steele, K. , Boon, S, van der Hart, O) beim Therapeuten

- Pole eines Zuviel und eines Zuwenig an therapeutischen Aktivitäten und emotionalem Engagement, was Nicht-Realisation einschließt neben mangelnder Umsicht, auf die Komplexität des Krankheitsbildes beim Klienten einzugehen.
- Realisation ist im Gegensatz hierzu nicht-urteilendes, radikales Akzeptieren der Realität in einem Anpassungsprozess unseres Erlebens, in dem wir einen adaptiven Sinn (kognitiv, emotional und somatisch) darin erkennen können, dass die Vergangenheit zwar vorüber ist, uns aber weiterhin beeinflusst und Teil unseres Erlebens bleibt.
- So können wir Verantwortung für unsere Handlungen übernehmen, die sowohl bei uns als auch bei anderen Menschen Leid oder Zufriedenheit hervorrufen. Dabei lernen wir aus Neuem.

Prävention sekundärer Traumatisierung: beim Patienten

- Fokus auf Containment traumatischer Erinnerungen: die Arbeit an diesen Erinnerungen erfordert ausreichende Regulationsfähigkeiten neben ausreichender innerer Kooperation und Sich-Akzeptieren beim Patienten, wenn im Trauma verschiedene dissoziierte Anteile entstanden sind.
- Patient hat zwar die Phobie vor dissoziierten Anteilen überwunden, jetzt muss er aber den Fokus auf Containment von Trauer über den Verlust richten: Grundlage dafür ist die Fähigkeit des Patienten, positive Gefühle der Kompetenz und Sinn für positive Ereignisse im Alltag erleben zu können. Der Patient muss in der Gegenwart präsent sein und in der Lage sein, die dazugehörigen Emotionen und Ereignisse erleben zu können.
- Wenn Patient sehr in der Vergangenheit fixiert ist, wäre Trauerarbeit verfrüht, da selbstschädigende Verhaltensweisen aufkommen können.

Beispiele für sekundäre Traumatisierung beim Therapeuten

- Therapeut erträgt die Abhängigkeitsbedürfnisse des Patienten nicht, hört dessen Bindungsschrei, will aber weder retten noch sich zurückziehen.
- Es besteht kein Behandlungsrahmen zur Eingrenzung des Abhängigkeitsverhaltens des Patienten und das Arbeitstempo in der Therapie ist zu schnell und führt zur Krise am Ende der Sitzung.
- Der Therapeut, der am Ende einer emotional intensiven und anstrengenden Sitzung keine Zeit mehr hat, sich zu erden und zu stabilisieren, erlebt nach der Sitzung eine Krise.
- Therapeut besteht darauf, dass Patient sich mit seinen traumatisierten/ dissoziierten Anteilen konfrontiert, bevor der Patient seine Phobie davor bewältigt hat.

Beispiele für sekundäre Traumatisierung beim Therapeuten

- Therapeut wird von den Emotionen und von der Geschichte des Patienten überwältigt und das Toleranzfenster des Therapeuten ist überschritten.
- Therapeut fühlt sich zu Beginn einer Sitzung unwohl und bespricht nicht mit dem Patienten, ob die geplante, sehr intensive Sitzung verschoben oder trotzdem die geplante Arbeit fortgesetzt werden soll.
- Das Überforderungsgefühl beim Therapeuten ist ein Barometer für die Überforderung beim Patienten. Patient ist ständig agitiert und produziert riesige Mengen an Informationen, die er gar nicht integrieren kann, wie auch der Therapeut dies alles nicht integrieren kann.
- Therapeut fragt nicht nach, wie es für den Patienten ist, all diese Informationen mitzuteilen, was er damit zu erreichen hofft.

Prävention Sekundärer Traumatisierung während Behandlung von komplex traumatisierten, dissoziierenden Patienten beim Therapeuten (Boon)

- Eigene individuelle Stärken und Schwächen kennen neben Faktoren der eigenen Lebenssituation und institutionellen Rahmenbedingungen.
- Reflektieren der Auswirkungen der Arbeit auf einen Selbst und das Privatleben mit Bindungs- /Liebesfähigkeit.
- Reflektieren, ob ich überkompensiere (Ignoranz), über Hoffnung und Selbstregulation verfüge, Sicherheit und Bindung aufrecht erhalten kann, bzw. ob ich Hilfe aktiv aufsuchen und ob ich beim Pausieren des Behandlungsfalls das Alleinsein ertragen kann.
- Resilienz-Erweiterung bedeutet, Finden von Strategien im Umgang mit traumatischem Stress (Selbstberuhigung, Erdung).
- Habe ich realistische Erwartungen an mich und andere, gesunde Grenzen, Selbstfürsorge, kann ich meinen Umgang damit evaluieren?

Prävention Sekundärer Traumatisierung während Behandlung von komplex traumatisierten, dissoziierenden Patienten beim Therapeuten (Boon)

- Verfüge ich über Toleranz gegenüber intensiver Bindung, kann ich zwischen Bindung und Abhängigkeit unterscheiden?
- Kann ich meiner Selbst Gewähr werden und Transparenz mir selbst gegenüber beibehalten oder bin ich in Bindung verwickelt, empfinde einen Zwang, Klienten zu beschwichtigen bzgl. deren unrealistischer Forderungen, bin ich überidentifiziert mit unklaren Grenzen?
- Karpman's Dreieck aus Täter-Opfer-Retter 1968: habe ich ein problematisches Rollenmuster: Therapeut verkennet sich als kraftvollen, allwissenden Retter für das hilflose, unwissende Opfer und wird sadistisch bei Ermüdungserscheinungen mit Mitgeföhlerschöpfung.
- Retter empfindet Skepsis gegenüber Realität und zwingt eigene „Wahrheit“ und eigenen „Glauben“ auf.

Prävention sekundärer Traumatisierung: Aufsuchen von Intervision und Supervision

- Kommunikationsstil soll moduliertes Offenlegen sein, wobei die kognitiven und emotionalen Ressourcen beider Gesprächspartner berücksichtigt werden. Je stärker die PTBS-Symptomatik und Dissoziation beim Patienten ist, um so mehr Erklärungsbedarf besteht.
- Moduliertes Offenlegen von Schuldgefühlen, Scham und Hilflosigkeit: um etwas anders und besser zu machen, braucht es Mut, Beharrlichkeit sowie Zutrauen in sich selbst und andere.
- Die unterschiedlichen Stärken und Charakterzüge jedes Einzelnen sind eine Chance, aneinander zu wachsen und darauf Neues hervorzubringen.
- Die Grundlage des Zusammenarbeitens ist die therapeutische Beziehung, in der versucht wird, verschiedene Sichtweisen im gegenseitigen Austausch zu verstehen, um Veränderung anzustoßen.

Der hinreichend gute Therapeut (v.d.Hart, Boon, Steele: die Behandlung traumabasierter Dissoziation)

1. Ein hinreichend guter Therapeut ist nicht perfekt, sondern jemand, der sich unablässiger Selbstentdeckung und lebenslangem Lernen widmet (Louis Cozolino 2004).
2. Ein natürlicher Kreislauf von Beziehungsbrüchen und deren späterer Reparatur / Heilung ist noch wichtiger und repräsentativer für eine sichere Bindung als nur die Einstimmung (Tronick & Cohn1989).
3. Gescheiterte Bemühungen eines Therapeuten, einen Patienten zu verstehen oder zu ihm in Verbindung zu treten, erschließen Gelegenheiten zu dieser wichtigen Wiederherstellung der Beziehung.
4. Therapeuten müssen sich ihrer emotionalen & somatischen Empfindungen im Kontakt mit ihren Patienten bewusst sein und Reenactments aus deren Vorgeschichte heraus verstehen, wenn sie auftauchen.

Der hinreichend gute Therapeut (v.d.Hart, Boon, Steele: die Behandlung traumabasierter Dissoziation)

5. Unser Körper ist das Spielfeld von Reenactments: wir und unsere Patienten werden in Zustände des Hyper- oder Hypoarousals versetzt, die schwer auszuhalten sind. Unsere Patienten projizieren diese Arten des Erlebens auf uns, und wir spiegeln unbewusst dissoziierte Anteile von ihnen, die sie noch nicht ertragen können.
6. Unsere Aufgabe besteht darin, diese Erlebnisse bewusst anzunehmen, in der Hoffnung, sie erkennen, festhalten, abmildern und anschließend sanft dem Patienten zurückgeben zu können, damit er sie sich zu gegebener Zeit zu eigen machen kann.
7. Wir wissen nicht immer, ob das, was wir gerade empfinden, dem Erleben unserer eigenen Vergangenheit entsprungen ist, ob es vom Patienten ausgeht oder ob es Ausdruck der realen gegenwärtigen Beziehung ist.

Der gescheiterte Therapeut: sekundäre Traumatisierung von Seiten des Patienten

Sekundäre Traumatisierung bei „verlassenen“ Therapeuten wegen **unerträglichen Reenactments** bei deren Klienten

- Klienten vertrauen den Verleumdungen mehr als dem eigenen Erleben,
- sie fehlinterpretieren das Abwarten des Therapeuten als Verlassenwerden,
- sie verwechseln den Therapeuten mit anderer naher Bezugsperson und vermuten Verrat,
- sie brechen den Kontakt ab, so dass keine Reparatur der therapeutischen Beziehung mehr möglich ist,
- sie tauschen den Therapeuten aus durch einen Gegenspieler, der Bindung anbietet (z.B. Täter), als Gegenleistung aber Kontaktabbruch zum Therapeuten fordert.

Der gescheiterte Therapeut: sekundäre Traumatisierung von Seiten des Therapeuten

Ereigniskriterium: Verlust einer wichtigen Bezugsperson in einer therapeutischen dualen Beziehung, wodurch es zu kognitiven, emotionalen, körperlichen und verhaltensbezogenen Symptomen kommt:

- Verwirrung bzgl. der Rolle,
- mangelnde Verlustakzeptanz und Vermeidung von Trauer (anhaltende Trauerstörung),
- Vertrauensverlust in andere Menschen mit Bitterkeit,
- Schwierigkeiten, sich auf das Leben „nach dem Verlust“ einzulassen,
- dysfunktionale Gedanken bleiben unerkannt, ungünstige Bewältigungsprozesse, unvollständige Triggeranalyse (nicht nur das Fehlen oder die Abwesenheit des Patienten ist der Trigger).

Zivilcourage in Notsituationen und autoritären Gesellschaftssystemen

Im Falle eines von Täterseite beim Klienten erzwungenen Therapieabbruchs mit Schuldzuweisung an den Therapeuten (weil er/sie es nicht verhindern konnte) und öffentlicher Anklage des Therapeuten (Beschwerdemanagement) kommt es hierbei – von Täterseite intendiert – zudem zu:

1. Mangel an sozialer Unterstützung (aufgrund der Diffamierung des Therapeuten),
2. Soziale Stigmatisierung als „schlechter“ Therapeut, der sich real schlecht fühlt (Reenactment von beiden Seiten: Therapeut und Delegation vom Patienten),
3. Lebenskrise aufgrund Rollenkonfusion und finanzieller Verluste bei Zunahme von Therapieabbrüchen (die Diffamierung „wirkt“),

Zivilcourage in Notsituationen und autoritären Gesellschaftssystemen

4. die Wut darüber verdeckt und verhindert den normalen Trauerprozess,
5. die Rechnung der Täter geht auf: Schwierigkeiten, sich auf die Arbeit „danach“ einzulassen, Vertrauensverlust in andere Patienten,
6. das dialogische Arbeiten ist geblockt und muss – ohne den Patienten – zu Ende geführt werden: Exposition des schmerzhaftesten Moments (z.B. Aufschreiben und wiederholt Lesen) in der Fantasie, dabei imaginativ mit dem Patienten darüber sprechen wie in einer „letzten Abschiedssitzung“.
7. Eine gesunde und respektvolle Akzeptanz der schwer verständlichen Gründe für den Abbruch aufrechtzuerhalten bedeutet, gute Psychotherapie beizubehalten. Daneben auch Aufrechterhalten von gesunden Bindungen in der professionellen Rolle und im Privatleben mit Zukunftsplänen, Neugier, Lebensfreude und Optimismus.

Cortisol, Scham und Mitgefühl

- Neben all den psychogenen Gründen gibt es auch körperliche Verursachungen: chronischer Stress führt zur Dysbalance des Cortisolspiegels, zu körperlichen Erkrankungen (Bluthochdruck etc.) und zu einem restriktiveren Verhalten gegenüber Nahestehenden.
- Interaktion wird dadurch nicht nur stressiger, sondern auch krankmachender. Scham wegen Schwäche, Fehler, Unsicherheiten.
- In der Compassion-Focused-Therapy wird **Schamerleben** zur positiven Ressource umgewandelt, wodurch Schamerleben und Selbstkritik verringert wird, da die Akzeptanz sich selbst und anderen gegenüber gefördert wird. Durch Empowerment und Selbstbestimmung werden neue Copingstrategien für Veränderung und Selbstreflexion erlernt.

Verleumdung durch Patienten in Bewertungsportalen

Nicht selten finden sich Ärzte im Internet wieder: ein Foto, mit einer Bewertung von wenigen Sternchen versehen, dazu ein hämischer Kommentar eines Patienten. Dagegen können sich Ärzte wehren.

- Psychosoziale Unterstützung könnte eine wichtige Prävention sein
- wenn das Gespräch über dieses Thema „Scham wegen des Scheiterns“ gesucht wird und zudem
- Scham aus einer gesünderen Perspektive gesehen wird.
- Es handelt sich nämlich um ein normales Gefühl, welches beim Scheitern automatisch aufkommt.

Behandlung von Folteropfern: Psychotherapeuten werden häufig traumatisiert

Eine niederländische Studie beobachtete, dass etwa 20 Prozent der Traumatherapeuten von traumatisierten Flüchtlingen traumatisiert werden. Johanna Mohr und Axel Kobelt (Universität Bremen) konkretisierten die Problematik in qualitativen Interviews - und veröffentlichten ihre Untersuchung in "Praxis - Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation" 104 (Themenschwerpunkt: "Migration in der Medizinischen Rehabilitation").

Die Konfrontation mit Unvorstellbarem "greift das relative Kohärenzgefühl von Therapeuten an. Sie können in der Zerstörung keinen Sinn erkennen, und die Grausamkeit übersteigt ihre kognitive Möglichkeit des Nachvollziehens. Je unstrukturierter und ungefilterter die Patienten ihre traumatischen Erlebnisse mit dem Therapeuten teilen, desto belastender wird die sekundäre Traumaexposition empfunden." Häufig versuchen Therapeuten, die Belastung zu begrenzen: Sie setzen das Schreckliche frühzeitig voraus und werden damit weniger überrascht. Sie versuchen, das Gespräch mit dem Klienten zu strukturieren und sie suchen entlastende Gespräche mit KollegInnen.

Pabst Science Publishers, Lengerich, 16.05.2019

Behandlung von Folteropfern: Psychotherapeuten werden häufig traumatisiert

Häufig fehlt den Klienten ein gesicherter Aufenthaltsstatus, um den sich der Therapeut vergebens bemüht. Er erlebt damit entscheidende Misserfolge, und ihm fehlen für die Therapie Erfolgsperspektiven. „Erschwerend kommt hinzu, dass Therapeuten häufig ihren Klienten deren schlechte Aussichten auf Asyl oder Familiennachzug übermitteln müssen.“ Die Rolle als machtloser Hiobsbotschafter kann den Therapeuten zermürben - oder aber auch zu einem problemzentrierten politisch- gesellschaftlichen Engagement motivieren. Die häufig ungesicherte Finanzierung der Traumatherapie von Migranten gehört ebenso wie das fremdenfeindliche gesellschaftliche Umfeld in diesen Kontext. Wenn Patienten eine Anpassung an westliche Normen verweigern, entsteht u.U. ein Konflikt innerhalb des Behandlungsbündnisses. Weiter deuten Ergebnisse darauf hin, dass Behandler sich unsicher sind, in welchem Ausmaß sie ihren Patienten mit ihren eigenen Vorstellungen und Werten konfrontieren können.“

Johanna Mohr, Axel Kobelt: Belastungen und Bewältigungsstrategien von Psychotherapeuten in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten und Folteropfern. In: Heiner Vogel, Nandi Sarai Altherr (Hrsg.) Migration in der Medizinischen Rehabilitation (Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation 104)

Starker Anstieg der Angriffe auf medizinische Helfer in 2018

Mary Corcoran Univadis Medical News 17.05.2019

Ein neuer Bericht der Safeguarding Health in Conflict Coalition zeigt, dass es 2018 mindestens 973 Angriffe auf medizinische Helfer, medizinische Einrichtungen, medizinische Transporte und Patienten in 23 Konfliktländern gab, d. h. 701 Angriffe mehr als im Vorjahr. Mindestens 167 medizinische Helfer starben in Angriffen, während mindestens 710 verletzt und insgesamt 95 medizinische Helfer entführt wurden.

Der sechste Jahresbericht bietet einen Überblick über Angriffe auf medizinische Helfer und Einrichtungen und gibt einen Überblick über spezifische Angriffe, einschließlich Einzelheiten dazu, wie im vergangenen April 33 medizinische Helfer bei einer Massendemonstration im besetzten palästinensischen Gebiet verletzt wurden, vier Sanitäter direkten Schüssen zum Opfer fielen und 29 medizinische Helfer die Auswirkungen der Einatmung von Tränengas zu spüren bekamen.

Starker Anstieg der Angriffe auf medizinische Helfer in 2018

Mary Corcoran Univadis Medical News 17.05.2019

„Die UN und Regierungen setzen sich angeblich dafür ein, die Angriffe zu stoppen und Rechenschaft zu verlangen“, so Leonard Rubenstein, Vorsitzender der Koalition. „Wir stellen jedoch erneut auf breiter Basis Straffreiheit bei staatlichen Streitkräften und bewaffneten Gruppen sowie Angriffen auf medizinische Helfer und die Gesundheit von Millionen von gefährdeten Menschen fest.“

Der Bericht fordert die Konfliktstaaten auf, mehr zu tun, um medizinische Helfer zu schützen, Straffreiheit zu beenden und dafür zu sorgen, dass Gesundheitsversorgung für alle zugänglich ist.

Safeguarding Health in Conflict Coalition. 2018. Impunity Remains: Attacks on Health Care in 23 Countries in Conflict. May 2019.

Japanischer Arzt bei Anschlag in Afghanistan getötet (Univadis 11.12.2019)

Ein japanischer Arzt wurde in Afghanistan bei einem Angriff getötet – nur wenige Wochen nachdem er für seine humanitäre Arbeit ausgezeichnet wurde. Dr. Tetsu Nakamura leitete eine japanische Hilfsorganisation, die in Afghanistan die Bewässerungsanlagen verbessert, und befand sich seit 1986 in dem Land. Zu Beginn dieses Jahres wurde ihm von der afghanischen Regierung für seine humanitäre Arbeit die Ehrenbürgerschaft verliehen, und letzten Monat wurde er von der Japan Medical Association für seinen Beitrag zur weltweiten Gesundheit ausgezeichnet. Laut dem Weltärztebund (WMA) wurde er in der Stadt Jalalaba von bewaffneten Männern angeschossen und starb infolge der Verletzungen, die er bei dem Vorfall erlittenen hatte. Seine drei Wachmänner, der Fahrer und ein Kollege wurden bei diesem Anschlag ebenfalls getötet.

15.01.2022

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

—