

Welche Zusammenhänge von der Zusammenarbeit mit Opfern sind zu sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften in der Opferhilfe bekannt?

Sekundäre Traumatisierung bei professionellen in der Sozialen Arbeit: Selbstschutz für Fachkräfte der Opferhilfe im Umgang mit erwachsenen, traumatisierten Klient*innen.

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Muttenz

Vorgelegt von **Timna Ebinger (Matrikelnummer: 22-460-802)**

Eingereicht bei **Dr. Christoph Mattes**

Eingereicht im **Juni 2025 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit**

Abstract

Diese Arbeit thematisiert die Möglichkeit einer sekundären Traumatisierung Professioneller Sozialarbeitender in der Opferhilfe. Die Theorie dahinter besagt, dass eine Traumatisierung von Fachpersonen, in der Konfrontation und Zusammenarbeit einer traumatisierter Klientel entstehen kann. Das Theoriewissen über die Möglichkeiten einer traumatischen Erkrankung schafft hierbei ein Grundwissen für Sozialarbeitende. Das Phänomen der sekundären Traumatisierung wird anhand einer entsprechenden Literaturrecherche mit den Begriffen des Traumas, der primären- und sekundären Traumatisierung, bis hin zur Opferhilfe und Sozialen Arbeit in der Opferhilfe auseinandergenommen und aufgegleist. Infolgedessen liegt der Fokus auf Handlungsempfehlungen für Professionelle auf der individuellen Ebene und der Team- sowie Organisationsebene. Der Fokus liegt auf der Aufklärung und der Schaffung eines Bewusstseins sekundärer Traumatisierung, da sich diese beiden Punkte für Professionelle der Sozialen Arbeit als unumgänglich erweisen. Innerhalb dieser Bewusstseins-schaffung soll die persönliche Selbstfürsorge anhand konkreter Handlungsmöglichkeiten gestärkt werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
1.1	Ausgangslage und Herleitung der zentralen Fragestellung	7
1.2	Darstellung der Relevanz in der Sozialen Arbeit.....	8
1.3	Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....	9
2	Traumatisierung	10
2.1	Definition Trauma.....	10
2.2	Primäre Traumatisierung.....	12
2.2.1	Entstehung der primären Traumatisierung.....	14
2.2.2	Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren	17
2.2.3	Traumafolgestörungen und Symptome.....	19
2.2.3.1	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	21
2.2.3.2	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS).....	24
2.3	Sekundäre Traumatisierung	26
2.3.1	Konzeptionelle Grundlagen	27
2.3.2	Entstehung der sekundären Traumatisierung, Risikofaktoren.....	30
2.3.3	Symptome Sekundärer Traumatisierung	32
3	Sekundäre Traumatisierung bei Sozialarbeitenden in der Opferhilfe.....	35
3.1	Die Opferhilfe in der Schweiz, ein Überblick.....	35
3.2	Angebote und Zielgruppe der Opferhilfe	39
3.3	Konfrontation der Sozialarbeitenden mit den Traumata der Klientel anhand eines Praxisbeispiels.....	43
3.4	Verbindung der Fallvignette und sekundärer Traumatisierung.....	46
3.5	Ein Erklärungsansatz sekundärer Traumatisierung in der Opferhilfe – Übertragung und Gegenübertragung.....	48
3.6	Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende im Umgang mit traumatisierenden Erlebnissen.....	51
3.6.1	Persönliche Ebene	52
3.6.2	Team- und Organisationsebene	53

4	Schlussfolgerungen und Erkenntnisse.....	57
4.1	Beantworten der Fragestellung und Diskussion der Ergebnisse.....	57
4.2	Relevante Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit	60
4.3	Kritische Reflektion und Ausblick.....	61
5.	Literaturverzeichnis	63
5.1.	Abbildungsverzeichnis/Tabellenverzeichnis	66
6.	Unterzeichnete Ehrenwörtliche Erklärung	67

Hilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittel	Verwendung
Zotero	Erstellung der Literaturangaben und des Literaturverzeichnisses

Abkürzungsverzeichnis

ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
APA	American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
ABS	Akute Belastungsstörung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
DESNOS	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
KPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
PSA	Professionelle*r Sozialer Arbeit
ST	Sekundäre Traumatisierung
STS	Sekundäre Traumatisierungsstörung
OH	Opferhilfe
SR	Strafrecht
BV	Bundesverfassung
OHG	Opferhilfegesetz
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
ZGB	Zivilgesetzbuch
SODK	Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
HG	Häusliche Gewalt

1 Einleitung

Die Themenwahl der Formen von Traumatisierung, deren Entstehung und Therapiemöglichkeiten beruhen auf persönlichem Interesse der Autorin dieser Arbeit. In erster Linie wird Traumatisierung und Traumatherapie mit der Psychologie und deren Profession verbunden (vgl. Bering/Thüm 2022: 182). Doch auch die Soziale Arbeit kann in dem Fachbereich der Traumatologie viel bewirken und kann für traumabetroffene Klientel unter anderem stabilisierend wirken (vgl. Rüppel 2008: 284). Durch das Studium der Sozialen Arbeit und weitreichende Erfahrungen in den beiden Praktika, wurde die Autorin darauf sensibilisiert, dass auch die Soziale Arbeit in unterschiedlichen Bereichen mit herausfordernder und traumatisierter Klientel konfrontiert wird und sich entsprechend in diesem Themenbereich positionieren muss. Relevant wird hierbei die Rolle der professionellen Person in der Zusammenarbeit mit der Klientel. Aus professioneller Sicht steht hierbei die Selbstsorge und das Wohlbefinden im Fokus (vgl. Gebrande 2021: 17). Innerhalb der Recherche wurde das Thema der Traumatisierung immer präsenter. Aufgrund der Grösse des Themas stiess die Autorin auf das Phänomen der sekundären Traumatisierung bei Professionellen in der Zusammenarbeit mit traumatisierten Klient*innen. Es zeigt sich, dass sekundäre Traumatisierung besonders im Bereich der Traumatherapie und der Traumaberatung anzutreffen ist und nicht mehr wegzudenken ist. Dennoch herrscht bei den meisten Professionellen lediglich eine vage Vorstellung davon, was eigentlich damit gemeint sein könnte. Dazu existieren unterschiedliche Konzepte hinter dem Phänomen, welches weitreichend ein Tabuthema darstellt und davon zeugt, dass es an Aufklärung fehlt (vgl. Schulten 2020: 172). Aufgrund der ersten Praxiserfahrung der Autorin, welche in der Suchtberatungsstelle absolviert wurde, kamen eine Vielzahl von traumatischen Biografien in Erinnerung. Auch das zweite Praktikum, bei dem Sozialdienst der Kantonspolizei der Stadt Basel, stellte sich als prägend heraus. Die Klientel wurde in allerlei Krisensituationen erlebt, welche Denkprozesse auslösten und Fragen des professionellen Umgangs damit hervorbrachten. Diese Arbeit stellt die ideale Möglichkeit dar, sich differenziert mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Die Fragestellung, welche im folgenden Kapitel 1.1 erläutert wird, setzt sich aus dem beschriebenen Theorieteil der Traumatisierung, sowie sekundären Traumatisierung und der Praxisverknüpfung in der Opferhilfe (OH) zusammen.

1.1 Ausgangslage und Herleitung der zentralen Fragestellung

Der Traumatisierung von Klient*innen sind sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit in den meisten Fällen bewusst. In einigen Berufsfeldern wird mit Betroffenen von Traumatisierung zusammengearbeitet. Doch nicht nur auf Klient*innenseite kann über Traumatisierung gesprochen werden, worüber wenig Bewusstsein herrscht. Dieses Risiko erhält in der Praxis wenig Relevanz. Auch Professionelle können in der Zusammenarbeit mit traumatisierter Klientel erkranken und eine sekundäre Traumatisierung entwickeln. Die psychische Belastung in der Zusammenarbeit mit traumatisierter Klientel wurde somit erforscht und konnte belegt werden (vgl. Gebrande 2021: 21). Eine dieser Möglichkeiten, pathologisch auf die Exposition mit traumatisierter Klientel zu reagieren, stellt die sekundäre Traumatisierung dar. Diese stellt eine Form der Traumatisierung dar, welche von anderen Formen einer Traumatisierung unterschieden werden muss (vgl. Bering/Thüm 2022: 31). Die Differenzierung unterschiedlicher Diagnosesysteme, im Sinne der Aufklärung und eines umfangreichen Verständnisses, ist unter anderem deshalb Bestandteil der vorliegenden Arbeit (vgl. Maercker/Eberle 2022: 62). Traumatisierung hängt grundsätzlich von unterschiedlichen Begebenheiten ab. Diese sind teilweise bewusst oder auch unbewusst gegeben und beeinflussbar. Eine wesentliche Rolle spielen Risiko- und Schutzfaktoren, welche durch eine Arbeitsstelle und das persönliche Umfeld aktiv geprägt werden (vgl. Gebrande 2021: 23). In diesem Zusammenhang entsteht die Verbindung zu der Sozialen Arbeit in der Opferhilfe. Die Betroffenheit von Fachpersonen liegt aufgrund der hohen Anzahl an traumatisierter Klientel, welche in der Opferhilfe anzutreffen sind, nahe. Daraus entsteht die Verbindung sekundärer Traumatisierung und Professionellen in der Opferhilfe (vgl. Sabel/Roschinski 2010: 40). Die Opferhilfe wird als relevante Unterstützung für Betroffene von unterschiedlichen Gewaltformen gesehen. Sie unterstützt direkt Betroffene, sowie deren Angehörige, wodurch die Arbeit durch Traumatisierung unterschiedlichen Grades geprägt ist (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. b). In diesem Kontext untersucht die Thesis, welche Anforderungen an die Sozialarbeitenden herangetragen werden, welchen Schwierigkeiten Professionelle ausgesetzt sind und möglicherweise sekundäre Traumatisierung begünstigen.

Aus der vorgenommenen Erläuterung ergibt sich für die theoriegeleitete Thesis folgende Fragestellung:

Welche Zusammenhänge von der Zusammenarbeit mit Opfern sind zu sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften in der Opferhilfe bekannt?

Aus dieser Frage leitet sich das zentrale Ziel der theoriegeleiteten Arbeit ab, welche Zusammenhänge zwischen der sekundären Traumatisierung und der Zusammenarbeit von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in einer Opferhilfe gezogen werden können. Dabei werden

Kriterien für Traumatisierung und sekundäre Traumatisierung analysiert, um eine Entstehung für Fachpersonen einschätzen zu können. Diese Begebenheiten werden in dem Kontext der Opferhilfe innerhalb der Schweiz hergestellt, um einen möglichen Zusammenhang festzustellen. Nicht zuletzt spielt der Umgang mit sekundärer Traumatisierung eine Rolle, um einen relevanten Ausblick für Massnahmen auf unterschiedlichen Ebenen zu entwickeln.

1.2 Darstellung der Relevanz in der Sozialen Arbeit

Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind in ihrem Arbeitsalltag grossen Belastungen ausgesetzt. Gerade die Zusammenarbeit mit traumatisierter Klientel fordert Sozialarbeitende besonders heraus (vgl. Jegodtka 2016: 140). Besonders die Arbeit in der Opferhilfe verlangt nach empathischer Zusammenarbeit. Um sekundärer Traumatisierung vorzubeugen, beziehungsweise effektiv entgegen zu wirken benötigt die Praxis effektive präventive und reaktive Ressourcen. Um diese zu entwickeln muss verstanden werden, wie sekundäre Traumatisierung entstehen kann. Die Auseinandersetzung mit der Begebenheit und der Sensibilisierung für eine potenzielle Erkrankung von Fachpersonen bietet eine neue Plattform für Handlungsmöglichkeiten und Formen von Selbstschutz. Durch die Auseinandersetzung wird Die Relevanz des Themas deutlich, welche im Alltag der Praxis schnell vergessen geht. Das Bewusstsein für das eigene Wohlbefinden in der Zusammenarbeit mit Menschen wird in der Praxis insofern als wichtig erachtet, da der eigene Körper als Arbeitsinstrument angesehen werden kann. Da der Fokus gerne auf die Bedürfnisse der Klientel gelenkt wird, dürfen eigene Bedürfnisse vermehrt einen Schwerpunkt in der Arbeit einnehmen (vgl. Huster/Wendler 2024: 13). Die Gesundheit und das eigene Wohlbefinden müssen dementsprechend gewährleistet werden, um langfristige professionelle Arbeit zu gewährleisten. Selbstfürsorge und die Abgrenzung spielen dabei eine wesentliche Rolle. Auch die kollegiale Zusammenarbeit muss unter Betrachtung dieser Gesichtspunkte gestärkt werden, um nicht nur den persönlichen, sondern auch den kollegialen Schutz zu gewährleisten. In diesem Sinne ist Aufklärung gefragt.

Nicht nur die individuelle Rolle der Fachkräfte spielen in dem Kontext sekundärer Traumatisierung in der Opferhilfe eine Rolle. Auch strukturelle Begebenheiten beeinflussen den Arbeitsalltag und das Risiko zu erkranken. Gesellschaftlich wird die Soziale Arbeit häufig als selbstverständlich angesehen. Auch Professionelle haben den Anspruch, nicht als «schwach» dazustehen und setzen die eigene Funktionsfähigkeit als selbstverständlich voraus. Diese gesellschaftliche, sowie persönliche Haltung können kritisiert werden, wodurch die Relevanz des gesundheitlichen Aspekts gesehen wird. Weiterführend können Gedanken und Ansätze entstehen, welche Möglichkeiten einzelnen Fachpersonen der Sozialen Arbeit haben, um Veränderungen zu erwirken und sich gegebenenfalls politisch zu positionieren.

1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

In der folgenden Arbeit werden die Themen anhand einer theoriebasierten Literaturrecherche herbeigeführt. Dabei wird die Arbeit grob in zwei Hauptteile aufgeteilt. Der erste Hauptteil beschäftigt sich mit dem Thema der primären- und sekundären Traumatisierung. Der Fokus liegt dabei auf der sekundären Traumatisierung, die im zweiten Hauptteil eine wesentliche Rolle spielt. Dafür wird das nötige Grundverständnis im ersten Hauptteil gelegt. Der zweite Hauptteil befasst sich in erster Linie mit der Arbeit in der Opferhilfe der Schweiz. Die Verbindung der beiden Hauptteile mündet in der Arbeit Professioneller der Sozialen Arbeit und dem Risiko, an sekundärer Traumatisierung zu erkranken. Hier wird Wissen aus dem ersten Hauptteil zugezogen. Innerhalb des gesamten Hauptteils werden stellenweise Bezüge zur Praxis der Sozialen Arbeit formuliert, um den theoretischen Teil zu veranschaulichen und kritisch zu hinterfragen. Die konkrete Gliederung der zwei Hauptteile wird wie folgt aufgebaut:

1. Hauptteil: Traumatisierung

Das Kapitel beginnt mit einer generellen Definition von Traumatisierung und wie sich ein Trauma im Körper und im Erleben einer Person äussern kann. Anschliessend wird die Entstehung und unterschiedliche Formen davon erläutert, um danach auf die Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren einzugehen. Danach werden zwei mögliche Diagnosen von Traumatisierung erklärt. Nach dem ähnlichen Aufbau wird auf sekundäre Traumatisierung eingegangen, die für die Diagnose notwendigen Begebenheiten aufzeigt.

2. Hauptteil: Sekundäre Traumatisierung bei Sozialarbeitenden in der Opferhilfe

In erster Linie wird der Aufbau und die rechtlichen Grundlagen von Opferhilfestellen in der Schweiz erläutert. Anschliessend wird das breite Angebot mit der entsprechenden Zielgruppe, an welche sich die Angebote richten, aufgezeigt. Die Verbindung von Traumatheorie und der Arbeit in der Opferhilfe wird anhand eines Praxisbeispiels und anschliessend theoretischer Erklärung vorgenommen. In einem zweiten Schritt werden entsprechende Handlungsempfehlungen im Sinne des Selbstschutzes von Professionellen auf individueller Ebene, sowie Team- und Organisationsebene erläutert und aufgezeigt.

Nach den beiden theoretischen Hauptteilen mündet die Thesis im vierten Kapitel, den Schlussfolgerungen und den Erkenntnissen. In diesem Teil wird zusammengeführt und kritisch diskutiert. Infolgedessen wird die Fragestellung beantwortet und entsprechende Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit in der Opferhilfe gezogen. Dazu werden kritische, weiterführende Überlegungen dargelegt. Die Arbeit endet mit der Auflistung der verwendeten Quellen im fünften Kapitel, sowie der unterzeichneten ehrenwörtliche Erklärung im sechsten Kapitel.

2 Traumatisierung

Der erste Hauptteil der Thesis beschäftigt sich mit dem Thema der Traumatisierung bei erwachsenen Menschen. Statistisch gesehen, erleben 20 bis 60% aller Menschen mindestens ein traumatisches Erlebnis im Verlauf ihres Lebens. Viele davon werden häufiger als einmal mit traumatischen Ereignissen konfrontiert. Diese Ereignisse können für unterschiedliche Lebensbereiche eines Individuums gravierende Folgen haben (vgl. Gebrande 2021: 21). Die Verbindung der Sozialen Arbeit entsteht in der Verarbeitung der traumatisierenden Erlebnisse. Um diese Verbindung der Zusammenarbeit mit traumatisierten Klient*innen in der Sozialen Arbeit herstellen zu können, muss verstanden werden, was ein Trauma ist. Dafür wird zuerst der Begriff definiert und die Entstehung erläutert. In einem zweiten Schritt werden zwei Formen der Traumatisierung und deren Traumafolgestörungen thematisiert, sowie die Unterschiede aufgezeigt.

2.1 Definition Trauma

Das Wort stammt aus dem Griechischen und bedeutet «Verletzung» oder «Wunde». Lange Zeit wurde der Begriff nur in einen körperlichen Kontext gesetzt. Heute wird dieser auch seelisch und psychisch gesehen, wodurch eine Traumatisierung als seelische Verletzung oder Wunde, in Folge eines Erlebnisses, beschrieben werden kann. Hierbei muss zwischen belastenden Situationen und traumatisierenden Ereignissen unterschieden werden. Wesentlich sind die individuellen Bewältigungsmuster. Traumatisierende Erlebnisse führen dazu, dass Bewältigungsmuster nicht mehr ausreichen und sich der Mensch überfordert fühlt, wodurch ein inneres Notfallprogramm ausgelöst wird. Die Folge ist eine starke psychische Erschütterung (vgl. Gebrande 2021: 33). So kann kein genereller Begriff eines traumatisierenden Ereignisses definiert werden, welcher für jede*n zutrifft. Vielmehr werden potenziell traumatisierende Erlebnisse mit deren Aspekten beschrieben. Unterschiedliche Definitionen entstehen durch die differenzielle Gewichtung und Deutung der einzelnen Schwerpunkte (vgl. Tagay/Schlottbohm/Lindner 2016: 26).

Das Miterleben, sowie das Beobachten eines Ereignisses können gleichermassen traumatisierend sein. Dazu gehören Situationen, welche mit dem Tod, der Gefährdung des Todes oder einer schweren Verletzung in Verbindung gebracht werden können. Dabei kann die Person selbst betroffen sein oder nahe stehende Personen, wie enge Freunde oder Familienangehörige (vgl. ebd.: 27). Beispiele solcher Situationen sind schwere Unfälle, Naturkatastrophen, körperliche, psychische oder sexuelle Gewalt, Erleben von Krieg oder Folter sowie massive Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen (vgl. Knefel 2021). Traumatisierende Ereignisse werden in objektive Ereignisse und subjektives Erleben unterschieden. Objektive Ereignisse beschreiben das Geschehnis, was passiert ist. Das

subjektive Erleben ist die individuelle Bewertung jeder individuellen Person, wie bedrohlich die Situation eingeschätzt und bewertet wird. Hierzu zählen intensive Angst, Hilflosigkeit oder starkes Entsetzen. Das Zusammenspiel objektiver und subjektiver Faktoren definiert die Individualität und unterschiedliche Definition von Traumatisierung (vgl. Tagay et al. 2016: 27). Traumatisierungen haben gemeinsam, dass das Geschehnis von Betroffenen als plötzlich und heftig beschrieben wird. Die Situation scheint ausweglos, was durch die Überforderung zum Vorschein gebracht wird (vgl. Pausch/Matten 2018: 4). Die Emotionen, welche in der Situation empfunden werden, führen zu einer Überwältigung, wodurch Veränderungen in der Psyche hervorgerufen werden. Dieser Vorgang kann als «inneres Notfallprogramm» gesehen werden, um das Geschehnis zu überleben. Die unterschiedliche Intensität des Erlebten führen zu verschiedenen Veränderungen und Belastungen im Leben der betroffenen Person (vgl. Gebrande 2021: 34). Zusammengefasst wird die Definition in folgendem Zitat ausformuliert:

Ein Trauma ist demnach ein «vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.» (Gebrande 2021: 34)

Daraus geht hervor, dass ein Ereignis allein nicht ausschlaggebend für die psychische und seelische Verletzung einer Person ist. Die Bewertung auf emotionaler Ebene des subjektiven Erlebens und den zu Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien, definieren den Begriff des Traumas.

Neben den Bewältigungsstrategien und Ressourcen gibt es weitere Faktoren, unter denen Traumatisierungen unterschieden und eingestuft werden. Dazu zählen die Intensität, die Häufigkeit der betroffenen Menschen in der Gesellschaft (Prävalenz), die Dauer, die Invasivität, die Vorhersagbarkeit und die Kontrollierbarkeit. So wirken sich verschiedene potenziell traumatisierende Ereignisse unterschiedlich auf ein Individuum aus. Die Prävalenz besagt, dass es beispielsweise nach Naturkatastrophen oder Verkehrsunfällen bei lediglich ca. 4.5 % der Betroffenen zu einer Traumafolgestörung kommt. Hingegen sind 50% der Personen nach einer Vergewaltigung oder einer Folter von einem Trauma betroffen. Bezüglich der Vorhersagbarkeit hat sich gezeigt, dass Frauen gesamthaft eine doppelt so grosse Wahrscheinlichkeit aufweisen, ein Trauma zu entwickeln (vgl. Tagay et al. 2016: 51).

In den folgenden beiden Abschnitten der Traumatisierung geht es um die primäre und sekundäre Traumatisierung. Dies sind zwei Unterteilungen, welche sich durch die Entstehung einer Traumatisierung unterscheiden. Die Symptome können, müssen sich jedoch nicht ähneln.

2.2 Primäre Traumatisierung

Von einem Trauma kann gesprochen werden, wenn eine Person, ein Ereignis nicht oder nicht ausreichend selbstständig bewältigen kann. Beispiele dafür, wurden im vorherigen Abschnitt genannt. Um eine Traumatisierung diagnostizieren zu können, wird von Diagnosesystemen Gebrauch gemacht, welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) publiziert wurden. Für trauma- und belastungsbezogene Diagnosen sind dies, die ICD-10 und die ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) (vgl. Maercker/Eberle 2022: 62). Zusätzlich gibt es das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), welches ebenfalls zur Diagnose von Traumata genutzt werden kann. Im Falle einer primären Traumatisierung wird dies herkömmlicherweise in der Schweiz nicht genutzt, da es kein offizielles Abrechnungsinstrument medizinischer Leistungen darstellt. Meist wird es durch die vertieftere Definition für Forschungszwecke genutzt (vgl. Ebner et al. 2023: 35). Durch die detailliertere Beschreibung von Symptomen und die grössere Differenzierung von Krankheitsbildern, wird das DSM-5 deshalb gerne im psychiatrischen oder klinischen Bereich ergänzend angewendet (vgl. Ebner et al. 2023: 1). Gemäss ICD-10 muss das belastende Ereignis bei fast jeder Person eine tiefe Verzweiflung auslösen, damit von einer diagnostizierten Traumafolgestörung gesprochen werden konnte (vgl. Dressing/Foerster 2021: 49). In dieser Thesis geht es um den Begriff einer Traumatisierung und nicht die medizinische Diagnose, weshalb auf den Unterschied zwischen ICD-10 und ICD-11 nicht vertieft eingegangen wird. Die Thesis bezieht sich auf die ICD-11. In der Praxis werden weiterhin beide Diagnosesysteme angewendet, da sich der Anwendungsprozess in einem Übergang befindet.

Nach der Definition des ICD-11 kann eine Traumatisierung nur unter Bedingung diagnostiziert werden, wenn eine Person folgender Situation ausgesetzt war:

«[...] extrem bedrohlichen oder katastrophalen Ereignis oder einer Serie von Ereignissen ausgesetzt gewesen sind.» (ebd.: 48)

Diese Definition greift einige Aspekte der Begriffsdefinition auf, wodurch Traumatisierung in einem Zusammenspiel von objektiven Ereignissen und subjektivem Erleben entsteht.

Die ICD-11 ist seit dem 01.01.2022 in Kraft getreten (vgl. Maercker/Eberle 2022: 62). In der Praxis soll die ICD-11 bis zum Jahr 2027, die ICD-10 vollständig ersetzen (vgl. Ebner et al. 2023: 2). Der Diagnosevorgang ist bei beiden Systemen identisch geblieben. Der Unterschied liegt lediglich in der Definition einer Traumatisierung (vgl. Dressing/Foerster 2021: 49). Beide Diagnosesysteme beinhalten Kriterien von psychischen Erkrankungen, zu denen auch Traumatisierungen gehören (vgl. Maercker/Eberle 2022: 62). Die Symptome werden in sogenannten «Clustern» geordnet, von denen es drei gibt (vgl. Dressing/Foerster 2021: 49). Aus jedem Cluster muss mindestens eines der aufgelisteten Symptome der WHO

übereinstimmen, sodass eine Krankheit diagnostiziert werden kann. Zu beachten ist, dass nicht jede Form der Traumatisierung, jedes Symptom und somit jedes Kriterium enthält. Dies macht die Diagnose mit den verschiedenen Formen der Traumatisierung so komplex (vgl. Maercker/Eberle 2022: 62). Diese Überarbeitung des Diagnosesystems ICD-11 ist bereits die 11. Auflage, was davon zeugt, wie komplex eine Diagnose von Traumafolgestörungen in der Praxis ist. Eine Diagnose hat massgebliche Folgen. Einerseits auf die Prävalenzschätzungen, andererseits für die klinische und forensischgutachtliche Praxis mit entsprechender Behandlung (vgl. Dressing/Foerster 2021: 48).

Kriterien nach ICD-11 lauten nach Dressing/Foerster (2021: 49) wie folgt:

1. Cluster, Wiedererleben in lebendiger Form:

- Das traumatische Erlebnis muss in Form von Flashbacks oder Albträumen wiedererlebt werden.
- Die Flashbacks müssen von starken oder überwältigenden Gefühlen geprägt sein. Beispielsweise Angst oder Horror.
- Das Wiedererleben löst starke psychische Empfindungen aus.
- Gefühle, welche in der Situation empfunden wurden, werden in den Flashbacks oder Albträumen identisch empfunden.

2. Cluster, Vermeiden:

- Gedanken und Erinnerungen, welche mit dem Ereignis in Verbindung stehen, werden verdrängt.
- Zusammenhängende Aktivitäten vermeidet die oder der Betroffene.
- Das Ausweichen von Personen, welche bei dem Geschehnis dabei waren oder in Verbindung gebracht werden könnten.

3. Cluster, Wahrnehmen einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung:

- Die Bedrohung wird über mindestens mehrere Wochen oder anhaltend wahrgenommen. Das kann sich beispielsweise durch eine gesteigerte Schreckhaftigkeit zeigen.
- Die Symptome schränken die Person persönlich, familiär oder beruflich ein.

Die Kriterien befassen sich mit dem Erleben eines Ereignisses mit bedrohendem Geschehnis und zusammenhängenden Symptomen, welche in einer gewissen Zeitspanne auftreten müssen (vgl. Tagay et al. 2016: 47). Jedoch werden Symptome, welche sich auf anderen Störungsbilder beziehen könnten, ausgelassen. Aufgrund dessen können andere Diagnosestellungen nicht miteinbezogen werden (vgl. Dressing/Foerster 2021: 49).

Bezug zur Sozialen Arbeit:

Die Definition nach ICD-10 basiert auf einem medizinisch-psychiatrischen Modell. Dennoch kann die Thematik aus sozialarbeiterischer Sicht kritisch hinterfragt werden. Die Profession kommt in unterschiedlichen Bereichen, wie beispielsweise einer Opferhilfe oder Kriseninterventionsstellen, in engen Kontakt mit traumatisierter Klientel. Aus dieser Perspektive findet die Autorin der Arbeit die Diagnose mit den Kriterien als zu eng formuliert. Wie die Begriffsdefinition umfasst, ist das Empfinden von Traumatisierung und das Erleben subjektiv. Aus Sicht der Autorin kann von aussen schwierig beurteilt werden, wie traumatisierend ein Erlebnis auf das Individuum gewirkt hat. Hinzu kommt, dass ausschliesslich schwere Ereignisse (Naturkatastrophen, Miterleben von Krieg oder Folter) erfasst sind und lediglich schwere Unfälle sehr offen formuliert werden. Defizitär empfindet die Autorin an dieser Stelle das Einbeziehen der individuellen Lebenslage, welche ebenfalls als traumatisierend erlebt werden kann und die psychische Gesundheit, sowie Bewältigungsmuster und Resilienz stark beeinflussen können. Hierzu zähle die Autorin beispielsweise langanhaltende Belastungen wie Armut oder Mobbing.

Einen weiteren wichtigen Punkt sieht die Autorin in der befristeten Zeit, dass Symptome über mehrere Wochen oder anhaltend empfunden werden müssen. Wobei der Spielraum von mehreren Wochen sehr offen formuliert wird, was Betroffenen entgegenkommt. Darin wird ein Widerspruch gesehen, worauf sich in der Praxis konkret bezogen werden sollte. Nach eigenem Verständnis der Autorin können Bewältigungsstrategien dazu führen, dass Symptome möglicherweise erst nach mehreren Monaten oder Jahren auftreten, wodurch eine Diagnose nichtig wird. Realistisch erscheint das vor allem, da die Verdrängung ebenfalls ein zu erfüllendes Kriterium einer Traumatisierung nach ICD-11 darstellt.

Dennoch wird die Anerkennung einer Diagnose durch die Autorin als wichtig erachtet, um den Zugang zu traumaspezifischen Unterstützungsangeboten zu ermöglichen. Auch für die Aufklärung ist die Diagnose wichtig, damit keine falschen Schuldzuschreibungen bei Betroffenen entsteht.

2.2.1 Entstehung der primären Traumatisierung

Durch das subjektive Erleben wurde bereits aufgezeigt, dass nicht jede Person nach demselben Ereignis ein Trauma davonträgt. Im Fachdiskurs wird davon ausgegangen, dass circa ein Drittel der Betroffenen eines traumatischen Ereignisses die Krise selbstständig mit eigenen Ressourcen bewältigen. Einem weiteren Drittel wird eine Therapie oder externe Beratung empfohlen. Das letzte Drittel geht einen psychopathologischen Entwicklungsweg

und entwickelt eine Traumafolgestörung (vgl. Gebrande 2021: 46). Menschen, welche eine Traumafolgestörung entwickeln, versuchen sich ebenfalls an die bedrohliche Situation anzupassen, scheitern jedoch durch verschiedene Ursachen und entwickeln pathologische Fehlfunktionen (vgl. ebd.: 45). In der Situation ist es unmöglich, situativ zu handeln, wodurch ein Totstellreflex ausgelöst wird. Weder Kampf noch Flucht sind dann möglich und Betroffene reagieren mit Erstarrung und Unterwerfung (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 25ff). Nach der akuten Situation muss das Erlebte möglichst in das Selbst integriert werden (vgl. Dittmar 2013: 55). Daraus resultieren beispielsweise Persönlichkeitsveränderungen, extreme Vermeidung, psychische Störungen oder Traumafolgestörungen (vgl. Gebrande 2021: 45). So gibt es zwei unterschiedliche Entwicklungswege nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis, das Aussergewöhnliche sinnhaft in die eigene Biografie verankern zu wollen und greifbar zu machen. Dies wird anhand der folgenden Abbildung veranschaulicht.

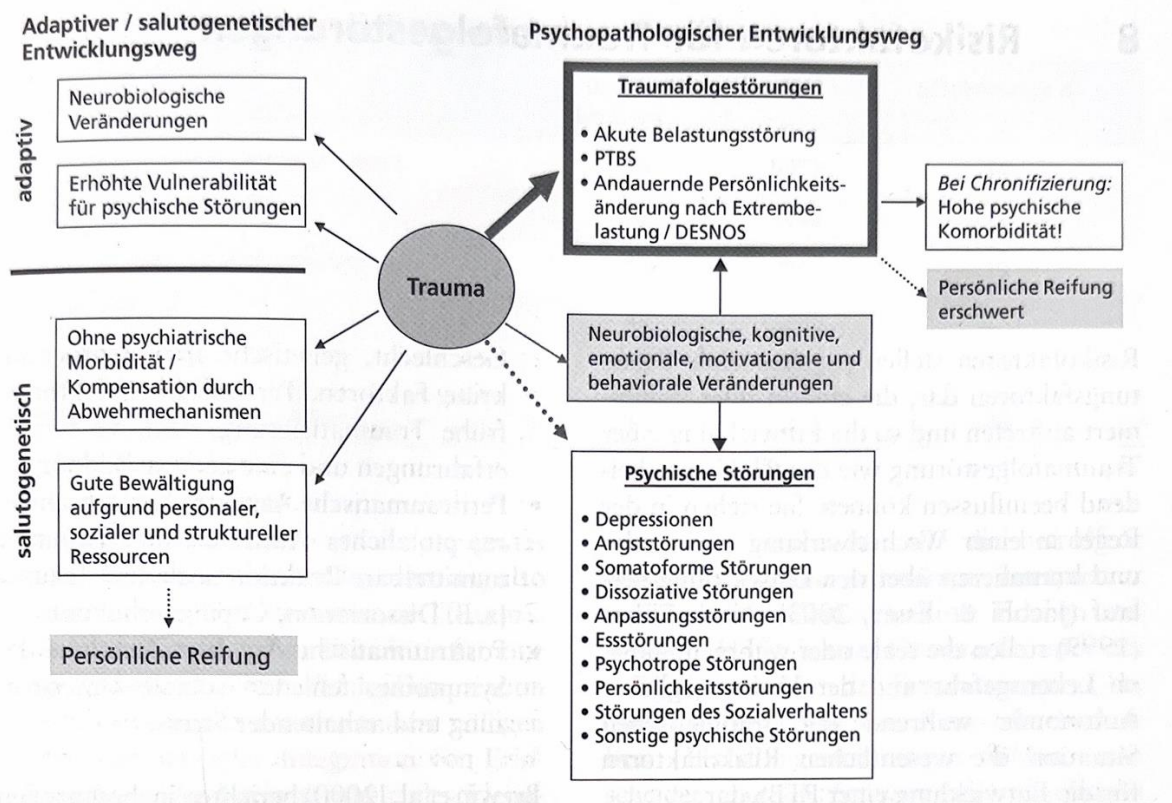


Abbildung 1: Mögliche Entwicklung nach einem Trauma (Tagay et al. 2013 In: Tagay et al. 2016: 39).

In Folge des **adaptiven Entwicklungswegs** wird ein traumatisches Ereignis durch verändernde Prozesse von einer Traumafolgestörung oder einer anderen psychischen Störung abgewendet. Neurobiologisch geschehen Veränderungen im Gehirn, um in der Akutsituation überleben zu können. Dies verursacht jedoch langfristige Schäden im Gehirn, wodurch die Fähigkeit, spätere Belastungen positiv zu bewältigen, eingeschränkt wird. Infolgedessen steigt die persönliche Vulnerabilität für psychische Störungen nach zukünftigen

traumatisierenden Erlebnissen. Aus dem **salutogenetischen Entwicklungsweg** kann eine persönliche Reife resultieren. So gibt es eine Vielzahl von Menschen, welche ausreichend über personale, soziale und strukturelle Ressourcen verfügen, um potenziell traumatisierende Erlebnisse zu verarbeiten. Die Wahrscheinlichkeit eines salutogenetischen Entwicklungswegs steigt, wenn bereits noch keine psychiatrische Morbidität aus vorhergehenden Erlebnissen vorliegt. In diesen Fällen erfolgen keinerlei negative pathologische Folgen für die betroffene Person. Hilfreich hierbei sind individuelle Abwehr- und Schutzmechanismen (vgl. Tagay et al. 2016: 38).

Im Falle einer Traumafolgestörung oder einer anderen psychischen Störung, in Folge eines traumatischen Ereignisses, wird von dem **psychopathologische Entwicklungsweg** gesprochen. Die Psychopathologie beschäftigt sich mit der Lehre der psychischen Erkrankungen und ist damit ein Teilbereich der Medizin und psychischen Diagnostik (vgl. Richartz-Salzbürger/Wormstall/Morawetz o.J.: 49). Es gibt drei **Traumafolgestörungen**, welche nach einem traumatischen Erlebnis am häufigsten auftreten können. Dazu zählen die akute Belastungsstörung (ABS), Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung (DESNOS) (vgl. Tagay et al. 2016: 39). In Folge einer Traumafolgestörung ist eine persönliche Reifung nach dem traumatischen Erlebnis erschwert und erfordert professionelle Unterstützung (vgl. ebd.: 38). Auf die Traumafolgestörungen wird in den folgenden Kapiteln detaillierter eingegangen. Neben den Traumafolgestörungen gibt es Menschen, welche eine weitere **psychische Störung** entwickeln. Im Gegensatz zu Traumafolgestörungen sind psychische Störungen nicht kausal. In Zuge dessen, ist der Auslöser nicht unbedingt bekannt. Beispiele von psychischen Störungen sind in der Einrahmung ersichtlich. Allgemeine Reaktionen wie Angst, Ärger, Wut, Scham oder Schuldgefühle, sowie körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, können nach einem traumatisierenden Erlebnis immer auftreten und müssen nicht zwingend mit Traumafolgestörungen zusammenhängen (vgl. ebd.: 38f). Deshalb wird auf diese Reaktionen, sowie psychische Störungen im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

Neurobiologische, kognitive, emotionale, motivationale und behaviorale Veränderungen beeinflussen die Begünstigung von Traumafolgestörungen und psychischen Störungen. Diese können zu den Risiko- und Schutzfaktoren gezählt werden. Im Falle einer Traumafolgestörung sind diese negativ ausgeprägt und begünstigen in Form von Risikofaktoren die betroffene Person, eine Traumatisierung zu entwickeln.

- Neurobiologische Veränderungen beziehen sich dabei auf das Gehirn und den persönlichen Umgang mit Stress.
- Kognitive Veränderungen umfassen subjektive Denkmuster und Interpretation der Umwelt.

- Die emotionalen Veränderungen beinhalten die Gefühlswelt einer Person und wie Emotionen wahrgenommen, sowie reguliert werden (vgl. Tagay et al. 2016: 38f).
- Vermeidungsverhalten oder Antriebslosigkeit betreffen die motivationalen Veränderungen (vgl. Gebrande 2021: 46).
- Behaviorale Veränderungen beziehen sich auf das persönliche Verhalten und den eigenen Umgang mit Erlebtem. Dazu gehört, ob eine Person eher aggressiv oder selbstzerstörerisch reagiert. Die Entwicklung eines Suchtverhaltens, um zu vermeiden gehört ebenfalls in diesen Bereich (vgl. ebd.: 45).

2.2.2 Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren

Die Entstehung einer Traumatisierung wird durch die Resilienz, sowie Risiko- und Schutzfaktoren einer Person geprägt. So kann beispielsweise eine ausgeprägte Resilienz und ausreichende Schutzfaktoren zu einem salutogenetischen Entwicklungsweg mit Chance auf persönliche Reife beitragen. Bei zu geringer Resilienz oder dem Auftreten von Risikofaktoren tritt eher ein psychopathologischer Entwicklungsweg, mit einer Traumafolgestörung oder einer anderen psychischen Störung auf (vgl. ebd.: 57).

«Das Wort Resilienz selbst leitet sich von dem lateinischen Wort „resilire“ ab, was so viel heißt wie „abprallen“.» (Pausch/Matten 2018: 23) Resilienz ist keine Persönlichkeitseigenschaft. Resilienz meint die Fähigkeit, sich an Lebensumstände anpassen und Lebenskonzepte erweitern zu können, um belastende Situationen zu bewältigen. Durch diese Bewältigung kann diese auch aktiv gestärkt werden, wie beispielsweise durch positive Erfahrungen bezüglich der Selbstwirksamkeit oder ein positives Selbstwertgefühl. Auch soziale Komponenten wie Empathie, Ausgeglichenheit oder stabile Beziehungen stärken die Resilienz. Eine optimistische und zuversichtliche Lebenseinstellung wirkt sich ebenfalls positiv auf die Resilienz eines Menschen aus (vgl. ebd.: 23f).

Risiko- und Schutzfaktoren wirken totalisierend. Umso mehr Schutzfaktoren einer Person zur Verfügung stehen, umso besser kann diese eine traumatisierende Situation bewältigen (vgl. Gebrande 2021: 58). Hingegen, je mehr Risikofaktoren zusammenkommen, umso grösser die Wahrscheinlichkeit einer Traumafolgestörung (vgl. Pausch/Matten 2018: 25). Folgende Risikofaktoren zeigen sich als besonders prägend bei der Entstehung einer Traumatisierung:

- Art des Traumas: Umso schwerer und umso langfristiger ein traumatisches Ereignis anhält, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung eines Traumas. Auch wenn das Trauma von einem Menschen ausgelöst wird, steigt das Risiko. Dieses Phänomen wird «man-made-desaster» genannt.
- Geschlecht: Die Prävalenz, ein Trauma zu entwickeln, liegt bei Frauen doppelt so hoch als bei Männern (vgl. ebd.).

- Alter und Dauer: Die Langzeitfolgen und die Auswirkungen auf die Entwicklung und Lebensbewältigung fallen gravierender aus, umso jünger und umso länger eine Person der Traumatisierung ausgesetzt wird (vgl. Gebrande 2021: 46). So beispielsweise Kinder, welche von einem oder beiden Eltern regelmässig missbraucht werden oder physischer, sowie psychischer Gewalt ausgesetzt sind.
- Psychische Krankheiten und Vorgeschichte: Das Risiko steigt bei jedem traumatisierenden Ereignis weiter, dass eine Traumafolgestörung entwickelt wird (vgl. Pausch/Matten 2018: 25). Auch andere psychische Erkrankungen wie Depressionen, Sucht und Angststörungen lassen sich dazuzählen.
- Wenig soziale Unterstützung: Neben dem sozialen Umfeld ist vor allem professionelle Unterstützung, wie «Care giving» gemeint. Umso schneller Betroffene von Professionellen nach einem traumatisierenden Ereignis unterstützt oder beraten werden, umso kleinere die Chance auf eine Traumafolgestörung.
- Weitere belastende Ereignisse: Menschen sind in der Zeit direkt nach einem Ereignis besonders vulnerabel. Dementsprechend sind weitere Belastungen besonders grosse Risikofaktoren. So zum Beispiel ein Arbeitsverlust der einen körperlichen Schaden hervorruft (vgl. ebd.: 26).

Die Betrachtung des Traumas, aus Sicht der Resilienz, sowie Risiko- und Schutzfaktoren zeigen, dass ein traumatisches Ereignis allein, in Bezug auf die Wirkung beim Individuum, nicht aussagekräftig ist. Die Folgezeit wird in einem Prozess von pathologischen Folgen mit vielen Einflussfaktoren geprägt. Die äusseren Bedingungen einer individuellen Lebenslage und das Milieu, mit dem sich jemand umgibt, sind für die Traumafolgestörung, deren Ausprägung und Intensität ausschlaggebend (vgl. Gebrande 2021: 57).

Bezug zur Sozialen Arbeit:

Die Soziale Arbeit sollte nach Meinung der Autorin die Arbeit mit Resilienz, sowie Risiko- und Schutzfaktoren unbedingt beachten. Dennoch ist dieser Fokus, wie die Autorin findet, ambivalent zu betrachten. Beide Konzepte ermöglichen eine individuell angepasste Unterstützung für traumatisierte Klient*innen. Vorhandene Ressourcen können entsprechend unterstützt werden, was zur Stabilisierung der Situation beiträgt. Die Gefahr besteht darin, die Faktoren lediglich auf der individuellen Eben zu betrachten und strukturelle, sowie gesellschaftliche Bedingungen welche die Resilienz, sowie Risiko- und Schutzfaktoren nachhaltig beeinflussen, zu vernachlässigen. Wie beschrieben, handelt es sich bei Resilienz um keine statische Fähigkeit, sondern entsteht in Wechselwirkung mit äusseren Rahmenbedingungen der Lebenswelt. Risikofaktoren sollten in diesem Sinne nicht nur als individuelle Belastung, sondern im Kontext dynamischer sozialer Ungleichheit gesehen

werden. Dazu gehören unter anderem finanzielle Ressourcen, institutionelle Hürden oder mangelnde gesundheitliche Versorgung. So können beispielsweise Beziehungen stabilisiert oder Selbstwirksamkeit gefördert werden. Die Umwelt, in welcher das Individuum eingebettet ist, beeinflusst das Trauma erheblich, weshalb die Autorin die Wichtigkeit in dem Einbezug dieser sieht.

2.2.3 Traumafolgestörungen und Symptome

Traumafolgestörungen werden in erster Linie in zwei Typen eingeteilt, bevor die einzelnen Formen definiert werden. Wie folgender Abbildung 2 zu entnehmen ist, werden Traumata in die Kategorien Typ 1 und Typ 2 unterteilt.

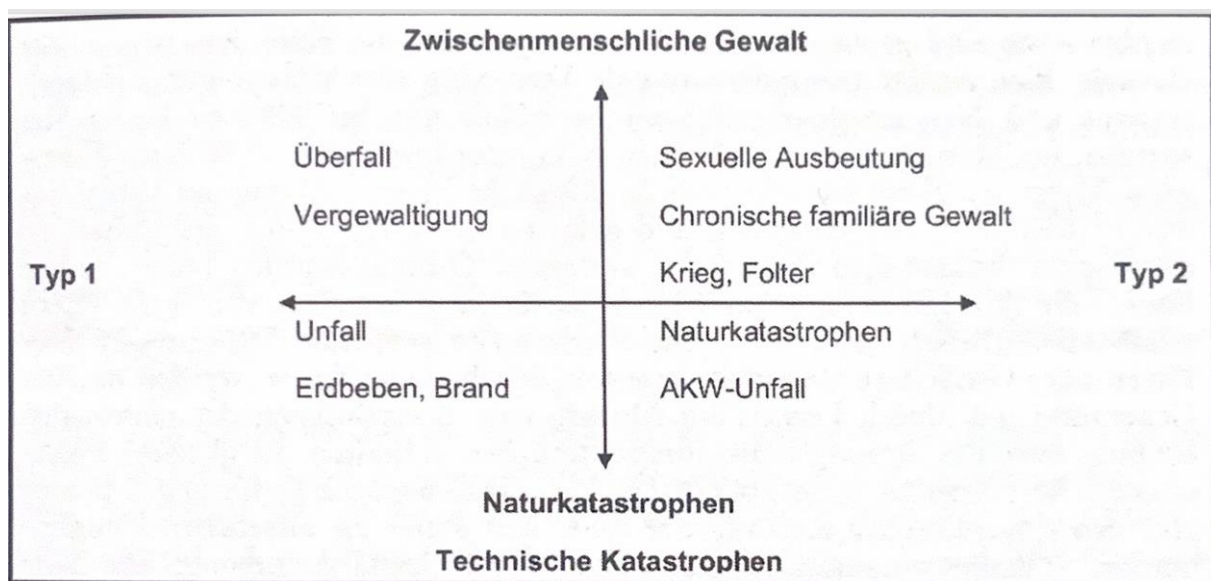


Abbildung 2: Klassifikation traumatischer Ereignisse (Gebrande 2021: 35).

Der Unterschied der beiden Trauma Typen liegt in der Anzahl des Auftretens. In die Kategorie des **Typ 1**, werden Singeltraumata gezählt. In die, des Typ 2, Polytraumata. Ein Singeltrauma kann durch einmalig auftretende Ereignisse ausgelöst werden. Dazu zählen beispielsweise ein Überfall, eine Vergewaltigung, ein Verkehrsunfall, ein Erdbeben oder ein Brandfall. Mehrfach auftretende Ereignisse oder anhaltende Zustände, wie sexuelle Ausbeutung, chronische familiäre Gewalt, Krieg und Folter, Naturkatastrophen oder ein AKW-Unfall, werden zu **Typ 2** zugeordnet (vgl. Gebrande 2021: 35).

Zusätzlich wird zwischen zwischenmenschlicher Gewalt, auch interpersoneller Gewalt genannt, und eher zufälliger Gewalt, auch akzidentelle Gewalt genannt, unterschieden. **Interpersonelle Gewalt** wird vom Menschen verursacht und ist meist absichtlich beigelegt (vgl. ebd.: 35). Diese Gewalt wird auch «man-made-disaster» oder «Beziehungstraumatisierung» genannt. In der Verarbeitung bei Betroffenen zeigen sich diese Taten als komplexer verarbeitbar. Grund dafür ist die mehrfache Belastung bei der Person (vgl.

Pausch/Matten 2018: 5). Bereiche, welche das Selbst-, Menschen-, und Weltbild betreffen sind involviert, wodurch die Belastung grösser ist und diese Bereiche meist nachhaltig verändert oder geschädigt werden (vgl. ebd.: 6). **Akzidentelle Gewalt** kommt zufällig vor und ist nicht vorhersehbar. Meist wird diese mit Ereignissen durch Naturkatastrophen in Verbindung gebracht und lassen sich durch den zufälligen Charakter meist besser verarbeiten (vgl. Gebrande 2021: 35).

Wenn von Traumafolgestörungen die Rede ist, sind verschiedene Krankheitsbilder gemeint, welche in der ICD-10 und der ICD-11 festgehalten sind. Darunter fallen eine Vielzahl an Symptomen, Syndromen, Störungen und Reaktionsmöglichkeiten, welche potenziell auftreten können. Wenn Symptome und der Leidensdruck nach einem traumatisierenden Ereignis anhalten und nicht adäquat bewältigt werden können, entstehen Traumafolgestörungen. Die PTBS stellt die häufigst diagnostizierte Traumafolgestörung da. Daneben gibt es ebenfalls die akute Belastungsstörung, die Anpassungsstörung und die andauernde Persönlichkeitsänderung, welche ebenfalls häufig auftreten (vgl. Pausch/Matten 2018: 6). Hinzu kommen viele weitere Traumafolgestörungen, Störungsbilder und komorbide Formen, auf die im Weiteren dieser Thesis nicht eingegangen wird.

Die offene Formulierung der Kriterien innerhalb der drei Cluster in ICD-11, zeugt davon, dass es eine Vielzahl an Symptomen gibt, welche auf eine Traumafolgestörung hinweisen. Da das Erleben und Verarbeiten eines Erlebnisses individuell ausfallen, ist dies auch so wichtig, um möglichst vielseitig die unterschiedliche Symptomatik eines Traumas abdecken zu können. Die häufigsten Symptome, welche auf ein Trauma hinweisen, werden in körperlich empfundene und allgemeine Symptome unterschieden. Die allgemeinen Symptome beziehen sich auf die emotionale Gefühlswelt einer Person. Tagay (2016: 38) formuliert folgende als häufig auftretend und könnten auf ein Trauma hinweisen:

Körperliche Symptome	Allgemeine Symptome
Kopfschmerzen	Angst
Neurologische Beschwerden	Hilf- und Hoffnungslosigkeit
Gastrointestinale Beschwerden	Ärger
Niedergeschlagenheit	Scham
Schlafprobleme	Schuldgefühle

Tabelle 1: Symptome primärer Traumatisierung (eigene Darstellung).

Im Folgenden wird auf die beiden Traumafolgestörungen PTBS und KPTBS vertieft eingegangen, um ein tieferes Verständnis zu ermöglichen. Dies ist wichtig, um sich ein Bild der potenziellen Lebenslage machen zu können, mit dem die Soziale Arbeit konfrontiert wird.

2.2.3.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Posttraumatische Belastungsstörung lautet in ICD-11 «ICD-10 F43.1» und ist der Nummer 6B40 zuzuordnen. Die Definition lässt sich aus dem Wort «nach» (also „post“) ableiten. «Nach dem Erleben eines Traumas kommt es zu einer Belastungsreaktion bzw. -störung, also einer gestörten Verarbeitung.» (Pausch/Matten 2018: 6) Die Diagnose erfolgt nach Zutreffen mindestens eines Kriteriums innerhalb der drei Cluster: Wiedererleben, Vermeiden, Wahrnehmen einer erhöhten gegenwertigen Bedrohung, nach einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen. Innerhalb des ersten Jahres nach einem Erlebnis werden die meisten Diagnosen gestellt, da die Symptome danach abflachen, auch wenn die PTBS in 30-40% der Fälle einen chronischen Verlauf nimmt (vgl. Tagay et al. 2016: 52). Die Symptome zeigen sich meistens in den ersten drei Monaten, können sich jedoch auch Monate oder Jahre nach dem traumatisierenden Erlebnis entwickeln oder bewusst wahrgenommen werden (vgl. Bering/Thüm 2022: 47). So wurde beispielsweise bei Menschen mit traumatischer Erfahrung im Krieg, noch nach 50 Jahren eine Traumatisierung festgestellt und entsprechend diagnostiziert (vgl. Tagay et al. 2016: 53).

Um verstehen zu können, wie sich PTBS auf das Leben eines Menschen auswirkt, werden die drei Cluster mit deren Eigenheiten und Ausprägungen vertieft:

In dem **1. Cluster, dem Wiedererleben** geht es um mehr als Erinnerungen an das traumatisierende Ereignis. Vielmehr sind es aktive Zustände, durch die sich Betroffene wieder «voll drin» in die Situation zurückgesetzt fühlen. Der Zustand wird in diesem Sinne wiedererlebt, als wäre die Erinnerung unverarbeitet, in einem eingefrorenen Zustand, im Gehirn abgelegt worden. Dieser Prozess kann durch minimale Trigger ausgelöst werden. So ein Geruch, ein Ort oder allein der erhöhte Puls beim Treppensteigen kann an den schnelleren Puls während des Ereignisses erinnern. Die Form des Wiedererlebens kann sich in vielfältiger Form zeigen. So Bilder oder Ausschnitte, wie ein Film, vor dem inneren Auge oder einzelne Geräusche, sowie konkrete Dialoge und Stimmfarben. Auch der Geschmacks- oder Riechsinn können beeinträchtigt sein, sodass diese vermeintlich real empfunden werden. Zuletzt kann die Situation auch körperlich nachgelebt werden, dass Betroffene das Gefühl haben, angefasst zu werden oder Schmerzen und Brennen empfinden (vgl. Pausch/Matten 2018: 29).

Durch das (ständige) Wiedererleben steht die Person unter Daueranspannung. Infolgedessen ist das **Vermeiden innerhalb des 2. Clusters** eine kurzfristig erfolgreiche Bewältigungsstrategie. In diesem Sinne werden in erster Linie versucht, Reize so gut es geht, zu vermeiden. Dazu gehören primär Orte, die mit dem Erlebnis in Verbindung gebracht werden können oder könnten. Genauso werden Gespräche und Gedanken über das traumatische Ereignis vermieden. Die Bewältigungsstrategie des Vermeidens kann langfristig negative

Folgen auf die Lebensbewältigung und die Verarbeitung der PTBS haben. Pausch und Matten gehen davon aus, dass Vermeidungsverhalten erlernt wird und auf alle möglichen Lebensbereiche angewendet wird. So lernt jemand, der ein traumatisches Ereignis vermeidet, dass auch andere Menschen, herausfordernde Situationen oder Tätigkeiten vermieden werden können und sich die Belastung damit vermeintlich auflöst. Das Vermeiden wird generalisiert (vgl. ebd.: 32). Bei einer Traumatisierung, bei der grosse Menschenmassen vorhanden waren, wird beispielsweise zuerst nur dieser konkrete Ort gemieden. Durch die Generalisierung der Vermeidung als Bewältigungsstrategie kann sich dieses Muster ausweiten, sodass grundsätzlich grosse Menschenmassen, wie der Weihnachtsmarkt gemieden werden. Das Vermeiden führt dazu, dass die Angst zu einem späteren Zeitpunkt auch bei kleineren Menschengruppen einsetzen kann. Dementsprechend werden bestimmte Uhrzeiten zum Einkaufen in der Stadt gewählt oder der soziale Radius wird immer kleiner und es kommt zu einer sozialen Isolation, welche Sicherheit suggeriert. Jedoch wird die Angst in Bezug auf Menschen immer beständig bleiben, wenn das Trauma vermieden wird. Das Vermeiden kann ebenfalls auf emotionaler Ebene stattfinden und funktioniert gleich wie das Vermeiden von Orten oder Menschen, nur werden hierbei Emotionen unterdrückt. Was mit einer Emotion beginnt, weitet sich auf immer mehr Emotionen aus, wodurch es zu einer emotionalen Taubheit kommt. Nicht nur Gefühle, welche mit dem traumatisierenden Erlebnis zusammenhängen werden vermieden, sondern auch alle anderen, wodurch sich ein Gefühl der Leere ausbreitet (vgl. ebd.: 33).

Das **3. Cluster, das Wahrnehmen einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung**, wird auch «Hyperarousal», was so viel wie «Überregung» heisst, genannt. Aus dem traumatischen Ereignis hat der Körper gelernt, dass zu jeder Zeit Gefahr drohen könnte. Dieser empfundene Gegenstand bleibt gegenwärtig, sodass sich der Körper in einer permanenten «Hab-Acht-Stellung» befindet. Der Körper geht davon aus, dass eine nächste Gefahr droht und sucht diese förmlich, um das Überleben sichern zu können. Ursache dafür sind physiologische Prozesse im Gehirn des Menschen. Im limbischen System befindet sich die Amygdala, die Alarmanlage des Menschen. Sie ist das Angstzentrum und für die Verarbeitung von Reizen und für die Analyse von Gefahren, verantwortlich. Bei PTBS steht die Amygdala unter Daueranspannung, um vor potenzieller Gefahr schützen zu können. Dies beansprucht enorm viel Energie des Gehirns, wodurch es zu Einschränkungen im Alltag kommt. Symptomatisch zeigt sich dies durch Ein- und Durchschlafstörungen, eine stärkere Reizbarkeit, eine gesteigerte Aggressivität oder Schreckhaftigkeit. Die Überlebenssicherung steht zu jedem Zeitpunkt an erster Stelle, wodurch wenig Ressourcen für kognitive Fähigkeiten verbleiben. Es kommt zu Konzentrationsschwierigkeiten und Störungen des Gedächtnisses. Letztendlich

geht das Empfinden für Angst und Furcht verloren, wodurch es übermässige oder keine Warnreaktionen mehr gibt (vgl. ebd.: 31).

Neben den Clustern des ICD-11 kommt es bei der PTBS zu weiteren (funktionalen) Beeinträchtigungen in den persönlichen, familiären und sozialen Bereichen einer Person (vgl. Eilers/Rosner 2021: 146). Pausch/Matten (2018: 8) beschreiben folgende Beeinträchtigungen:

- Regulation von Gefühlen: Es kommt zu Gefühlsausbrüchen, die als unkontrollierbar erlebt werden und Emotionen unaushaltbar erscheinen. In diesem Bereich kann es zu der Entwicklung einer Depression oder selbstverletzenden Gedanken oder Suizidversuchen kommen.
- Verändertes Selbstbild: Die Schuld kann bei sich selbst gesehen werden, sodass sich ein Schamgefühl entwickelt. Typischerweise fühlen sich Betroffene wertlos, minderwertig, schlecht oder unterlegen.
- Gestörte Beziehungsgestaltung: Die Regulation von Nähe und Distanz wird erschwert, sodass es zu Beziehungsabbrüchen kommt. Gefühle wie Angst und Misstrauen prägen dies.
- Auftreten von Dissoziation

Dissoziationen treten in den meisten Fällen einer Traumatisierung auf. Dissoziative Symptome können auch im Alltag, ohne Krankheitsbild auftreten und werden als «weggetreten» oder «neben sich stehen» empfunden. Im Falle einer Dissoziation im traumatischen Kontext können Emotionen, Gedanken und Sinneseindrücke nicht mehr als Einheit des eigenen Körpers wahrgenommen werden. So entstehen Lücken im Erlebten oder das Geschehene wird wie ein Traum wahrgenommen und beschrieben (vgl. Amrhein 2017). Die Seele des Opfers strukturiert sich entsprechend dissoziativ, um zu überleben. Das bedeutet, dass sich verschiedene Persönlichkeitsanteile mit den jeweiligen Erinnerungen, Eigenschaften und emotionalen Zuständen entwickeln, um die einzelnen Teile, welche nicht als Einheit des Körpers wahrgenommen werden können, zu strukturieren (vgl. Pausch/Matten 2018: 36). Dissoziationen unterscheiden sich in ihrer Intensivität und Dauer, wodurch sich diese als unterschiedlich belastend und einschränkend erlebt werden (vgl. Amrhein 2017).

PTBS weist in 90% der Fälle eine hohe Komorbidität auf (vgl. Tagay et al. 2016: 53). Das bedeutet, dass neben den Symptomen einer PTBS noch weitere auftreten, welche auf zusätzliche Störungsbilder hinweisen (vgl. Pausch/Matten 2018: 8). Dies sind typischerweise Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Dadurch, dass verschiedene Krankheitsbilder in Kombination auftreten können, wissen einige Betroffene nicht, dass sie auch unter einer Traumatisierung leiden. So kann beispielsweise eine suchtbetroffene Person Unterstützung suchen und eine Traumatisierung wird erst im

Nachhinein festgestellt. Bislang liegen keine empirischen Befunde vor, welche psychische Störung einer anderen vorausgeht. Da die Lebenslage, die Verarbeitung und das Empfinden individuell sind, liessen sich bisher keine klaren Aussagen diesbezüglich treffen (vgl. Tagay et al. 2016: 53). Die Diagnose aller vorliegenden Krankheitsbilder ist deshalb so wichtig, da diese neuen Möglichkeiten einer Therapie oder entsprechenden Behandlung ermöglichen. Eine Komorbidität stellt in jedem Fall eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen dar.

2.2.3.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

Traumafolgestörungen werden in Typ 1 und Typ 2 unterteilt, wobei Typ 2 aus langfristig anhaltenden, traumatischen Zuständen oder wiederholenden Ereignissen entsteht. Dieser Unterschied wurde mit der Einführung des ICD-11 eingeführt. Unter Typ 1 fällt PTBS und unter Typ 2 fällt die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) (vgl. Pausch/Matten 2018: 6). Die KPTBS ist in der ICD-11 der Nummer 6B41 zuzuordnen (vgl. Bering/Thüm 2022: 44). Da die ICD-11 erst seit dem Jahr 2022 eingeführt wurde, ist die Diagnose noch in der Entwicklung. Das Problem besteht darin, dass Kriterien der Diagnose definiert wurden, die empirischen Daten verschiedener Studien jedoch auf den Kriterien des ICD-10 basieren. Damit gibt es kaum aktuelle Daten, welche das Konstrukt der KPTBS nach der Definition der ICD-11 beinhalten. Inwiefern sich dieser Aspekt auf die Behandlung einer KPTBS auswirkt, kann somit zum aktuellen Zeitpunkt nicht eingeschätzt werden (vgl. ebd.: 49). Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen zeichnen sich durch die komplexere Ausprägung der Traumatisierung aus und sind durch den bedrohlichen und schreckhaften Charakter geprägt (vgl. Maercker/Eberle 2022: 65). Häufig führen Traumata aus der frühen Kindheit ebenfalls KPTBS auf, da diese in einer besonders vulnerablen Phase der Entwicklung entstanden. Dazu kommt, dass die Täterschaft von Kindern meist aus dem engen Umfeld der Opfer stammen und wichtige Bezugspersonen darstellen. Dadurch entstehen unlösbare Situationen, da die Beziehung von Wechselwirkung der Liebe und Leid geprägt wird (vgl. Pausch/Matten 2018: 36). Im Folgenden beschäftigt sich die Thesis ausschliesslich mit der KPTBS von erwachsenen Personen, da Fachpersonen in der Praxis mit dieser Gruppe von Betroffenen in Kontakt tritt, was wiederum das Belastungspotenzial für Sozialarbeitende darstellt.

Diagnose:

Der Unterschied zur PTBS besteht aus zusätzlichen Faktoren, die gegeben sein müssen, um von KPTBS sprechen zu können. Bereits ein extrem bedrohliches Ereignis, wie Folter oder Sklaverei, kann zu KPTBS führen. Meist entsteht diese jedoch erst durch mehrfach auftretende traumatische Ereignisse andauernde Zustände, denen eine Person ausgesetzt ist. Das sind häusliche Gewalt, Kriegs- oder Fluchterfahrungen, Naturkatastrophen oder sexuelle Gewalt. Die Beispiele sind nicht abschliessend und stellen lediglich Beispiele dar. Wie bei der PTBS

ist nicht das Ereignis ausschlaggebend für das Mass der Traumatisierung, sondern das Auftreten der Symptome (vgl. Maercker/Eberle 2022: 65). Besonders sexualisierte Gewalt bei Erwachsenen, primär weiblichen Betroffenen, führt zu KPTBS (vgl. Bering/Thüm 2022: 50).

Die Diagnose erfolgt grundsätzlich nach dem bekannten Schema der PTBS. Zu den bekannten drei Clustern der ICD-11 kommen zusätzlich drei Symptomgruppen hinzu (vgl. Maercker/Eberle 2022: 65):

1. Symptomgruppe, **Emotionsregulation:**

Der Ausdruck von Gefühlen ist stark eingeschränkt und die Feinabstufung des Ausdrucks ist erschwert. Hinzu kommen selbstschädigende Verhaltensweisen, wie Suizidalität.

2. Symptomgruppe, **Selbstkonzeptveränderung:**

Betroffene leben in dem Gefühl, ein kaputtes Leben zu führen, welches aussichtslos auf Verbesserung scheint. Das Gefühl von Scham oder selbst schuld zu sein prägen diese Symptomgruppe.

3. Symptomgruppe, **Beziehungsfähigkeit:**

Eine sichere Bindung zu anderen Personen aufzubauen ist durch ein Misstrauen erschwert. Dabei kann es sich um freundschaftliche oder partnerschaftliche Beziehungen handeln. Auch persönliche Ansichten werden überspannt und für Aussenstehende als surreal wahrgenommen.

Bezug zur Sozialen Arbeit:

Wie beschrieben, ist die Diagnose anhand der drei Cluster umstritten. Diese können nur eine Leitlinie für die individuelle Diagnose einer PTBS oder KPTBS bieten. Dennoch lässt sich die Annahme aufstellen, wie sensibilisiert die Soziale Arbeit in der Praxis agiert. Gerade, weil Traumatisierung nicht direkt nach dem Ereignis auftreten muss, können Symptome schleichend oder als zusammenhangslos gesehen werden. Gerade das dritte Cluster, in dem stetige Angst erlebt wird, kann durch aggressives Verhalten geäußert werden. Dass die Klientel infolgedessen als «aggressiv» oder «störend» empfunden wird, kann zu Stigmatisierung, oberflächlichen oder verspäteten Interventionen führen. Ein möglicher Grund, weshalb es zu diesem Schubladisieren und Fehlinterpretieren von Symptomen kommen kann, sind standardisierte Verfahren in der Sozialen Arbeit. Der schmale Grat zwischen Standardisierung und individuellem Blick für einen Fall darf aus Sicht der Autorin nicht vernachlässigt werden.

Traumatisierung verlangt Stabilität, welche durch falsche Interventionen aufgrund von Fehlinterpretation nicht gewährleistet werden kann. In diesem Zusammenhang erhält die Balance zwischen Schutz und Autonomie in Form von Selbstbestimmung, für die Autorin einen hohen Stellenwert. Strukturen sollten an die Bedürfnisse von Traumatisierten angepasst

werden. Stabilität muss gegeben sein, ohne dass die Selbstbestimmung darunter leidet. Interventionen müssen laut der Autorin so angewendet werden, dass diese aus Sicht der Klientel als unterstützend empfunden werden. Potenziell können Massnahmen als Kontrolle oder Druck wahrgenommen werden, was bei traumatisierten Menschen fatale Folgen haben kann. Je nach Lebensgeschichte kann dies aus Sicht der Autorin zu weiterer Scham oder Versagensgefühl führen. Dies wird persönlich als herausfordernd eingeschätzt. Aus professioneller Sicht kann das kritische Hinterfragen der eigenen Haltung und eine Interventionsplanung zumindest in gewisser Hinsicht dem entgegenwirken und stellt sich dadurch als Voraussetzung dar. Diesbezüglich kann traumaspezifisches Wissen unterstützend wirken, um Aufklärung bei Sozialarbeitenden zu schaffen.

2.3 Sekundäre Traumatisierung

Die sekundäre Traumatisierung (ST) oder auch sekundäre Traumatisierungsstörung (STS), ist auch unter dem Namen, stellvertretende Traumatisierung oder indirekte Traumatisierung bekannt (vgl. Gebrande 2021: 21). Der auftretende Zustand der ST ist ein ähnlicher, wie dieser bei einer primären Traumatisierung und schädigt nachweislich die psychische und physische Gesundheit einer Person. So verlaufen ebenfalls die Symptome grösstenteils parallel zu ST und PTBS (vgl. Živanović/Marković 2022: 279). Schulten formuliert folgende Definition einer Sekundären Traumatisierung:

Eine übertragene Traumatisierung, die zu Stande kommt, obwohl man selbst nicht mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert wird. Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit (zumeist größerer) zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht. (Schulten 2020: 174)

Demzufolge beschreibt die sekundäre Traumatisierung unterschiedliche Prozesse bei helfenden und unterstützenden Personen, durch welche psychische Symptome entwickelt werden. Diese werden infolge von Anhören oder Mitfühlen von Opfern oder Betroffenen Traumafolgestörungen ausgelöst (vgl. Pfeifer 2021). Personen, welche sich in Kontakt mit traumatisierten Menschen begeben, welche unter PTBS leiden, können demnach selbst traumatisiert werden (vgl. Gebrande 2021: 21). Die Gefahr, eine sekundäre Traumatisierung zu entwickeln, beginnt bereits ab der Erstversorgung und kann sich bis hin zur längerfristigen therapeutischen Begleitung entwickeln (vgl. Schulten 2020: 173). Auch bereits die Kenntnis darüber und die intensive Auseinandersetzung, dass ein enger Freund oder ein Familienmitglied beispielsweise schwer verletzt wurde, genügt, um eine sekundäre Traumatisierung zu entwickeln (vgl. Koso-Drljević/Husremović 2022: 193). Innerhalb des Kontaktes muss es zu einer direkten Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebten und einer Konfrontation des Leids der Betroffenen kommen. Für eine sekundäre Traumatisierung

benötigt es also kein direktes Erleben eines traumatischen Erlebnisses. Die primäre Voraussetzung eines sekundären Traumas ist somit die indirekte Betroffenheit eines Traumas (vgl. Gebrande 2021: 21). Somit kann sekundäre Traumatisierung als «Folge einer Fehlbehandlung eines Traumaopfers» bezeichnet werden, wodurch Traumatisierung bei Helfer*innen entsteht (vgl. Schulten 2020: 173). Betroffen sind neben Privatpersonen primär Berufsgruppen, welche direkt oder indirekt mit Krisensituationen zu tun haben. Dazu gehören die Polizei, Feuerwehr, seelsorgerische Dienste und weitere, welche mit traumatisiertem Klientel in Kontakt kommen (vgl. Wagner 2010: 4). Aber auch die Soziale Arbeit, Berufsfelder der Traumaberatung, psychologische Berufsgruppen und das Gesundheitswesen sind vulnerable Berufsfelder in Bezug auf sekundäre Traumatisierung (vgl. Živanović/Marković 2022: 279). Sekundäre Traumatisierung ist im Grunde genommen die Exposition an traumatischen Informationen in verschiedenster Formen (vgl. Sabel/Roschinski 2010: 49). Infolgedessen kommt es zu einer PTBS ähnlichen Belastungsreaktion von Helfer*innen (vgl. Pfeifer 2021). Primäre- und sekundäre Traumatisierung haben das Phänomen «man-made-disaster» gemeinsam. Bei der primären Traumatisierung (Typ 2) steigt das Risiko zu erkranken, wenn es durch einen Menschen und nicht durch eine Naturkatastrophe ausgelöst wurde. ST entsteht nur in Zusammenhang mit Menschen und deren Trauma, wodurch das Trauma schneller als schwer empfunden wird (vgl. Jegodtka 2016: 139).

2.3.1 Konzeptionelle Grundlagen

Psychische Störungen sind zu einem gewissen Teil menschengemacht. Es existieren unterschiedliche Diagnosesysteme, welche sich in den Symptomen einer Störung unterscheiden. So existieren unterschiedliche Antworten, je nach Diagnosesystem, ob eine psychische Störung vorliegt oder nicht. Das Ziel ist es, sich an der breiten Masse zu orientieren. Für die Praxis ist es ausserdem notwendig, von Konstrukten auszugehen (vgl. Schmidt-Atzert/Krumm/Amelang 2021a: 438). So werden Diagnosesysteme wie das ICD-11 oder das DSM-5 immer wieder überarbeitet und an neue Forschungserkenntnisse angepasst. Durch die Schematisierung von Symptomen kann es jedoch auch zu falschen Diagnosen kommen.

Die Phänomenbeschreibung der sekundären Traumatisierung erfolgt nach dem Klassifikationssystem DSM-5, was für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ steht und „Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen“ bedeutet. Das DSM-5 stammt aus Amerika und wurde von der American Psychiatric Association (APA) entwickelt. Sie stellt die weltweit grösste psychiatrische Fachgesellschaft dar (vgl. Schmidt-Atzert/Krumm/Amelang, 2021: 12). Genau wie die ICD-11, wird dieses Instrument genutzt, um psychische Störungen zu diagnostizieren. Im Jahr 2018 wurde die fünfte Revision publiziert

(vgl. ebd.: 24). Das Grundprinzip hinter DSM-5 ist dasselbe wie hinter ICD-11, heisst das Zutreffen bestimmter Symptome entscheiden über die Diagnose einer psychischen Störung (vgl. Schmidt-Atzert/Krumm/Amelang 2021b: 488). Der Unterschied beider Klassifikationssysteme besteht hauptsächlich darin, dass in DSM-5 konkreter und präziser definiert wird (vgl. Tagay et al. 2016: 29). Das zeigt sich alleine durch den Umfang, der das Sechsfache beträgt, wie der des ICD-11 (vgl. Fydrich 2021: 709). Zudem kann eine Traumatisierung durch das direkte und indirekte Erleben eines traumatisierenden Erlebnisses, diagnostiziert werden. So können Betroffene von sekundärer Traumatisierung auch ohne das direkte Erleben einer Situation erkranken.

Auch die primäre Traumatisierung wird im DSM-5 ausführlicher beschrieben. Auf diese Unterschiede wird in dieser Thesis nicht weiter eingegangen, da das primäre Diagnosesystem dafür, die ICD-11 ist und auch entsprechend in der Praxis angewendet wird.

Diagnosekriterien sekundärer Traumatisierung

Insgesamt gibt es mehrere theoretische Konstrukte sekundärer Traumatisierung, welche versuchen, die komplexen Auswirkungen auf Fachleute in der Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen zu erklären und somit eine Diagnose zu gewährleisten (vgl. Živanović/Marković 2022: 279). Am herkömmlichsten erfolgt die Diagnose nach dem DSM-5 Bezug auf vier Cluster. Anders als bei der primären Traumatisierung mit drei Clustern ist der Vorgang somit komplexer aufgebaut (vgl. Tagay et al. 2016: 47). Die ersten drei Cluster bleiben dieselben, zeigen sich andersartig ausgeprägt, da die Traumatisierung durch die indirekte Konfrontation entsteht. Živanović und Marković (2022) formulieren, wie sich die vier Cluster nach DSM-5 bei Betroffenen zeigen können:

1. Cluster, Wiedererleben in lebendiger Form:

Hierbei wird das beschriebene Ereignis der traumatisierten Person wiedererlebt. Für gewöhnlich wird das Wiedererleben durch einen, mit dem traumatischen Inhalt zusammenhängendem Reiz, ausgelöst. Dies kann von der Erinnerung des Erzählten, bis hin zur lebendigen Imagination des Ereignisses auftreten. Im Falle von häuslicher Gewalt kann es so dazu kommen, dass sich die professionelle Person beispielsweise bildlich vorstellt, wie der oder die Klient*in geschlagen wurde. Auch Intrusion, dass das Geschehnis scheinbar direkt in der Realität vor einem geschieht, kommen vor. Das Wiedererleben kann dazu von physiologischen Symptomen begleitet werden, sodass der Puls steigt oder die Hände schwitzig werden (vgl. Živanović/Marković 2022: 280).

2. Cluster, Vermeiden:

Ähnlich wie bei primärer Traumatisierung werden Situationen, Gedanken, Gefühle, Erinnerungen oder Trigger, die mit den traumatischen Erzählungen, Situationen oder Orten zu tun haben (könnten) vermieden. Das kann sein, indem Freunde gemieden werden, die einen potenziell auf das eigene Wohlbefinden oder eine bestimmte Klientel ansprechen werden. Falls mit Kriegsflüchtlingen zusammengearbeitet wird kann auch sein, dass Filme in diesem Genre nicht mehr angeschaut werden (vgl. ebd.).

3. Cluster, Wahrnehmen einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung:

Grundsätzlich leiden Personen mit der Diagnose einer sekundären Traumatisierung unter einer erhöhten Sensibilität gegenüber potenziellen Bedrohungen. Diese müssen nicht mit dem erzählten traumatischen Inhalt zu tun haben, sondern können auch kontextlos auftreten. So kommt es beispielsweise vermehrt zu Angst in der Dunkelheit oder in Gegend, sie grundsätzlich sicher erscheinen, obwohl das vorher nie vorkam.

Dazu kann eine Überreaktion von etwa übertriebenen Schreckreaktionen oder ausgeprägter Nervosität kommen. Dabei genügt beispielsweise eine unerwartete Umarmung des Partners, die einen zum Aufschreien bringt (vgl. ebd.: 281f).

4. Cluster, negative kognitive und emotionale Veränderung:

Die negativen kognitiven und emotionalen Veränderungen beginnen mit der Exposition des traumatischen Inhalts und verstärken sich meist im Laufe der Zeit.

Die kognitiven Veränderungen beziehen sich auf das Vergessen (wichtiger) traumatisierender Aspekte. Zum Beispiel werden nach einer Sitzung mit der Klientin oder dem Klienten Informationen vergessen, sodass einige Details fehlen, ohne sich den Verlust ergründen zu können.

Negative emotionale Veränderungen führen zu einer verzerrten Ansicht über sich, über andere oder die Welt. Die Zukunft oder die persönliche Ideologie werden vermehrt oder vollständig von pessimistischen, depressionsähnlichen oder fatalistischen Ansichten geprägt. Die geleistete Arbeit kann so plötzlich als unwirksam oder sogar kontraproduktiv wahrgenommen werden. Zusammenhängend entsteht ein Schuldgefühl für die Ursache oder die Folgen eines traumatischen Erlebnisses (vgl. ebd.: 281): «Hätten wir es alle wirklich versucht, hätte all dieses menschliche Leid verhindert werden können» (ebd.: 281). Die gesamthafte Veränderung führt zu einem verminderten Interesse an Aktivitäten und einer allgegenwärtigen negativen Stimmung, die einem depressionsähnlichen Gefühlszustand nahezu gleichkommt (vgl. ebd.).

Dr. Judith Daniels forschte ausführlich zu sekundärer Traumatisierung bei Professionellen in den Berufsgruppen der psychiatrischen Pflegekräfte, der Sozialen Arbeit und der Ergotherapeuten. Anhand eines Fragebogens wurden Symptome abgefragt, wodurch die Prävalenz aufgezeigt werden konnte (vgl. Schulten 2020: 178). Eine Diagnose der sekundären Traumatisierung kann dementsprechend mit Hilfe des Fragebogens erfolgen. Dieser Fragebogen thematisiert 31 Symptome, welche innerhalb des letzten Monats aufgetreten sein müssen (vgl. Daniels 2019). Die Symptome werden auf einer fünfstufigen Skala von nie, selten, manchmal, oft und sehr oft, angekreuzt. Die Auswertung erfolgt numerisch, bei der «nie» als 1 gewertet wird und «sehr oft» als 5. Alle Werte werden addiert. Anhand des Ergebnisses erfolgt die Einstufung einer moderaten sekundären Traumatisierung, einer sekundären Traumatisierung und einer schweren sekundären Traumatisierung. Der Fragebogen fungiert als Erstanamnesetool und ist nicht abschliessend, sodass Auswertungskriterien nochmals validiert werden sollten (vgl. Schulten 2020: 179).

Nach Daniels wies die Prävalenz in den untersuchten Berufsgruppen 39,5% der Teilnehmenden, aufgrund der Symptomatik, eine sekundäre Traumatisierung auf. Ein Drittel war schwer betroffen, zwei Drittel moderat (vgl. ebd.: 178).

2.3.2 Entstehung der sekundären Traumatisierung, Risikofaktoren

Anders als bei der primären Traumatisierung kommt es bei der sekundären Traumatisierung zu keinerlei direktem Input der Sinnesorgane, wodurch Inhalt im Gedächtnis abgelegt werden könnte (vgl. Schulten 2020: 182). Dass es dennoch zu ST kommen kann, scheint durch die Gehirnregionen erklärbar zu sein. Gehirnregionen, welche visuelle Vorstellungen erarbeiten, überlappen zu einem grossen Teil mit den Regionen, welche visuelles Wiedererleben verarbeiten. So erweist sich die Verarbeitungsebene dem Gehirn vermutlich egal, ob der traumatische Inhalt direkt durch den visuellen Nerv gelangt oder durch die Vorstellungsfähigkeit entsteht (vgl. ebd.: 183). So reicht lediglich das Wissen eines traumatischen Ereignisses aus, welches einer anderen Person widerfahren ist, um sekundär traumatisiert zu werden (vgl. ebd.: 173). In unterschiedlichen Berufsgruppen sind dies beispielsweise auch Berichte, Akten oder Bilder, ohne den direkten Kontakt zur Klientel oder dem traumatisierenden Erlebnis gehabt zu haben (vgl. Pfeifer 2021). Dahinter steckt ein Prozess, der jedem bekannt ist. Sobald wir etwas hören, erstellen wir unbewusst ein innerliches Bild oder einen eigenen Film des Geschehnisses. In der Emotionsverarbeitung des Gehirns kann es unter Voraussetzung unterschiedlicher Aspekte zu einer dissoziativen Verarbeitung des Gehörten kommen, wodurch der Abstand zur Gegenwart verloren geht (vgl. Schulten 2020: 183). Voraussetzung dafür sind vor allem individuelle Faktoren, wie Persönlichkeitsmerkmale welche ausschlaggebend für die Entwicklung einer ST sind. So spielt

nicht nur die Art und das Ausmass des Traumas eine Rolle, sondern die aktive Bereitschaft, sich persönlich zu engagieren, muss gegeben sein (vgl. Živanović/Marković 2022: 284). Figley, welcher intensiv zu Traumatisierung forschte und mitunter den Begriff der sekundären Traumatisierung stark prägte, geht davon aus, dass insbesondere die Empathie einer Person, für die Entwicklung einer ST, ausschlaggebend ist (vgl. Pfeifer 2021).

Neben den individuellen Faktoren kann das Arbeitsumfeld sekundäre Traumatisierung, durch mangelhafte soziale Unterstützung oder besonders herausforderndes Klientel, fördern (vgl. Tagay et al. 2016: 164). Sobald Professionelle mit traumatisierten Klient*innen zusammenarbeiten, werden diese einer mehrfach wiederholten sekundären Traumaexposition ausgesetzt, welche eine hohe Belastung darstellen (vgl. Pfeifer 2021). So kommt es in den meisten Fällen erst nach einer Vielzahl von Erlebnissen zu ST (vgl. Sabel/Roschinski 2010: 42). Umso unmittelbarer jemand einer primärbetroffenen Person und deren Trauma ausgesetzt ist, umso schwieriger wird es, sich selbst zu schützen und entsprechend innerlich abzugrenzen (vgl. Schulten 2020: 173). Die wiederholende Erfahrung und Ausgeprägtheit eines oder mehrerer Traumata steigert die Wahrscheinlichkeit einer ST (vgl. ebd.: 178).

Risikofaktoren:

Risikofaktoren beeinflussen den Entstehungsprozess einer sekundären Traumatisierung unter oben genannten Aspekten. Folgende Punkte fördern die Wahrscheinlichkeit, als Professionelle*r, zu erkranken.

Allgemeine Risikofaktoren überschneiden sich mit denen, der primären Traumatisierung. So sind Frauen doppelt so häufig wie Männer betroffen. Erlernte dysfunktionale Vermeidungsstrategien, wie vermeiden, innerer oder äusserer Rückzug, steigern das Risiko einer ST. Dazu kommt der Konsum von Drogen, welcher sich ebenfalls als relevanten Risikofaktor erwiesen hat. Dabei handelt es sich neben Alkohol oder Zigaretten, um harte Drogen (vgl. Živanović/Marković 2022: 284). Auch ein junges Alter oder geringe Berufserfahrung, sowie Arbeitsunzufriedenheit steigern das Risiko (vgl. Schulten 2020: 184).

- Umso detaillierter, bildhafter, langfristiger und massiver das Traumamaterial an Professionelle herangetragen wird, umso mehr steigert dies das Risiko einer Erkrankung.
- Empathiefähigkeit ist in der Zusammenarbeit mit Menschen einer der wichtigsten Punkte, kann in einem zu starken Ausmass zu einer mangelnden emotionalen Distanzierung beitragen und schlussendlich zu einem gesteigerten Risiko von ST führen.
- Eine persönliche Traumageschichte oder Vortraumatisierung stellt ebenfalls einen Risikofaktor dar (vgl. ebd.: 183f). Dies Traumatisierung der Klientel kann einen Trigger darstellen, welcher an die eigene Traumatisierung erinnert. Infolgedessen kann es zu einer unbewussten Identifizierung mit dem Opfer kommen (vgl. Živanović/Marković 2022: 284).

Bezug zur Sozialen Arbeit:

Es liegt nahe, die sekundäre Traumatisierung als individuelles Risiko einzuschätzen. Kernkompetenzen, wie die Empathie, bergen ein grosses Risiko, durch eine zu geringe emotionale Distanz, sekundär traumatisiert zu werden. Den schmalen Grat zwischen professionell mitfühlen und einer gesunden Distanz zu bewahren, stellt sich aus Sicht der Autorin als komplex dar und ist vermutlich kein abschliessender Prozess in der Praxis der Sozialen Arbeit. Neben den persönlichen Aspekten ist es der Autorin nach massiv problematisch, dass die sekundäre Traumatisierung in der ICD-11 nicht als Diagnose erfasst wird und dadurch keine anerkannte Relevanz erfährt. Generell scheint es persönlich als normalisiert, in der Sozialen Arbeit täglich mit belastenden und traumatisierenden Erlebnissen konfrontiert zu werden. Dennoch wird dies, aus Autorinnensicht, als ein Risiko für die persönliche Gesundheit wahrgenommen. Es stellen sich Fragen, wie entsprechende Unterstützungsangebote entwickelt werden sollen oder wie der Zugang dazu gewährleistet werden kann, ohne diagnostische Anerkennung. Alternativ sollten sich betroffene Berufsgruppen der Sozialen Arbeit aus Sicht der Autorin kritisch überlegen, wie der Schutz anderweitig gewährleistet werden kann. Sind es tatsächlich lediglich persönliche Massnahmen, welche getroffen werden sollten, um die Resilienz zu fördern oder Nähe und Distanz wahren zu können? Oder benötigt es vielmehr strukturelle Anpassungen und das aktive dafür Einstehen der Sozialen Arbeit, Belastungen beispielsweise durch Schutzkonzepte zu minimieren, sodass Unterstützung für die Klientel nachhaltig gewährleistet werden kann?

2.3.3 Symptome Sekundärer Traumatisierung

In den meisten Fällen beginnen die Symptome mit körperlichen Beschwerden, welche als unauffällig beschrieben werden. In der Regel werden diese nicht direkt einem sekundären Trauma zugeordnet und anderen Ursachen zugeschrieben. Dadurch entsteht die ST in einem schleichenden Prozess und wird meist mit kumulativen Symptomen als solche identifiziert (vgl. Schulten 2020: 181). Die Symptome ähneln denen, einer PTBS, sind in den meisten Fällen jedoch schwächer ausgeprägt. Wie bei der primären Traumatisierung lassen sich Symptome nicht generalisieren. Betroffene weisen unterschiedliche Symptome auf, welche sich ebenfalls in der Intensivität abstufen lassen.

Symptome werden herkömmlicherweise in drei Gruppen eingeteilt (vgl. ebd.: 179f):

Emotionale Symptome	Körperliche Symptome	Kognitive Symptome
Niedergeschlagenheit	Erschöpfungszustände	Konzentrationsstörungen
Gefühlsschwankungen	Innere Unruhe	Grübeln
Ängste	Appetitlosigkeit	Ziellosigkeit
Leere	Libidoverlust	Entscheidungsschwierigkeiten
Wut	Infektanfälligkeit	Veränderung von Werten

Tabelle 2: Symptome sekundärer Traumatisierung (eigene Darstellung).

Dazu zeigen sich Symptome ebenfalls in schädigendem Verhalten oder weiteren Beeinträchtigungen, welche Schulte (2020) in folgenden drei Kategorien formuliert:

Gesundheitsschädigendes Verhalten wie Konsum von Alkohol, Schlafmitteln, Koffein, Rauchen, Frustessen oder psychotrope Substanzen können zunehmen und als ungünstige Bewältigungsstrategie angewandt werden. Dieses Verhalten kann durch die Umwelt möglicherweise wahrgenommen werden. So berichten Sozialarbeitende, dass Kolleg*innen begonnen haben, Amphetamine zu sich zu nehmen, um leistungsfähig zu bleiben (vgl. ebd.: 181).

Im privaten Leben kann es zu **sozialen Beeinträchtigungen** kommen. Einerseits durch den direkten Rückzug und möglichen Kontakt- oder Beziehungsabbrüchen (vgl. ebd.: 180), aber auch durch verminderte Fähigkeit, soziale Unterstützung einzufordern (vgl. Pfeifer 2021). Aufgrund der ständigen Anspannung kommt es zu Konflikten in der Partnerschaft, bei Freunden oder in der Familie. Geprägt wird dies durch ein verstärktes Misstrauen oder dem Verlust von Wertschätzung (vgl. Schulten 2020: 180).

Zuletzt ist auch die Arbeit durch **berufliche Beeinträchtigungen** betroffen. Sowie privat, kommt es auch in der Arbeitsstelle zu Konflikten, mangelndem Einfühlen oder krankheitsbedingter Abwesenheit (vgl. Pfeifer 2021). Zuerst zeigen sich Symptome in einem Überengagement bei der Arbeit. Beispielsweise werden Sitzungen mit der Klientel überzogen, die private Handynummer wird zur Verfügung gestellt oder eine Karte wird aus dem Urlaub an die oder den Klient*in geschickt. Ursächlich dafür ist eine nicht adäquat steuerbare Empathie. Dieser Zustand kann langfristig nicht aufrechterhalten werden, wodurch die Symptomatik irgendwann kippt, und ein Energiesparmodus eingeschaltet wird. Dies belastet die Klient*innenbeziehung enorm, da die professionelle Person plötzlich uninteressiert erscheint. Vorbereitungen werden vernachlässigt oder Sitzungen früher beendet und Reizbarkeit tritt vermehrt auf. Neben den Auswirkungen auf die Klientel belastet dies auch die Kollegschaft und das gesamte Team (vgl. Schulten 2020: 181).

Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern:

Innerhalb des Krankheitsbilds von sekundärer Traumatisierung kursieren unterschiedliche Begriffe und ähnliche Krankheitsbilder, welche jedoch stark abzugrenzen sind. Eine Abgrenzung unterschiedlicher Krankheitsbilder ist wichtig, da sich die Symptomatik überschneidet. Es lässt sich feststellen, dass die Entstehung der Mitgefühlsmüdigkeit, der ST und eines Burnouts unterschiedlich sind. Alle drei Krankheitsbilder können, müssen jedoch nicht, miteinander auftreten. Ein gegenseitiger Einfluss lässt sich jedoch nicht ausschliessen (vgl. Schulten 2020: 174). Der folgende Abschnitt behandelt prägnant die beiden Krankheitsbilder der Mitgefühlsmüdigkeit und des Burnouts. Das schätzt die Autorin als wichtig ein, da beide Diagnosen in der Praxis missverständlich statt der sekundären Traumatisierung angewendet werden, was falsch ist.

Mitgefühlsmüdigkeit: Sekundäre Traumatisierung wird aufgrund einer empathischen Beschäftigung von Traumaopfern beschrieben. Die Mitgefühlsmüdigkeit entsteht, wie es der Name bereits nennt, in Zusammenhang mit einem Zustand der Erschöpfung, welcher durch intensive Gefühle des Leidens und der Sorge, entsteht. Das Bedürfnis, die erkrankte Person von ihrem Leid zu befreien wird dabei so gross, dass die pflegende Person selbst erkrankt (vgl. Tagay et al. 2016: 164). Die Mitgefühlsmüdigkeit tritt möglicherweise in Kombination, als Symptom, sekundärer Traumatisierung auftreten. Jedoch muss kein Traumakontext gegeben sein, dass Mitgefühlsmüdigkeit auftreten kann. Die Entstehung der Mitgefühlsmüdigkeit resultiert aus übermässigem Engagement und einem intensiv empathischen Zustand, ohne genügend Selbstfürsorge (vgl. Schulten 2020: 181). In der Praxis wird Mitgefühlsmüdigkeit ebenfalls als ein potenziellen Teil des Burnouts gesehen (vgl. ebd.: 176).

Burnout: Burnout kommt aus dem Englischen und bedeutet so viel wie «ausbrennen». Das Burnout beruht in erster Linie nicht auf einzelne Ereignisse, sondern auf stetige An- oder Überforderung, Stress oder auch emotionale Überlastung, wodurch eine Person stetig beansprucht wird. Symptome sind von Beginn an durch Erschöpfung, Antriebslosigkeit und Mutlosigkeit geprägt. Der Prozess ist dabei schleichend und entwickelt sich meist über einen längeren Zeitraum, was bei ST nicht der Fall sein muss. Dazu sind die Auslöser nicht immer klar identifizierbar (vgl. Welt 2024). Hingegen ist für eine sekundäre Traumatisierung indirekte Konfrontation mit Traumatisierung von Nöten. Dadurch, dass die sekundäre Traumatisierung in der ICD-11 nicht als eigenständige Diagnose erfasst ist, sondern im Kontext mit PTBS genannt wird, kann es dazu kommen, dass das Burnout unter anderem als «Ersatzdiagnose» angewendet wird. Nach DSM-5 kann die sekundäre Traumatisierung ein Burnout ebenfalls begünstigen. Dadurch kann ein Burnout, genauso wie die Mitgefühlsmüdigkeit, ein Teil der sekundären Traumatisierung darstellen (vgl. Ebner et al. 2023: 35).

3 Sekundäre Traumatisierung bei Sozialarbeitenden in der Opferhilfe

Der zweite Hauptteil der Thesis befasst sich mit dem Thema der sekundären Traumatisierung in der Opferhilfe. Dafür wird in erster Linie ein Überblick der Opferhilfe in der Schweiz dargestellt, um Struktur und Zielgruppe einordnen zu können. Das Risiko sekundärer Traumatisierung bei Professionellen steigt bei täglicher Konfrontation der Schicksale von Opfern. Im Bereich der Sozialen Arbeit ist dies unter anderem in der Opferhilfe der Fall, bei dem Sozialarbeitende beispielsweise Vergewaltigungsopfer beraten und sich hunderte Lebensgeschichten anhören, um die Opfer zu unterstützen (vgl. Sabel/Roschinski 2010: 39f). Dementsprechend werden, mit Hilfe eines Fallbeispiels aus der Opferhilfe, Aspekte beleuchtet, welche die Entwicklung sekundärer Traumatisierung beeinflussen und fördern können. Anhand des theoretischen Ansatzes der Übertragung und Gegenübertragung in dem Beratungssetting der Opferhilfe, wird die Thematik vertieft und verständlich gemacht. Abschliessend wird auf Handlungsoptionen für den Umgang mit dem Risiko der sekundären Traumatisierung in der Praxis auf Persönlicher- und Teamebene eingegangen. Ziel ist dabei, Möglichkeiten im Sinne des Selbstschutzes aufzuzeigen.

3.1 Die Opferhilfe in der Schweiz, ein Überblick

In der Schweiz gibt es die private, sowie staatliche Opferhilfe. Private Opferhilfeangebote sind in Form von Organisationen, Stiftungen oder Vereinen zu finden. Diese finanzieren sich entsprechend privat durch beispielsweise Spenden oder Stiftungen. Teilweise kommt es zu Zusammenarbeiten zwischen privaten und staatlichen Opferhilfestellen, in Form von Kooperationen (vgl. Kersten 2015: 10). Durch Art. 124 in der Schweizer Bundesverfassung (BV) wurde der Bund dazu verpflichtet, eine nationale Opferhilfe zu errichten. Der Artikel besagt, dass der Bund mit den einzelnen Kantonen dafür sorgen muss, wenn Personen durch eine Straftat körperlich, psychisch oder sexuell in ihrer Unversehrtheit beeinträchtigt wurden, angemessene Unterstützung erhalten müssen (vgl. Art. 124 BV). Auf diese generelle Regelung des Bundes bezieht sich diese Thesis, da das Angebot sich auf jeden Kanton bezieht, somit für die gesamte Bevölkerung gilt und Aspekte sich einheitlich betrachten lassen. Die primäre Opferhilfe der Schweiz ist somit im Strafrecht (SR) der Bundesverfassung (BV), in Form des Opferhilfegesetzes 312.5 (OHG) verankert (vgl. SR 312.5, OHG). Seit dem Jahr 1993 ist das OHG gesetzlich verankert. Die aktuelle Version wurde überarbeitet und wurde 2007 publiziert (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 7).

Jeder, der nach Art. 124 der BV in seiner Unversehrtheit beeinträchtigt wurde, hat den kostenlosen Anspruch auf das Angebot der Opferhilfe. Das OHG ist zwar ein nationales

Gesetz, regelt jedoch lediglich die Rahmenbedingungen. Festgelegt ist beispielsweise, dass jeder Kanton mindestens eine Opferhilfestelle anbieten muss. Die konkrete Umsetzung ist jedoch den einzelnen Kantonen überlassen. So schliessen sich einige zusammen oder gestalten das Angebot unterschiedlich, wodurch es zu grossen Unterschieden kommen kann (vgl. Kersten 2015: 85). Die OH-Stelle ist für jede Person frei wählbar und nicht an den Wohnkanton gebunden. Das Geschlecht, die Herkunft, das Alter, die Religion oder die sexuelle Orientierung spielt dabei keine Rolle. Bedingung ist lediglich, dass die Straftat in der Schweiz stattgefunden hat (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. a). Der dritte Abschnitt, Art. 17, des OHG thematisiert den Fall, wenn die Straftat im Ausland stattgefunden hat. In diesem Fall, kann dennoch Opferhilfe beansprucht werden, solange das Land, indem die Straftat stattgefunden hat, nicht genügend Unterstützung leistet oder leisten kann. In diesem Fall kann subsidiär Unterstützung der Schweizer OH beansprucht werden, solange zu dem Zeitpunkt der Tat ein Wohnsitz in der Schweiz vorhanden war. Dasselbe gilt für Angehörige (vgl. Art. 17, OHG). Die Kontaktaufnahme ist per Telefon, Mail oder per Onlinechat freigestellt. Bei einer Sprachbarriere gibt es die Möglichkeit, mit einem Dolmetscher oder einer Dolmetscherin zusammen zu arbeiten, welche*r ebenfalls von der Opferhilfe gestellt wird (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. a). Hinter der Webseite der Opferhilfe Schweiz steht die Konferenz der Sozialdirektorin und Sozialdirektoren (SODK). Diese ist für die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen in der Schweiz zuständig. Das Ziel ist die Harmonisierung der Sozialpolitik (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2021). Einige Informationen in diesem und dem folgenden Kapitel 3.2, beziehen sich auf diese Internetseite der Opferhilfe Schweiz. Informationen müssen in diesem Fall ständig aktualisiert werden, damit sich die Internetseite auf dem aktuellen Stand befindet. Deshalb wird keine Jahreszahl angegeben.

Mitarbeitende der Opferhilfe unterstehen in der Schweiz einer strengen Schweigepflicht. Das bedeutet, dass durch die Opferhilfe keinerlei Informationen an Behörden oder Private weitergegeben werden dürfen. Dies gilt auch über das Arbeitsverhältnis hinaus. Lediglich wenn die Person damit einverstanden ist, dürfen nach Absatz 2 des Art. 11 im OHG, Informationen weitergegeben werden. Ausnahmen stellen lediglich minderjährige Personen, sowie Personen unter umfassender Beistandschaft dar, wenn diese in ihrer körperlichen, psychischen oder sexuellen Integrität ernsthaft gefährdet sind. In diesen Fällen darf die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) informiert werden oder eine Anzeige bei der Strafverfolgungsbehörde erstattet werden (vgl. Art. 11, OHG). Die umfassende Beistandschaft ist im Zivilgesetzbuch (ZGB) Art. 398 zu finden und dient zum Wohl und Schutz einer Person. Sie stellt die umfangreichste Form der Beistandschaften dar und ist einschneidend in die Entscheidungsgewalt im Leben eines Menschen. Mit ihr entfällt die Handlungsfähigkeit einer

Person und wird nur angeordnet, wenn eine besonders ausgeprägte Hilfsbedürftigkeit notwendig ist (vgl. Pro Infirmis 2025).

Die Bundesverfassung definiert, dass Opferhilfe neben Opfern von Straftaten, für Betroffene von physischer, psychischer und sexueller Gewalt bestimmt ist (vgl. Art. 124 BV, Stand April 2025). Es folgt eine prägnante Begriffsbestimmung der drei hierfür relevanten Gewaltformen.

Physische Gewalt:

Die Form der Gewalt betrifft immer die körperliche Unversehrtheit einer Person. Absicht ist, das Zufügen körperlicher Schmerzen. Infolgedessen können (dauerhaft) seelische und körperliche Verletzungen entstehen. Physische Gewalt ist körperliche Züchtigung für beispielsweise unerwünschtes Handeln, Kontrolle oder Unterdrückung einer Person. Sie ist die Gewaltform, welche von Aussenstehenden, durch Körperverletzungen oder blaue Flecken, im Gegensatz zu den anderen Gewaltformen, ersichtlich sein kann (vgl. Keupp et al. 2017: 23). Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn jemand zusammengeschlagen oder ausgeraubt wurde. Aber auch nach einem Auto- oder Verkehrsunfall, sowie einem Arbeitsunfall kann die Verletzung so tief sitzen, dass Opferhilfe in Anspruch genommen werden kann (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. h).

Psychische Gewalt:

Ein Synonym für die psychische Gewalt ist auch die emotionale Gewalt. Sie tangiert die direkte Persönlichkeit und den Selbstwert eines Menschen. Grundsätzlich zeichnet sich psychische Gewalt durch das verachtungsvolle Behandeln und das Abwerten des Äusseren einer Person aus. Das ständige verbale heruntermachen, quälen, verspotten oder kritisieren sind Möglichkeiten psychischer Gewalt. Aber auch jemanden als unfähig, hässlich oder böse zu bezeichnen sind Mittel, eine Person abzuwerten (vgl. Keupp et al. 2017: 24).

In vielen Fällen ist psychische Gewalt Begleiterscheinung der beiden anderen Gewaltformen, da Personen mit physischer- oder sexueller Gewalt beispielsweise bedroht werden, was die Opfer enorm unter Druck setzt und psychische Gewalt darstellt (vgl. ebd.).

Sexuelle Gewalt:

Sexualisierte Gewalt beinhaltet das über sich ergehen lassen, Ausführen oder konfrontiert werden von sexuellen Handlungen, gegen den Willen des Opfers (vgl. Sexuelle Gesundheit Schweiz o.J.). So ist beispielsweise auch das Masturbieren vor dem Opfer, ohne Körperkontakt sexuelle Gewalt. Hierbei zeigt sich das Machtgefälle besonders ausgeprägt durch Erniedrigung, Dominanz, Unterwerfung und Nähe. Oft ist diese Gewaltform von Vertrauensverhältnissen, Abhängigkeit und Unwissenheit geprägt, sodass viele Opfer die

Gewalt nicht als diese erkennen und die Tragweite der sexuellen Handlungen nicht erfassen können (vgl. Keupp et al. 2017: 23). Sexuelle Gewalt ist nicht nur «Privatsache» in den eigenen vier Wänden. Auch im öffentlichen Raum oder am Arbeitsplatz kann diese erlebt werden. In vielen Fällen kommt sexuelle Gewalt in Form von Vergewaltigung, Ausbeutung oder Missbrauch vor. Auch Genitalverstümmelung oder der sexuelle Missbrauch in der weit (zurückliegenden) Kindheit zählen zu sexueller Gewalt (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. g).

Die Wichtigkeit des Angebots der Opferhilfe lässt sich statistisch evaluieren. So wird neben dem Alter, dem Geschlecht, dem Wohnsitz, der Nationalität, der Straftat, der Beziehung zwischen Täterschaft und Opfer, auch die Anzahl der in Anspruch genommenen Beratungen statistisch erhoben. Neben der jährlichen Erhebung gab es 2022 eine Zusammenfassung der Beratung von 2000-2022. Dabei wurde eine stetige Steigung von jährlichen 15'521 Beratungen bis jährlich 46 542 Beratungen festgestellt (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 27). Diese Steigung der Inanspruchnahme der Angebote durch die Opferhilfe kann auf folgender Grafik eingesehen werden. Die erfassten Zahlen stammen aus der letzten Erhebung im Jahr 2023.

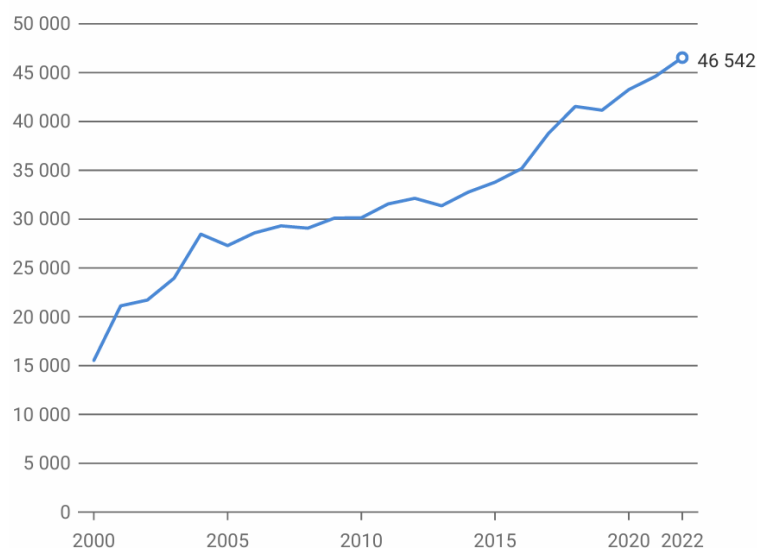


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl Beratungen, 2000-2022 (Bundesamt für Statistik 2024: 9).

Als primär betroffene Gruppe zeigen sich durchwegs Personen des weiblichen Geschlechts im Alter zwischen 30 und 64 Jahren. Auch bei der Täterschaft lässt sich eine klare männliche Mehrheit feststellen. 90% der Täter sind männlich (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 27). Die Zahlen wurden von den Opferhilfestellen erfasst und erhoben. Es bleibt eine grosse Dunkelziffer an Opfern, welche das Angebot aus unterschiedlichen Gründen nicht beanspruchen. Zudem ist die geschlechterbezogene Prävalenz durch verschiedene Studien diskussionsbedürftig. So sind nach Ilka, Männer genauso häufig von Gewalt betroffen wie

Frauen. Dabei unterscheidet sich jedoch die Form, in der Gewalt ausgeübt wird. So üben Frauen häufiger psychische Gewalt aus und Männer neigen zu physischer Gewalt. Die Stigmatisierung bei Männern ist so gross, dass es entsprechend zu statistisch mehr erfassten weiblichen Opfern kommt (vgl. Ilka 2018: 3).

Die neuste Publikation des BAG gab heraus, dass es nach 73,8% der Fälle, nachdem ein Opfer eine Anzeige bei der Polizei erstattet, es zu einem Strafverfahren kommt (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 17). Dies kann als signifikant eingeschätzt werden.

3.2 Angebote und Zielgruppe der Opferhilfe

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Angebot und den Möglichkeiten einer kantonalen Opferhilfe in der Schweiz. Dies wird in unterschiedliche Segmente unterteilt: Beratung, Aufklärung von Rechten, finanzielle Hilfe und Schutz (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. b). Zusammenhängend damit wird die konkrete Zielgruppe definiert, an die sich das Unterstützungsangebot wendet. Hierbei wird sich unter anderem auf den statistischen Rückblick des Bundesamts für Statistik bezogen. Dieser wurde 2022 erstellt und bietet einen Einblick vom Jahr 2000 bis 2022. Da durchschnittliche Werte über diesen grossen Zeitrahmen erhoben wurden, wird dieser als repräsentabel erachtet und aus diesem Grund für die Thesis verwendet.

Angebote der kantonalen Opferhilfe

Innerhalb der genannten Leistungen kam es 2022 pro Beratung durchschnittlich zu 2,4 Leistungen der Opferhilfe. Davon wurden drei Viertel direkt durch die Opferhilfe geleistet. Ein Viertel wurde triagiert und durch Andere, wie beispielsweise von Frauenhäusern erbracht (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 17).

Beratung:

Hauptsächlich ist die Opferhilfe eine Beratungsstelle, welche primär persönlich aufgesucht wird. Opfer haben die Möglichkeit, über das Erlebte zu berichten und dies so zu verarbeiten. Falls gewünscht, können weitere Schritte geplant werden, um gemeinsam Lösungen zu finden. Die Beratung kann individuell auf die Bedürfnisse des Opfers zugeschnitten werden, sodass beispielsweise auch zu einer Anwältin oder einem Anwalt, psychologischer Unterstützung, medizinischer Unterstützung weiter triagiert, oder der Umgang mit Versicherungen erläutert werden kann (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. a).

Aufklärung von Rechten:

Einige Betroffene sind sich nicht sicher, ob sie eine Anzeige bei der Polizei erstatten sollen. In diesen Fällen kann eine Beratung helfen, einzelne Aspekte abzuwiegen und in Ruhe eine Entscheidung zu fällen. Allein die Betroffenen entscheiden schlussendlich, ob eine Anzeige erstattet wird oder nicht. Der oder die Sozialarbeitende sind dabei lediglich beratend tätig (vgl. Konferenz der Sozialdirectorinnen und Sozialdirektoren o.J. c). Eine Hürde hierbei kann sein, dass es für eine Strafanzeige zu spät ist, da es Fälle gibt, in denen die Anzeige nach spätestens drei Monaten nach der Tat erfolgen muss. Danach kann es zu keiner Strafverfolgung mehr kommen. Dabei kann die Opferhilfe jedoch wieder beratend zur Seite stehen und gegebenenfalls alternative Möglichkeiten aufzeigen (vgl. Opferhilfe beider Basel 2022: 2).

Im Jahr 2022 hatten bereits 44% der Opfer eine Anzeige gestellt, als sie die Opferhilfe aufsuchten (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 17). Es lässt sich dementsprechend feststellen, dass in einigen Fällen bereits Strafverfahren laufen, wenn die OH aufgesucht wird.

Oft erhielten Opfer Fehlinformationen über ihre Rechte des Täters. Diese können bei der OH geklärt werden. Betroffene von Häuslicher Gewalt oder Minderjährige haben besondere Rechte. Die OH kann hierbei unterstützen und Betroffene einerseits über ihre Rechte aufklären, sowie allgemeine Informationen über den Verlauf eines Strafverfahrens geben oder die Opfer bei dem Prozess begleiten (vgl. Konferenz der Sozialdirectorinnen und Sozialdirektoren o.J. c). Die juristische Unterstützung war 2022 mit 66% die häufig erbrachte Leistung der Opferhilfe (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 17).

Finanzielle Hilfe:

Opfer können sich aufgrund der Straftat in einer finanziellen Notlage befinden. Wenn der oder die Täter*in beispielsweise das Geld verwaltet und dem Opfer entzieht. In diesen Fällen können Opfer durch die OH eine Soforthilfe oder eine längerfristige Hilfe erhalten. Das können beispielsweise medizinische Erstversorgungen, therapeutische Kriseninterventionen, Abklärung bei einer Advokatur oder einem Aufenthalt in einem Frauenhaus sein. Die Höhe der finanziellen Unterstützung hängt immer von der finanziellen Situation des Opfers ab.

Infolge einer Straftat können Opfer ebenfalls eine finanzielle Entschädigung erhalten. Das betrifft zum Beispiel die Entschädigung bei Lohnausfall, Fahrspesen, Bestattungskosten oder Hilfe im Haushalt aufgrund der Straftat. Ausgenommen sind Sachschäden, welche nicht übernommen werden.

Als letzte Möglichkeit steht es Opfern frei, bei besonders schwerer Tragweite einer Straftat, eine Genugtuung zu erhalten. Dies soll eine Art Schmerzensgeld und Wiedergutmachung für

das ertragene seelische Leid darstellen. Der Staat möchte damit ein Zeichen der Solidarität und Anerkennung des Leids bei Opfern und deren Angehörigen signalisieren.

Generell ist zu beachten, dass für alle finanziellen Unterstützungen Fristen gelten. Deshalb ist es in jedem Fall wichtig, nicht zu zögern und eine Unterstützung so schnell wie möglich in Anspruch zu nehmen (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. d).

Schutz:

In manchen Fällen ist das Opfer, sowie möglicherweise deren Kinder, in akuter Gefahr, dass diese in eine entsprechende Unterkunft gebracht werden müssen. In Fällen von Häuslicher Gewalt oder Menschenhandel werden entsprechende Sofortmassnahmen getroffen. In diesen Fällen bieten Frauenhäuser, Männerhäuser oder Notunterkünfte für Jugendliche Möglichkeiten, um übergangsweise Schutz zu finden (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. e).

Zielgruppe der Opferhilfe

Neben der bereits im vorgängigen Kapitel 3.1 definierten Zielgruppe, welche sich aus den Betroffenen, die in ihrer physischen, psychischen und sexuellen Integrität verletzt wurden, zusammensetzt, ist die OH ebenfalls für Betroffene Häuslicher Gewalt, weiterer Straftaten, Opfer fürsorglicher Zwangsmassnahmen und Betroffene von Gewalt im Alter, zuständig (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. f). Dazu haben neben der direkt betroffenen Person, nach Art. 1 Abs. 2 OHG, ebenfalls Angehörige des Opfers, wie beispielsweise der oder die Partner*in, Ehepartner*in, Kinder, Eltern oder andere nahestehende Personen, das Anrecht auf Opferhilfe (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 7).

Betroffene Häuslicher Gewalt:

Häusliche Gewalt (HG) wird von der Opferhilfe explizit einzeln aufgelistet, da diese in unterschiedlichen Formen und Kombinationen auftreten kann. So können physische, psychische und sexuelle Gewalt summiert auftreten. Häusliche Gewalt bezieht sich immer auf das Konstrukt einer Familie, einer aktuellen oder aufgelösten Paarbeziehung und wird innerhalb dieser Konstellation ausgeübt (vgl. Sammut Scerri et al. 2024: 3). Häusliche Gewalt ist von Gesetzeswegen in Paarbeziehungen bis ein Jahr nach der Beziehung strafrechtlich zu verfolgen. In den meisten Fällen geht es dabei um Drohungen, Stalking, sexuellen Übergriffen, Misshandlungen oder Vergewaltigung zwischen den einzelnen Parteien. Auch Zwangsheirat gehört zu Thematiken von HG. Innerhalb von Familien kann es ebenfalls dazu kommen, dass Kinder als Opfer oder Gewaltausübende Partei involviert sind (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. i).

Betroffene weiterer Straftaten:

Unter diese Kategorie werden allgemeine Straftaten oder Ereignisse gezählt, nach denen eine Person Anrecht auf das Angebot der Opferhilfe hat. Unter anderem Gewalttaten wie, Drohung oder Stalking, welche auch bei HG vorkommen können, aber eben auch ohne den familiären Kontext. So auch Erpressung, Entführung, Stalking oder Cyber-Stalking von Menschen. Unter Stalking und Cyber-Stalking zählt das wiederholte Belästigen oder Terrorisieren, auch über digitale Medien oder Telefonanrufe. Zu dieser Kategorie der Zielgruppe gehört ebenfalls Menschenhandel. Opfer werden hierbei beispielsweise unter falschen Vorwänden in die Schweiz gelockt und wirtschaftlich oder sexuell ausgebeutet. Physische Gewalt kann hier mit reinspielen. Eine weitere Straftat stellt das absichtliche Verbreiten menschlicher Krankheiten mit gemeiner Absicht, dar. Darunter fallen sexuell übertragbare Krankheiten (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. j).

Opfer von Fürsorgerischen Zwangsmassnahmen:

In diesen Fällen geht es primär darum, Erlebtes durch Erzählen zu verarbeiten. Auch wenn dies bereits viele Jahre zurückliegt. In vielen Fällen können Solidaritätsbeiträge ausbezahlt werden, wenn dies das Opfer wünscht. Fürsorgerische Zwangsmassnahmen sind beispielsweise das Sterilisieren einer Person gegen ihren Willen, das Abtreiben oder das Zwingen der Adoptionsfreigabe des eigenen Kindes. Eine Zwangsmassnahme kann jedoch auch viele Jahre zurückliegen. So beispielsweise die Unterbringung in ein Kinderheim oder die Ausbeutung und der Missbrauch von Verdingkindern (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. k).

Betroffene von Gewalt im Alter:

Menschen im Alter werden in der Opferhilfe ab dem 60. Lebensjahr definiert. Diese Zielgruppe wird hier speziell hervorgehoben, da die Scham oft überwiegt. Betroffene entsprechend keine Unterstützung in Anspruch nehmen oder die Gewalt im Versteckten stattfindet und nicht zum Vorschein kommt. Alte Menschen sind aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands, häufig von anderen Menschen abhängig und die Kenntnis über Hilfsangebote fehlt. Die Gewalt bei Personen im Alter kann bewusst oder unbewusst ausgeübt werden. Ursache dafür sind verschiedene Aspekte. Unter psychischer Gewalt im Alter fällt Demütigung, Drohung oder Isolation. Auch finanzielle Gewalt in Form von Geldentzug oder Ausnutzung werden durch Angehörige oder Bekannte ausgeübt. Wie bei anderen Gewaltformen spielen physische und sexuelle Gewalt ebenfalls eine Rolle (vgl. Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren o.J. l).

Bezug zur Sozialen Arbeit:

In Bezug auf das System der Opferhilfe Schweiz und deren Möglichkeiten, lassen sich einige Punkte kritisch hinterfragen. Für die Soziale Arbeit in der Opferhilfe ist es ein Thema, die Hürden der Zugänglichkeit weiter zu minimieren. Obwohl das Angebot bereits sehr niederschwellig ist, Terminvereinbarungen über unterschiedliche Medien möglich sind, bleibt die Scham oder die Angst weiter bestehen. Aus Sicht der Autorin ist das Angebot in der breiten Masse der Gesellschaft nicht, oder missverständlich, bekannt. Gerade die vulnerable Zielgruppe ist durch ihre komplexe Lebenslage und mögliche Abhängigkeit des Täters benachteiligt, was die Kontaktaufnahme zu einer Opferhilfe erschwert. Die Autorin sieht einen Bedarf an Lösungsansätzen, wie die Gesellschaft bezüglich des Angebots weiter aufgeklärt werden kann. Dies könnte unter anderem durch vermehrt aufsuchende Arbeit oder der Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, wie der Polizei oder medizinischen Berufen erfolgen. Da das Angebot vom Bund gesetzlich verankert ist, könnte sich aus dieser Perspektive von Seiten der Sozialen Arbeit überlegt werden, auf der politischen Eben proaktiver zu werden. Soweit die Autorin beurteilen kann, könnte neben dem Fokus der individuellen Unterstützung, auch strukturelle Prävention und gesellschaftsverändernde Massnahmen für Aufklärung der breiten Masse sorgen, sowie Hürden senken. Diesbezüglich kann sich die Autorin vorstellen, dass der gesetzlich vorgegebene Rahmen, neben der Sicherheit auch Einschränkungen generiert. Beispielsweise Fristen bei der Anzeige und Unwissen auf Seiten der Klientel können zu Frust führen. Für viele Betroffene bringt der Weg zur Opferhilfe eine grosse Überwindung mit sich. In manchen Fällen kann es dazu kommen, dass Möglichkeiten durch gesetzliche Fristen beschränkt sind, was bei dem Opfer zu Unmut und Unverständnis führen kann, da die psychische Verletzung tief sitzt. So befindet sich die Soziale Arbeit der Autorin nach ständig in dem Rollenkonflikt zwischen Unterstützung der Klientel und gesetzlichen Vorgaben.

3.3 Konfrontation der Sozialarbeitenden mit den Traumata der Klientel anhand eines Praxisbeispiels

Um die Verbindung der Arbeit mit traumatisierter Klientel in einer Opferhilfe herzustellen, folgt ein Beispiel aus der Opferhilfe. Darin wird eine Situation im Kontext einer schweren Gewalterfahrung mit sexuellem Übergriff dargestellt, die so in einer Opferhilfestelle angetroffen werden kann. Textstellen, welche sich mit, für diese Thesis, irrelevanten Elementen befassen, werden weggelassen und durch [...] gekennzeichnet. Es geht dabei um die Beschreibung des Falls, sowie die langfristige Begleitung der Klientin, um exemplarisch auf mögliche Auswirkungen und Herausforderungen der professionellen Arbeit zwischen Empathie und Selbstschutz eingehen zu können. Im darauffolgenden Kapitel 3.4 werden dann Aspekte der Fallvignette mit sekundärer Traumatisierung in der OH verbunden.

Fallvignette

Kurzbeschreibung der Klientin und deren Fall:

«Frau Krüger, 45 Jahre (alle Angaben anonymisiert), arbeitet bereits seit vielen Jahren in einem Café. Sie ist allein, als kurz vor Feierabend ein Stammkunde hereinkommt. Seine Annäherungsversuche hat sie schon mehrfach zurückweisen müssen. Er droht ihr, sie umzubringen, wenn sie nicht macht, was er will und versucht, sie zu vergewaltigen, lässt dann aber plötzlich von ihr ab und flüchtet. Sie bleibt zunächst wie gelähmt liegen, ruft dann die Polizei an. Zwei Tage nach der Tat will sie ihre Arbeitstätigkeit wieder aufnehmen, erlebt aber kurz nach Betreten des Cafés eine Panikattacke und ist seither krankgeschrieben. Eine Woche nach der Tat sucht sie auf Anregung der Polizei die Beratungsstelle auf.

Erstgespräch in der Opferhilfe:

Die Beraterin begrüßt die klein und zierlich wirkende Klientin an der Tür und bittet sie herein. Frau Krüger wirkt ausgesprochen angespannt und ängstlich. [...] Die Klientin wird über einige Eckdaten der Beratung (Dauer, Form, Vertraulichkeit) informiert und als ihr versichert wird, dass sie den Tathergang nicht zu schildern braucht, wirkt sie sichtlich erleichtert. Nachdem die Klientin anfangs den Blickkontakt scheute, schaut sie die Beraterin nun direkt an. Die Beraterin leitet sodann das Gespräch mit der Frage ein, was sie in die Beratungsstelle geführt habe, und die Klientin berichtet, dass ein Mann versucht habe, sie an ihrem Arbeitsplatz zu vergewaltigen. Während die Klientin langsam und stockend berichtet, begleitet die Beraterin sie, in dem sie ihre Äußerungen wertschätzend bestätigt und zum Teil einfühlsam mit eigenen Worten wiederholt. Als die Klientin berichtet, dass ihre Kollegin auf ihre Krankschreibung mit den Worten „Oh nein, wo gerade soviel zu tun ist ...“ reagiert habe, kämpft sie mit den Tränen. Die Beraterin ermutigt sie, ihre Gefühle zuzulassen, achtet aber auch darauf, dass sie nicht in das traumatische Erleben abgleitet. Im weiteren Gespräch berichtet die Klientin über massive Schlafstörungen, eine quälende innere Anspannung und Angstattacken an Orten, wo viele Menschen sind. Sie habe das Gefühl, verrückt zu werden. Die Beraterin klärt sie im Rahmen der Psychoedukation darüber auf, dass sie normale Reaktionen auf ein Trauma erlebe, und dass viele Menschen ähnliche Veränderungen erlebt haben, die wie der zurückgegangen sind. Die Beraterin erwähnt weitere Symptome (Konzentrationsstörungen, Grübeln), die Frau Krüger überrascht bei sich wiedererkennt. Die Informationen entlasten sie. Frau Krüger macht sich große Sorgen darüber, ob sie je wieder in dem Café arbeiten könne. Angesichts der Panikattacke fühle sie sich als Versagerin. Sie ist ausgesprochen leistungsorientiert und neigt dazu, sich zu überfordern. [...] Die Beraterin erklärt ihr, was andere KlientInnen als hilfreich erleben, um die Selbstheilungskräfte zu unterstützen. Auf diese Weise kann die Beraterin allgemeine

Verhaltensempfehlungen vermitteln, ohne sie zu ‚verordnen‘. [...] Frau Krüger hat zudem große Angst, dass der Täter seine Drohung, sie umzubringen, wahr machen könne. Diese Angst wird von der Beraterin vor dem Hintergrund der erlebten Gewalt sowohl als traumatische Angst als auch als Realangst verstanden. Da unbekannt ist, ob der Täter noch auf freiem Fuß ist, besteht auf jeden Fall das Risiko einer zufälligen Begegnung [...]. Prognostisch ist bei der Klientin von einem mittleren Erkrankungsrisiko auszugehen. Die Beraterin bietet ihr daher am Ende der ersten Sitzung eine mittelfristige Beratungsreihe von 10–15 Sitzungen an [...].

Zweite bis vierte Beratungssitzung:

Frau Krüger hat nach dem letzten Gespräch Mut geschöpft [...]. Sie hat auch den Eindruck, ihre eigenen Reaktionen wieder etwas besser steuern zu können. [...] Bei einem «Testbesuch» im Café machte ihr die Kollegin wegen der zusätzlichen Vertretungsbelastung Vorwürfe, und sie erlebte daraufhin einen Flashback. Nachdem der Klientin Raum für ihre Enttäuschung über die Reaktion der Kollegin gegeben wird, wendet sich die Beraterin den Versagensängsten von Frau Krüger zu. Sie ist es gewohnt, mit Willensstärke alles zu meistern, was sie sich vornimmt. Ihre Arbeitsunfähigkeit stellt einen Widerspruch zu ihrem Selbstideal dar und sie reagiert darauf mit Selbstvorwürfen, die sie zusätzlich schwächen. Wichtig ist an dieser Stelle, ihre Willensstärke als Fähigkeit wertzuschätzen, dabei zugleich die verleugneten Bedürfnisse nach Erholung zu stärken und sie von dem Leistungsdruck zu entlasten [...]. Die Beraterin erarbeitet gemeinsam mit der Klientin einen Plan für einen gestuften Wiedereinstieg in die Arbeit, der sich an ihrem jeweiligen Befinden orientieren soll. Der Arbeitgeber, mit dem die Klientin den Plan abspricht, ist hiermit einverstanden. Voraussetzung hierfür ist aber zunächst die Stabilisierung der Klientin [...]. Sie beginnt, sich mit dem Geschehenen vor dem Hintergrund ihrer Schuld- und Schamgefühle auseinanderzusetzen. So wirft sie sich vor, dass sie sich nicht genügend gewehrt habe und dass sie den Täter bei seinen vorherigen Annäherungsversuchen nicht deutlich genug zurückgewiesen habe. Sie schämt sich sehr deswegen und hat bisher noch mit niemandem darüber gesprochen. Die Beraterin unterstützt sie dabei, die dahinterstehende Leugnung der erlebten Ohnmacht zu erkennen [...].

Fünfte und sechste Beratungssitzung:

Trotz der mit dem Arbeitgeber getroffenen Absprache über den gestuften Wiedereinstieg wird der Klientin nach vierwöchiger Krankschreibung gekündigt. Die Klientin berichtet, dass sie zu Beginn wütend reagiert und dann resigniert habe. Sie erscheint deprimiert und hoffnungslos und erklärt: „Ich bin doch überhaupt zu nichts mehr nütze.“ Sie säße manchmal

stundenlang wie gelähmt auf dem Sofa [...]. Im weiteren Gespräch erkennt sie bei sich auch Erleichterung, nicht mehr an den Arbeitsort/Tatort zurückkehren zu müssen. Die Beraterin bespricht mit der Klientin eine Tages- und Wochenplanung mit dem Ziel des Aktivitätsaufbaus und der Wiederaufnahme von sozialen Kontakten, von denen sie sich nach der Kündigung erneut zurückgezogen hat [...]. Im Verlauf unserer Gespräche stellt sich heraus, dass sie eigentlich schon seit einigen Jahren mit ihrer Arbeit im Café unzufrieden ist. Frau Krüger entschließt sich, eine Umschulung zu beantragen. Die Chance auf einen neuen Arbeitsbereich gibt ihr Hoffnung und Zuversicht [...].

11. bis 15. Beratungssitzungen:

In diesen Sitzungen wird das Ende der wöchentlich stattfindenden Beratungsreihe eingeleitet. Es werden monatlich stattfindende Beratungssitzungen vereinbart, in denen nun die Festigung des Erreichten, die Bilanzierung und die Zukunftsperspektiven im Vordergrund stehen [...]. In der Abschlusssitzung bilanziert Frau Krüger, dass sie sich verändert habe und anderen Menschen gegenüber vorsichtiger geworden sei. Sie schätzt ihre jetzige Haltung als realitätsgerechter ein und bewertet die Veränderung keineswegs negativ. Sie habe auch gelernt, dass sie bisher in ihrem Leben den Schwerpunkt zu sehr auf Arbeit und Leistung gelegt habe und dies wolle sie zukünftig ändern.» (Priest 2010: 179–187).

3.4 Verbindung der Fallvignette und sekundärer Traumatisierung

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Begebenheit aus der Fallvignette, welche zu einer Entstehung sekundärer Traumatisierung bei der Beraterin führen können.

Laut der Prävalenz sind **weibliche Personen** doppelt so häufig von Traumatisierung, sowie sekundärer Traumatisierung betroffen. Da es sich in diesem Fall um eine Beraterin handelt, ist dies bereits ein Risiko von ST (vgl. Živanović/Marković 2022: 284).

Traumatisierte suchen meist im Prozess des nicht gelingenden Verarbeitens eines Geschehnisses die OH auf. Die OH kann dort einen wichtigen Beitrag leisten (vgl. Görges/Hantke 2010: 280). Das Fallbeispiel zeigt, welcher **Traumaexposition** die Professionelle Sozialer Arbeit (PSA) in ihrer Arbeit bei der OH täglich ausgesetzt sind. Durch das Anhören und die enge Begleitung über Wochen und Monate entsteht eine hohe Belastung auf Seiten der Professionellen. Ebenfalls in der Fallvignette wird die Beraterin mit Informationen überflutet, ohne direkt bei der Tat dabei gewesen zu sein. Das kann aus verschiedenen Gründen heraus- oder überfordernd sein (vgl. Jegodtka 2016: 140). Auch wenn die Konfrontation in diesem Fall lediglich verbal stattfindet, erhält die Sozialarbeiterin detaillierte Informationen über den Tatvorgang und die Gefühlswelt von Frau Krüger. Die

Klientin beschreibt, dass sie sich sonst als zielstrebig kennt. Sie kann nicht nachempfinden, dass sie sich nach dem versuchten sexuellen Übergriff plötzlich als unfähig wahrnimmt und «nichts wie zuvor ist». Diese Symptomatik ist typisch für traumatisiertes Klient*innen und kann sich auf die Beratungsdynamik auswirken. Das Selbsterleben, sowie das zerrüttete Weltbild der Klientin kann dabei auf die Beraterin übertragen werden (vgl. Görges/Hantke 2010: 285). Frau Krüger beschreibt, sie begleite ein stetiges Misstrauen gegenüber anderen Personen. Dazu sucht sie die Schuld für die Tat bei sich selbst, indem sie den Angriff des Täters möglicherweise zu schwach abgewehrt habe. Mit diesen Emotionen muss die Beraterin einen angemessenen Umgang finden, um diese nicht selbst zu übernehmen.

Einer der wesentlichsten Punkte für die Entwicklung einer ST, sind Persönlichkeitsmerkmale wie die **Empathie** und das **persönliche Engagement**, mit dem sich die Beraterin in den Fall von Frau Krüger einlässt (vgl. ebd.: 293). Die Empathie, welche die Beraterin für Frau Krüger möglicherweise empfindet, kann zu einer unbewussten **Identifizierung** mit ihr führen, was sich negativ verstärkend auf die Entwicklung einer sekundären Traumatisierung auswirkt. Diese Identifizierung entsteht in sozialen Beziehungen, im beruflichen und privaten Kontext und wird von Mechanismen der Bindung, Empathie oder Abhängigkeit geprägt (vgl. Schulten 2020: 173f).

Umso näher, die Beraterin mit Frau Krüger in Kontakt tritt, umso mehr steigt das Risiko der ST (vgl. ebd.: 173). In der Fallvignette von Frau Krüger wird ausführlich beschrieben, wie die Beraterin auf das Erzählte eingeht, Verständnis zeigt, ihr entsprechend zur Seite steht und Handlungsoptionen mit auf den Weg gibt. Der Grat zwischen Verständnis für die Situation von Frau Krüger und dem ausreichenden Abstand ist hierbei herausfordernd. Die Sozialarbeiterin kann hierbei in eine Situation gelangen, in der emotionaler Abstand unterschätzt oder vernachlässigt wird. In diesem Fall fühlt sich die Beraterin allenfalls verantwortlich für das Wohlergehen von Frau Krüger, wobei sie ein zu grosses persönliches Engagement entwickelt, wie es zusammenhängend mit der Mitgefühlsmüdigkeit im Kapitel 2.3.3, erklärt wurde. Dieses Phänomen kann durch eine **eigene (traumatische) Erfahrung** im Leben der Beraterin zusätzlich verstärkt werden. Individuell kann auf Seiten Professioneller, gegenüber der Klientel, das Gefühl aufkommen, emotionale Stabilität übermitteln zu müssen, obwohl eine Selbstbetroffenheit gegeben ist. Infolgedessen kann es zu einem Ohnmachtsgefühl gegenüber der Klientin kommen, da den eigenen professionellen Anforderungen nicht gerecht werden kann (vgl. ebd.: 178). So kann die Beraterin, wenn diese bereits eine ähnliche Situation mit sexuellem Übergriff erlebt hat, daran erinnert werden, was als «Trigger» verstanden wird. Wenn die Beraterin dieses eigene Erlebnis nicht verarbeiten konnte oder sich nicht angemessen abgrenzen kann, hätte dies einen negativen Einfluss auf die professionelle

Zusammenarbeit mit Frau Krüger. Gegebenenfalls kann dies zu ST führen, was durch die langfristige Betreuung oder in Kombination mit anderen Risikofaktoren, verstärkt wird.

Neben der detaillierten Konfrontation des traumatischen Erlebnisses, beträgt die Beratungsdauer in diesem Fall 15 Sitzungen, welche wöchentlich stattfinden. Sprich knapp drei Monate, in denen die Sozialarbeiterin einen Fall, neben vielen weiteren betreut. Anschliessend kommt es zu Beratungssequenzen, die sich nach den Bedürfnissen von Frau Krüger richten. Bedeutet, dass es sich hierbei um eine **langfristige Beratungsdauer** und keinen einmaligen Kontakt handelt. Dies entspricht der Mehrheit der Fälle, welche von der OH betreut werden. 63% der männlichen und weiblichen Opfer, die eine OH aufsuchen, nehmen mehrmalige Beratungen in Anspruch, welche persönlich stattfinden (vgl. Kersten 2015: 203).

Umso länger und umso häufiger die Beraterin mit dem traumatischen Erlebnis konfrontiert wird, umso grösser das Risiko, sich von dem Fall persönlich abgrenzen zu können und eine ST zu entwickeln (vgl. Sabel/Roschinski 2010: 42). Dazu kommt das **man-made-disorder**, welches in der Entstehung von Traumatisierung in Konfrontation mit anderen Menschen, und keinen Naturphänomenen ausgeht. Dies trifft in der OH generell, sowie auch in dem Fall von Frau Krüger zu. Die Beraterin ist mit traumatisierten Klient*innen konfrontiert, welche vielseitige Traumatisierungen mit sich bringen, wobei stets die Distanz gewahrt werden muss.

3.5 Ein Erklärungsansatz sekundärer Traumatisierung in der Opferhilfe – Übertragung und Gegenübertragung

Die Entstehung von sekundärer Traumatisierung bei Professionellen ist von individuellen Begebenheiten beeinflusst und nicht generalisierbar. Dennoch lassen sich theoretische Bezüge herstellen, welche die Entwicklung von ST in der Opferhilfe beeinflussen können. Dazu gehören Übertragung und Gegenübertragung im Beratungsprozess, welche einen negativen Einfluss auf die Zusammenarbeit mit der Klientel haben und die Entstehung von ST fördern können (vgl. Gebrande 2021: 108).

In der Psychoanalyse, sowie in Feldern der Sozialen Arbeit, welche von Beratungssettings betroffen sind, wird Übertragung und Gegenübertragung eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Grund dafür ist das Risiko der Entwicklung von Überforderungssituationen. Das Einfühlen und die Fähigkeit, sich auf die Klient*innenbeziehung einzulassen sind unerlässliche Instrumente in der Sozialen Arbeit. Voraussetzung der Professionellen ist, die Geschichte der Opfer nachvollziehen zu können. In Zusammenhang damit kommt Übertragung und Gegenübertragung ins Spiel, wobei die mögliche Folge besteht, dass PSA ebenfalls handlungsunfähig, resigniert, depressiv oder erschöpft in der Zusammenarbeit reagieren (vgl. Pfeifer 2021). Durch die Dynamiken, welche in zwischenmenschlichen Beziehungen zum

Tragen kommen, haben Übertragung und Gegenübertragung besonders im Bereich des Beratungssettings im psychologischen-, aber auch im sozialarbeiterischen Kontext ihre Relevanz gefunden (vgl. Gebrande 2021: 107)

Übertragung stellt eine natürliche Erscheinungsform menschlichen Lebens dar und ist durch die Vergangenheit einer Person gebunden. Frühere Erlebnisinhalte und Fantasien beeinflussen dabei die Gegenwart und aktuelle Beziehungen im Privatleben und im Berufsalltag. Übertragung wird wie folgt definiert:

Übertragung wird als unbewusste Wiederholung vergangener Beziehungserfahrungen und gewissermassen Verschiebung der dazugehörigen Affekte, Wünsche und Erwartungen auf Personen der Gegenwart definiert. (Gebrande 2021: 108)

Nach Freud tritt die Übertragung somit durch eine unbewältigte Vergangenheit und das Wiederholen des vergangenen Kammers, zum Vorschein. Dabei nimmt das Gegenüber vertretend die Rolle einer negativ besetzten Figur ein. So verschmelzen verdrängte Bedürfnisse aus der Lebensgeschichte mit aktuellen Wünschen, die sich auf eine aktuelle Person beziehen. Übertragung beruht auf erfahrenen Beziehungsmustern, welche meist in der Kindheit verankert sind. Gerade traumatisierte Personen weisen eine besondere Sensibilität für nonverbale Kommunikation auf, wodurch es zu Übertragung der Klientel auf die Fachperson kommen kann (vgl. ebd.: 112). Die Aufgabe der PSA ist es, die unvermeidbaren Dynamiken der Übertragung zu erkennen und zu verstehen, um einen konstruktiven Umgang damit zu finden. Anderenfalls kann es zu kontraproduktiven Dynamiken kommen, welche die Klient*innenbeziehung negativ beeinflusst und zu einem Aufbau von Widerstand bei der Klientel führt (vgl. ebd.: 107f).

Gegenübertragung beinhaltet das Einbezogenensein des oder der Sozialarbeitenden in den Beratungsprozess (vgl. Schulten 2020: 176). So lautet die Definition wie folgt:

Der Begriff Gegenübertragung meint alle Emotionen, Wünsche, Erwartungen, Körperempfindungen und Handlungsimpulse, die uns im Kontakt mit unseren Klient*innen entstehen. (Gebrande 2021: 109)

Die Gegenübertragung entsteht immer als Reaktion auf den Übertragungsinhalt und kann positive, sowie negative Emotionen, Handlungsimpulse, Gedanken der Verwirrung oder verschiedene Körperempfindungen wie Verspannung, Schmerz oder Müdigkeit auslösen. In vielen Fällen wird aus Angst, unprofessionell zu agieren, die Empfindung oder der Handlungsimpuls tabuisiert und dadurch verdrängt. Zielführend wäre, zu analysieren, welche Empfindungen als Reaktion auf die Klientel und welche aufgrund eigener

Beziehungserfahrungen, Bindungsmuster oder Lebensgeschichte entstammen (vgl. Gebrande 2021: 109). Wie die Übertragung lässt sich die Gegenübertragung in einem Beratungssetting nicht vermeiden und kann somit nicht als gut oder schlecht bezeichnet werden. Vielmehr muss deren Existenz anerkannt und entsprechend reflektiert werden, um dies im Setting sinnvoll nutzen zu können (vgl. Schulten 2020: 177).

Folgendes Beispiel zeigt im ersten Abschnitt eine Variante der Übertragung von Klient*in auf die Fachperson. Im zweiten Abschnitt wird die Reaktion der Fachperson in Form von Gegenübertragung veranschaulicht:

Wenn ein*e Klient*in in der Beratungssequenz unbewusst an eine frühere Bindungserfahrung erinnert wird, welche sie als aussichtslos oder belastend empfunden hat, können diese damaligen negativen Gefühle oder die Frustration auf die aktuelle Beratungsperson übertragen werden. Dadurch begegnet die oder der Klient*in der beratenden Person gegebenenfalls mit demselben Misstrauen, der Ablehnung oder mit zu wenig Bereitschaft, sich auf den Prozess einzulassen.

Diese Übertragung kann bei der beratenden Person ein Gefühl der Frustration oder Hilflosigkeit aus vergangenen Fällen auslösen. Dadurch wird die Beratung ebenfalls als aussichtslos wahrgenommen, obwohl objektiv gesehen noch Handlungsmöglichkeiten bestehen. Dadurch macht der oder die PSA, der Klientel möglicherweise falsche Unterstellungen, sich nicht auf den Beratungsprozess einlassen zu wollen. Infolgedessen wird die gemeinsam Lösungsfindung erschwert und ein Erfolg in der Beratung bleibt aus, wodurch zusätzlich Selbstzweifel und ein Gefühl der Überforderung entsteht (vgl. Gebrande 2021: 107).

Bezug zur Sozialen Arbeit:

Für die Autorin hat die Theorie der Übertragung und Gegenübertragung viele Gemeinsamkeiten mit dem Thema der Nähe und Distanz in der professionellen Arbeit. In der Auseinandersetzung hat sich die Autorin gefragt, wie der Umgang damit in der Praxis aussehen kann. Ein Machtverhältnis besteht zwischen der Klientel und der Fachperson immer, auch wenn die Arbeit möglichst auf Augenhöhe stattfinden soll. Dies stellt bereits einen Widerspruch dar und erzeugt die Fragestellung, wann Nähe und Distanz hilfreich oder sogar notwendig sind. Das eigene Bewusstsein von Gegenübertragung als Reaktion auf die Übertragung der Klientel wird von der Autorin durchaus als wichtig eingeschätzt, auch wenn dadurch die Gefahr besteht, sich von einem gemeinsamen Arbeitsbündnis zu entfernen und den Fokus zunehmend bei den eigenen Empfindungen und dessen Umgang damit zu verlagern. Dieses Bewusstsein muss jedoch erst geschaffen werden. Die Autorin kritisiert,

dass in der Ausbildung ungenügend Raum für die Erkenntnisgewinnung blinder Flecken vorhanden ist. Dadurch kann das Bewusstsein für blinde Flecken gestärkt werden. Fraglich ist, ob das alleinige Ausprobieren in der Praxis zu spät ist, um professionell damit umgehen zu können. Besonders in der Zusammenarbeit mit vulnerablen Klient*innen, wie in der Opferhilfe, können Klientel und PSA unter den Folgen fehlenden Wissens Schäden ertragen. Aus Sicht der Autorin wäre theoretisches Fachwissen über psychodynamische Prozesse diesbezüglich hilfreich. Ein möglicher Grund, weshalb diesem Themenbereich wenig Präsenz anerkannt wird, kann in der Tabuisierung von Übertragung und Gegenübertragung gesehen werden. Der Aspekt, dass Gegenübertragung in der Praxis immer noch als unprofessionell interpretiert wird, verhindert den Einbezug von Chancen, welche für die Beratung aus Gegenübertragung resultieren können.

3.6 Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende im Umgang mit traumatisierenden Erlebnissen

Innerhalb des sozialen Engagements der Arbeit kann es dazu kommen, dass individuelle Bewältigungsmöglichkeiten von Sozialarbeitenden nicht ausreichen (vgl. Jegodtka 2016: 142). Infolgedessen kommt es möglicherweise zu ineffizienter Arbeitsleistung, Arbeitsunfähigkeit, Krankenkosten oder Frühverrentung (vgl. Sabel/Roschinski 2010: 42f). Auch die Zusammenarbeit im Team ist dabei gefährdet, wenn sich innerhalb des Teams eine Desorganisation ausbreitete und Spannungen verursacht (vgl. Schulten 2020: 147). Auf unterschiedlichen Ebenen kann in diesem Fall wie folgt gehandelt werden.

Um sekundäre Traumatisierung zu verhindern oder positiv entgegenzuwirken, können fünf unterschiedliche Perspektiven einbezogen werden: Selbstfürsorge, Verhaltensprävention, Umgang mit den Traumatisierten, gesundes Miteinander im Team und gesunde Arbeitsbedingungen. Am effektivsten ist die multiperspektivische Betrachtung auf der individuellen, sowie auf der Teamebene (vgl. ebd.: 185). So lassen sich persönliche Krisen einerseits durch die einzelnen Fachpersonen, aber auch durch die Anpassungsfähigkeit der Organisationen auffangen (vgl. Eggli/Romano 2022: 14). Eine besondere Bedeutung wird bei den Handlungsmöglichkeiten der Bearbeitung auf unterschiedlichen Ebenen zugeschrieben. So muss die ST einerseits der betroffenen Person bewusst sein und von dem beruflichen Umfeld anerkannt und gewürdigt werden, um zuletzt entsprechende Unterstützung erhalten zu können (vgl. Sabel/Roschinski 2010: 43). Mit diesen unterschiedlichen Ebenen und deren Handlungsmöglichkeiten befasst sich die Thesis nun.

3.6.1 Persönliche Ebene

Innerhalb der Sozialen Arbeit rückt der Körper der einzelnen Fachpersonen immer mehr in den Fokus und wird zunehmend als gefährdet wahrgenommen. Der Körper soll gesamtheitlich als Ressource für gelingende Soziale Arbeit gesehen werden, um die Fähigkeit der notwendigen Distanzierung wahren zu können (vgl. Huster/Wendler 2024: 13f). Verglichen mit anderen handwerklichen Berufen wie Gärtner*innen oder Autoliebhaber*innen pflegen diese ihr Werkzeug und gehen sorgsam damit um. «Wir sind das Werkzeug unserer Arbeit, wir haben kein anderes.» (Schulten 2020: 185). Das Zitat zeigt, wie wichtig Achtsamkeit, Balance und Verbindung zu unserem Körper sind. Wesentlich dabei ist die **Selbstfürsorge**, welche präventiv und reaktiv bei ST verbessert werden soll. Der Begriff umfasst den aktiven Umgang mit eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und Grenzen. Dabei werden individuelle Ressourcen erkannt und ausgebaut. Achtsamkeit bezieht sich einerseits auf körperliche, aber auch seelische Aspekte, sowie unser Umfeld. So beeinflussen genügend Schlaf, eine ausgewogene und gesunde Ernährung, Entspannung, Bewegung und Intimität, wie achtsam wir mit uns selbst umgehen. Neben diesen Faktoren spielt das soziale Umfeld, mit dem wir uns umgeben, eine entscheidende Rolle. Freunde und Familie sollten aus unterstützenden Kontakten bestehen, die möglichst beständig sind. Balance wird innerhalb der Selbstfürsorge gerne missverstanden. Mit dem Begriff der Work-Life-Balance wird suggeriert, dass das Leben entweder aus einem spassigem-, dem «Leben», oder einem mühseligen Teil, der Arbeit, besteht. Der herausforderndste Teil besteht wahrscheinlich darin, sich auch während der Arbeitszeit wohlfühlen. Dabei spielt die Verbindung zu uns selbst eine wichtige Rolle. Theoretisch gesehen wissen vermutlich die meisten Fachpersonen, welche Ressourcen nützlich sind oder dass Selbstfürsorge essenziell ist. Doch gerade das Vermeiden des genauen Hinschauens von eigenen Bedürfnissen und das Vernachlässigen von sich selbst stellt einen grossen Aspekt der sekundären Traumatisierung dar (vgl. ebd.: 184f). Voraussetzung dafür ist eine grundreflektierte Haltung in ehrlichem Umgang mit sich selbst in der Zusammenarbeit mit traumatisierten Personen (vgl. Eggli/Romano 2022: 13). Um die Selbstfürsorge gewährleisten zu können richtet Jegodtka (2016) folgende Handlungsempfehlungen an Professionelle der Sozialen Arbeit, um individuelle Strategien zu finden und Achtsamkeit, Balance und Verbindung zu gewährleisten:

- Achtsam mit sich selbst umgehen und die Tatsache akzeptieren, für sich als Person sorgen zu dürfen.
- Eigene Belastungsgrenzen akzeptieren, aktiv wahrnehmen und danach handeln.
- Individuelle Regeneration durch Methoden der Distanzierung und Stabilisierung ermöglichen.

- Die eigenen sozialen Werte innerhalb der Arbeit reflektieren und hinterfragen. In diesem Zusammenhang können Fragen wie «Was macht die Arbeit mit mir?» oder «Welchen persönlichen Sinn verbinde ich mit meiner Arbeit?» unterstützend wirken.
- Sich mit ethischen Fragen in dem Arbeitskontext befassen. In der Opferhilfe entsprechende Auseinandersetzung mit traumatisierter Klientel und beispielsweise der Haltung zu struktureller Gewalt.
- Die Freizeit mit Dingen gestalten, die einem Spass bereiten. Unter anderem tanzen, feiern, singen, Kreativität oder sich mit Freund*innen treffen.
- Neben der Selbstfürsorge sich auch eingestehen, externe Hilfe, zum Beispiel in Form von Supervision, in Anspruch zu nehmen und dies zulassen (vgl. Jegodtka 2016: 149). Auch wenn ein unterstützendes soziales Netz vieles auffangen kann, erweist sich die professionelle Unterstützung dennoch als unterstützend um das soziale Netz nicht in Mitleidenschaft zu ziehen (vgl. Hermann 2004: 189).

In der Praxis zeigt sich, dass manche Fachkräfte mit Krisen besser umgehen können als andere. Das zeigt sich durch die widerstandsfähigere und flexiblere Art, welche diese Personen aufweisen. In der Praxis wird hierbei auch von «**Resilienz**» gesprochen, wenn sich eine Person durch eine positive Anpassung, schneller oder besser von einer Krise oder einem Trauma erholen kann. Genauso wie die Selbstfürsorge ist die Resilienz eine Fähigkeit, die aktiv beeinflusst und verbessert werden kann. In der Profession der Sozialen Arbeit wird Resilienz immer bedeutender. Hoher Personalmangel, Fluktuation und eine hohe Anzahl von zu betreuenden Klient*innen lösen Unzufriedenheit, Arbeitsstress und sekundären Stress aus.

Die zusätzliche Belastung traumatisierter Klientel steigert fordert zusätzliche Resilienz bei PSA, keine ST zu entwickeln (vgl. Eggli/Romano 2022: 13f). Neben individuellen Faktoren wie prägende Erfahrungen in der Kindheit kann Resilienz durch die Selbstfürsorge erlangt und ausgebaut werden (vgl. Gapp-Bauss 2008: 286). Die wissenschaftliche Debatte um den Begriff der Resilienz ist umfangreich und lässt verschiedene theoretische Verortungen offen (vgl. Wieland 2011: 191). Aus diesem Grund wird die Resilienz an dieser Stelle als relevanten Faktor in Verbindung mit der Entwicklung sekundärer Traumatisierung genannt.

3.6.2 Team- und Organisationsebene

In einem Arbeitssetting, in dem mit traumatisierter Klientel zusammengearbeitet wird, braucht es auch auf Führungsebene innerhalb der Organisation ein Bewusstsein für sekundäre Traumatisierung. Präventive, begleitende und nachsorgende Massnahmen müssen dem Team zur Verfügung stehen. Ein respektvoller und kommunikativer Umgang im Team trägt äusserst positiv dazu bei, ST präventiv vorzubeugen, aber auch ST im Team aufzufangen. Dabei spielt eine Kultur der Fürsorge und der Sicherheit eine wichtige Rolle. Alle Mitarbeitenden müssen

ihre Rollen im Team haben und sich wohl fühlen, um transparent über ihre Emotionen sprechen zu können. Nicht nur soziale Kontakte im Privatleben, auch soziale Unterstützung an der Arbeitsstelle können eine Belastung sekundärer Traumatisierung signifikant auffangen. So hat sich gezeigt, je mehr Unterstützung vorhanden ist, desto geringer ist die Belastung bei den einzelnen Mitarbeiter*innen in der Zusammenarbeit mit traumatisierter Klientel ausgefallen. Dabei geht es um die empfundene Unterstützung, welche durch das Individuum wahrgenommen wird. Es kann kein allgemeingeltendes Mass an Unterstützungen definiert werden, welche von einer Organisation zur Verfügung gestellt werden soll, um ST optimal vorzubeugen oder zu begleiten (vgl. Schulten 2020: 188f).

Für **allgemein mögliche Angebote** auf Organisationsebene gibt es verschiedene Beispiele, die hier aufgelistet werden:

- Eine offene emotionale Kultur innerhalb des Teams soll gewährleistet werden. Darin kann die Organisation das Team im Prozess begleiten, als Gruppe ein starkes Gefühl der Zugehörigkeit zu entwickeln.
- Die gemeinsame Auseinandersetzung mit den getragenen Werten und Zielen der gemeinsamen Arbeit, können ebenfalls zu einem Zugehörigkeitsgefühl beitragen.
- Eine Organisation soll die Selbstfürsorge jedes einzelnen Mitglieds fördern und diese Prozesse nicht hemmen, sodass es zu Disempowerment kommt. Das Anbieten von Achtsamkeitstraining kann eine Variante davon sein (vgl. Jegodtka 2016: 148f).
- Das zur Verfügung stellen von Ruheräumen, um Ruhezeiten angenehmer zu gestalten, kann ebenfalls zu dem allgemeinen Wohlbefinden bei der Arbeit führen.
- Betreuung durch Betriebsärzt*innen.
- Es müssen genügend personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, sodass es nicht zu einer zu hohen Arbeitsbelastung kommt (vgl. Schulten 2020: 189).

Eine besondere Bedeutung wird unter anderem dem präventiven **Debriefing**, oder auch Krisennachbesprechung genannt, zugeschrieben. Dabei berichten Fachpersonen kurz nach einer Traumaexposition über das Geschehene. Dadurch soll ST oder generelle Symptome einer PTBS vorgebeugt werden. Das Debriefing sollte bestenfalls am selben Tag oder in den darauffolgenden Tagen durchgeführt werden. In der Praxis wird es heutzutage häufig von Mitarbeiter*innen durchgeführt und beansprucht dadurch keine speziellen Expert*innen. Dadurch wird gewährleistet, dass ein Gleichheitsgefühl entsteht und das Erlebte auf Augenhöhe verarbeitet werden kann. Typischerweise wird das Erlebte oder Gehörte wiedergegeben und das eigene Handeln kritisch hinterfragt, was gut gelaufen ist oder verbesserungsfähig ist (vgl. Hermann 2004: 187).

Neben den allgemeinen Handlungsempfehlungen innerhalb des Teams und der Organisation haben Sozialarbeitende in der Opferhilfe mit speziell vulnerabler Klientel zu tun, welche schwere Einschnitte in ihre Persönlichkeit erlebt haben. Dies fordert auf professioneller Ebene mehr Stabilität als an anderen Arbeitsstellen (vgl. Görge/Hantke 2010: 285). **Supervision** soll in der OH dazu beitragen, PTBS oder ST vorzubeugen und Erlebtes zu verarbeiten. Dazu können traumabeeinflusste Dynamiken innerhalb eines Teams erkannt und dadurch konstruktiv genutzt werden. So wird innerhalb des Teams ersichtlich, wenn wiederholtes Fehlen oder Erkranken bei einzelnen Fachpersonen aufkommt, zunehmende Distanz generiert wird, eigene Bedürfnisse in Bezug auf die Arbeit immer schwieriger wird oder zunehmend mangelnde Empathie auftritt (vgl. ebd.: 293). Es gibt unterschiedliche Formen einer Supervision. Beispielsweise Einzel- und Gruppensupervision, Fall- oder Teamsupervision, Leitungssupervision, interne Supervision und Selbstsupervision. Der Grundgedanke der Supervision bleibt bei den unterschiedlichen Varianten derselbe und zielt beispielsweise auf die persönliche Weiterentwicklung, Reflexion der eigenen Arbeit oder der Verbesserung beruflicher Kompetenzen ab. Unterschieden wird, in der Art und Weise, wie Erlebtes in welchem Setting aufgearbeitet wird. In der Entscheidung der Supervisionsform kommt es auf das jeweilige Ziel drauf an. Die einzelnen Formen unterscheiden sich jeweils in ihrer Arbeitsweise und den theoretischen Hintergründen. Herkömmlicherweise wird in OH-Stellen mit einem ressourcenorientierten Ansatz, geprägt von Neugier, Wertschätzung und Allparteilichkeit, gearbeitet. Die Teamsupervision hat sich in der Praxis der OH erwiesen, da Teamsitzungen und die Supervision der einzige Rahmen sind, in dem Fachpersonen ausserhalb des Beratungssettings über das Erlebte sprechen und dies verarbeiten können. Die Supervision wird auf der Meta-Ebene durch einen Supervisor oder eine Supervisorin geleitet. Ausgangspunkt einer Supervision ist immer eine Fragestellung oder ein Anliegen, welches durch das Team definiert wird. Die Formulierung soll positiv und zukunftsorientiert sein und den Fokus nicht auf negative Aspekte des Erlebten richten (vgl. ebd.: 281f). Das Ziel ist vielschichtig. Einerseits als Möglichkeit für PSA, abzuladen, was in ihnen vorgeht und dies eventuell neu zu bewerten. Andererseits sollen neue Ideen entwickelt und ausgebaut werden, welche sich auf die Zusammenarbeit im Team oder in Kooperation mit der Klientel beziehen. Ebenso soll Ohnmachtsgefühl innerhalb des Teams abgebaut und Selbstfürsorge gefördert werden (vgl. ebd.: 297f).

Bezug zur Sozialen Arbeit:

In der Theorie klingen die Handlungsempfehlungen für Fachpersonen auf individueller-, Team- und Organisationsebene schlüssig. In der Praxis lassen sich aus Sicht der Autorin besonders die Wirksamkeit und die Art der Umsetzung diskutieren. Wirksamkeit wird durch die kombinierte Form hergestellt. Das heisst, die individuelle, sowie die Organisationsebene müssen sich positiv auf den Umgang mit traumatischem Inhalt auswirken. Eine Kompensation durch organisationale Strukturen, jedoch fehlender Selbstfürsorge, wird durch die Autorin als ungenügend betrachtet. Dies setzt demzufolge eine positive Arbeitskultur von Seiten der Organisation voraus, welche aufrichtig und nicht pro forma durchgeführt wird. Das Handeln der Organisation muss neben ökonomischen Faktoren das ehrliche Interesse der Bedürfnisse und dem Wohlbefinden der Mitarbeitenden integrieren. Sodass langfristige Veränderungen stattfinden können.

Am meisten beschäftigt die Autorin der Punkt der positiven Arbeitskultur innerhalb der Opferhilfe. Die Autorin stimmt der theoretischen Grundlage zu, dass sich jede*r im Team wohlfühlen muss, um sich emotional öffnen zu können. Jedoch bleibt fraglich, ob und wie dies durch die Organisation ermöglicht werden kann. Emotionales Empfinden und das Preisgeben dessen kann nicht durch Vorgaben ermöglicht werden. Entsprechend bleibt die Frage offen, wie gewährleistet werden kann, dass Fachpersonen sich innerhalb eines Teams akzeptiert und zugehörig fühlen, um sich in schwierigen Situationen öffnen zu können. Supervision leistet dabei sicherlich einen grossen Beitrag. Diesbezüglich können die Termine jedoch als Pflichttermine wahrgenommen werden und nicht als Unterstützungsangebot, was die positive Nutzung erschwert. Der emotionale Zugang der Mitarbeitenden kann aus der Perspektive der Autorin nicht terminlich erzwungen werden, auch wenn die Möglichkeit des Angebots als durchaus wichtig und entscheidend in dem Umgang mit ST betrachtet wird.

4 Schlussfolgerungen und Erkenntnisse

Im letzten Teil dieser Bachelor-Thesis werden die Erkenntnisse aufgeführt und kritisch diskutiert. Unter Beachtung der erlangten Informationen des Hauptteils der Arbeit wird die zu Beginn gestellte Fragestellung beantwortet und mit eigenen Folgerungen weitergeführt. Zudem werden wichtige Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit dargestellt und die Ergebnisse kritisch hinterfragt.

4.1 Beantworten der Fragestellung und Diskussion der Ergebnisse

In erster Linie werden einzelne Schlüsselpunkte, welche sich während der Arbeit als relevant herauskristallisiert haben, diskutiert. Anschliessend werden die einzelnen Aspekte zusammengeführt und die Fragestellung der Arbeit beantwortet.

Schwierigkeiten in der Diagnose von sekundärer Traumatisierung nach ICD-11 und DSM-5, sowie anderer Krankheitsbilder:

Das herkömmliche Diagnosesystem in der Schweiz ist die ICD-11. Darin ist die sekundäre Traumatisierung nicht erfasst. Jedoch in dem ausführlichen Diagnosesystem DSM-5, welches für die Differenzierung von Krankheitsbildern primär im klinischen Kontext angewendet wird. Dadurch fehlt die offizielle pathologische Anerkennung in der Schweiz. So bleibt ST ein Phänomen in der Praxis der Sozialen Arbeit, welches Überschneidungen mit anderen Krankheitsbildern aufzeigt, welche herkömmlicherweise stattdessen diagnostiziert werden können. Beispiele hierfür sind das Burnout oder die Mitgefühlsmüdigkeit. Durch die Begebenheit der überschneidenden Symptomatik können Fehldiagnosen sekundärer Traumatisierung nicht vollends ausgeschlossen werden.

Innerhalb der Diagnosesysteme, welche beide mit dem Zutreffen bestimmter Symptome arbeiten, bleibt das Erleben der Traumasymptome subjektiv und eine Diagnose wird aufgrund des persönlich erlebten Leidens erstellt. Dadurch kann kein allgemeingültiger Zusammenhang zwischen Traumaerlebnis und ST hergestellt werden. Dennoch können eindeutige Faktoren theoretisch begründet werden, welche das Traumarisiko steigern. So unter anderem die erhöhte Wahrscheinlichkeit einer PTBS oder ST durch man-made-disorder, des geschlechtlichen Unterschieds der häufigeren Betroffenheit von Frauen oder persönlich unbewältigte eigene Traumerfahrungen. Abschliessend lassen sich Fehlinterpretation der Symptome und Fehldiagnose aufgrund dessen nicht ausschliessen.

Herstellung eines Zusammenhangs der Theorie sekundärer Traumatisierung und der sozialarbeiterischen Praxis in der Opferhilfe:

Die Theorie der ST zeigt, dass Personen mit wiederholter oder einmaliger Traumaexposition, welche schwer ausfällt, Gefahr laufen, eine sekundäre Traumatisierung zu entwickeln. Fallzahlen aus entsprechenden Studien zeigen somit eine Prävalenz von einem Fünftel moderat sekundärer Traumatisierung bei Fachpersonen und einem Zehntel schwerer sekundärer Traumatisierung bei Fachpersonen auf. Diese Zahlen beziehen sich auf alle Fachpersonen, welche in unterschiedlichen Bereichen mit potenziell traumatisierten Menschen zusammenarbeiten. Gesamtheitlich wird von «Helfenden» oder «Fachpersonen» aus beratenden und unterstützenden Berufsgruppen gesprochen. Dies repräsentiert die **defizitäre Studienlage** in Bezug auf die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche der SA und die konkrete Prävalenz dieser.

Durch unterschiedliche theoretische Verknüpfungen kann die Verbindung von ST in der Sozialen Arbeit der OH hergestellt werden, dennoch kann keine spezifische Prävalenz aufgezeigt werden. Die Verbindung der Theorie von ST und der Praxis in der OH besteht primär aus dem Faktor des **indirekten Miterlebens** der Traumata von Klient*innen, welche die einmalige, sowie mehrfache Traumaexposition gegenüber Fachpersonen darstellt. Diese erfolgt in unterschiedlicher Form durch das Zuhören, dem Lesen oder der eigenen Vorstellung von den traumatischen Erlebnissen der Klientel. Die Belastung wirkt sich hierbei einmalig oder durch die Langzeitbegleitungen der Klientel langfristig und kumulativ auf PSA aus. Hinzu kommt, dass die Schwere der Traumatisierung von Klient*innen das Risiko für ST steigert. PSA arbeiten in dem Setting der OH unter anderem mit schwer traumatisierten Menschen zusammen, die langjährige Häusliche Gewalt, Vergewaltigung oder andere Formen der Gewalt erfahren mussten. Dies fordert enorme Abgrenzung von Professionellen aber auch eine ausgeprägte Empathie. So ist die Empathiefähigkeit diskrepant als Voraussetzung für die Arbeit in der OH und gleichzeitig als Risikofaktor für ST, wenn diese zu mangelnder emotionaler Nähe führt.

Infolge der genannten Aspekte kann ST mit traumaähnlichen Symptomen entwickelt werden, welche in den vier Clustern der Diagnose von ST ausformuliert werden. Diese entsprechen der Intrusion, der Vermeidung, dem Hyperarousal und der emotionalen Erschöpfung, welche im zuvor beschriebenen Fall von der Fachperson ausgeht. Dementsprechend lässt sich das Phänomen der sekundären Traumatisierung bei Fachpersonen in der Opferhilfe theoretisch erklären und empirisch belegen.

Rahmenbedingungen in der Opferhilfe und deren Einfluss auf die Entstehung sekundärer Traumatisierung bei den Fachpersonen:

Unter den Bedingungen für ST in der Opferhilfe, haben sich im zweiten Hauptteil die Rahmenbedingungen der Arbeit, neben den individuellen Faktoren, als ebenfalls bedeutend herausgestellt. So haben präventive, begleitende und nachbereitende Angebote auf Team- und Institutionsebene einen direkten Einfluss auf die Entwicklung von ST bei den einzelnen Fachpersonen. Supervision, Zusammenhalt im Team, emotionale Fürsorge und verschriftlichte Schutzkonzepte für Mitarbeitende können ST vorbeugen und auffangen. Dazu kommt der Aspekt der Ausbildung in der SA, wobei integriertes traumaspezifisches Wissen eine aufklärende Funktion einnehmen würde und zusätzlich vor ST schützen kann.

Welche Zusammenhänge von der Zusammenarbeit mit Opfern sind zu sekundärer Traumatisierung bei Fachkräften in der Opferhilfe bekannt?

Aus den genannten Punkten geht hervor, dass ein Zusammenhang zwischen ST bei Fachpersonen in der OH und deren Zusammenarbeit mit Opfern hergestellt werden kann. Folgendes Zitat fasst aussagekräftig zusammen und beseitigt falsche Annahmen, welche für das Verständnis von ST im Verlauf der Thesis relevant wurden:

Sekundäre Traumatisierung ist kein Zeichen mangelnder Professionalität, sondern ein Resultat ausgeprägter Empathiefähigkeit. Sie ist eine normale Reaktion auf unnormale Informationen. (Jegodtka 2016: 144).

Dabei kommt ein Zusammenspiel unterschiedlicher Aspekte zum Tragen, wodurch ST und deren Entstehung nicht auf einen Punkt reduziert werden kann. Als wesentlich lassen sich psychodynamische, kognitive und systemische Aspekte nennen, welche die Relevanz von professioneller Selbstfürsorge, Reflexion und struktureller Unterstützung hervorheben.

Es handelt sich bei ST um ein reales Phänomen, welches vor allem durch emotionale Nähe, wiederholter Traumaexposition, mangelnder Abgrenzung und unterschiedlichen Risikofaktoren entwickelt werden kann. Empathie spielt hierbei eine zentrale Rolle, welche eine paradoxe Funktion als Risikofaktor einnehmen kann. Die Diagnose ist durch die Diskrepanz und der Anerkennung der beiden Diagnosesysteme erschwert. Von Seiten der Forschung benötigt es weitere Standardisierung der Diagnosesysteme und eine einheitliche Praxisanwendung. Dazu ist die Forschungslage der konkreten Prävalenz sekundär Traumatisierter PSA in der Opferhilfe lückenhaft. Eine grössere Präsenz des Bewusstseins von ST unter den Fachpersonen, sowie in der Gesellschaft würde hier zu zunehmender strukturellen Verantwortung und individueller Selbstfürsorge beitragen.

4.2 Relevante Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit

Das Beantworten der Fragestellung beinhaltet unter anderem individuelle Faktoren und systemische Rahmenbedingungen. Darunter fallen wichtige Erkenntnisse für Einzelfachpersonen und Organisationen, sowie fachliche Anforderungen, welche generell an die Soziale Arbeit gestellt werden können.

Sekundäre Traumatisierung stellt ein Berufsrisiko der Sozialen Arbeit dar. Dieses Bewusstsein herrscht primär in Hochrisikoberufen wie der Polizei, Rettungssanitäter*innen oder Psychotherapeut*innen. An dieser Stelle ist das Bewusstsein in der Sozialen Arbeit im Rückschritt. Es benötigt die gesellschaftliche, sowie die eigene Anerkennung Professioneller von ST. PSA müssen anfangen, den Blick neben der Klientel, auch auf sich und die eigenen Belastungen zu richten, um langfristig gesund zu bleiben und die Arbeit ohne Krankheitsausfälle, Burnout, Mitgefühlsmüdigkeit, Depression oder sekundärer Traumatisierung gewährleisten zu können. Neben der Anerkennung der Erkrankung fehlt es hier vor allem an Wissen von sekundärer Traumatisierung und deren Symptomatik. Auch auf der Forschungsebene bleiben konkrete Zahlen von Betroffenen in den einzelnen Berufsfeldern der SA aus. Einige allgemeine Erhebungen sind dabei bereits veraltet. Auch die uneinheitliche Erfassung der Symptomatik in den unterschiedlichen Diagnosesystemen zeugt von einer professionellen Unschlüssigkeit bezüglich des Umgangs mit sekundärer Traumatisierung. Dementsprechend herrscht ein vages Unwissen bezüglich effektiven Lösungsansätzen in der Praxis. Wobei integriertes Wissen in der Ausbildung der SA die Selbstfürsorge steigern kann. Vor allem Berufsanfänger*innen sollten auf das Thema sensibilisiert werden, um das Befinden zu stärken und das Wohl zu steigern. Dies fordert von der SA die Sichtbarmachung innerhalb der eigenen Profession und in der Öffentlichkeit. Strukturelle Defizite, welche ST fördern, gehen unter und staatlich präventive, begleitende und nachsorgende Massnahmen zum Schutz von PSA bleiben defizitär.

Im Umgang mit ST benötigt die SA eine gelingende Verarbeitung. Betroffene müssen die Möglichkeit haben, über das Erlebte mit anderen Menschen zu sprechen und begleitet zu werden. Privat sowie auch professionell, da sich einige Freunde oder Familienangehörige von Betroffenen abwenden können, da das Verhalten mit Rückzugstendenz, Stimmungsschwankungen und wiederkehrenden Erzählungen nicht eingeordnet werden kann. An dieser Stelle ist das Arbeitsumfeld gefragt, welches empathisch und unterstützend eine auffangende Rolle einnehmen kann. Daraus ergeben sich relevante Erkenntnisse für den Umgang mit ST auf individueller-, Team- und Organisationsebene, sowie auf der fachlichen Ebene, auf die in den Kapiteln 3.6.1 und 3.6.2 vertieft eingegangen wurde.

Die folgenden Erkenntnisse sind dabei auf individueller Ebene; eine Verdrängung der Symptome zu verhindern und sich selbst eingestehen zu können, erkranken zu können, ohne ein Opfer im negativen Sinn zu sein. Hierbei sind Selbstreflexion und Psychohygiene Werkzeuge, die eine Erkrankung verhindern können. Dabei sollten eigene biografische Belastungen aufgearbeitet werden, um persönliche Trigger zu erkennen und sich emotional abgrenzen zu können.

Innerhalb der Organisationen und im Team ist die Anerkennung von ST wichtig und deren Umgang damit. Kollegiale Reflexion, regelmässige Supervision, professionelle Distanz und ein positiv kollegialer Umgang miteinander, stellen wirkungsvolle Schutzfaktoren dar. Fehler sollten nicht tabuisiert werden, um eine Fehlerkultur zu generieren. Auf der Führungsebene können Schutzkonzepte und genügend personelle Ressourcen einer Erkrankung von ST vorbeugen.

4.3 Kritische Reflektion und Ausblick

Die kritische Reflektion im Zusammenhang zwischen Professionellen in der Opferhilfe und sekundärer Traumatisierung bezieht sich vor allem auf die Unklarheiten in der Diagnose und dem Umgang von ST in der Praxis. Sicher steht, nur gesunde Fachkräfte können professionelle Arbeit gewährleisten. Sekundäre Traumatisierung ist (noch) nicht fest in der Praxis der Sozialen Arbeit etabliert und bleibt ein diffuses Krankheitsbild, welches weder medizinisch noch sozialarbeiterisch standardisiert wurde. Die Schwierigkeit dabei stellt die Differenzierung zu bestehenden psychischen Krankheiten, sowie dem individuellen Erleben der Symptome dar. Es bleibt fraglich, welche Folgen eine Etablierung dessen in dem Diagnosesystem ICD-11 mit sich tragen würde. Optional könnte die individuelle Verantwortung mehr auf die Organisation abgeschoben werden, möglicherweise mit der Debatte einer Enttabuisierung psychischer Erkrankungen von Fachpersonal. Gegebenenfalls kann es im Umkehrschluss auch zu einer individuellen Abschiebung emotionalem Empfinden in die pathologische Richtung kommen, dass Unwohlsein eher als krankhaft eingestuft wird, wodurch eine Stigmatisierung wieder gefördert werden könnte, und die Verantwortung vermehrt individualisiert wird. Der Kontext der ST bleibt weiterhin anwendungsorientiert, ohne bisherige neue theoretische Impulse oder Modelle aus der Forschung. Klar wird, dass individuelle und gesellschaftliche Strukturen einen Einfluss auf die Entwicklung und den Umgang mit sekundärer Traumatisierung haben. So auch die ungleich verteilten Ressourcen in den Opferhilfestellen, welche sich aufgrund der kantonalen Hoheit, stark voneinander unterscheiden.

Ein Ausblick für die Soziale Arbeit

Die folgenden Punkte beziehen sich auf weiterführende Fragestellungen für die Soziale Arbeit in den Opferhilfestellungen, welche sich aus den behandelten Themen der Thesis ergeben.

Wichtig wäre eine Erkenntnis bezüglich der tatsächlichen Rolle der Organisation und der einzelnen Fachperson in Bezug auf sekundäre Traumatisierung. Der Forschungsaspekt würde hier zusätzlich für Klarheit sorgen, um konkrete Erkenntnisse bezüglich fundierten Wissens zu generieren. Hierbei geht es um die Verantwortung des individuellen Schutzes und strukturellen Begebenheiten. Für die Praxis muss der Schutz für PSA so integriert werden, dass dieser als wirksam erlebt werden kann und den Mitarbeitenden nicht als Pflichtprogramm aufgedrückt wird. Somit würden Massnahmen als zusätzlichen Stressfaktor wirken und nicht entlastend. Offen bleibt, ob eine offizielle Anerkennung sekundärer Traumatisierung in der Praxis der OH sinnvoll und realistisch wäre. Als persönliche Erkenntnis sieht die Autorin die Relevanz der Selbstfürsorge im professionellen Setting. Nicht zuletzt, da durch die geminderte Arbeitsqualität die Klientel leidet, wenn erkrankte Professionelle weiterarbeiten. Die Verantwortung liegt, soweit einschätzbar, auf der individueller- sowie auf der Organisationsebene. Das Wohlbefinden der Mitarbeitenden muss Priorität erlangen. Der Weg dorthin kann unterschiedlich aussehen, darf jedoch nicht unterschätzt und muss thematisiert werden. Es benötigt gesellschaftlich, sowie professionell eine Enttabuisierung von psychischer Erkrankung innerhalb der Sozialen Arbeit. Dieses Wissen muss so übermittelt werden, dass keine überängstliche Haltung bei Adressat*innen entsteht und somit sekundäre Traumatisierung oder andere psychische Erkrankungen unter anderem gefördert werden könnte.

5. Literaturverzeichnis

Amrhein, Christine (2017). Dissoziative Störungen, Wenn zusammenhängende psychische Fähigkeiten auseinanderfallen: «Weggetreten-sein» als Dauerzustand. URL: <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/dissoziative-stoerungen/artikel/> [Zugriffsdatum: 17. März 2025].

Bering, Robert/Thüm, Sonja (2022). Kompendium Traumafolgen: Verlauf, Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS. 1. Die Auflage entspricht der aktuellen Auflage der Print-Ausgabe zum Zeitpunkt des E-Book-Kaufes. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bundesamt für Sozialversicherungen (2021). Schweizerische Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK). URL: <https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/akteure/verbaende-und-organisationen/default-1f5bfeb1d9> [Zugriffsdatum: 08. April 2025].

Bundesamt für Statistik (Hg.) (2024). Statistischer Rückblick auf die Opferhilfe 2000 bis 2022. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).

Daniels, Judith (2019). Fragebogen zur sekundären Traumatisierung. URL: <https://sekundaertraumatisierung.de/> [Zugriffsdatum: 19. März 2025].

Dittmar, Volker (2013). Epidemiologie und Komorbiditäten von Traumafolgeerkrankungen. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 53–61.

Dressing, Harald/Foerster, Klaus (2021). Traumafolgestörungen in ICD-10, ICD-11 und DSM-5. Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie. Deutschland: Springer-Verlag GmbH. S. 7.

Ebner, Gerhard/Bosshart, Herbert/Hatzinger, Martin/Mager, Ralf/Rota, Fulvia/Seifritz, Erich/Stieglitz, Rolf-Dieter/Herzog-Zwitter, Iris (2023). ICD-11 Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung. (2). S. 1–63. DOI: 10.4414/saez.2023.21604.

Eggli, Andrea/Romano, Diana (2022). Resilienz - das Wundermittel in Krisenzeiten. In: SozialAktuell. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit | Februar 2022. Resilienz von Fachpersonen und Adressat*innen angesichts von Krisen. (3). S. 12–15.

Eichenberg, Christiane/Zimmermann, Peter (2017). Einführung Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Eilers, Rebekka/Rosner, Rita (2021). Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis: Eine Übersicht und Einordnung der neuen ICD-11 Kriterien in Bezug auf Kinder und Jugendliche. In: Kindheit und Entwicklung. 30. Jg. (3). S. 144–153. DOI: 10.1026/0942-5403/a000342.

Fydrich, Thomas (2021). Diagnostik in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In: Schmidt-Atzert, Lothar/Krumm, Stefan/Amelang, Manfred (Hg.). Psychologische Diagnostik. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. S. 690–726.

Gapp-Bauss, Sabine (2008). Selbstfürsorge und Selbststeuerung. In: Fliß, Claudia/Igney, Claudia (Hg.). Handbuch Trauma und Dissoziation. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 286–296.

Gebrande, Julia (2021). Soziale Arbeit nach traumatischen Erfahrungen. Grundkenntnisse für den Umgang mit traumatisierten Menschen. 1. Auflage. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Görges, Hans-Joachim/Hantke, Lydia (2010). Entwicklungsherausforderungen aus praxisreflektierender und praxisqualifizierender Perspektive. In: Hartmann, Jutta (Hg.). Perspektiven professioneller Opferhilfe: Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfelds. 1. Auflage. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 298.

Hermann, Ernst K. (2004). Opfer von Straftaten und posttraumatische Belastungsstörung. In: Bundesamt für Justiz (Hg.). Opferhilfe in der Schweiz. Erfahrungen und Perspektiven. Bern: Haupt Verlag. S. 167–193.

Huster, Ernst-Ulrich/Wendler, Michael (2024). Der Körper als Ressourcen der Sozialen Arbeit. In: SozialAktuell. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit | Januar 2024. Der Körper in der Sozialen Arbeit. (2). S. 12–15.

Ilka, Mathis (2018). Du Opfer.

Jegodtka, Renate (2016). Sekundäre Traumatisierung. Existenzielle Berührung und Selbstfürsorge in pädagogischen Arbeitsfeldern. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Brigitte (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Beltz Verlag. S. 139–151.

Kersten, Anne (2015). Opferstatus und Geschlecht. Zürich: Seismo Verlag AG.

Keupp, Heiner/Straus, Florian/Mosser, Peter/Gmür, Wolfgang/Hackenschmied, Gerhard (2017). Schweigen – Aufdeckung – Aufarbeitung: Sexualisierte, psychische und physische Gewalt im Benediktinerstift Kremsmünster. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Knefel, Matthias (2021). Trauma (Psychologie). URL: <https://www.socialnet.de/lexikon/Trauma-Psychologie> [Zugriffsdatum: 05. März 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. b). Was ist die Opferhilfe? URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/was-ist-opferhilfe/> [Zugriffsdatum: 02. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. a). Beratung. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/was-ist-opferhilfe/beratung/> [Zugriffsdatum: 02. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. h). Körperliche Gewalt. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/ich-bin-opfer-von/korperliche-gewalt/> [Zugriffsdatum: 10. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. g). Sexuelle Gewalt. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/ich-bin-opfer-von/sexuellegewalt/> [Zugriffsdatum: 10. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. c). Rechte. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/was-ist-opferhilfe/rechte/> [Zugriffsdatum: 08. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. d). Finanzielle Hilfe. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/quest-ce-que-laide-aux-victimes/finanzielle-hilfe/> [Zugriffsdatum: 08. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. e). Schutz. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/was-ist-opferhilfe/schutz/> [Zugriffsdatum: 08. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. f). Ich bin Opfer von... URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/ich-bin-opfer-von/> [Zugriffsdatum: 10. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. i). Häusliche Gewalt. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/ich-bin-opfer-von/hauslichegewalt/> [Zugriffsdatum: 10. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. j). Weitere Straftaten. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/ich-bin-opfer-von/weiterestraftaten/> [Zugriffsdatum: 10. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. k). Fürsorgerische Zwangsmassnahmen. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/ich-bin-opfer-von/fursorgerische-zwangsmassnahmen/> [Zugriffsdatum: 10. April 2025].

Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J. l). Gewalt im Alter. URL: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/ich-bin-opfer-von/gewalt-im-alter/> [Zugriffsdatum: 10. April 2025].

Koso-Drljević, Maida/Husremović, Dženana (2022). Neurobiologie des Gedächtnisses bei Trauma-Überlebenden. In: Hamburger, Andreas/Hancheva, Camellia/Volkan, Vamık (Hg.). Soziales Trauma: Ein interdisziplinäres Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. S. 193–221.

Maercker, Andreas/Eberle, David J. (2022). Was bringt die ICD-11 im Bereich der trauma- und belastungsbezogenen Diagnosen? In: Verhaltenstherapie. 32. Jg. (3). S. 62–71. DOI: 10.1159/000524958.

Opferhilfe beider Basel (2022). Information Angebot Opferhilfe Basel.

Pausch, Markus J./Matten, Sven J. (2018). Trauma und Traumafolgestörung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Pfeifer, Samuel (2021). Sekundäre Traumatisierung. URL: <https://www.hfs-zizers.ch/wissen/sekundaere-traumatisierung/> [Zugriffsdatum: 26. März 2025].

Priet, Rosmarie (2010). Allgemeine und zielgruppenspezifische Opferhilfe aus psychosozialer Perspektive. In: Hartmann, Jutta (Hg.). Perspektiven professioneller Opferhilfe: Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfelds. 1. Auflage. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pro Infirmis (2025). Beistandschaft. URL: <https://www.proinfirmis.ch/behindertwastun/erwachsenenschutz/beistandschaft.html> [Zugriffsdatum: 03. April 2025].

Richartz-Salzbürger, Elke/Wormstall, Henning/Morawetz, Carmen (o.J.). Kurzleitfaden Psychopathologie.

Rüppel, Andrea (2008). Soziale Unterstützung traumatisierter Menschen. In: Fliß, Claudia/Igney, Claudia (Hg.). Handbuch Trauma und Dissoziation. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 269–286.

Sabel, Bernhard/Roschinski, Adelheid (2010). Sekundäre Traumatisierung - Berufsrisiko der Helfer. In: Wagner, Ringo (Hg.). Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen. 1. Aufl. Magdeburg: Friedrich-Ebert-Stiftung. S. 35–46.

Sammut Scerri, Clarissa/Vetere, Arlene/Abela, Angela/Cooper, Jan (2024). Intervention nach häuslicher Gewalt: Therapie für Paare und Familien. Cham: Springer International Publishing.

Schmidt-Atzert, Lothar/Krumm, Stefan/Amelang, Manfred (Hg.) (2021a). Psychologische Diagnostik. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Schmidt-Atzert, Lothar/Krumm, Stefan/Amelang, Manfred (2021). Diagnostisches Verfahren. In: Schmidt-Atzert, Lothar/Krumm, Stefan/Amelang, Manfred (Hg.). Psychologische Diagnostik. 6. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. S. 209–461.

Schmidt-Atzert, Lothar/Krumm, Stefan/Amelang, Manfred (2021b). Durchführung einer diagnostischen Untersuchung und Gutachtenserstellung. In: Schmidt-Atzert, Lothar/Krumm, Stefan/Amelang, Manfred (Hg.). Psychologische Diagnostik. 6. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. S. 477–524.

Schulten, Andrea (2020). Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko: Prävention – Schutz – Heilung. In: Riffer, Friedrich/Sprung, Manuel/Kaiser, Elmar/Streibl, Lore (Hg.). Therapeutische Beziehungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. 4. Jg. S. 169–191.

Sexuelle Gesundheit Schweiz (o.J.). Sexualisierte Gewalt. URL: <https://www.sexuelle-gesundheit.ch/themen/sexualisierte-gewalt> [Zugriffsdatum: 04. April 2025].

Tagay, Sefik/Schlottbohm, Ellen/Lindner, Marion (2016). Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnostik, Therapie und Prävention. 1. Auflage. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Wagner, Ringo (2010). Vorwort. In: Wagner, Ringo (Hg.). Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen. 1. Aufl. Madgeburg: Friedrich-Ebert-Stiftung. S. 4–6.

Welt, Carola (2024). Burnout - Symptome, Phasen und Behandlung. URL: <https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Burnout-Symptome-Phasen-und-Behandlung,burnout230.html> [Zugriffsdatum: 30. März 2025].

Wieland, Norbert (2011). Resilienz- und Resilienzförderung - eine begriffliche Systematisierung. In: Zander, Margherita/Roemer, Martin (Hg.). Handbuch Resilienzförderung. 1. Auflage. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 179–207.

Živanović, Marko/Marković, Maša Vukčević (2022). Sekundäre Traumatisierung. In: Hamburger, Andreas/Hancheva, Camellia/Volkan, Vamik (Hg.). Soziales Trauma: Ein interdisziplinäres Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. S. 279–286.

5.1. Abbildungsverzeichnis/Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Mögliche Entwicklung nach einem Trauma (Tagay et al. 2013 In: Tagay et al. 2016: 39).....	15
Abbildung 2: Klassifikation traumatischer Ereignisse (Gebrande 2021: 35)	19
Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl Beratungen, 2000-2022 (Bundesamt für Statistik 2024: 9).....	38
Tabelle 1: Symptome primärer Traumatisierung (eigene Darstellung).....	20
Tabelle 2: Symptome sekundärer Traumatisierung (eigene Darstellung)	33