

Gabriele Fleck-Hartmuth

Braucht es eine traumasensible Supervision?

Plädoyer für Traumawissen im

Ausbildungscurriculum

eingereicht als

Abschlussarbeit im Zertifikatsstudiengang „Supervision und Coaching“

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, Jahr der Einreichung

2022

Erstprüfer: Alice Gayed

Zweitprüfer: Falko von Ameln

vorgelegte Arbeit wurde verteidigt am 04.02.2022

## **Braucht es eine traumasensible Supervision? Plädoyer für Traumawissen im Ausbildungscurriculum**

Theoretische Grundlagen sind für den sensiblen Umgang mit Trauma die wesentliche Voraussetzung. Die Folgen und Auswirkungen von Trauma auf den Körper sind dabei ein wertvoller Beitrag und Schlüssel zum tieferen Verstehen. Beides ermöglicht erst eine Auseinandersetzung und Wahrnehmung von Traumaphänomenen bei sich selbst und in der sozialen Interaktion. Erste allgemeine Ansätze zum Umgang mit traumatisierten Menschen werden angedeutet und schlagen die Brücke zum Arbeiten in der Supervision. Was und wie zeigt sich Trauma in der Supervision und welche Rolle spielt die Sekundärtraumatisierung? Mit dem Traumawissen geht durch die *neue Brille des Verstehens* die Einübung einer sensibilisierten Haltung einher. In der logischen Konsequenz braucht es für diese Haltung auch ein methodisches Repertoire, um entsprechend arbeiten zu können. Es folgt die Auseinandersetzung mit den Grenzen des Formats der Supervision für Menschen mit Traumaerfahrungen. Abschließend rundet das Plädoyer für die Beschäftigung mit Traumawissen als wichtigen Bestandteil der supervisorischen Grundkompetenz und somit als Teil des Ausbildungscurriculums die Abschlussarbeit ab.

---

Gendergerechte Sprache: In der Arbeit verwende ich zufällig abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

## Inhaltsverzeichnis

|        |                                                                          |    |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 0.     | Vorwort .....                                                            | 4  |
| 1.     | Theoretische Grundlagen .....                                            | 5  |
| 1.1.   | Was ist ein Trauma?.....                                                 | 5  |
| 1.2.   | Was passiert bei einer Traumatisierung im Körper? .....                  | 7  |
| 1.2.1. | Toleranzfenster.....                                                     | 8  |
| 1.2.2. | Trauma und Sprache .....                                                 | 10 |
| 1.2.3. | Trauma und Gedächtnis .....                                              | 11 |
| 1.2.4. | Transgenerationale Traumen.....                                          | 12 |
| 1.3.   | Sekundärtraumatisierung.....                                             | 12 |
| 2.     | Folgen für den Alltag oder woran erkennt man eine Traumatisierung? ..... | 14 |
| 2.1.   | Selbstregulation .....                                                   | 14 |
| 2.2.   | Bindungsfähigkeit .....                                                  | 16 |
| 2.3.   | Kommunikation .....                                                      | 17 |
| 3.     | Ansätze zur Stabilisierung .....                                         | 18 |
| 3.1.   | Sicherheit.....                                                          | 18 |
| 3.2.   | Neuverhandlung .....                                                     | 19 |
| 3.3.   | systemisches Arbeiten.....                                               | 20 |
| 4.     | Trauma – Erleben in der Supervision .....                                | 21 |
| 4.1.   | Einzelsupervision.....                                                   | 21 |
| 4.2.   | Teamsupervision .....                                                    | 22 |
| 5.     | Voraussetzung und Standards für die traumasensible Supervision.....      | 24 |
| 5.1.   | Haltung .....                                                            | 25 |
| 5.2.   | Tools.....                                                               | 26 |
| 6.     | Grenzen von Supervision .....                                            | 27 |
| 7.     | Plädoyer für eine traumasensible Supervision.....                        | 28 |
| 8.     | Literatur und Links .....                                                | 31 |
|        | Selbständigkeitserklärung.....                                           | 34 |

## 0. Vorwort

Brauchen angehende Supervisorinnen und Supervisoren Grundkompetenzen im Bereich der Psychotraumatologie – brauchen sie Wissen über Trauma?

Was treibt mich an, diese Frage zu stellen und warum ist es mir wichtig, sie in meiner Abschlussarbeit zu beleuchten?

Ganz aktuell sind wir Menschen 2022 weltweit in noch nie da gewesener Weise von Krisen umgeben: Zu den bekannten kriegerischen und machtpolitischen Auseinandersetzungen kommt die pandemische Lage durch Covid 19 und die Klimakrise als weltweite Bedrohung für alle Menschen hinzu. „Wie kann man einen Über-Blick gewinnen, wenn nach und nach unsere gewohnten Lebensgrundlagen wegbrechen?“ (Handtke; Görkes, 2021, S.10). Die Krise als Dauerthema kann zu Traumafolgestörungen führen (ebenda S. 47) und erfordert für uns Supervisorinnen Instrumente und Methoden, um wieder eine Draufsicht zu ermöglichen. Ich stelle die Hypothese auf, dass eine Traumakompetenz uns Supervisoren neue Zugänge ermöglicht und einen krisen- und traumasensiblen Umgang ermöglicht.

Ein Blick in die repräsentative Mitgliederbefragung der Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGSv) 2020 zeigt darüber hinaus, dass die meisten Supervisoren ihre Beratung in den Feldern der Sozialen Arbeit (82,68%) anbieten (dgsv, 2021, Kurzfassung, S. 3). Bei den Themen steht das Konfliktmanagement mit 83,60% an erster Stelle (dgsv, 2021, Kurzfassung, S. 9). Wenn man berücksichtigt, dass die Umfrage kurz vor Ausbruch der Pandemie abgeschlossen war ist anzunehmen, dass der Bedarf für Konfliktmanagement ab Mitte März 2020 mit dem Ausbruch der Pandemie noch zugenommen hat.

Es könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Supervisorin in ihrer Praxis mit großer Wahrscheinlichkeit in Einzel- oder Teamsettings auf Personen trifft, deren Aufgabe es ist, andere Menschen in ihrem - oft konflikt- und krisenhaften - Lebensalltag zu begleiten. Themen, wie Überlastung, Gewalt und Vernachlässigung sind dafür Beispiele.

Ich arbeite seit vielen Jahren selbst in der stationären Jugendhilfe und habe in diesem Feld aufgrund zahlreicher Erfahrungen mit traumatisierten Kindern und ihren Familien, aber auch Fachkräften sowohl mich zur Traumafachberaterin und Traumapädagogin weitergebildet, als auch meine Mitarbeiter traumasensibel geschult. Dabei habe ich vielfach erfahren, wie wichtig Supervision als unterstützende Ressource in diesem Feld wirken kann. Supervisorinnen, die nicht darauf vorbereitet sind, haben es schwer, die Dynamik von traumatisierten Menschen und den Auswirkungen auf ihr Umfeld einordnen und bewerten zu können. Gerade im stationären Bereich - sowohl in (psychiatrischen) Kliniken als auch in Heimen – sind die Fachkräfte mit den Klienten intensiv zusammen und im Kontakt. Die von den Klienten erleb-

ten Traumatas sind und werden im Kontakt mit den Fachkräften spürbar, werden vielfach reinsziniert und haben nicht selten *toxischen Charakter* für das Umfeld. Man spricht hier von der sogenannten Sekundärtraumatisierung (s. 1.3.), der Supervisoren in ihren Settings in unterschiedlichem Ausmaß begegnen.

Diese traumainduzierten Phänomene und Verhaltensweisen verstehen und deuten zu können ist für Mitarbeitende in diesen Arbeitsfeldern elementar und trägt zur Möglichkeit der Distanzierung bei. Auch für den Supervisor ist dieses Wissen eine wichtige Basis, um sich zu orientieren, Erlebtes einzuordnen und sich selbst in der Begegnung zu regulieren.

Wissen über Trauma kann somit sowohl die Supervisorin sicher und handlungsfähig machen, als auch im Sinne der Psychoedukation und entsprechender Methoden entlastend im supervisorischen Prozess eingesetzt werden.

Es geht darum, „den Supervisionsprozess um grundlegende Variablen eines Ressourcenorientierten Verständnisses dessen zu bereichern, was die neue Traumatheorie und -praxis an Erkenntnissen bereithält“ (Handtke; Görges, 2021, S.12).

## **1. Theoretische Grundlagen**

„...ohne ein für die Arbeit brauchbares Verständnis davon, wie Traumata in Körper, Gehirn und Geist sowie in Psyche und Seele prägende Erinnerungsspuren hinterlassen, werden die Helfer beim Heilungsprozess sich unweigerlich im Labyrinth von Ursache und Wirkung verirren.“ (Levine, 2015, Trauma und Gedächtnis S. 22)

Die Psychotraumatologie ist eine junge Wissenschaft, die sich mit der Frage beschäftigt, welche Folgen traumatisches Erleben auf das Verhalten des Menschen und ihr Umfeld hat. Sie hält Erkenntnisse bereit, die unsere Sicht auf traumatisierte Menschen einerseits und den daraus abgeleiteten Umgang mit traumainduzierten Phänomenen in der Gesellschaft andererseits verändern. Die wichtigsten Grundlagen für das Verständnis des komplexen Themas werden im ersten Kapitel skizziert.

### **1.1. Was ist ein Trauma?**

„Ein Leben mit einer Traumatisierung ist sehr anstrengend, denn diese zeigt sich praktisch in allen Lebensbereichen“ (Dami Charf, 2018, S. 29).

Trauma heißt im Griechischen Wunde oder Verletzung und bedeutet im engeren medizinischen Sinne die Verletzung z.B. eines Organes.

Trauma im psychologischen Sinne bedeutet eine seelische Verletzung oder Erschütterung - man spricht dann oft von Psychotrauma. Eine Traumatisierung passiert - in Anlehnung an ein Zitat von Peter Levine - für den Betroffenen immer dann, wenn ein Ereignis für ihn subjektiv zu viel (Menge), zu schnell (Tempo) und zu plötzlich (Schock) geschieht. Es sind die persönlichen Ressourcen, die darüber entscheiden, ob ein Mensch traumatisiert wird.

Seelische Verletzungen gibt es in der Bandbreite von geringem Umfang (z.B. ein Umzug) bis hin zu erschütternden Ausmaßen mit gravierenden Folgen (z.B. Unfall; Vergewaltigung). Trauma ist „eine normale Reaktion eines Menschen auf ein abnormales Ereignis“ (Levine, o. D.). Das Trauma geht - je nach persönlichem Erleben - mit der Erfahrung von Hilflosigkeit und „schutzloser Preisgabe“ einher und bewirkt so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis. Krüger schreibt: „Dies ist die eigentliche „Traumafalle“: Es gibt bei aller Bedrohung keinen Ausweg“ (Krüger, 2017, S.19).

Eine wichtige Unterscheidung in der Traumalogie ist die zwischen Schocktrauma und Entwicklungstrauma. Schocktrauma oder Traumatyp I ist ein einmaliges, lebensbedrohliches Ereignis wie ein Unfall, eine Vergewaltigung, eine Flucht, Krieg oder eine Naturkatastrophe. Entwicklungstrauma oder Traumatyp II entsteht durch über langen Zeitraum wiederkehrende entwicklungsgefährdende Ereignisse, ausgelöst durch Bindungspersonen (v.a. frühe Traumata, Vernachlässigung, Gewalt). In der Folge zeigen (entwicklungs-) traumatisierte Kinder, Jugendliche oder Erwachsene dann entsprechende Verhaltensweisen, die auf eine Dysregulation hinweisen (wie z.B. Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen, Unruhe, s. auch 1.2.1.). Eine besonders bekannte Traumafolge ist die Posttraumatische Belastungsstörung. Sie wurde 1980 in den USA in der Arbeit mit Kriegsveteranen als neue Diagnose für ein Störungsbild formuliert (Kolk, 2016, S.29). Es handelt sich um die einzige, in der ICD-10 (F43.1) anerkannte psychische Erkrankung im Zusammenhang mit einer Traumatisierung. Typische vorliegende Merkmale sind das Erleben von Flashbacks, Alpträume, unkontrolliertes Wiederauftreten von körperlichen und psychischen Trauma-Reaktionen, Vermeidungsverhalten und ein erhöhtes Erregungsniveau (z.B. Gereiztheit, Schlaflosigkeit).

Wenn Menschen Zeugen eines Verbrechens, Überfalls oder von Gewalt werden ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder besonders groß, davon traumatisiert zu werden, da sie keine Chance haben, die Situation zu beeinflussen. Außerdem sind sie aufgrund ihres Alters nicht in der Lage die Situation einzuschätzen und ihr zu entfliehen.

Levine weist darauf hin, dass „Trauma keine Krankheit ist, sondern eine menschliche Erfahrung, die in Überlebensinstinkten wurzelt“ (Levine, 2013, S. 13).

## 1.2. Was passiert bei einer Traumatisierung im Körper?

Ein Mensch wird traumatisiert, wenn er auf Gefahr nicht adäquat - mit Flucht oder Kampf - reagieren kann, sondern von dem Ereignis überwältigt wird. Bei Gefahr reagiert der Körper blitzschnell und stammhirngeleitet mit dem Hochfahren des sympathischen Systems – alles wird folglich für Kampf und Flucht bereitgestellt (erhöhter Blutdruck, Herzrasen, Schwitzen, Angst...).

Wenn Kampf- oder Fluchtverhalten kurz- oder längerfristig nicht möglich bzw. nicht wirksam sind, steigt die Angst. Weil die Angst zunimmt und der Körper durch die steigende Erregung keine weitere Zunahme mehr verkraften kann wird der Körper quasi abgeschaltet in die Erstarrung oder den Totstellreflex. Der Körper stellt sich damit um auf reduzierte, sparsame Körperfunktionen: Niedriger Blutdruck, langsamer Herzschlag, bewegungsunfähig, kein Schmerzempfinden. Dieses Abschalten - oder auch Dissoziation - bewirkt, dass das Schlimme dann nicht mehr gefühlt und wahrgenommen werden muss (Fragmentierung von Denken, Fühlen und Körperempfinden). Es handelt sich um einen evolutionär entstandenen Überlebensschutz, der auch bei den Säugetieren beobachten werden kann (Levine, 2013, S.61).

Der Nachteil ist, dass das *Notfallprogramm* des Körpers dafür sorgt, dass durch die Trennung von der Großhirnrinde (bewusstes Denken, Wahrnehmen, Entscheiden) zum Stammhirn mit limbischem System die Einordnung des Geschehenen in Zeit und Raum nicht möglich ist. Der Betroffene kann folglich sein Erleben nicht chronologisch einzuordnen und erinnern. (s. Punkt 1.2.3. Trauma und Gedächtnis mit den dort beschriebenen Folgen).

Hofer-Moser u.a. weisen darauf hin, dass das traumatische Erleben durch das Auslösen der traumatischen Reaktion - durch die dann folgende Fragmentierung von Gefühl, Sinneswahrnehmung und Zeit - nicht in das autobiografische Selbst integriert werden kann (Hofer-Moser u.a., 2020, S.74). Hantke und Görges verwenden dafür u.a. den Begriff „Reiz-Reaktionsmodell der Traumatheorie“ (Hantke, Görges, 2012, S. 28). Sie nutzen für das bessere Verstehen in ihrer bildhaften Darstellung ein Häuschen für die schnelle Reaktion aus dem Hirnstamm und limbischen System sowie einen Kopf für den Denker. Während im Ressourcenbereich (oder Toleranzfenster) beide gut zusammenarbeiten spalten sie sich in der Notfallreaktion voneinander ab (ebenda, S. 37 f.).

In der Literatur wird auch vom Dreiteiligen Gehirn gesprochen (Charf, 2018; S.163ff):

- a) Die Großhirnrinde mit Neokortex oder rationales Gehirn als größter und jüngster Teil des Gehirns mit Denken, Sprache, Bewusstsein; reagiert eher langsam, wird bei der Notfallreaktion ausgeschaltet.
- b) Das limbische System als Gefühlszentrale, Amygdala mit Alarmfunktion, Hippocampus mit Raum- und Zeitverständnis.

- c) das Stammhirn, auch Reptiliengehirn genannt, mit grundlegenden Körperfunktionen, wie Atmung, Herzschlag, Verdauung; reagiert sehr schnell; ältester Teil des Gehirns, für das Überleben (durch für Flucht und Kampf bzw. Erstarrung) verantwortlich; funktioniert auch im Koma.

Alle Teile des Gehirns sind miteinander verbunden. Durch eine Traumatisierung wird „das Gehirn und die Art, wie es arbeitet“ verändert (Hantke, Görges, 2012, S. 32).

### **1.2.1. Toleranzfenster**

Fenster der Toleranz ist ein von Dr. Daniel Siegel geprägter Begriff. Er wird heute allgemein verwendet, um normale Beziehungen zwischen Gehirn und Körper zu verstehen und zu beschreiben, besonders nach Widrigkeiten.“ (s. Attachment and Trauma Treatment centre for healing ATTCH).

Mit Toleranzfenster oder auch gehaltener Bereich wird unser emotionaler Erregungsbereich bezeichnet, in dem wir uns wohl fühlen. Wir können in diesem Feld kreativ sein, engagiert, wach und fühlen uns mit der Welt verbunden. Es ist uns möglich zu interagieren. Übermäßiger Stress und große Freude – also starke Emotionen - können wahrgenommen und abgefedert werden.

Sind wir als Babys von unseren nahen Bezugspersonen gut in unseren Bedürfnissen reguliert worden und haben in der Schwangerschaft und während der Geburt und danach keinen Mangel, Gewalt oder andere Störungen erlebt, können wir sehr flexibel mit unterschiedlichen Erregungsniveaus in uns jonglieren. Unsere emotionale Erlebnisfähigkeit ist dann sehr breit und wir sind in der Lage Traurigkeit, Aufregung, Stress aber auch übermäßige Freude und Glück zu fühlen und in uns zu halten ohne zu dissoziieren.

Unser autonomes Nervensystem (ANS) sorgt rund um die Uhr dafür, dass nach sympathischer Erregung parasympathische Entspannung folgt. Wie in der Abbildung (Abb.1) sichtbar gibt es einen Normal- oder Wohlfühlbereich, in dem wir uns bewegen. Wird der Mensch durch ein traumatisches Ereignis, das subjektiv als zu viel, zu schnell und zu plötzlich erlebt wird erschüttert, aktiviert der Körper das Notfallprogramm mit Kampf, Flucht oder Erstarrung. Kann die Person nicht kämpfen oder fliehen wird die ganze Energie, die der Körper für Kampf und Flucht zur Verfügung gestellt hat im Körper in Form von Erregung gespeichert. Die Energie bleibt im Körper und zeigt sich in der Folge häufig in einem erhöhten Erregungsniveau.

Sind Tiere extrem bedroht erstarren sie. Kann das Tier nochmal fliehen, kann man beobachten, dass der Körper den Schrecken später wieder rauszittert. Danach ist das Nervensystem wieder „normal“. Beim Menschen fehlt das wichtige Zittern häufig und somit bleibt die Spannung im Körper. Levine beschreibt in seinem Buch ausführlich, wie wichtig es war, dass sein



körperliches Zittern nach seinem Unfall nicht unterbunden wurde. In der Situation war eine Person anwesend, bei der er sich sicher gefühlt hat. Beides zusammen hat ihn vor einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bewahrt – so seine Hypothese (Levine, 2013, Sprache ohne Worte, S.36).

Nach einem einmaligen oder permanenten - als traumatisch erlebten - Ereignis reagiert das Nervensystem und der Körper des Betroffenen verändert sich. Das Toleranzfenster ist dadurch verengt und Außenreize, die objektiv keine Gefahr sind, führen durch die Verengung viel schneller zu überschießenden Reaktionen. Auch ohne Gefahr oder bei kleinsten Anforderungen, auch Trigger genannt, reagiert ein traumatisierter Mensch mit Kampf- und Fluchtimpulsen. Trigger ist ein Auslösereiz für Traumasymptome. Auslösereize sind für die betroffene Person in bestimmter Weise an das traumatische Ereignis gekoppelt (Gerüche, Geschmack, Gesten, Farben, Gegenstände, Orte, Geräusche, Berührungen...). Dabei kann es zu einer Überkopplung kommen, der Mensch empfindet Angst bzw. Panik und auf der Verhaltensebene wird z.B. Aggression und/oder starke Unruhe sichtbar (ADHS als *typische* Diagnose). Die zweite Möglichkeit ist die Unterkopplung. Personen, die unterkoppelt sind wirken dagegen antriebslos, abwesend oder depressiv. Unterkopplungsdynamiken sind ein hochenergetischer Zustand. Unter jeder Unterkopplung ist eine Überkopplung verborgen – es fühlt sich an wie Gas und Bremse gleichzeitig. *Trigger* sind in der Lage, die Bremse zu lösen und Flucht- und Kampfmechanismen damit auszulösen. Denken und Körpergefühl werden „getrennt“. Die Personen stehen wie neben sich (Depersonalisation).

Im *Traumamodus* gibt es keine Unterscheidung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und auch nicht zwischen vorgestelltem Ereignis und realem Ereignis. Das erklärt, warum *angetriggerte* Menschen emotional mit der Traumareaktion reagieren, auch wenn im Hier und Jetzt keine lebensbedrohliche Situation vorliegt.

## Toleranzfenster (schematische Darstellung)

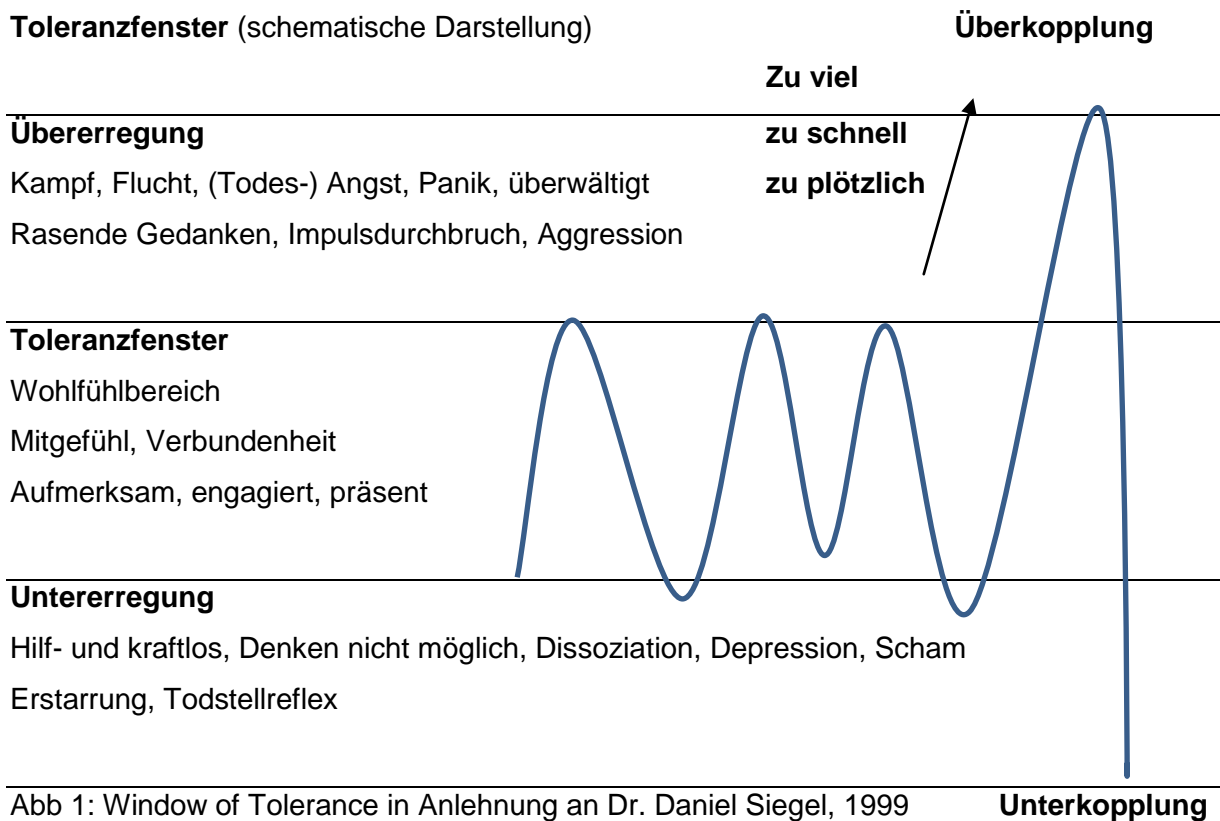


Abb 1: Window of Tolerance in Anlehnung an Dr. Daniel Siegel, 1999

„Wenn die Verarbeitungskapazität des Organismus überfordert ist – was immer verbunden ist mit einem starken, im Moment des Erlebens nicht aushaltbaren Gefühl -, fallen in unserem Verarbeitungssystem wichtige Funktionen auseinander“ (Hantke, Görge, 2021, S. 28). Das Verstehen von Dissoziation als Überlebensmechanismus ist grundlegend für das Verständnis: Die Dissoziation zeigt an, dass das Nervensystem des Menschen durch die Konfrontation mit starken Emotionen mit einer Notfallreaktion (ebenda, S.75) und mit einer Unterkopplung (s. Glossar) reagiert. Es handelt sich um einen vorgegebenen Mechanismus unserer Organismen.

### 1.2.2. Trauma und Sprache

„Alle Traumata sind präverbal“ (Kolk, 2015, S.57).

Traumatisches Erleben hinterlässt im Gehirn weiße Flecken im Sprachzentrum ähnlich wie bei Menschen mit einem Schlaganfall. Die Informationen, die unter traumatischen Erfahrungen aufgenommen werden scheinen bei der Verarbeitung und Einsortierung in die Erinnerung „stecken zu bleiben“ (Sabine Bode, 2017, die vergessene Generation, S.208). Unser Gehirn verarbeitet Informationen zu Erlebnissen in der Regel so, dass wir sie anschließend mit Hilfe unseres Hypocampus – Hantke nutzt den Begriff des Bibliothekars – in Zeit und

Raum einsortieren (s. 1.2.3.) Das ist da – wie beschrieben - nicht möglich aber gleichzeitig die Voraussetzung, um darüber als in der Vergangenheit abgespeichertes Erleben zu sprechen.

Wenn Trauma erinnert wird und noch nicht ausreichend integriert ist (integriert wäre es, wenn es so verarbeitet ist, dass es nicht mehr zu Flashbacks und emotionalen Überwältigungssituationen kommt), folgt in der Regel eine starke linksseitige emotionale Aktivierung im Gehirn. Der Bereich des Broca Areal im Gehirn dagegen ist kaum aktiviert – dort ist das sprachliche Vermögen verortet. Das erklärt warum die Betroffenen oft keine Worte haben, es fehlt also die Fähigkeit darüber zu sprechen.

Das macht deutlich, warum über traumatisches Erleben oft nicht oder sehr schwer, oft Jahre später erst gesprochen werden kann. Das hat auch dramatische strafrechtliche Konsequenzen. Wie aus dem Bereich von sexuellem Missbrauch im Kindesalter bekannt ist können Betroffene oft erst nach 30 und mehr Jahren über den Missbrauch sprechen – die Strafverfolgung ist dann schon verjährt und eine klassische Aufarbeitung nur schwer möglich. Auch die Frage der Glaubwürdigkeit der Aussagen treibt die Gerichte um und demütigt die Opfer ein weiteres Mal (Kolk, 2015, S. 227f.)

Therapeutische Angebote, die überwiegend über die Sprache arbeiten sind aufgrund der mangelnden sprachlichen Ausdrucksfähigkeit oftmals für die Bearbeitung akuter Trauma keine Lösung für die Betroffenen.

### **1.2.3. Trauma und Gedächtnis**

„Erinnerungen bilden das Fundament unserer Identität.“ (Levine, 2015, Trauma und Gedächtnis, S. 29). Das Einsortieren von Erlebtem - auch im Vergleich von bereits Erfahrenem – gibt uns Orientierung und sichert unser Überleben.

„Aus einem Ereignis wird nur dann ein Trauma, wenn überwältigende Emotionen eine angemessene Verarbeitung der Erinnerung stören.“ (ebenda, S. 9). Es fehlt dadurch eine Einordnung des Geschehenen in unserer „Bibliothek“, dem Hippocampus, einem wichtigen Teil unseres limbischen Systems. Das Trauma kann somit nicht als Teil der Lebensgeschichte einsortiert und nicht als vergangen wahrgenommen werden. Es wird bei kleinsten Ähnlichkeiten mit der alten Situation erneut als reale Situation im Hier und Jetzt erlebt.

Das Gedächtnis schont traumatisierte Menschen durch Vergessen. Während sich normale Erinnerung über die Jahre wandelt und immer wieder neu bewertet und erzählt wird, ändern sich Traumageschichten nicht – sie sind starr. Je emotionaler eine Erinnerung ist, desto besser können wir sie normalerweise erinnern, „am meisten erinnern wir uns gewöhnlich an Beleidigungen und Verletzungen“ (Kolk, 2015, S. 212). Wenn der Schrecken zu groß wird schaltet das Gehirn um und überlässt dem Stammhirn die Führung. Funktionen von Sprache, Erinnerung und Orientierung in Zeit und Raum sind dann fragmentiert und können nicht als

zusammenhängende Erfahrung abgespeichert werden. Es fehlt die Brücke von Vergangenheit zu Gegenwart und verhindert die Wahrnehmung vom Leben als Fluss. „Ohne ein solides Begreifen der im Gehirn abgelegten und im Körper gespeicherten multidimensionalen Struktur traumatischer Erinnerungen strampeln sich Therapeuten oft ab bei dem Versuch, aus dem Sumpf der Uneindeutigkeit und Ungewissheit herauszukommen.“ (Levine, 2015, Trauma und Gedächtnis S.22).

#### **1.2.4. Transgenerationale Traumen**

Der Frage, inwieweit Traumen weitervererbt werden ist vor allem in Verbindung mit Kriegstraumas schon vielfach nachgegangen worden. Sabine Bode beschreibt in ihren Büchern die Symptome einer Traumatisierung in der Kriegskinder- (1945-1960) und Kriegsenkelgeneration (1960-1975). Sexualisierte Gewalt wird in Kriegen vielfach wie eine Kriegswaffe eingesetzt; sie schwächt mehrere Generationen – das heißt die ökonomischen Folgen und Auswirkung auf die Familien sind gravierend. Die Dauer der Heilung dauert Jahrzehnte.

In einem Kirschblütenduftexperiment mit Mäusen wurde der Kontakt von Mäusen mit Kirschblütenduft mit einem Stromschlag konditioniert. Diese Konditionierung konnte fünf „Mäusegenerationen“ nachgewiesen werden. Bei Untersuchungen von Kindern von Holocaustüberlebenden wurde ein erhöhter Kortisolspiegel und andere erhöhte Angstmarker gemessen. Auch das Nacherleben und Träumen von konkreten Bildern, Emotionen und Ereignissen, die die Nachkommen selbst nicht erlebt haben können, sondern von ihren Eltern offensichtlich wie geerbt haben, sind ein Hinweis auf die transgenerationale Weitergabe von Traumen. Diese Erinnerungen der Eltern waren den Kindern nicht erzählt worden (Levine, 2015, S. 212 und 213 und Bode, 2017, Kriegsenkel, S.222). Das Thema der Transgenerationalen Traumen bezieht sich nicht nur auf Kriegserlebnisse sondern auf alle traumatischen Erfahrungen. „Auch in den Fachgesprächen, die sich mit Traumaforschung befassen, hat die Idee, dass die Folgen von Traumatisierungen vererbbar sind, einen festen Platz gefunden. „Natürlich gibt es kein Trauma-Gen und auch kein traumatisiertes Gen. Aber es gibt so genannte „second generation Phänomene“: Die Beobachtung, dass das Trauma der Elterngeneration die Generationen der Kinder und Enkel nachhaltig beeinflusst und verändert.“ (Hutter, 2014, S. 12).

#### **1.3. Sekundärtraumatisierung**

Das Thema Sekundärtraumatisierung könnte einen eigenen Punkt in der Arbeit darstellen, wird aber bewusst hier platziert, da es ein Phänomen ist, das sich sowohl in der Einzelsupervision als auch in der Teamsupervision zeigen kann.

Unter Sekundärtraumatisierung wird hier in Anlehnung an den Artikel von Gies die Traumatisierung von Mitarbeitern und Helfern, die mit den *Primär-Trauma-Opfern* arbeiten und leben, verstanden (Gies, S.1ff).

Compassion fatigue (Mitgefühlerschöpfung) oder auch secondary traumatic stress ist „eine natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge von der Arbeit mit leidenden Menschen“ (Pross, 2009, S.233). In Studien arbeitet Pross heraus, dass Helfer oft selbst durch eigene Erfahrungen traumatisiert sind und von dem Leid traumatisierter Menschen angezogen werden, ohne die eigenen Erfahrungen verarbeitet zu haben. Das führt in der professionellen Arbeit zur mangelnden Distanzierungsfähigkeit. Befragte Supervisorinnen, die in Behandlungszentren für Folteropfer tätig waren haben deutliche Zeichen von stellvertretender Traumatisierung bei den Therapeuten wahrgenommen. Die Symptome entsprachen denen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, s. Glossar). Die Supervisorinnen beobachteten, dass sich die im Einzelsetting der Therapeuten „sekundär miterlebte traumatische Inhalte in „hohem“ Maße „ansteckend“ wirkten und sich epidemisch im Team ausbreiteten“ (ebenda, S.235). Pross stellt sich im Laufe seiner Studien die Frage nach „Henne und Ei“: Handelt es sich um ein Sekundärtrauma oder um ein unverarbeitetes Primärtrauma? Geht es um ein „Agieren ungelöster persönlicher Probleme und Konflikte von Helfern im Sinne von Gegenübertragung und Parallelprozessen?“ (ebenda, S 268). Am Ende der Auseinandersetzung steht bei Pross die These, dass es sich bei einer Sekundärtraumatisierung um „berufsbedingte Belastungen“ handelt ohne Krankheitswert, die in einer gut geführten Einrichtung mit adäquater Struktur und hoher Professionalität zu bewältigen sind. Helfern, die pathologisiertes oder spaltendes Verhalten zeigen, soll Unterstützung durch Weiterbildung angeboten werden oder der Wechsel der Arbeitsstelle angeraten werden. Eine gelebte Kultur von Selbstfürsorge schützt die Mitarbeiter zudem vor Überlastung.

Gies weist darauf hin, dass vor allem helfende Berufe (Therapeuten, Polizisten, Pfleger...) im Umfeld von traumatischen Ereignissen betroffen sind und Symptome einer PTBS entwickeln können. Diese Berufsgruppen erleben das Trauma selbst durch das was ein Traumatisierter erzählt und indem der Helfer sein empathisches Verstehen anbietet und mit dem „traumatischen Material“ in Berührung kommt. Da hilft es dem Helfer und Zuhörer bewusst am Rand zu bleiben und sich nicht mit in den Traumastrudel des Erzählenden hineinziehen zu lassen.

Zu den Risiko- und begünstigte Faktoren für die sekundäre Traumatisierung zählen eine eigene (unverarbeitete) Traumatisierung, Stress und mangelnde Bewältigungsmechanismen sowie die Arbeitsbedingungen. Gerade in der stationären Jugendhilfe, in der Fachkräfte die Kinder- und Jugendlichen oft sehr intensiv begleiten, Bindung anbieten – gleichzeitig Impuls-

durchbrüche erleben und mit Aggression und Ablehnung zu tun haben - ist eine sogenannte Mitgeföhlrserschöpfung häufig anzutreffen.

„Das Wissen um die Thematik und wie Menschen damit umgehen können, ist der beste Schutz sekundärer Traumatisierung erfolgreich entgegen zu wirken“ (Gies, S. 1). Die Bereitschaft zur Reflexion sowohl des eigenen Erleben als auch in Beziehung zum traumatisierten Menschen ist eine Grundvoraussetzung, um in diesem Arbeitsfeld gesund zu bleiben – Selbstfürsorge wird unterstützt durch förderliche institutionelle Rahmenbedingungen. Gies empfiehlt u.a. Fachberatung, Prozessbegleitung, Supervision und Weiterbildung als Schutz vor Überlastung und Gefährdung durch die Konfrontation mit „traumatischem Material“ (Gies, S. 6).

## **2. Folgen für den Alltag oder woran erkennt man eine Traumatisierung?**

Zahlreiche Autoren weisen darauf hin, dass sich frühe Traumatisierungen lebenslang nachteilig auswirken können. „Viele Erkrankungen des Erwachsenenalters können heute aufgrund der Forschungslage direkt mit frühen traumatischen Schädigungen in Verbindung gebracht werden“ (Krüger, 2017, S.11). Auch Kolk zählt zahlreiche psychische und physische Erkrankungen von Kriegsveteranen auf (ebenda, 2015, S. 227).

Wissenschaftliche Studien haben ergeben, dass psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Dissoziative Störungen und Suchterkrankungen im Zusammenhang mit traumatischem Erleben stehen. (Krüger, 2017, S.11). Auch Jegothka und Luitjes beschreiben, dass „die meisten Phänomene bei Kindern, mit denen sie beim Therapeuten vorgestellt werden, traumatischen Ursprungs“ sind. (Jegothka, Luitjes, 2016, S.10).

„Symptome sind zu erwartende Konsequenzen aus dem nicht verarbeiteten Erleben“ (Handtke; Görge, 2021, S.42). Dieses Kapitel soll dem Leser anhand von drei - im Alltag sichtbaren - menschlichen Verhaltensbereichen Einblicke geben, die Hinweise auf dieses „nicht verarbeitete Erleben“ geben können.

### **2.1. Selbstregulation**

Selbstregulation – oder auch emotionale Fitness - ist die Fähigkeit, Körperempfindungen, Geföhle und das Energieniveau zu regulieren. Dami Charf spricht in ihren kleinen Videos davon, dass Selbstregulation die wesentliche Grundfertigkeit und „die Basis für ein gelingendes Leben“ ist. (Charf, [www.damicharf.com/](http://www.damicharf.com/) wie gut ist deine Selbstregulation?).

Diese Fähigkeit lernt der Mensch in den ersten drei Lebensjahren, indem die wichtigsten Bezugspersonen das Kind co-regulieren. Wenn das Baby weint wird es entsprechend seinen Bedürfnissen gestillt, in den Schlaf begleitet oder in den Arm genommen. Wenn das Kind in

dieser Zeit sicher gebunden aufwächst hat es gute Chancen, zu lernen sich gut regulieren zu können. Es fühlt sich dann in der Lage, Erregungszustände und Emotionen in sich auszubalancieren und fühlt sich in sich selbst sicher und zu Hause (s. 2.2. Bindungsfähigkeit).

Wenn Kinder ggf. schon in der Schwangerschaft, während der Geburt oder später mit traumatischen Erfahrungen konfrontiert wurden oder die wichtigen Bindungspersonen sich selbst nicht angemessen regulieren können, kann das Kind diese Fähigkeit nicht ausreichend erlernen. Folgen sind ein kaum schwingungsfähiges Toleranzfenster (s. 1.2.1.) mit allen dort beschriebenen Schwierigkeiten. Starke Emotionen wie Glück, Angst und Trauer überfordern das Nervensystem und das Kind dissoziiert und geht aus dem Kontakt zur Bindungsperson. Die Fehlinterpretation von Körperempfindungen durch mangelhaften Kontakt zu sich selbst, Konzentrationsstörungen, mangelnde Kritik- und Empathiefähigkeit können u.a. später die Folge sein.

„Bei einem traumatischen Erlebnis werden die Gefühle so übermächtig, dass sie auf die Instinktebene wechseln...und damit für uns nicht mehr zu regulieren sind (Charf, 2018, S. 215). Jede Erinnerung daran - sei es durch Bilder oder andere Trigger - versetzt uns in die traumatische Situation mit diesen Gefühlen zurück. „Das Stammhirn kennt nur „Hier und Jetzt“ und sorgt dann praktisch für eine Aktualisierung des Geschehenen in der Gegenwart“ (ebenda, S. 216). Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Retraumatisierungen.

Levine sagt, der mediale präfrontale Kortex (als Teil der Großhirnrinde) kann das limbische System und damit die Emotionalität verändern. „Deswegen ist das Gewahrsein für körperliche Empfindungen ausschlaggebend für die Veränderung funktionaler und emotionaler Zustände“ (Levine, 2013, S. 406). Das heißt für den Umgang mit Emotionen, dass es durch Wahrnehmungsübungen möglich ist, zu lernen, Emotionen zu transformieren. Charf spricht davon, dass wir lernen, eine Pause zu machen, zwischen dem Reiz (Trigger) und der Reaktion z.B. indem wir Atemübungen machen und unser Nervensystem beruhigen (Charf, 2018, S. 171).

Jeder Mensch kann lernen, Einfluss auf sein Erregungsniveau und seine Gefühle zu nehmen. Es ist wichtig zu wissen, dass ein Transformationsprozess Zeit braucht. Je besser Betroffene über dahinterliegende körperliche Prozesse der Traumaverarbeitung im Körper Bescheid wissen, desto einfacher ist es, die eigenen Traumaverletzungen im ersten Schritt anzuerkennen und sich im zweiten Schritt durch Achtsamkeit und Bewusstwerdung davon zu distanzieren.

Fuchs stellt seine eigene Verkörperungstheorie vor; er weist darauf hin, dass in Krisen affektive Reaktionen „so überschießend ablaufen“, dass Distanzierung nicht mehr möglich ist.

Kann der Berater die Situation entsprechend einschätzen weiß er, dass dann „körperliche und emotionale Interventionen wichtiger sind als verbale (Fuchs, 2018, S. 15).

Van Kaldenkerken beschreibt in ihrem Artikel zu Embodiment und Supervision, wie wichtig das Wissen über „verkörperten Neurowissenschaften“ und das „Verständnis für die Wechselwirkungen der innerleiblichen und zwischenleiblichen Vorgänge“ ist (Kaldenkerken, 2018, S. 5f). Für Situationen wie sie Fuchs beschreibt empfiehlt Kaldenkerken wie Charf (s.o.) „einfache körperliche Interventionen“ (z.B. Ausrichtung auf den Atem), da reflexive Methoden hier fehl am Platz und nicht wirkungsvoll sind (ebenda).

„Selbstregulation ist die Basis für ein stabiles Bindungsangebot“ (Schmid, 2013, S. 214).

## **2.2. Bindungsfähigkeit**

Die Bindungsfähigkeit ist neben der Selbstregulation eine weitere wichtige Ressource. Die Bindungstheorie wird hier kurz dargestellt, um die Bedeutung dieses Wissens im Kontext von Traumatisierungen zu betonen.

Von Beginn an machen Babys in der Kommunikation mit ihren Bezugspersonen Bindungserfahrungen. Bowlby unterscheidet vier Bindungsmuster:

- Sicher gebunden: Die Bedürfnisse werden erkannt und adäquat und prompt beantwortet.
- Unsicher vermeidend: Das Kind kann sich nicht auf die Versorgung seiner Bedürfnisse verlassen und erlebt Zurückhaltung. Daher muss es seine Bedürfnisse verleugnen und sich selbst um sich kümmern.
- Unsicher ambivalent: Die Antwort auf die Bedürfnisse ist unzuverlässig und situationsabhängig. Das Kind ist ständig bemüht herauszubekommen, wie die Bezugsperson handeln wird.
- Desorganisiert: Das Kind wird von seinen Bezugspersonen bedroht. Es sucht Schutz und hat gleichzeitig Angst. Exploration ist nicht möglich.

Das Kind lernt, wie die Bindungsperson sein Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit beantwortet und welche Erwartungen es an sie haben darf; diese prägende Erfahrung wird im Gedächtnis abgespeichert und beeinflusst das Denken, Fühlen und Verhalten des Kindes. Kinder sind der Bindungsfähigkeit und den Bindungsmustern der Eltern ausgeliefert. Ein Kind muss sich verbunden fühlen, um überleben zu können; daher schützt es die Loyalitätsbeziehung zu den Eltern immer - egal wie beschädigt diese ist.

Diese frühen Bindungsmuster prägen nachhaltig unseren Umgang mit Menschen im Leben sowohl indem was wir von ihnen erwarten als auch wie wir ihnen begegnen. Unsere Bindungserfahrung hat unmittelbare Auswirkungen auf jegliche Beziehungsgestaltung. Bindungserfahrung kommt uns in Gestalt von Übertragung und Gegenübertragung entgegen



und führt im Alltag durch fehlerhafte Interpretationen oft zu Missverständnissen und Stress. Bei Angst, Einsamkeit, Schmerz, Unsicherheit wird das Bindungssystem aktiviert. Erfolgt keine Beruhigung durch die Bindungsperson oder kann die Person sich nicht selbst beruhigen bleibt sie allein, unversorgt und schutzlos zurück. Dauerhafte Vernachlässigung führt zur Dissoziation und Entwicklungstraumatisierung.

Weinberg und Korritko machen in ihrer Familientherapeutischen Arbeit zusätzlich auf eine verborgene und verquere Form der Traumareaktion aufmerksam: Die instinktive Täuschung. Es ist ein Akt der Unterwerfung „willenlos alles mit sich machen lassen und in freundlicher Manier den Angreifer beschwichtigen“. Diese taucht vor allem in sehr engen Bindungen auf und ist für außenstehende – z.B. Jugendamtsmitarbeiter – sehr schwer zu entschlüsseln. Fehlentscheidungen zum Kindeswohl sind die Folge, weil das Kind mit dem Papa „so freundlich“ ist und der dahinterliegende Missbrauch dadurch verdeckt wird (s. Weinberg/ Korritko, Instinktive Täuschung S. 5).

Hoch unsichere und desorganisierte Bindungserfahrungen übertragen sich auf unsere Interaktionspartner (traumatische Übertragung). Über die sogenannten Spiegelneuronen überträgt der Körper die damit einhergehende Anspannung und Unsicherheit auf das Gegenüber. Haben Menschen Gewalt, Ohnmacht, Schutzlosigkeit und Vernachlässigung erlebt, tragen sie diese Erfahrung in sich. Sie kann in jeder Beziehung und Kommunikation durch Übertragungssphänomene reinszeniert werden.

In der Traumaaarbeit wird das Verhalten des Kindes als adaptive Überlebensstrategie interpretiert. Es gilt die Perspektive der Salutogenese: Verhalten macht auf dem Hintergrund der Biografie einen Sinn (versus Pathogenese: Das Verhalten ist krankhaft oder eine Störung und muss beseitigt werden).

### **2.3. Kommunikation**

Menschen sind es gewohnt, den Großteil ihrer Begegnungen und Auseinandersetzungen mit Worten zu begleiten. Und gleichzeitig besteht ca. 85% unserer Kommunikation aus Körpersprache.

Passen Körpersprache und Gesprächsinhalt nicht zusammen, sind die Beteiligten innerhalb von Sekundenbruchteilen irritiert (z.B. wenn eine Person grausame Dinge erzählt und dabei lächelt oder, wenn sie weint und sagt: „Es ist alles in Ordnung“).

Traumatisierte Menschen sind in ihrer physiologischen Flexibilität (z.B. Nervensystem), wie auch in ihrer Mimik und Gestik, Stimme, sprachlicher Ausdruck oft eingeschränkt. Das führt für die Betroffenen zu vielen Irritationen in ihrem Alltag:

- Durch die eingeschränkte Mimik kommt es zu Missverständnissen: Die Personen werden aufgrund der mangelnden Resonanzmöglichkeit nicht wahrgenommen oder erfahren Ablehnung.
- Die leichte Erregbarkeit hat zur Konsequenz, dass sich das Gegenüber schnell angegriffen fühlt oder zurückzieht.
- Wird die Person angetriggert ist gelingende Kommunikation in der Situation nicht mehr möglich, da in der Regel eine Dissoziation folgt (s. 2.1.), die aufgrund einer Überforderung meist zum Kontaktabbruch führt.
- Kontaktangebote werden oft fehlinterpretiert (was will der/ die von mir? Warum schaut die/ der so?)
- Annäherung und Berührung kann - je nach (Gewalt-) Erfahrung - als gefährlich misinterpretiert werden.

### **3. Ansätze zur Stabilisierung**

Traumapädagogik und Traumatherapie haben sich in den letzten Jahren intensiv mit der Frage nach geeigneten Ansätzen zum Umgang mit traumatisierten Menschen auseinandergesetzt. Wo kann Unterstützung nach Traumatisierung ansetzen? Was wirkt im Umgang mit traumatisierten Menschen?

Die folgenden Kapitel nennen mit den Punkten Sicherheit, Neuverhandlung und dem systemischen Arbeiten drei Ansatzmöglichkeiten zur Stabilisierung und beziehen sich nicht auf therapeutische oder klinische Maßnahmen.

#### **3.1. Sicherheit**

Sicherheit ist ein wesentlicher Anker in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Trauma heißt Kontrollverlust und tiefe Ohnmachtserfahrung. Das Gefühl von Sicherheit ist die Voraussetzung für die Vermeidung von Kontrollverlust und die Rückkehr zum Erleben von Steuerungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit (Baierl, Frey, 2016, S. 85). Mit Kontakt, Rhythmus, dem sicheren Ort und der Steuerungsfähigkeit werden Zugänge angedeutet.

#### **Kontakt:**

Ohne Kontakt kann kein Mensch überleben. Unterstützung durch Kontakt kann sowohl durch verlässliche Beziehungen, durch regelmäßige Gespräche als auch durch Umarmung und Berührung erfolgen. Manche Menschen ziehen den Kontakt zu Tieren vor, da sie mit Menschen negative Erfahrungen verbinden. Entsprechend der subjektiven Erfahrungen des Einzelnen ist je ein unterschiedliches Maß an Kontakt und Rhythmus angebracht. Kinder bei-

spielsweise, die im Kontakt (z.B. durch Gewalt) beschädigt wurden, erleben eine Beruhigung eher im Rhythmus, zu viel Nähe und Kontakt kann sie schnell ängstigen.

### **Rhythmus:**

Jegliches menschliches Leben ist eingebettet in Rhythmus (Tag und Nacht, Jahreszeiten, Atmung und Herzschlag....) Die Erfahrung zeigt, dass auch aktiv gestaltete Rhythmen einen beruhigenden und sicherheitsstiftenden Effekt haben: Besonders für traumatisierte Menschen sind klar festgelegte Tages- und Wochenabläufe und eindeutige Verhaltensregeln hilfreich. Klare und transparente Absprachen und zuverlässige Vereinbarungen sind sehr unterstützend – sie geben Halt und Orientierung.

### **sichere Orte:**

Betroffene dürfen wahrnehmen, wo sie sich am sichersten fühlen, was ihnen guttut und was sie beruhigt. Wo im Raum mag ich sitzen? Wohin stelle ich mein Bett? Wo ist mein Lieblingsplatz drinnen und draußen? Wahrnehmungs- und Imaginationsübungen (s. Reddemann) unterstützen beim Erkennen und Verankern von Sicheren Orten im Innen und Außen. Als unsicher erlebte Orte dürfen vom Betroffenen abgelehnt werden.

### **Steuerungsfähigkeit:**

Traumatisierte benötigen für ihre Sicherheit grundlegend das Gefühl von Steuerungsfähigkeit. Dieses kann in erster Linie dadurch hergestellt werden, indem sie sich selbst mit ihren Traumareaktionen (Psychoedukation) verstehen und sich wieder als Akteure mit ihren Wünschen und Zielen wahrnehmen. Werden Personen in ihrem Handeln zu stark eingeschränkt, kann das momentane Erleben wieder ein Gefühl von Ohnmacht auslösen, was die Betroffenen antriggert und eine traumatische Reaktion auslösen kann.

Traumatisierte Kinder können besser mit klaren und notwendigen pädagogischen Entscheidungen umgehen, wenn sie in manchen Aspekten einen Spielraum zur Mitbestimmung (also Steuerungsfähigkeit) erhalten. Wichtig ist, dass sie sicherheitsfördernde und klare Botschaften bekommen.

## **3.2. Neuverhandlung**

Durch traumatische Erfahrungen haben sich neuronale „Autobahnen“ im Gehirn gebildet. Auf einen bekannten Reiz wird das Gehirn diese neuronalen Bahnen nutzen. Bestehende neuronale Verschaltungen können nicht gelöscht werden, sondern müssen durch neue Erfahrungen neu *gebahnt* werden. Wir begegnen in der Jugendhilfe oft dem Anspruch, unangemessenes Verhalten *wegzumachen*, das ist aber aufgrund dieser neuronalen Verknüpfung nicht möglich.

Ziel von Neuverhandlung ist es durch neue Erfahrungen neue neuronale Verschaltungen im Gehirn zu ermöglichen. Übertragen heißt das, dass ich als Supervisor oder als Pädagogin um diese Dynamik weiß und dem Erwachsenen oder Kind neue Erfahrungen anbiete und neben die alten stelle (ein Beispiel wäre hier das Üben von Situationen durch Probehandeln, (Kaldenkerken, 2018, S.8). Neues Verhalten braucht viel Zeit und viele Wiederholungen (aus neuronalen *Feldwegen* werden *große Straßen*). Unter Stress werden oft die alten, bewährten Muster wieder genutzt, weil sie automatisiert ablaufen und das Überleben sichern.

Ein Beispiel aus der stationären Jugendhilfe: Wenn Kinder Essen in ihrem Zimmer horten oder verstecken, weil sie zu Hause die Erfahrung von Hunger gemacht haben reagieren sie auf die *alte* Situation und sichern sich ab. Aktuell wäre diese Absicherung nicht nötig. Eine Neuverhandlung gelingt, wenn das Kind durch die ständige Wiederholung Vertrauen gefasst hat. Dann wird die alte durch die neue Erfahrung überschrieben: „Es gibt regelmäßig zu essen. Wenn ich Hunger habe bekomme ich was.“

Beispiel aus der Supervision s. 4.1.

### **3.3. systemisches Arbeiten**

Traumatisierungen beeinflussen nicht nur die Entwicklung und das Erleben eines einzelnen Menschen, sondern haben auch Auswirkungen auf das gesamte System (familiäres, institutionelles und gesellschaftliches System). Die Auswirkungen können sowohl aktuell auftreten als auch transgenerational.

So kann beispielsweise der schwere Verkehrsunfall eines Familienmitgliedes nicht nur denjenigen selber psychisch belasten, auch andere Personen der Familie können dadurch in ihrem Alltag aus dem Lot geraten.

Die transgenerationale Wirkung von Traumatisierungen in Familien begann man in den letzten Jahren zu erforschen. Im Zusammenfluss von Familientherapie und „Kriegskinder“-Forschung wurde deutlich, dass die Erfahrungen aus dem familiären System jedes Individuum prägen. Besonders die tabuisierten Personen und Ereignisse, weil sie nicht besprochen und damit auch nicht aufgelöst werden können, wirken über Generationen weiter. Bode hat dies in ihren Büchern ausführlich dargestellt.

Trauma beschädigt das ganze System, sowohl innerhalb der Familie als auch innerhalb von Institutionen. Hier sei für Institutionen als Beispiel der Missbrauchsskandal der katholischen Kirche erwähnt, der seit 2010 die Öffentlichkeit erschüttert und bewegt. Die Auswirkungen gehen weit über die Institution hinaus und verändern die ganze Gesellschaft.

„Systemische Traumapädagogik verfolgt entsprechend das Ziel, auf der individuellen Ebene, im sozialen Umfeld und ebenso in kulturellen und gesellschaftlichen Kontexten dazu beizuzu-

tragen, dass vorhandene Ressourcen aktiviert oder neue erschlossen werden“ (Jegodtka, Luitjes, 2016, S. 96).

Traumatasensible systemische Supervision zielt darauf ab, dass sich auf den drei Ebenen

- Organisation
- Personal und auf der
- Handlungsebene

eine Kultur der Achtsamkeit entwickelt, die es den handelnden Personen ermöglicht, Folgen von Gewalt in psychosozialen Arbeitsfeldern entgegenzuwirken und Handlungssicherheit im Alltag zu unterstützen (ebenda, S. 203).

#### **4. Trauma – Erleben in der Supervision**

Im Jahr 2021/ 2022 sind die Menschen in Deutschland und weltweit umgeben von Krisen und Superlativen der Katastrophen (Waldbrände, Dürren, Überschwemmungen, Klimakrise, Flüchtlingswelle, Pandemie...). Das hat Auswirkungen auf uns, unser Erleben, unsere Familien, die Arbeitsbezüge in denen wir sind, unsere wirtschaftliche Situation, auf unsere Werte, auf die gesellschaftliche Situation, auf die Planbarkeit unseres Alltags usw. und nicht zuletzt auf unsere Supervisionssitzungen, in denen sich so manches widerspiegelt. Hantke und Görge beschreiben in ihrem 2021 erschienenen Buch „Traumasensible Supervision“: „Wie lässt sich die Permanenz von Krisen und Umwandlungsprozessen, in denen kein Status quo mehr fixiert werden kann traumasensibel wahrnehmen, darstellen und begleiten? Wie kann man den Überblick gewinnen, wenn nach und nach unsere gewohnten Lebensgrundlagen wegbrechen?“ (Hantke, Görge, 2021, S.10).

Im Folgenden schildere ich je eine Erfahrung aus meiner Supervisionspraxis und meinen Erfahrungen als Supervisandin.

##### **4.1. Einzelsupervision**

Die Einzelsupervision gibt aufgrund ihres Rahmens die Möglichkeit einen sehr vertrauten und geschützten Raum herzustellen. Je nach Thema, Auftrag und Beziehung zum Supervisor ist es dem Supervisanden möglich, den Fokus auf die Reflexion der eigenen Anteile im (Arbeits-) Prozess zu legen.

Praxisbeispiel traumasensible Einzelsupervision:

Meine Einzelsupervisandin, die bereits im Kennenlerntelefonat auf eine verstörende Erfahrung im Rahmen von Supervision zu sprechen kam, ist in der ersten Sitzung nach 5 Minuten - wir hatten uns gerade gegenseitig vorgestellt - in Tränen ausgebrochen. Die vorausgehende Frage nahm Bezug auf ihre Erfahrungen mit Supervision. Ihre Schilderungen in unserem

Gespräch wiesen auf eine starke und schmerzhaft Beschämung im Rahmen von Teamsupervision hin, die einem weiteren supervisorischen Prozess aufgrund der heftigen Reaktion zunächst im Weg zu stehen schien.

Sehr starke Emotionen oder wenn ein Verhalten fehlplatziert wirkt sind in einem Erstkontakt ein Hinweis auf eine Erfahrung aus einem anderen Kontext. Das war für mich ein wichtiges Vorwissen; dadurch hatten mich die Tränen der Supervisandin kaum verunsichert.

Mir war bei meinem Vorgehen in der Supervision wichtig

- Sicherheit herstellen: Die Supervisandin bestimmt das Thema; sie kann jederzeit stopp sagen; es passiert hier nichts gegen ihren Willen und es besteht Schweigepflicht. Ich habe mich durch Rückfragen vergewissert, ob wir weitermachen können.
- Orientierung geben: Ich bin sehr kleinschrittig und langsam vorgegangen und habe kommentiert was ich mache
- Selbstwirksamkeit erleben: Ich habe sehr darauf geachtet, dass die Supervisandin selbst vorangeht, damit sich die Supervisandin als selbstwirksam und handlungsfähig erlebt (jede Form von Ohnmacht und Enge ist zu vermeiden).
- Entschleunigung: Starke Emotionen bringen Anspannung und oft einen (kleinen) Traumastrudel mit – also die Gefahr von Verwicklung und hohem Tempo. Bewusstes Atmen und Kontakt mit beiden Füßen auf dem Boden halfen mir meine Supervisandin auch zum Durchatmen einzuladen.

Die Supervisandin hat dann direkt ein sehr persönliches Thema platziert. Es ging in der Supervision um die Abgrenzung von der Familie zum Arbeitsplatz und umgekehrt. Sie konnte sich nach dem sehr emotionalen Einstieg gut regulieren und die Zeit für sich nutzen. Am Ende liefen der Supervisandin wieder die Tränen, da sie gar nicht fassen konnte, dass sie die Supervision überstanden hat. Es hat eine Meta-Kommunikation über ihre Schamerfahrung stattgefunden; der *gute Grund* für ihre Tränen wurde am Schluss noch gewürdigt. Wir konnten die erste Sitzung mit Humor beenden.

#### **4.2. Teamsupervision**

Wann spricht man von traumatisierten Teams? Welche Symptome können uns in der Supervision begegnen? Welche möglichen Spiegelungsphänomene von Trauma könnten auftauchen?

Ich kann hier nicht aus der Erfahrung als Supervisorin berichten, da ich bisher kein *traumatisiertes* Team begleitet habe. Ich war als Leiterin einer stationären Jugendhilfeeinrichtung über längere Zeit für ein Team verantwortlich.

Folgendes Verhalten war in diesem Team über längere Zeit erlebbar und konnte vom Supervisor und von mir beobachtet werden. Dass dieses Verhalten traumainduziert war, ist eine Hypothese des damaligen Supervisors, der gleichzeitig Traumatherapeut war, die ich hier

nochmal aufgreife und die Grund dafür ist warum ich diesen Fall im Zusammenhang mit traumasensibler Teamsupervision einbringe:

### **Erstarrung**

Im Umgang mit den Kindern wurden rigide Regeln angewendet und umgesetzt. Einige Mitarbeiter waren nicht bereit und es war ihnen auch kaum möglich, flexibel auf individuelle Bedürfnisse von Kindern zu reagieren; es war viel Angst im Team, im Umgang mit den Kindern etwas falsch zu machen und nicht zu genügen. Die Sorge war zu spüren, dass die Kinder und Jugendlichen mit individuellen Lösungen noch weiter eskalieren. Neue Vorschläge von jungen, neuen Kollegen wurden abgewehrt.

### **Dissoziation**

Einigen Mitarbeitern wurde es schnell zu viel, wenn durch die Kinder und Jugendlichen Anforderungen an sie gestellt wurden. Sie gingen in der Folge aus der Beziehung oder aus dem Kontakt und waren für die Kinder dadurch nicht ausreichend präsent.

### **Aggression und Anspannung als Ausdruck von Übererregung:**

Der Ton von einigen Teammitgliedern war rau, auch zurückweisend und laut. Es war wenig empathisches Verhalten, sondern eher Konkurrenz und Spaltungstendenzen im Team zu beobachten. Die Mitarbeiter standen unter Strom und machten sich gegenseitig für die schwierige Situation verantwortlich. Das Vertrauen untereinander und gegenüber den Kindern war gestört. Der Dauerstress hatte offensichtlich auch einen Mangel an Mitgefühl zur Folge, weil den Pädagoginnen nicht mehr ausreichend Zeit und Raum für Selbstfürsorge und Erholung zur Verfügung stand.

### **Negative Perspektive**

Den Kindern und Erwachsenen wurde nicht vorurteilsfrei begegnet. Der Blick auf die Kinder war eher problem- statt ressourcenorientiert.

### **Fehlende Belastbarkeit**

Die Fachkräfte waren schnell erschöpft und konnten ihre Aufgaben oft nicht ausreichend erfüllen. Im Team gab es eine deutliche Zunahme von Krankentagen. Die Abwesenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Krankheit war ein Dauerthema und für alle sehr belastend.

## **Abwesenheit von Freude, Humor und Kreativität**

Aufgrund der genannten Punkte fehlten Freude, Humor und Kreativität im Team und somit auch im Umgang mit den Kindern. Die Stimmung war bedrückt.

Unser Supervisor und Traumatherapeut hat nicht nur das Team, sondern auch mich als Leiterin damals supervisorisch begleitet. Die Diagnostik und den Zusammenhang zum Trauma hat er im gemeinsamen Prozess hergestellt. Er hat die aufgeführten *Symptome* als Spiegelung einer Depression (s. auch Abb. in 2.1.) und als eine Spiegelung der Traumasymptomatik der Kinder und Jugendlichen beschrieben. Bezugnehmend auf das Kapitel 1.3. könnte es sich dabei auch um eine Sekundärtraumatisierung handeln. Gleichzeitig hat er die These aufgestellt (das ist dieselbe These, die Pross in seinem Buch über die verletzten Helfer auch aufgestellt hat): Pädagogen bringen oft selbst frühe Verletzungen - manchmal Entwicklungsraumatisierungen - mit, die sie im Kontakt mit traumatisierten Menschen mit ihren eigenen Themen konfrontieren. Werden eigene Verwundungen nicht bewusst reflektiert und integriert sind persönliche Krisen in diesem Arbeitsfeld bei längerer Belastung sehr wahrscheinlich (Pross, 2009, S. 161).

Ist das eine Krise oder ein Trauma, wann wird eine Krise zum Trauma? „Über die gesamte Zeit der Krise entscheidet sich, ob aus einer Belastungssituation langfristig Traumafolgestörungen entstehen“ (Hantke, Görge, 2021, S. 47).

Ein Weg aus der (Team-) Krise könnte das stärkere Herausarbeiten und Wahrnehmen des Potentials eines jeden Teammitglieds sein. Auch das wechselseitige Anerkennen dessen, sowie „eine mitfühlende Arbeit mit sich selbst“ werden von Luise Reddemann als möglicher Ausweg propagiert. Reddemann nennt den Mangel an Mitgefühl als Wurzel für sich verfestigende Probleme im Umgang mit traumatisierten Klienten (Pross, 2009, S. 12).

Sicherlich wären auch weitere Ansätze möglich, um mit diesem Team zu arbeiten (eine Konfliktklärung, Ansätze zur Stressreduktion, u.a.).

## **5. Voraussetzung und Standards für die traumasensible Supervision**

Wer traumasensibel arbeitet bekennt sich zur Traumatheorie mit Notfallreaktion (s. 1.2., und Hantke, Görge, 2012, S.28). Die Supervisorin hat sich in ihrer Ausbildung oder durch eine Zusatzqualifizierung mit Psychotraumaphänomenen auseinandergesetzt und verfügt über entsprechendes methodisches Handwerkszeug.

Für die traumasensible Arbeit braucht die Supervisorin aufgrund dieser Ausrichtung eine besondere Sensibilität für die (eigene) Selbstregulation. Wer anderen Sicherheit geben will,



muss selbst sicher sein, kennt seine eigenen *Trigger* und ist in der Lage, Spannungen im Raum frühzeitig zu spüren und damit umzugehen.

Das ist die Basis dafür, um dissoziative Situationen in der Einzelberatung oder in Teamprozessen aufzugreifen und Angebote zur Verfügung zu stellen.

Das Wissen um die Traumaverarbeitung im Körper „verändert die Grundlagen Ihrer Supervision, weil sie die Grundlagen Ihres Verständnisses von Verarbeitung verändert“ (Hantke, Görges, 2021, S.24)

### **5.1. Haltung**

Die Haltung für die traumasensible Supervision ergibt sich aus dem Wissen über Folgen der Traumatisierung für die Handlungsfähigkeit des Menschen.

- Annahme des guten Grundes: In der Traumaarbeit gilt der Grundsatz, dass jedes Verhalten aufgrund der Lebensgeschichte Sinn macht, auch wenn es im Hier und Jetzt nicht mehr passend erscheint
- Transparenz: Eine transparente Kommunikation sorgt für Klarheit und Sicherheit und erleichtert die Orientierung
- Präsenz: Es ist wichtig, selbst im Hier und Jetzt verankert sein und die Supervisor:innen auch dazu einladen. Nur in der Gegenwart sind authentische Bezüge zu den Ressourcen möglich. Dafür braucht der Supervisor die Fähigkeit den Raum zu halten.
- „Distanzieren was zu viel ist“ (Hantke, Görges 2021, S 103): Distanzierung schützt vor Überlastung und vermeidet Dissoziation
- Spaß und Freude: Humor in der Supervision ist eine wunderbare Distanzierungs-methode, braucht aber Übung und setzt die Distanzierungsfähigkeit der Supervisor:in voraus

Wenn Supervisor:innen sich dazu entscheiden, traumasensibel zu arbeiten nutzen sie aufgrund ihres Wissens Vorannahmen. Diese supervisorische Brille verändert die Arbeit als Supervisor:in. Sie achtet z.B. auf die Lautstärke und das Sprechtempo ihrer Stimme und setzt sie entsprechend ein. Auch ist sie aufmerksam für die Positionen im Raum und schaut, dass sich die Supervisor:innen an ihrem Platz sicher fühlen. Alle Angebote bleiben eine Einladung und können abgelehnt werden. Alle diese Rahmenbedingungen dienen dem Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle einerseits und dem Erleben von Selbstwirksamkeit andererseits.

## **5.2. Tools**

Es gibt mittlerweile eine große Menge an supervisorischen Tools (Hantke, Görge, 2021, S. 109ff). Hier soll es beispielhaft um Methoden gehen, die je nach Situation geeignet sind mit den Supervisorinnen traumasensibel zu arbeiten.

### **Stabilisieren z.B. mit dem „Notfallkoffer“**

Wenn Supervisorinnen schildern, dass sie schnell „aus dem Rahmen“ fallen, gerade gar nicht belastbar sind, nachts schlecht schlafen und am frühen Morgen schon wieder grübeln handelt es sich vermutlich bei dem Supervisorinnen um einen therapeutischen Bedarf, der abzuklären ist. Und trotzdem kann man mit den Supervisorinnen - sie sitzen einem gerade gegenüber - gemeinsam schauen, was sie jetzt stabilisiert und wie sie über diese Krisenzeit kommen. Dazu kann der Supervisor mit ihnen herausfinden, was ihnen guttut und wie sie mit einfachen Mitteln für Abstand sorgen können (heißes Bad, scharfe Kaugummis, aus der Situation gehen, Atmen, sich bewegen, Musik machen/ hören, Rückwärtszählen, Fäuste ballen, laut Stopp sagen...). Man kann mit dem Supervisorinnen weitere Möglichkeiten suchen und mit ihnen seinen individuellen Notfallkoffer packen: Ein Foto einer geliebten Person, Material für Kreatives, Dinge mit positiven Erinnerungen, Lieblingstee, Schutzengel, Notfallmedikamente, uvm).

### **Imaginationsübungen**

Mit Imaginationenübungen kann die Supervisorin der Supervisorin eine Möglichkeit anbieten, sich z.B. einen sicheren Ort in der Phantasie vorzustellen, der dann in schwierigen Situationen imaginiert werden und damit für Schutz und Abgrenzung sorgen kann. Imaginationenübungen eignen sich auch für das leichtere Erinnern einer schönen Situation oder eines schönen Bildes, das einen aus einer unangenehmen Gefühlssituation befreien kann. Dafür braucht es Übung. Eine andere Übung, die für Stabilisierung und Abgrenzung sorgt ist die „Schutzhülle“ (Hantke, Görge, 2021, S. 167). Die imaginierte Schutzhülle steht einem in jeder Situation zur Verfügung und kann dem Supervisorinnen helfen in seinem Arbeitsalltag in der professionellen Distanz zu bleiben.

### **Bewegung als Unterbrechung**

Gerade in dissoziativen Momenten (Mittagstief, Erstarrung, Erregung...) kann Bewegung dazu helfen, die Teilnehmer zu aktivieren und wieder in die Gegenwart zu führen. Diese Übung kann genutzt werden, um hinterher den Spannungszustand des Teams oder der Supervisorin auf der Metaebene zu reflektieren. Auch die Übertragungs- und Spiegelungsphänomene können besprochen werden. Gleichzeitig können die Teilnehmerinnen lernen,

Spannungen im Körper besser wahrzunehmen und für ihre Alltagssituationen als Anzeiger zu nutzen.

Bewegung aktiviert und führt in die Gegenwart.

### **Ins Hier und Jetzt einladen**

Erzählungen, Fallbesprechungen, Situationsanalysen beziehen sich in der Regel auf die Vergangenheit. Es bleibt eine Herausforderung die Supervisanden immer wieder in die Gegenwart einzuladen. Was heißt das für hier und heute, wo wird das im Körper wahrgenommen, wie nehmen das die anderen Supervisandinnen jetzt wahr, was heißt das möglicherweise für den Klienten: Wie fühlt er sich? Was braucht er oder sie? Was brauchen die Supervisanden, damit sie sich neu in Zeit und Raum orientieren können. Nach der Reorientierung - auch Dissoziationsstopp genannt - kann gemeinsam weitergearbeitet werden.

### **Distanzierungstools**

Gerade in den Bereichen der psychosozialen Berufsfelder sind Ideen und Übungen für die Distanzierung von grenzüberschreitenden Klienten oder sehr belastenden Situationen wichtig für den Arbeitsalltag der Supervisandinnen. Hier gibt es zahlreiche Körperübungen (auch aus dem Yoga). Aber auch das Arbeiten mit Seilen und anderen Methoden aus der bewährten supervisorischen Praxis bieten sich hier an (Hantke, Görges, 2021, S. 109 f.).

## **6. Grenzen von Supervision**

Supervision ist nicht das geeignete Beratungsformat als akute Krisenintervention bei einem Schock- oder Monotrauma (z.B. einer Vergewaltigung) – dafür gibt es gut ausgebildete Kriseninterventionsteams, die in der Lage sind, eine Notfallversorgung (z.B. auch bei einem Unfall) zu übernehmen. Supervision kann später beim Stabilisieren mit unterstützen, wenn es um Reorientierung oder auch um die Imagination eines sicheren Ortes, Ressourcen und mehr geht (siehe Tools). Die Integration des Traumas muss im Rahmen einer geeigneten Therapie stattfinden und gehört nicht in die Supervision.

Van Kaldenkerken unterscheidet in ihrem Modell „Niveaus von Handlungsfähigkeit“ sieben unterschiedliche Zustände von Arbeitsfähigkeit in Teams von überragender Zusammenarbeit über Selbstverständlichkeit, Aufgabe, Problem, Konflikt bis zur Katastrophe, die als Disaster oder auch dramatische Enttäuschung wahrgenommen wird (Kaldenkerken, 2014, Wissen was wirkt, S. 53 ff). Als siebter Zustand wird die Auflösung beschrieben. Ab dem Zustand und Niveau „Konflikt“ stehen „emotionale Auseinandersetzungen“ vor der sachlichen Auseinandersetzung (ebenda, S. 61). Der Supervisor braucht hierbei besondere Konfliktlösungs-

bzw. Mediationsfähigkeiten. Der Zustand „Katastrophe“ (wie z.B. ein Schock-Trauma oder ein hoch zerstrittenes Team) ist mit Supervision nicht mehr zu lösen. Die destruktive Verstrickung macht andere Beratungsformate wie z.B. die Klärungshilfe notwendig.

„Gute Supervisoren kennen und achten die Nachbarprofessionen“ (Kaldenkerken, 2014, Supervision und Intervision in der Mediation, S. 211). Kaldenkerken verweist auf die ethischen Leitlinien der DGSv, die einen achtsamen und respektvollen Umgang im Grenzbereich mit anderen Beratungsformaten einfordern. Die eigene Fachkompetenz und die gemeinsam vereinbarte supervisorische Leistung sind die Grundlage für den Prozess (DGSv, 2003, S. 2).

## 7. Plädoyer für eine traumasensible Supervision

„Traumasensible Supervision ist Supervision auf einer erweiterten theoretischen Grundlage für das gesamte supervisorische Handeln“ (Hantke, Görge, 2021, S. 23).

Mit dem Schwerpunkt auf der theoretischen Auseinandersetzung mache ich in meiner Arbeit deutlich, dass sich mit dem Wissen der Traumaverarbeitungstheorie das supervisorische Arbeiten ändert, weil ich folglich in meiner Praxis von anderen Voraussetzungen ausgehe. Ich weiß dann z.B., dass bei akuter Überlastung das Gehirn - wie in 1.2. beschrieben – anders arbeitet und dem Supervisand der *Normalmodus* nicht mehr zur Verfügung steht. Hantke und Görge, die sich beide in ihrem 2021 erschienenen Buch intensiv damit auseinandersetzen, bestätigen das (Hantke, Görge, 2021, S.24f). Die Traumasensibilisierung für Supervisorinnen und Supervisoren braucht folglich dringend ein inhaltliches Angebot im Rahmen der Ausbildung, um diese wesentliche *Brille des Verstehens* für die Supervision in das Curriculum aufzunehmen.

Dass Traumawissen bisher noch keinen Einzug in die Curricula der Ausbildungsinstitute erhalten hat ist aufgrund der Brisanz verwunderlich, liegt aber vermutlich an der noch sehr jungen Wissenschaft der Psychotraumatologie. Bei einem Blick in die Geschichte wird klar, dass Traumaarbeit in Deutschland erst mit der Gründung der deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) 1999 begonnen hat – deutlich später als die entsprechenden Entwicklungen in den USA. Dort gab es bereits in den 90iger Jahren eine rege Forschung, in Deutschland wurde das Thema Trauma lange tabuisiert. Dem Engagement des Fachverbands für Traumapädagogik gelang es 2009 in der Kinder- und Jugendhilfe bereits erste Standards zu setzen. Dieser Fachverband hat daraus Standards für die Qualifizierung von Traumapädagogen und Traumafachberater benannt. Das Thema ist mittlerweile in aller Munde, auch dank der engagierten Arbeit beider Fachverbände (s. 20 Jahre DeGPT).

Die Psychotraumatologie prägt in der Praxis als Traumapädagogik oder Traumafachberatung mittlerweile große Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen bestimmt aber auch in der Flüchtlingsarbeit, in Frauenhäusern oder in der Psychiatrie den Alltag.

Wie bereits beschrieben begegnen den Supervisorinnen Traumaphänomene in zahlreichen Supervisionen. Gerade in der Kinder- und Jugendhilfe mit oft hochstrittigen Familiensystemen sind sie überall anzutreffen. Dami Charf spricht davon, dass dissoziative Mechanismen durch Entwicklungstraumatas mittlerweile allgegenwärtig und epidemisch sind (Charf, 2018, S. 25). Es macht folglich Sinn, Traumaphänomene zu verstehen, in der Supervision transparent zu machen und für das (Wieder-) Herstellen und Sichern von Arbeitsfähigkeit oder wenigstens für die Standortbestimmung des Supervisanden zu nutzen. Dafür muss die Supervisorin Traumaphänomene kennen, wahrnehmen und interpretieren können.

Dass Traumawissen in die Ausbildung integriert werden sollte, habe ich aus meiner Sicht deutlich gemacht. Was heißt das konkret für das Aneignen dieses Wissens im Rahmen des Ausbildungscurriculums? Wie könnte es aussehen?

### ***Seminar: Traumasensible Supervision***

*Leistungsanforderungen: Ein Fallprotokoll unter der traumasensiblen Perspektive im Anschluss an das Seminar auswerten*

*Inhalte für ein Modul könnten sein:*

- *Einführung in die Psychotraumatologie*
- *Fallarbeit (Praxeologie der traumasensiblen Supervision)*
- *Übungen zur Stabilisierung, Selbstregulierung und Selbstwahrnehmung (Selbsterfahrung und -reflexion)*
- *Methoden der traumasensiblen Supervision (Ausprobieren und Vorstellen von geeigneten Tools)*

*Ziele:*

*Die Teilnehmerinnen werden mit grundlegenden psychotraumatologischen Grundlagen und traumasensiblen Standards vertraut gemacht. Die Fallarbeit ist ein wichtiger Baustein, um die traumasensible Perspektive in der Gruppe zu reflektieren und einzuüben. Selbstreflexion und Übungen zur Selbstregulation sind für das Verstehen der Traumaverarbeitungstheorie elementar.*

Wo könnte dieses Seminar im jetzigen Curriculum von BASTA e.V. andocken?

Modul 4: Person und Gruppe: Das wäre interessant, hier könnte an die psychodynamischen Prozesse, die Bildungstheorie und Übertragungsphänomene angeknüpft werden

Oder

Modul 6: Methodische Ansätze: Auch hier wäre ein denkbarer Platz, wenn die methodische Arbeit mehr in den Vordergrund gestellt werden soll.

Ich glaube, dass zwei Tage in der Ausbildung einen wichtigen Anstoß geben könnten, sich mit dem wichtigen Thema Trauma auseinanderzusetzen und die Relevanz für die Praxis sichtbar zu machen. Mit einer (Haus-) Aufgabe für die supervisorische Praxis (s. Leistungsanforderung) kann zu einem späteren Zeitpunkt in der Ausbildung die eigene Erfahrung mit traumasensibler Supervision in der Ausbildungsgruppe ausgewertet werden.

Im Vorwort habe ich mich bereits mit meiner Traumafachkompetenz geoutet. Ja, ich bin froh, um meine zusätzliche Feldkompetenz und erlebe sie im supervisorischen Alltag als gute Grundausstattung! Meine eigene fünfjährige Erfahrung mit traumasensibler Supervision am Arbeitsplatz durch einen Supervisor mit entsprechender Kompetenz hat mich geprägt und mir eine breite Haltungsänderung unter den Fachkräften gegenüber traumatisierten Klienten ermöglicht.

Mein Traumawissen schätze ich als Supervisorin sehr, es schenkt mir die nötige Ruhe, es hält für mich viele Ansätze für Reflexionsprozesse bereit, eröffnet mir dadurch Räume und gibt mir die Sicherheit, Prozesse mehr zu vertiefen. Im Austausch mit anderen Supervisorinnen und Supervisoren erlebe ich, dass sie mir zurückspiegeln, dass sie die Traumakompetenz in der Supervision als eine wesentliche wahrnehmen – sie ihnen aber (oft) nicht zur Verfügung steht. Ich bin gerne bereit an einer traumasensiblen Qualifizierung von Supervisoren mitzuwirken!

## 8. Literatur und Links

- Baierl, Martin; Frey, Kurt (Hg.) (2016): Praxisbuch Traumapädagogik, Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: V&R
- Bauer, Joachim (2015): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt a.M. Piper
- Bode, Sabine (2017): Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen. 31. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bode, Sabine (2017): Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation. 23. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta
- Charf, Dami (2018): Auch alte Wunden können heilen. Wie alte Verletzungen aus der Kindheit unser Leben bestimmen und wie wir uns davon lösen können. München: Kösel
- Deutsche Gesellschaft für Supervision (2003): Ethische Leitlinien: (<https://www.dgsv.de> verfügbar am 20.11.21))
- Deutsche Gesellschaft für Supervision (2021): Mitarbeiterbefragung, Kurzfassung öffentlich zugänglich ([https://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2020/09/MB\\_kurz\\_2020\\_09\\_08\\_02.pdf](https://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2020/09/MB_kurz_2020_09_08_02.pdf) verfügbar am 21.11.21)  
Nur für Mitglieder: ([https://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2020/09/MB\\_Endergebnis\\_2020\\_03\\_08.pdf](https://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2020/09/MB_Endergebnis_2020_03_08.pdf) verfügbar für Mitglieder am 21.11.21)
- Fuchs, Thomas (2018): Embodiment und Supervision. In Supervision – Mensch Arbeit Organisation, 3/2018; Gießen: psychosozial, S. 12-18.
- Gies, Heidi (o. D.): Sekundäre Traumatisierung und Mitgeföhlerschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuungen in der Jugendhilfe, S. 1-14 ([https://www.institut-trauma-paedagogik.de/files/hedi\\_gies\\_artikel.pdf](https://www.institut-trauma-paedagogik.de/files/hedi_gies_artikel.pdf) verfügbar am 20.11.21)
- Hantke, Lydia; Görges, Hans Joachim (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik, Paderborn: Junfermann
- Hantke, Lydia, Görges, Hans Joachim (2021): Traumasensible Supervision, Begleitung in der Krise, Paderborn: Junfermann
- Heller, Laurence; Lapierre, Aline (2012): Entwicklungstrauma heilen, Alte Überlebensstrategien lösen. Selbstregulation und Beziehungsfähigkeit stärken. München: Kösel

- Hofer-Moser, Otto; Hintenberger, Gerhard; Schwarzmann, Melitta; De Dominicis, Rita, Brunner, Franz (2020): Krisenintervention kompakt, Göttingen: V+R
- Hutter Christoph, „Kein Sterbenswörtchen“ – Vom Schutz und Schatten des Schweigens, aus Manuskript zu einem Vortrag am Bayrischen Hospitz- und Palliativtag, am 17.05.2014, in Regensburg, S. 1-23 (<http://www.efle-beratung.de/fix/files/910/doc/Kein%20Sterbensw%F6rtchen.2.pdf> verfügbar am 20.11.21)
- Jegodtka, Renate; Luitjes, Peter (2016): Systemische Traumapädagogik, traumasensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern, Göttingen: V & R
- Kaldenkerken, Carla van (2018): Embodiment und Supervision. In Supervision – Mensch Arbeit Organisation, 3/2018; Gießen: psychisozial, S. 4 -11
- Kaldenkerken, Carla van (2014): Supervision und Intervision in der Mediation, Frankfurt: Wolfgang Metzner
- Kaldenkerken, Carla van (2014): Wissen was wirkt. Modelle und Praxis pragmatisch-systemischer Supervision. Hamburg: tredition
- Kolk, Bessel van der (2016): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Paderborn: Probst
- Krüger, Andreas (2017): Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos
- Korittko, Alexander; Pleyer, Karl Heinz (2016): Traumatischer Stress in der Familie – Systemtherapeutische Lösungswege. Göttingen: V & R
- Levine, Peter; Klone, Maggie (2015): Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. München Kösel
- Levine, Peter (2015): Trauma und Gedächtnis. Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn. Wie wir traumatische Erfahrungen verstehen und verarbeiten, München Kösel
- Levine, Peter (o. D.):Trauma (<https://www.somaticexperiencing.at/trauma/> verfügbar am 21.11.21)
- Levine, Peter (2013): Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. München Kösel
- Ofenstein, Christopher M. (2016): Lehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie. München: Urban & Fischer
- Pross, Christian (2009): Verletzte Helfer, Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen. Stuttgart Klett-Cotta
- Reddemann, Luise (2021): Imagination als heilsame Kraft, Stuttgart: Klett-Cotta
- Schmidt, Johannes B. (2015): Der Körper kennt den Weg, Trauma Heilung und persönliche Transformation, München: Kösel



- Schmid, Marc (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe in der BAG Traumapädagogik, Weinheim und Basel: Beltz
- Schneider-Landolf, Mina; Spielmann, Jochen; Zitterbarth, Walter (2010): Handbuch Themenzentrierte Interaktion (TZI). Göttingen: V & R
- Weinberg, Dorothea; Korritko, Alexander (2013): Instinktive Täuschung – die verborgenen Traumareaktion. In Informationen für Erziehungsberatungsstellen 2/2013, Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, Fürth S. 21-25  
(<https://www.alexanderkorittko.de/downloads> verfügbar am 20.11.2021)
- Weiß, Wilma (2013): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelderfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und Basel: Beltz

#### Webadressen:

- <https://www.alexanderkorittko.de>
- [www.attachment-and-trauma-treatment-centre-for-healing.com/blogs/understanding-and-working-with-the-window-of-tolerance](http://www.attachment-and-trauma-treatment-centre-for-healing.com/blogs/understanding-and-working-with-the-window-of-tolerance)
- <https://www.damicharf>
- <https://www.degpt.de/>
- <https://fachverband-traumapaedagogik.org/standards.html>
- <https://www.hamiltonhealthsciences.ca/wp-content/uploads/2020/04/THE-WINDOW-OF-TOLERANCE-FRAMEWORK>
- <https://institut-berlin.de/curriculum-traumasensible-supervision/>
- <https://www.somaticexperiencing.at/trauma/trauma-und-korper/>
- <https://www.traumaheilung.de>
- <https://www.traumapaedagogik.ch/>

## **Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Mittweida, den 04.02.2022

Gabriele Fleck-Hartmuth