

Veröffentlicht als Online-Material in einem Tagungsreader
 Kongress: Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns
 Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision
 17./18.06.2011, Urania Berlin e.V.

http://lauinger-w.de/images/Reader_Indirekte-Traumatisierung-im-Kontext-professionellen-Handelns.pdf

Du kannst es nicht beschreiben, wenn Du es nicht gesehen hast.

Du kannst es nicht erklären, wenn Du es nicht getan hast.

Du kannst es Dir nicht vorstellen,

wenn Du nicht dort gewesen bist.

Und dann verlässt es Dich nicht mehr.

Bill Blessington, Reporter im Ruhestand, Chugiak, Alaska

Wenn Kollegen und Familien mitleiden

Sekundäre Auswirkungen und systemische Lösungswege nach berufsbedingter
 Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten

Alexander Korittko

Ohne Zweifel gelten einige Berufsgruppen im Rahmen ihrer üblichen Tätigkeiten zu den besonders Traumagefährdeten Personen. Neben Soldaten, Journalisten, Bankangestellten, Intensivpflegepersonal zählen MitarbeiterInnen bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst dazu. Die Einsatzkräfte der zuletzt genannten gehören nach Teegen (2003) zu den Hochrisikogruppen. Für direkt Betroffene dieser Gruppen, die dann als primär traumatisiert zu bezeichnen wären, sind vielerorts Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt worden, von der direkten Nachsorge bis zu stationären Maßnahmen bei anhaltender Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Diese Angebote werden leider weniger in Anspruch genommen, als zu wünschen wäre. Andererseits werden die sekundären Auswirkungen auf die nicht primär betroffenen Team-Mitglieder und die unter den Auswirkungen einer PTBS indirekt leidenden Familienmitglieder in den meisten Beratungsangeboten wenig beachtet. Ich möchte in diesem Artikel sekundäre – und damit indirekte – Auswirkungen in Teams und Familien bei potentiell traumatisch belasteten Berufen darstellen und erste Ideen für interaktionelle Interventionen zur Diskussion stellen.

Primäre Traumatisierung bei Hochrisikogruppen

MitarbeiterInnen von Rettungsdiensten, Polizisten und Feuerwehrleute können bei Massenunfällen, gefährlichen Einsätzen oder Katastrophen in einen psychischen Schockzustand geraten. Derartige Extremsituationen können langfristig zu psychischen Erkrankungen oder zu Posttraumatischen Belastungsstörungen führen. Zu den Symptomen einer PTBS zählen **Intrusionen** (ungewolltes Wiedererleben wie z.B. in Alpträumen, lebhaften Rück Erinnerungen (Flashbacks) Grübeln), **Konstriktionen** (Einschränkungen wie z.B. Vermeiden von Erinnerungsreizen, emotionale Empfindungslosigkeit, Betäubung durch Alkohol oder Medikamente, soziale Isolation) und **Hyperarousal** (körperliche Übererregung z.B. Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Schreckhaftigkeit, somatoforme Störungen, übersteigerte Wachsamkeit).

Bei der Polizei haben bis zu 20% bis 40% der Einsatzkräfte Symptome einer PTBS. „Verkehrsunfälle mit Todesfolge, Suizid eines Kollegen, tödliche Unfälle von Kindern, die Wahrscheinlichkeit als Polizist mit solchen Extrembelastungen im Laufe des Berufslebens konfrontiert zu werden, grenzt an 100%. Oft ist ein unverarbeitetes Trauma Ursache dafür, dass Beamte zur Flasche greifen.“ (Peter Subkowski, Klinikleiter¹) Polizisten nach Schusswaffengebrauch hatten zu 75% Intrusionen, sie sehen auch Monate später ungewollt Bilder dieses Einsatzes „wie einen alten Film“ immer wieder. Der Hauptkommissar Peter Gerlach, der 2009 auf den Amokläufer in Ansbach schoss, sagte ein Jahr später: „Ich träumte nach dem Amoklauf vor allem von früheren Einsätzen, die ich längst bewältigt zu haben glaubte: Ermordete Menschen, tote Babys, durch Unfälle verstümmelte Körper. Für mich zu erkennen, dass ich professionelle Hilfe brauchte, war ein Schritt, der mir sehr schwer gefallen ist und wirklich Überwindung kostete.“²

Auch die Seele eines Polizisten ist nicht unendlich belastbar, obwohl die Polizeikräfte durch das berufliche Auswahlverfahren und das professionelle Training eine physisch sowie psychisch gesündere Berufsgruppe im

¹ www.rponline.de/panorama/deutschland/2000/polizistensindalkoholkrank

² Nürnberger Nachrichten vom 17.6.2010

Vergleich zur Allgemeinbevölkerung darstellen. Bei einer Untersuchung mit 14 Polizeibeamten wurde 6 Monate nach einem traumatischen Ereignis die Diagnose einer PTBS gestellt. Nach 12 Monaten erwies sich die Intrusions-symptomatik als so stabil, dass die Forscher zum dem Schluss kamen, dass es unverzichtbar erforderlich sei, Polizeibeamten nach Extremsituationen intensive psychologische Unterstützung zur Verfügung zu stellen (Schütte et. al. 2010).

Für die Rettungskräfte und Feuerwehrleute, die drei Tage und drei Nächte bei den Rettungs- und Bergungsarbeiten der ICE-Katastrophe von Eschede beteiligt waren, wurde für einen Zeitraum von drei Jahren psychologische Nachsorge angeboten, weil sich auch noch sehr viel später Männer und Frauen meldeten, die zunächst nicht wahrhaben wollten, dass sich die Erlebnisse dieser Zeit so nachhaltig und so wirkungsvoll in ihr Gedächtnis eingetrieben hatten. Außergewöhnliche Ereignisse hinterlassen außergewöhnliche Spuren.

So funktioniert unser Gehirn: Traumatische Erlebnisse, d.h. Erlebnisse, die durch eine Bedrohung der eigenen Unversehrtheit oder einer Lebensbedrohung anderer Menschen gekennzeichnet sind und die dadurch plötzlich zu Ohnmacht, Verzweiflung und Hilflosigkeit führen, hinterlassen in Form von sensorisch fragmentierten Erinnerungsreizen Spuren im Gedächtnis. Wird jemand erneut mit einem Erinnerungsreiz (Trigger) konfrontiert, werden erneut Erlebnis-, Emotions-, Verhaltens- und Denkmuster ausgelöst, die damals als Notfall-Schaltung genutzt wurden. Manche Menschen erleben den „alten Film“, als passiere er jetzt wieder (Flashback), andere verhalten sich dann für kurze Zeit so, als seien sie erneut in Lebensgefahr (State Dependent Memories). Geschieht dies häufiger, schaltet das Gehirn also immer wieder auf Notfall, führt dies zu einer entsprechenden nutzungsabhängigen Strukturierung des Gehirns und zunehmender Sensibilisierung: schon durch minimale Reize entsteht die gleiche neuronale Aktivität, die meist zu Kampf- und Flucht-Bereitschaft oder Erstarren und Dissoziation führt, dem Abschalten von Wahrnehmung nach außen und innen (Hüther 1997, Hüther et. al. 2010).

Sekundäre Auswirkungen primärer Traumatisierungen

Betrachtet man die Literatur zu den stabilisierenden Hilfen für traumatisierte Menschen, betonen unterschiedliche Autoren, wie wichtig die soziale Unterstützung für Traumatisierte ist. Der Traumaforscher Bessel van der Kolk geht so weit, dass er behauptet, dass soziale Unterstützung im direkten menschlichen Kontakt der Prädiktor Nr. 1 für die Vermeidung einer PTBS sei (van der Kolk 2006). Gespräche mit Kollegen und/oder Familienangehörigen helfen, das traumatische Erlebnis zu verarbeiten und emotionale Stabilität zu erlangen. Kollegen und Familienangehörige bemerken auch später als erste verändertes Verhalten, können es mit dem Trauma in Verbindung bringen und versuchen, durch persönliche Unterstützung die Auswirkungen zu lindern. Diese Hilfe hat aber einen Preis, bemerkt Charles Figley, ein Paar- und Familientherapeut, der sich auf die Arbeit mit Traumatisierten spezialisiert hat (Figley, 1989).

Dieser Preis der Hilfsbereitschaft aus kollegialer Verbundenheit oder familiärer Liebe wird von einigen Autoren als *sekundäre Traumatisierung* oder *übertragene Traumatisierung* bezeichnet. Diese Traumatisierungen werden definiert als Übertragung posttraumatischer Stress-Reaktionen **ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas** sowie mit zeitlicher Distanz dazu (Daniels 2006). In diesem Zusammenhang wird auch die Erschöpfung aus Mitgefühl gesehen, die im helfenden, professionellen oder privaten Kontakt mit extrem leidenden Traumatisierten entsteht, verbunden mit tiefer Sympathie und dem Wunsch, den Schmerz des Betroffenen zu lindern oder seine Ursache zu beseitigen (Figley, 2002). Die Anzeichen für eine solche übertragene Traumatisierung sind ähnlich der primären PTBS:

Intrusionen: Die vom Traumatisierten geschilderten Bilder, Gedanken und Gefühle oder die bei ihm vermuteten Bilder, Gedanken und Gefühle verdichten sich zu so intensiven Wahrnehmungsmustern, dass sich Vorstellungen davon auch anderen immer wieder aufdrängen. So kann z.B. die Ehefrau eines Feuerwehrmannes, der immer wieder verzweifelt davon berichtet, ein kleines Kind nicht gerettet haben zu können, ihren Mann immer wieder mit dem toten Kind auf dem Arm vor sich sehen, ohne dies wirklich erlebt zu haben. Sie entwickelt dann vielleicht die gleichen Gefühle von Hilflosigkeit, Trauer und Verzweiflung, wie ihr Ehemann. Nicht betroffene Kollegen eines Polizisten, der die Leiche einer Frau gefunden hat, entwickeln nach wiederholten Berichten des Traumatisierten Bilder des Ereignisses, die in ihrer Grauenhaftigkeit den realen Bildern um nichts nachstehen.

Wenn ein solcher Übertragungsprozess geschieht, ist bei den Nichtbetroffenen eine Empathiefähigkeit vorhanden, eine empathische Besorgnis und unter Umständen die Unfähigkeit, sich vom Leiden des Traumatisierten zu distanzieren. Eigene frühere Traumata werden beim Nichtbetroffenen möglicherweise zusätzlich in Erinnerung gerufen (siehe differenzierter bei Daniels 2006).

Konstriktionen: Auch Nichtbetroffene versuchen, das ungewollte Wiedererleben durch emotionale Taubheit oder durch Alkohol oder Medikamente zu vermeiden. So kann die Ehefrau des oben geschilderten Feuerwehrmannes immer wieder abends allein oder mit ihm zusammen mehr Alkohol zu sich nehmen, als im Rahmen ei-

nes abendlichen Genusses für beide bekömmlich ist, weil dann die aufkommenden Bilder und Gedanken nicht mehr zu den unerträglichen Gefühlen von Schmerz und Trauer führen. Auch in Polizei-, Sanitäter- oder Feuerwehr-Teams können Verhaltensmuster entwickelt werden, die die ungewollte Nähe zum Trauma Einzelner verhindern, z.B. durch ein endloses Erzählen besonders deftiger Witze.

Hyperarousal: Wie bei primär Betroffenen zeigen sich auch bei Familienangehörigen oder TeamkollegInnen Anzeichen von körperlicher Anspannung, Hyperwachsamkeit, Schlafstörungen oder Konzentrationsbeeinträchtigungen, oft gepaart mit einer Sorge um den Traumatisierten. Auch eine im Alltagsgeschehen plötzlich durchbrechende Reizbarkeit und eine Neigung zu Wutausbrüchen sind bei Menschen zu beobachten, die durch einen Übertragungsprozess sekundär von einem Trauma betroffen sind.

Figley (2002) merkt an, dass diese Symptome als akute, krisenbedingte Reaktionen angesehen werden sollten, wenn sie noch nicht einen Monat lang bestehen. Sie können zu systemischen Prozessen führen, die ich an anderer Stelle bereits als „Erstarrtes Mobile“ beschrieben habe (Korittko u. Pleyer, 2010): familiäre Muster des unbewussten Stillstands und der anhaltenden Nähe zum Trauma, Muster der ausdrücklichen Vermeidung von Nähe zum Trauma und Muster der irrelevanten Kommunikation als interaktionelle Notbremse. Durch die emotionale Nähe zum PTBS-Betroffenen entwickeln sich bei den Team- oder Familienmitgliedern Verhaltensweisen, die den Symptomen der PTBS stark ähneln.

Eine mögliche Erklärung dafür liefert die Neurobiologie. Das Konzept der so genannten Spiegelneuronen besagt, dass Menschen, die eine Handlung eines anderen Menschen beobachten oder sie sich vorstellen, im Gehirn exakt dieselben neuronalen Verschaltungsmuster aktivieren, wie sie bei dem Menschen zu messen wären, den sie beobachten oder der ihnen eine Situation berichtet. Dies ist die biologische Erklärung für Empathie. Wenn beispielsweise ein Ehemann einer Polizistin immer wieder davon hört, wie seine Frau bedroht wurde und sich durch einen Schuss aus ihrer Dienstwaffe befreien konnte, aber auch den Verbrecher getötet hat, stellen sich letztendlich bei ihm dieselben Gefühle von Wut, Hilflosigkeit und Ohnmacht ein, verbunden mit Schuldgefühlen und Rechtfertigungsgedanken, wie bei seiner Frau.

In Teams wurde beobachtet, dass Traumata längerfristig auch Auswirkungen auf die Funktion haben. Verlust von Vertrauen untereinander, hohe Personalfuktuation, endlose Konflikte in Teams oder zwischen Teams können zu geringer Produktivität führen (McAllister 2003). Es kann sich auch ein übergroßer Teamzusammenhalt entwickeln (Traumasymbiose), der oft mit einer übergroßen Nähe zum Trauma einher geht. Reinert Hanswille spricht von trauma-organisierten Systemen, in denen es zu der Unfähigkeit kommt, etwas anderes als das Trauma zu besprechen; zu Verdrängung, Ohnmacht und Passivität; zu Eskalation oder Starre im Ausdruck eines einzigen Affektes, Problemtrance und Aktionismus; zu Beeinträchtigungen der Wahrnehmungsfähigkeit (Hanswille, 2010). Es gilt zu beachten, dass dies normale systemische Reaktionen auf wiederholte Traumatisierungen von Einzelnen oder des gesamten Teams sind. Es ist die Natur des Traumas, die sie verursacht, nicht individuelles Versagen oder Folgen einer schlechten Organisationsstruktur. Wer diesen Einfluss von Traumata auf eine Organisation verleugnet, läuft eher Gefahr, zur Verschlimmerung der Symptomatik beizutragen.

Ein ebenso nicht zu unterschätzendes Phänomen liegt in der möglichen Veränderung von Gedanken über sich selbst, über andere und über Sicherheit in dieser Welt, wenn man in eine Situation gerät, aus der es kein Entrinnen gibt, die man aushalten muss und die auch noch Monate später in der Erinnerung belastend ist.

Nicht nur direkt vom Trauma Betroffene, sondern auch Teamkollegen oder Familienmitglieder, die von den lebensbedrohlichen Situationen erfahren, können in ihren Annahmen über die Welt zutiefst erschüttert werden (McAllister 2003). Es kann sich mehr und mehr das Gefühl vertiefen, dass die Welt kein sicherer Ort ist und damit die Neigung, für sich selbst und andere permanent Sicherheits- und Notfallpläne zu entwerfen, ohne dass die Hilflosigkeit und die Sorge um andere wirklich nachlässt. Hinzu kommt als Auswirkung davon die Wahrnehmung einer eingeschränkten persönlichen Freiheit. Im Gespräch mit anderen Menschen kann zusätzlich eine Entfremdung entstehen. Andere mögen diesen extremen Sicherheitsverlust nicht wahrnehmen, werden dann aber möglicherweise als naiv oder gefühlkalt angesehen. Sie können eben dieses Verhalten nicht nachvollziehen, weil sie nicht mit jemandem zusammenleben, zu dessen Berufsrisiko Traumatisierung zählt. In der hohen Sensibilität für Gefahr und für Gewalt in der Gesellschaft ist es möglich, dass die Betroffenen und ihre Familienangehörigen in ihren Fähigkeiten, angemessene Grenzen zu setzen und Freiräume zu genießen, Alltagssituationen zu beurteilen und eigene psychologische Binnenprozesse wahrzunehmen, eingeschränkt sind. Wenn im Denken eine Kategorisierung in Opfer und Täter vorherrscht, beherrscht das Trauma den Kontakt mit der Umwelt.

In einer naiven Phase unseres Lebens gehen wir unbewusst davon aus, dass nur schlechten Menschen etwas Schlechtes passiert. Traumatisierte und ihre Kollegen, Freunde und Familien wissen, dass auch guten Menschen etwas Schlechtes passieren kann. Vielleicht liegt der feine Balanceakt darin, trotz dieses Wissens weiterhin eine positive Weltsicht zu behalten oder sich diese zurück zu erobern.

Die bisher geschilderten Reaktionen kann man unter systemischen Gesichtspunkten symmetrische Reaktionen nennen. Der Reaktion der primär Betroffenen stehen die Reaktionen der Nichtbetroffenen gleichförmig und gleichgewichtig gegenüber. Eine zweite Reaktionsform kann man unter dem Begriff der komplementären Reaktionen beschreiben.

Komplementäre Reaktionen bei Nichtbetroffenen

Unter dem Begriff komplementäre Reaktionen möchte ich die Reaktionen von Nichtbetroffenen auf Traumatisierte beschreiben, die ebenfalls durch das Trauma und die Traumafolgestörungen ausgelöst werden können, die aber eher eine andere Art von Gegenreaktion darstellen. Sie sind eher dann vorzufinden, wenn Kollegen oder Familienmitglieder in der Folge in einen deutlicheren Distanzierungsprozess zum Trauma und damit zum Traumatisierten gehen. Dies führt unter Umständen zu einer sich selbst verstärkenden zwischenmenschlichen Distanz trotz vorhandener Zuneigung und Empathie (Harkness u. Zador, 2004).

Wenn primär Traumatisierte dazu neigen, sich zurück zu ziehen und ihr Interesse an Gemeinschaftsaktivitäten nachlässt, kann dies bei anderen zu Verletzungen führen. Wenn das Kollegenteam bei der Feuerwehr z.B. einen Grillabend organisiert, um einen schwer traumatisierten Kameraden auf andere Gedanken zu bringen, dieser Feuerwehrkamerad aber bewusst nicht teilnimmt, kann dies bei den anderen zu Entmutigung bei den Hilfsbemühungen führen. Im schlimmsten Fall sind sie verärgert und entwickeln eine Distanz zum Kollegen, was wiederum zur Verschlechterung seiner Situation führt. Ein ähnlicher Prozess ist auch mit seiner Ehefrau denkbar. Wenn sie ihn zärtlich umarmen will, er aber kein Interesse an intimen Interaktionen signalisiert, kann sie sich abgelehnt und verletzt fühlen und sich total von ihm zurückziehen. Auch hier entsteht eine Distanz durch die Folgen des Traumas. Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit erschweren den Umgang mit den eigenen Emotionen und mit denen anderer.

Die bei primär Traumatisierten immer wieder plötzlich auftauchenden Nachhall-Erinnerungen, die Betroffenen bedrohliche Momente aus der Vergangenheit als in der Gegenwart präsent erscheinen lassen, sowie die Versuche, diese auch Flashback genannten Phänomene zu vermeiden, können anderen gegenüber zu einem Leben in zwei Zeitzonen führen. So könnte ein Sanitäter immer wieder an die schrecklichen Bilder des Massenunfalls auf der Autobahn im letzten Monat denken, während seine Frau und seine Kinder schon die Urlaubsreise nach Dänemark im Sinn haben. Wenn sie versuchen, mit dem Vater über ihre Vorfreude zu sprechen, merken sie eine eigenartige emotionslose Haltung beim ihm. Die aus seinem traumatischen Erleben resultierende Schwierigkeit, sich auf das Hier und Jetzt und die Zukunft einzulassen, macht den anderen die Verständigung schwer und führt bei ihnen unter Umständen dazu, das Gespräch zu vermeiden.

Plötzliche Wutausbrüche, die als Teil von chronischer körperlicher Anspannung bei Traumatisierten vorkommen, machen entspannte Situationen mit Freunden und Familienmitgliedern nahezu unmöglich. Im Gegenteil: bei anderen kann ein Druck entstehen, in keiner Weise Anlass zu einem solchen Ausbruch geben zu wollen. Sie fühlen sich angespannt und kontrolliert. Eine Ehefrau sagte: „Es ist, als lebe man mit jemandem zusammen, dessen Stimmung dauernd wechselt. Wie bei einem Wasserstrahl, der eben noch angenehm kühl war und dann plötzlich kochend heiß ist.“ Der Traumatisierte verliert in diesen angespannten Situationen mehr und mehr Vertrauen in sich selbst und in andere, zieht sich zurück und hat mit Gefühlen von Scham, Einsamkeit und Wertlosigkeit zu kämpfen.

Intrusive Symptome, Vermeidung und körperliche Übererregung gehören ursprünglich zu wertvollen Schutzmechanismen, die primär Betroffenen das psychische Überleben ermöglichen. Die lebendigen Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) führen vielleicht zu einer günstigeren Bewältigung, wenn etwas ähnliches noch einmal passiert. Das Vermeidungsverhalten führt dazu, psychisch nicht zu zerbrechen, wenn die Intrusionen zu heftig werden. Und die körperliche Anspannung ist ein Produkt der Aufmerksamkeit gegenüber zukünftigen Gefahren. Der Mensch wird durch Erfahrung klug. Doch die extreme Sensibilisierung lässt den Betroffenen immer wieder mit der Notfall-Schaltung reagieren, auch dann, wenn es sich nicht um einen Notfall handelt. Diese konstante Notfall-Schaltung des Organismus führt als dauerhaft chronische Beeinträchtigungen zu verminderter Lebensqualität und oftmals zu Distanz zu Kollegen, Freunden und Familienangehörigen.

Zu einem weiteren rekursiven systemischen Prozess kann es kommen, wenn der Traumatisierte weniger Verantwortung im Team oder in der Familie übernimmt, weil er eingeschränktes Leistungsvermögen signalisiert oder weil er für eine gewisse Zeit geschont werden soll. Falls andere dann dieses Leistungs- oder Entscheidungstief über einen langen Zeitraum kompensieren, kann dies dazu führen dass der primär Traumatisierte immer weniger Anlass oder Verpflichtung spürt, seine früher vorhandenen Kompetenzen wieder zu entwickeln und andere gewöhnen sich daran, mehr zu leisten und sich unter Umständen zu überfordern. Die Menschen mit den Symptomen einer PTBS geraten voller Scham und Schuldgefühle immer mehr ins Abseits, die hilfreichen Kollegen oder Familienmitglieder brechen unter Umständen in der Überlastung zusammen. In Teams ist irgendwann nicht

mehr nachvollziehbar, woher es kommt, dass einem Kollegen mit einer außergewöhnlichen Schonhaltung begegnet wird. In Familien entwickelt sich unter Umständen ein Verhaltensmuster, innerhalb dessen ein Erwachsener die alleinige Exekutive übernimmt und der andere wie „von draußen herein schaut“. Wenn eine Mutter immer mehr von den Aufgaben in der Familie übernimmt, die früher ihr Mann ausgefüllt hat, dabei aber nicht von anderen Aufgaben entlastet wird, fühlt sie sich mehr und mehr wie eine alleinerziehende Mutter ohne Partner. Der Familienvater wird möglicherweise in den totalen Rückzug gehen und innerhalb der Wohnung sein „Eigenleben“ führen. Unterfunktion stützt Überfunktion und Überfunktion stützt Unterfunktion.

Systemische Lösungswege

Drei Monate nach dem Zusammenbruch der Türme des World Trade Centers in New York verzeichnete die Führungsspitze der New Yorker Polizei (NYPD) eine Zunahme von Alkohol- und Drogenkonsum und innerfamiliärer Gewalt bei den Polizeibeamten. Der Polizeipräsident sah einen direkten Zusammenhang dieser alarmierenden Fakten mit den traumatischen Erlebnissen der Polizisten während der Katastrophe vom 11. September. Er startete eine Aktion der angeordneten Beratung, weil sich herausstellte, dass vorher auf freiwilliger Basis angebotene Stressberatung nur äußerst spärlich in Anspruch genommen wurde.³ Als Teil dieser Aktion wurde an einem Tag in einem Hotel in Manhattan ein „Familien-Gesundheits-Tag“ veranstaltet, zu dem Hunderte von Polizisten mit ihren PartnerInnen und Kindern eingeladen wurden. Es war der Leitung der Polizei klar, dass eine isolierte Unterstützungsjaktion für die Beamten nicht ausreichend sein würde. Es wurde deswegen an diesem Tag den LebenspartnerInnen und Kindern in vielen unterschiedlichen Formen ermöglicht, etwas über gesunde Stressverarbeitung zu erfahren und etwas darüber mitzuteilen, wie sie es als Familie versucht haben, den Folgen des Traumas der Einsatzkräfte nicht völlig ausgeliefert zu sein und zur Genesung der primär Betroffenen beizutragen. Drei Monate später waren die oben aufgeführten Symptome auf die Prozentzahl zurückgegangen, mit der in einer so großen Organisation leider gerechnet werden muss.

In der akuten Trauma-Nachsorge von Einsatzkräften galt lange Zeit die Intervention des Critical Incident Stress Debriefing (CISD), ein strukturiertes Gruppengespräch, als Methode der Wahl. Inzwischen ist deutlich geworden, dass sie ein hervorragendes Instrument ist, um Informationen über günstige Stressverarbeitung zu vermitteln und die solidarischen Unterstützungseffekte in Teams zu fördern. Es besteht jedoch nach wissenschaftlichen Forschungen Uneinigkeit darüber, ob CISD die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung verhindern kann (siehe Vogt u. Leonhardt 2009). Für primär Traumatisierte gilt daher zurzeit in den ersten Wochen: Wer darüber sprechen möchte, sollte dies tun, vor allem mit Beratern, Kollegen, PartnerInnen, Freunden. Wer nicht sprechen will, muss dies nicht tun, sondern kann durch körperliche Aktivitäten und anderen Stabilisierungsmaßnahmen einer möglichen emotionalen Erstarrung vorbeugen.

Bei einer chronischen PTBS scheinen Angehörige von traumagefährdeten Berufen eine größere Hemmung zu zeigen, therapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen, als die Restbevölkerung. Gründe hierfür könnten Ängste sein, innerhalb einer Macho-Struktur als „Weichei“ zu gelten und damit seine Karriere-Chancen zu verringern. So vermutet man z.B. bei der Bundeswehr eine hohe Dunkelziffer von Soldaten mit einer unbehandelten PTBS. Gerade bei Angehörigen der Hochrisiko-Berufsgruppen wächst dadurch die Wahrscheinlichkeit, dass Teams und Familien durch Übertragungsprozesse sehr viel intensiver die sekundären Auswirkungen der primären Traumatisierungen zu spüren bekommen. Neben verstärkten Bemühungen, Polizisten, Feuerwehrleute und medizinische Rettungsteams mit Symptomen einer PTBS therapeutische Hilfe zugänglich zu machen, die z.B. unter den Stichworten „Stressberatung“ oder „Stress-Coaching“ eher angenommen werden, sollten Möglichkeiten entwickelt werden, Teams und Familien zu unterstützen. Ich stelle einige Ideen dazu vor.

Psychoedukation

Mit dem Begriff Psychoedukation werden Interventionen bezeichnet, die Betroffenen Wissen über die Psyche, die Seele oder die neurobiologischen Funktionen bezüglich einer vorliegenden Beeinträchtigung vermitteln, hier also bezüglich eines seelischen Traumas. Wer etwas über die individuelle und teambezogene/familienbezogene Trauma-Dynamik versteht, kann besser einordnen, warum sich Menschen in bestimmten Situationen so merkwürdig verhalten. Wenn eine Ehefrau eines Polizisten z.B. weiß, dass es die heftigen Flashbacks sind, die ihren Mann dazu bringen, die Wohnung zu verlassen und kurz vor dem Zubettgehen vielleicht eine kurze Jogging-Einheit zu absolvieren, weiß sie, dass Ursache für sein plötzliches Verschwinden nicht eine Irritation in der Beziehung ist. Wenn ein Vorgesetzter versteht, dass einer seiner Feuerwehrmänner nach seinem letzten Einsatz eine Pause benötigt, weil er eine Weile braucht, um diesen Einsatz zu verarbeiten, geht er anders mit ihm um, als wenn er meint, sein Untergebener sei nicht hart genug für diesen Job.

³ New York Times, 30.11.2001, All in Police Dept Face Counseling

Stabilisierung

Stabilisierung soll bei Traumatisierten dazu verhelfen, dass sie besser mit wiederholt aufkommendem Stress umgehen können. Zu Maßnahmen der Stabilisierung primär Traumatisierter zählen einerseits die so genannten Imaginationsübungen, bei denen durch die innere Vorstellungskraft entstehende positiven Bilder (z.B. sicherer Ort, Tresor, inneres Team, wärmender Lichtstrom) ein Gegengewicht zu belastenden Bildern bewirken können. Zur Stabilisierung zählen aber auch körperliche Übungen, bei denen auf ganz direkte Weise einer körperlichen posttraumatischen Erstarrung vorgebeugt wird. Als drittes werden Maßnahmen besprochen, die bisher geholfen haben, in Stress-Situationen wieder zu einem seelischen Gleichgewicht zu gelangen (sog. Notfall-Liste)

Eine systemische Stabilisierung soll in diesem Sinn vorbeugen, dass Teams oder Familienmitglieder in eine enge Trauma-Symbiose geraten oder in einer großen Distanz zwischen primär und sekundär Betroffenen erstarren. So wird man dazu raten, dass Teams und Familien miteinander Aktionen planen, die auf die positiven Dinge des Familienlebens oder der Organisationsstruktur ausgerichtet sind. Das könnte ein gemeinsamer Ausflug sein, ein Konzertbesuch oder eine andere gemeinsame Unternehmung. Bezüglich der zu erfüllenden Alltagsaufgaben hilft weder eine übertriebene Schonhaltung gegenüber primär Traumatisierten (und damit einhergehend eine Überlastung der Nichtbetroffenen), noch eine massive Überlastung als Ablenkung von belastenden Erinnerungen aus dem Trauma. Vielmehr sollte zusammen mit allen Team- bzw. Familienmitgliedern ein Plan entwickelt werden, der eine angemessene schrittweise Aufgabenübernahme beinhaltet. Im Gespräch könnte auch festgehalten werden, wie die Familie oder das Team bisher schon zur Stabilisierung der primär Betroffenen beigetragen hat und diese Aktionen sollten als systemische Gesundheitsleistung besonders gewertschätzt werden.

Trauma-Integration

Als drittes Maßnahmenbündel zur Vorbeugung einer systemischen Erstarrung sind Formen der Konfrontation mit dem traumatischen Material zu nennen. Primär Traumatisierte werden in der Regel von Methoden der strukturierten Integration des traumatischen Erlebnisses profitieren, wie sie im EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), in der trauma-orientierten Verhaltenstherapie oder in der Screentechnik angeboten werden.

In Gesprächen mit Nichtbetroffenen Teammitgliedern oder Familienangehörigen ist es erforderlich, dass Worte für die traumatischen Erlebnisse gefunden werden und für die Gefühlsreaktionen aller, sodass sie ansprechbar werden. Sprachlosigkeit führt zu Erstarrung. Wenn die Auswirkungen des Traumas in Worte gefasst werden können, entsteht ein besseres gegenseitiges Verständnis für die tiefe Verzweiflung, Wut oder Ohnmacht, von der vielleicht nicht nur die primär Traumatisierten erfasst worden sind. In Familien ist es dabei eine wichtige Entscheidung, wie viele Details die PartnerInnen oder die Kinder vom primären traumatischen Erlebnis wissen müssen. Doch Trauma braucht eine Bezeichnung, sodass es ansprechbar ist. Dann kann z.B. eine Mutter zu ihren Kindern sagen: „Papa ist nicht böse auf Euch. Er geht jetzt eben in den Garten, weil er jetzt wieder traurig ist, wenn er an den schlimmen Brand denkt, bei dem ein Kind verletzt wurde.“ Das Codewort „schlimmer Brand, bei dem ein Kind verletzt wurde“ reicht aus, ohne dass in allen Details allen Familienmitgliedern gegenüber berichtet werden muss, wie intensiv es gebrannt hat, wie viele Haustiere ums Leben gekommen sind und an welchen Körperteilen ein Kind wie viele extrem gefährliche Brandwunden davon getragen hat. „Weil Mama den toten Mann gefunden hat und noch traurig darüber ist“ reicht vielleicht aus, wenn in einer Familie erklärt werden soll, warum die Polizistin und Mutter abends immer ganz ruhig wird und den Kindern eine zeitlang nicht die Gute-Nacht-Geschichte vorlesen mag. Die Details vom Aussehen der Leiche müssen nicht in der Familie geschildert werden. Doch das Verhalten des/der Traumatisierten muss erklärbar werden. Und die indirekt Betroffenen benötigen Klarheit, wie sie Kontakt zu ihm/ihr halten können, ohne sich selbst oder andere zu überfordern.

In Teams kann möglicherweise anders ausgedrückt werden, welche Details der traumatischen Situation immer wieder in Erinnerung kommen und den Alltag erschweren, zumal Kolleginnen und Kollegen zu anderen Zeitpunkten etwas ähnliches erlebt haben. Doch auch hier sollte man zu „Codes“ kommen, denn es tut keinem gut, immer wieder mit grauenhaften Details konfrontiert zu werden. Teams spielen hingegen eine große Rolle bei der Bewertung des eigenen Verhaltens. Fehleinschätzungen („Wenn ich ein bisschen schneller gewesen wäre, hätte ich das Kind bestimmt retten können. Also ist es meine Schuld“) können korrigiert werden, unangemessene Schuldgefühle und Versagensbefürchtungen ebenso. Hier ist nicht nur die Haltung von TeamkollegInnen sondern auch die der Vorgesetzten von Bedeutung. Kann über Ängste, Wut, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verzweiflung gesprochen werden oder wird erwartet, dass man gerade in den Trauma-gefährdeten Berufen die dadurch entstehenden psychischen Belastungen „wegsteckt“? Ist es ein Teil der Organisationsstruktur, dass nach besonders belastenden Einsätzen Trauma-Coaching als Burn-out Prophylaxe angeboten wird? Oder wird bei Ankündigung von Bedürfnissen nach psychologischer Unterstützung Unverständnis signalisiert? Ebenso ist es eine wichtige Frage in Familien, ob über Gefühle gesprochen wird und ob es okay ist, in schwierigen Phasen Hilfesysteme zu beanspruchen.

Ausblick

Zur Akzeptanz psychologischer Unterstützung nach erlittenen Traumata in den so genannten „Macho-Berufen“ haben zahlreiche Zeitungs- und Fernsehberichte beigetragen. Auch in Unterhaltungsfilmen, wie z.B. beim „Tatort“ sind in den letzten Jahren häufiger Polizeibeamte zu sehen, die psychologische Hilfe nach extremen Einsätzen bekommen. Und es gibt inzwischen Internet-Portale, in denen Betroffene berichten und in denen von offizieller Seite Hilfe angeboten wird (www.schußwaffengebrauch.de, www.trauma-informations-zentrum.de). Die Stiftung der Deutschen Polizeigewerkschaft hat in Lenggries, Lenggries-Fall und Niedernach am Walchensee Zentren für traumatisierte Polizeibeamte und ihre Familien eingerichtet. Diese Behandlungs-Zentren sind auch für Feuerwehrleute und Rettungssanitäter offen.

Wir sollten trotz aller Problematik nicht vergessen, dass Polizisten, Feuerwehrleute und Rettungssanitäter sich der Aufgabe widmen, unser aller Leben ein wenig sicherer zu gestalten. Wenn diejenigen von ihnen, die durch ein Trauma einer außergewöhnlichen Belastung ausgesetzt sind, Unterstützung durch ihre LebenspartnerInnen, ihre Familien und ihre TeamkollegInnen bekommen, kämpfen sie gemeinsam dagegen an, dass das Trauma seine infektiöse Kraft entfaltet. Und jedes Mal, wenn dadurch der Schmerz des Traumas in mehr Wissen, in mehr Energie, Leidenschaft und Weisheit für menschlich bedeutsame Beziehungen umgewandelt werden kann, sind wir der Welt, wie wir sie wünschen, einen Schritt näher gekommen.

Literatur

- Daniels, J. (2006) Sekundäre Traumatisierung – Kritische Prüfung eines Konstruktes. Dissertation. Bielefeld
- Figley, C. (2002) Mitgefühlerschöpfung – der Preis des Helfens. In: Stamm, H., Sekundäre Traumastörungen., Junfermann. Paderborn. S. 41 – 59
- Figley, C. (1989): Helping Traumatized Families. Jossey Bass. San Francisco.
- Hanswille, R. (2010): Supervision in trauma-organisierten Systemen. In: *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung*, 28 (3): S. 118-124.
- Harkness, L. u. Zador, N. (2004): Treatment of PTSD in Families and Couples. In: Wilson, John P.; Friedman, Matthew J. & Lindy, Jacob D. (Eds) *Treating Psychological Trauma and PTSD*. Guilford Press. London New York. S. 335 – 353
- Hüther, G. (1997). Wie aus Stress Gefühle werden. Biologie der Angst. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.
- Hüther, G., Korittko, A., Wolfrum, G. u. Besser, L. (2010) Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung Psycho-trauma bedingter Symptomatiken. *Trauma und Gewalt*, 4. Jahrgang, Heft 1, S. 18-31
- Kolk, B. A. van der (2007). Untersuchungen zur PTBS. In F. Lamprecht (Hrsg) (2007) *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven* (S. 212-236). Klett-Cotta. Stuttgart.
- Korittko, A. u. Pleyer, K. H. (2010) Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.
- McAllister, J.G. (2003) The Art of Transformation: Overcoming Vicarious Trauma. *The CCASA Connection*, Winter. p 1 -7
- Schütte, N., Bär, O., Weiss, U., Heuft, G. (2010) Stabilität posttraumatischer Intrusionen bei Polizeibeamten. *Psychotherapeut*, Vol 55, Nr. 3, S. 233-240
- Teegen, F. (2003) Posttraumatische Belastungen in gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz, Prävention, Behandlung. Huber. Bern
- Vogt, J. u. Leonhardt, J. (2009) Critical Incident Stress Management CISM – Ohne Risiken und Nebenwirkungen bei richtiger Anwendung. (Mit einer umfangreichen Pro und Contra Literaturliste, Anm. d. Autors) *Trauma und Gewalt*, 3. Jahrg., Heft 3, August, S. 261 -266

Alexander Korittko, Dipl. Sozialarbeiter, Paar- und Familientherapeut, Systemischer Lehrtherapeut und Systemischer Lehrsupervisor (DGSF), tätig in einer kommunalen Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle. Mitbegründer des Zentrums für Psychotraumatologie und traumazentrierte Psychotherapie Niedersachsen (zptn). Leiter des Instituts für Systemische Praxis (isp) in Hamburg

Adresse: alexander.korittko@t-online.de

