

Peter Rudolph, TSTA-C

Vom Richtigen des Falschen

- Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung in Krisensituationen und die Konsequenzen für die Qualitätssicherung in der pädagogischen und klinischen Arbeit

Beispiele sind anonymisiert und verändert.

Ich beschäftige mich damit,

- was Kommunikation ausmacht, was ihre Tiefe und Macht ist,
- wie Gewalt in uns wirkt
- und stelle die Landkarte der Übertragungen und Gegenübertragungen noch einmal vor, um sie auch für eskalierte Situationen nutzen zu können.
Hierauf beziehe ich den Titel meines Vortrags - nämlich daß das, was wir empfinden in schwierigen beruflichen Situationen, manchmal falsch ist, denn es gehört nicht wirklich in diese Situation – und daß es dennoch wichtig ist, dieses falsche zu verstehen, um richtig zu handeln.
- Schließlich – und das ist mir in meiner Arbeit immer wieder ein wichtiger Aspekt gehe ich auf den Aspekt der Psychohygiene als einem wichtigen Qualitätsaspekt in der Arbeit mit Menschen mit Belastungen ein.

Ein Beispiel über das Erleben von massiver Gewalt und der Umgang damit im Amt und in der Supervision

Bsp.: SV JA - Supervision vor einigen Jahren im Jugendamt in Niedersachsen

Sozialarbeiter im JA bringt einen Fall eines 3 – jährigen Kindes ein, der in der Notfallpflege aufgenommen wurde. Das Kind war mit Zustimmung der Eltern in die Klinik gebracht worden. Nachbarn hatten wegen des Schreiens des Kindes das Jugendamt informiert. Von der Klinik aus wurde er nach der ersten Untersuchung und der Feststellung eines Verdachts auf akute Mißhandlungen in die Notfallpflege gebracht. Die Notfallpflegemutter aber brachte das Kind nach kurzer Zeit wieder ins Krankenhaus, da sie sich unsicher über seinen Zustand war. Woraufhin das Kind auch da behalten wurde, da bei dieser Untersuchung nicht ausgeschlossen werden konnte, daß weitergehende innere Verletzungen beständen.

Der Sozialarbeiter beschrieb das Kind in der SV sehr lebhaft – die vermuteten Blutgerinnsel wegen der Schüttelattacken, die großen Hämatome, die weg fallenden

Augen, die spastischen Verkrampfungen, der harte Bauch und die panisch anmutende Reaktion, wenn sich jemand näherte. Seine Erzählung war auch in der SV bewegend und seine Berührtheit und Erschütterung wurden sehr deutlich.

Er hatte deutliche Sorge, daß er sich mit seiner Position des Kindesschutzes in dem großen Netzwerk der Helfer nicht durchsetzen könne (Notfallpflege, Fallmanagerin, Richter, Arzt, Vormund, Anwälte, Eltern, ...). Er ging davon aus, daß die anderen die wirkliche Not des Kindes nicht sehen könnten, so daß das Kind nach seiner Einschätzung weiterhin gefährdet war.

Anliegen

Sein Anliegen war es, zu überlegen, wie er sich gegen die Vielzahl der Beteiligten positionieren konnte, so daß die Interessen des Kindes gewahrt werden könnten.

Prozess

Auch nachdem in der gemeinsamen Besprechung deutlich wurde, daß das Kindeswohl den Möglichkeiten entsprechend ausreichend geschützt war, wurde der Sozialarbeiter nicht entspannter. Ich selber begann, mich anzustrengen und mich scheiternd zu erleben. Ich bekam massive Impulse, ihn zurechtzuweisen und auch im Team wurde eine gewisse Gereiztheit spürbar. Es wurde auf Prozessebene auch so etwas wie Chancenlosigkeit spürbar.

Ich lud das Team ein, in diesen Moment im Prozess mal ‚hinein zu lauschen‘ und zu benennen, was in ihnen an Bildern, Gefühlen und Gedanken zum Thema, bzw. zum Prozess auftauchen würde und so von draußen drauf zu schauen.

Das Team nannte unter anderem Ärger und Wut mit aggressiven Bildern und zugleich Trauer, Impulse weg zu schauen, Ohnmacht, tiefe, schmerzhaftes Chancenlosigkeit.

Ich fragte den Sozialarbeiter, was er mit diesen Rückmeldungen anfangen könne, wie diese Empfindungen in den Fall und ihre Situation passen könnten. Ihm fielen dazu 2 Punkte ein, nämlich einerseits die Ohnmacht des Kleinkindes, das eine extreme, fortdauernde und tief wirkende Ausgeliefertheit erlebt hatte – und andererseits sagte er, daß frühe Chancenlosigkeit auch in seiner persönlichen Geschichte ein Thema gewesen sei. Es wirkte so, als hätten in unserer Situation der SV die unterschiedlichsten Geschichten stattgefunden und sich vermischt – und als hätten sich die Geschichte der Ohnmacht und der Gewalt in den verschiedensten Personen und Gruppen gespiegelt.

Das Erkennen und Benennen half ihm, mit der eigenen Betroffenheit anders umzugehen und in Bezug auf die Situation mit dem Kleinkind die Ressourcen, die für das Kleinkind da waren, deutlicher zu sehen.

Was in diesem etwas ausführlichen Beispiel – so hoffe ich – deutlich wird:

- Gewalt berührt und verletzt auch die die Menschen, die nicht unmittelbar Opfer sind, auch die, die nur mittelbar betroffen sind;
- Gewalt bleibt hängen – die Wirkung der erlebten und der erzählten Gewalt bleibt als Belastung im Professionellen ‚dran‘; Gewalt – auch erzählte – ist klebrig.
- Gewalt wird weiter gereicht, sie betrifft die, die sie erlebt haben und die, die sie erzählt bekommen.

Thema meines Beitrages sind

- Wie diese Prozesse entstehen,
- wie wir diese Prozesse nutzen können und
- wie wir diese Prozesse loswerden,

Zunächst:

Wieso überhaupt sich besonders Gedanken machen um Belastungen im beratenden, betreuenden oder pädagogischen Bereich?

Wieso sollen Menschen, die mit Menschen arbeiten, die Belastungen mitbringen, sich besonders um ihre Entlastung von der Arbeit Gedanken machen?

Ist der Arbeiter bei Peguform, der täglich komplizierte anspruchsvolle Produktionsprozesse begleitet, nicht in gleicher Weise gefordert, sich persönlich zu entspannen und sich von den Arbeitsinhalten zu lösen?

Ist der Ingenieur, der täglich mit der Konstruktion neuer Maschinen oder Prozesse beschäftigt ist, nicht in gleicher Weise aufgefordert, sich psychisch zu entlasten?

Die Antwort ist Nein!

Der Unterschied liegt nicht in der Höhe der Beanspruchung, nicht in der Menge der Aufgaben, nicht in der Qualität der Prozesse und nicht in der Qualifizierung der Beteiligten.

Der Unterschied liegt

- in der Art der Arbeit und
- in der Art der Begegnung.

Die Haupttätigkeit jedes in diesem Bereich professionellen Prozesses ist Kommunikation (*communi- care* „mitteilen“, *aber auch gemeinsam sorgen*). Es ist der Prozess des sich Austauschens, der gemeinsamen Sorge um das Anliegen des Klienten. Es ist das In – Beziehung – Gehen zum Klienten, was einerseits die Qualität des Beratungsprozesses aus macht und andererseits das Einfalltor für das eigene Ausbrennen darstellt.

Hierbei zählt doppelt, dass Betreuung, Beratung, Pflege im Schnitt mit Menschen stattfindet, die z.T. schwere Belastungen mit sich bringen, die schon andere Lösungen versucht haben, die nicht funktioniert haben – und die verunsichert und angstvoll durch ihre Situation sind.

Weil Kommunikation ein solch komplexer und wesentlicher Prozess ist, werde ich inhaltlich folgendermaßen vorgehen:

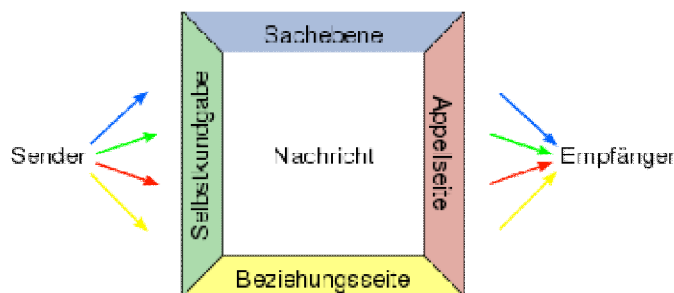
1. Was ist Kommunikation? Wenn 2 Universen sich begegnen
2. Was ist Übertragung? Wer bin ich Dir? Wer bist Du mir?
3. Was ist Mitempfindensmüdigkeit
4. Fragen und Anregungen

Kommunikationsmodelle

Modelle:

- ✚ 4 Ohrenmodell
- ✚ Dialogmodell der Kommunikation mit bewusst methodischen und unbewusst intuitiven Zugangsmöglichkeiten

4 Ohrenmodell von Schulz von Thun



Ein schönes Beispiel hierzu aus der Schule von einem Teilnehmer der SV:

1. Bsp. Kommunikation und Intuition in der Schule:

Schüler einer Förderschule – kommt in Unterricht und provoziert, Lehrer schont ihn, Lehrer sonst klar, hier packt er nicht zu, obwohl der Schüler immer wieder provoziert. Es ist ihm selbst unklar, wieso er das nicht tut. In der Pause spricht er ihn auf dieses Verhalten eher ermutigend und nicht konfrontierend an, worauf der Schüler ihm nach und nach erzählt, was bei ihm zuhause los war.

Der Vater des Schülers ist wegen innerfamiliärer Gewalt in Polizeigewahrsam gekommen, der Schüler ist eigentlich verzweifelt und hat provoziert, um sich nicht zu spüren.

Wie kam der Lehrer darauf, nicht das zu tun, was eigentlich anstand?

Auf der Appellebene forderte der Schüler den Lehrer deutlich auf, ihm Grenzen zu setzen. Das Betäuben seiner Unruhe und Angst brachte ihn dazu, dem Lehrer rebellisch zu begegnen, um die gewohnte Zurückweisung zu erhalten. Zugleich waren in seiner Selbstoffenbarung Anteile, die den Lehrer darin unterstützten, nicht auf die ‚Oberflächen‘ – Rebellion einzugehen, sondern den Schüler in seiner tieferen Not zu sehen – um dann darauf einzugehen.

Kommunikation ist ein ungeheuer tiefer und vielschichtiger Prozess. Lassen Sie mich einige Ausflüge machen, die zum Verständnis dieser Tiefe für mich hilfreich waren:

1. unser ‚Bauchhirn‘

Unsere Eingeweide „sind umhüllt von mehr als 100 Millionen Nervenzellen – mehr Neuronen als im gesamten Rückenmark zu finden sind. Diese „zweite Gehirn“ so haben Wissenschaftler heraus gefunden, ist quasi ein Abbild des Kopfhirns – Zelltypen, Wirkstoffe und Rezeptoren sind exakt gleich.“ HaniaLuzak, Geo Wissen 2010

Diese Bauchhirn – so die These von Luzak und anderen hat erinnernde und Handlungsleitende Funktion.

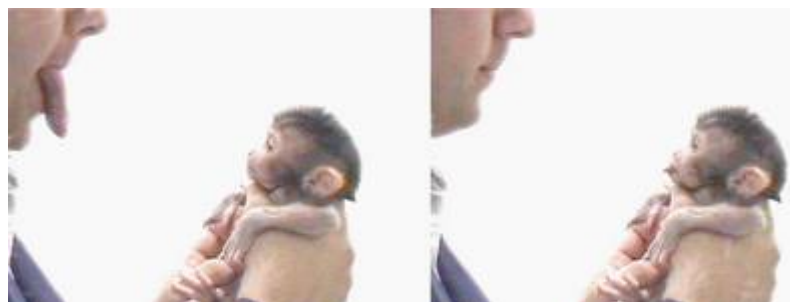
Tauchen ähnliche Situationen auf, reagiert der Bauch, lange bevor wir uns der Situation bewusst werden – und regt Handlung an. Dieses Bauchhirn hat tausende von Situationen ausgewertet und gespeichert – und reagiert entsprechend auf ähnliche Situationen.



Bsp.

- ✚ Der Klient, der von einer belastenden Situation erzählt, dabei sofort flacher atmet, Schultern nach vorn zieht, den Kopf eher beugt – wiederholt die Situation des sich kleinmachens, ohne sich dessen bewusst zu sein – es reicht das Erinnern der Situation, um sie leiblich zu wiederholen,
- ✚ Der Schüler, der sich sofort kampfbereit aufrichtet, wenn der Lehrer in die Klasse kommt, lange bevor er seine eigene Aggressivität und die darunterliegende Angst wahrnimmt.

2. Unsere Mitfühl – Hardware: Ein Spiegelneuron ist eine Nervenzelle, die im Gehirn von Primaten beim Betrachten eines Vorgangs das gleiche Aktivitätsmuster aufweist, wie es entstände, wenn dieser Vorgang nicht bloß (passiv) betrachtet, sondern selbst (aktiv) durchgeführt würde. Wir können gar nicht anders als mit zu empfinden. Es ist eine aktive Tätigkeit, dieses Mitempfinden zu begrenzen.



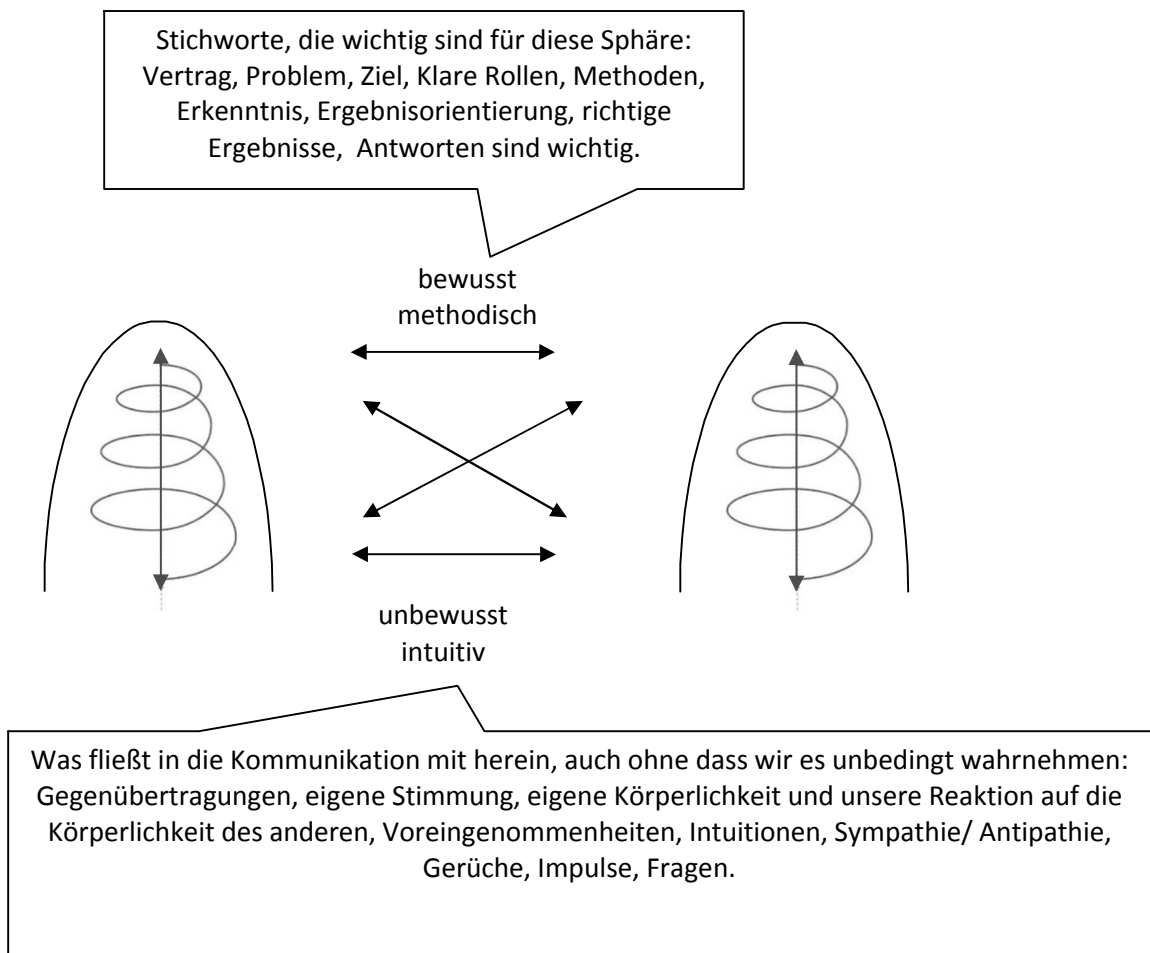
Bsp. Bewohner, der ängstlich die Auseinandersetzung mit seinen Mitbewohnern vermeidet, wirkt in uns mit seiner Angst.

3. David Eagleman schreibt in seinem Buch ‚Incognito‘: „Über die meisten unserer Handlungen, Gedanken und Empfindungen haben wir keinerlei bewusste Kontrolle. Im undurchdringlichen Dickicht unserer Neuronen laufen eigenständige Programme ab. ... (Das) Bewusstsein ist wie ein blinder Passagier auf einem Ozeandampfer, der behauptet, das Schiff zu steuern, ohne auch nur eine Ahnung von der Existenz des gewaltigen Maschinenraums zu wissen.“ DE, S. 11.

Als ein Beispiel (unter vielen) berichtet er von einem Experiment, in dem Männer die Gesichter von Frauen nach ihrer Attraktivität ordnen sollten. Was die Männer nicht wussten: Die Hälfte der Fotos war bearbeitet worden, so dass die Pupillen der Frauen etwas größer erschienen, die andere Hälfte nicht. Die Männer fühlten sich eindeutig zu diesen Frauen stärker hingezogen.

Sie wussten nicht, warum sie diese Wahl trafen – nur irgendetwas in ihrem Gehirn/ in ihrem Körper wusste, dass das ein Zeichen für sexuelle Erregung und Bereitschaft sind. Die Entscheidung traf dieser von ihnen nicht gewusste Teil – ebenso wie viele, viele andere Entscheidungen, die wir jeden Moment treffen – wie blinde Passagiere, deren Einfluss auf den Dampfer und seine Steuerung minimal sind.

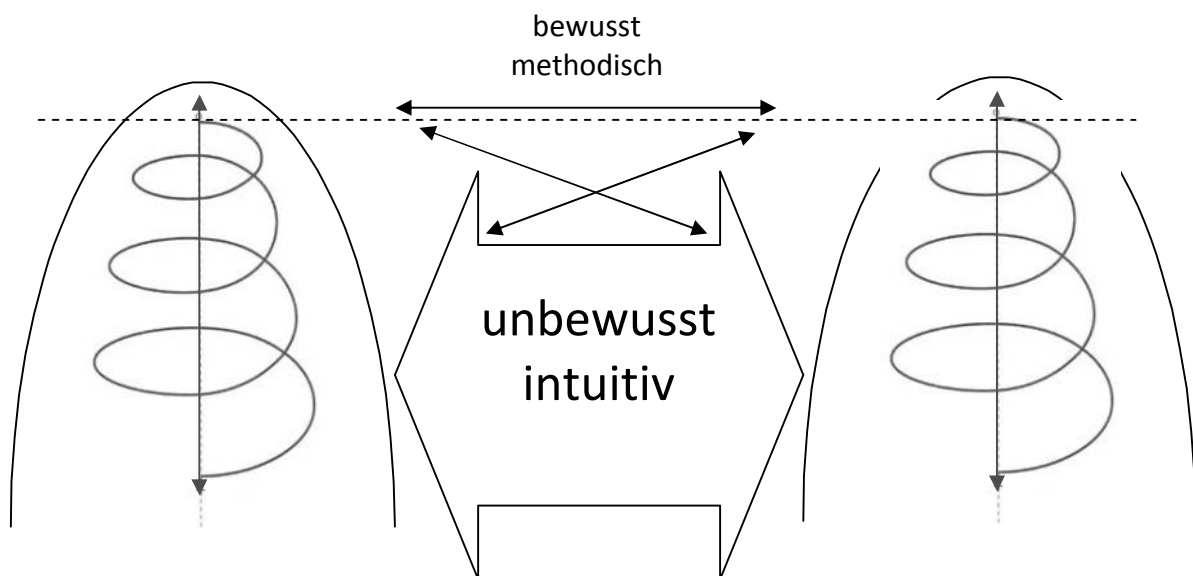
Dialogmodell der Kommunikation (Schmid/ Caspari)



Kommunikation ist hier ein Feld, bei dem die Kommunizierenden die Idee haben, sie führen diese Kommunikation. Zugleich bekommen sie nur einen Bruchteil der wirksamen Informationen überhaupt mit. Sie handeln in einem Feld, von dessen Größe, Vielschichtigkeit und Komplexität sie/ wir auf jeden Fall keine bewusste Wahrnehmung haben.

Dieses Modell eignet sich aus meiner Sicht gut, um Betreuung, Pädagogik und Beratung als kommunikative Prozesse zu reflektieren.

Eigentlich müssen wir dieses Bild noch anpassen, um die Verhältnisse angemessen darzustellen:



Beispiel zu tiefer Kommunikation – wie ich es immer wieder erlebt habe:

In einer Wohngruppe kommt ein Mädchen neu in die Gruppe. Das Mädchen ist verschlossen, wie abgeschnitten von sich selbst – es funktioniert irgendwie blind und steht dabei unter Druck. Es wurde als gefährdet geschildert, sich selbst zu verletzen oder sich von anderen verletzen zu lassen.

Die Pädagogin erfahren und kompetent - , die den Wochenenddienst macht, nimmt Beziehung zu dem Mädchen auf, es gelingt ihr, dass dieses Mädchen sich ihr öffnet und – wahrscheinlich das erste Mal – Worte findet für das, was es erlebt hat. Sie berichtet von Missbrauch, regelmäßiger Misshandlung bis hin zu rituellen Foldersituationen. Das Mädchen wacht quasi auf aus einer jahrelangen Erstarrung und Abspaltung.

Die Pädagogin begleitet das Mädchen in diesen Erzählungen und Offenbarungen einfühlsam und klärend.

Kurze Zeit nach dem Wochenende bekommt die Pädagogin Alpträume, Ängste, massive Schlafstörungen und kann ihre Arbeit nicht mehr wie gewohnt durchführen.

In der Supervision wird der Zusammenhang mit dem Wochenende zügig gesehen und die PädagogIn bekommt ausreichende Unterstützung vom hausinternen

Psychologen, um aus diesem Mitempfinden keine chronische Belastung zu entwickeln.

Schlussfolgerung:

Die Pädagogin hatte auf der bewussten Ebene klug und kompetent kommuniziert. Sie hatte das Mädchen einfühlsam, ohne es zu drängen darin unterstützt, eigene Geschichte und Betroffenheit zu erkennen und zu nennen – und das Erlebte so handhabbarer zu machen.

Zugleich hatte sie nicht auf sich aufgepasst und war auf unbewussten, intuitiven Ebene massiv in das Erleben des Mädchens ‚gerutscht‘ – die Modelle dazu folgen gleich.

Praktiker, die mit solch belasteten Menschen arbeiten, brauchen aber eine verlässliche Wahrnehmung von und Sorge für diesen Bereich.

Bevor wir uns jetzt dem Thema Selbstsorge zuwenden, will ich jetzt noch ein Modell vorstellen, mit dem die Einfallstore des Unbewussten in unsere alltägliche Arbeit auch und meines Erachtens hilfreich beschrieben werden können – nämlich das Modell von

Übertragung und Gegenübertragung

Bsp.: In der SV eines Wohnheims für Menschen mit psychischen Erkrankungen thematisieren die TN einen immer wiederkehrenden Konflikt mit Herrn K., einem 28j. Bewohner, der die Kollegen irgendwie immer dazu bringt, sich sehr für ihn anzustrengen, sich über ihn aufzuregen und schließlich entnervt aufzugeben. Er verhält sich immer wieder passiv und zugleich provokant, lädt ein, sich um ihn zu kümmern und weist dann mit Macht und Abwertung das Bemühen der MA zurück. Da wir verschiedene methodische Besprechungen schon durchgeführt haben, ist das Anliegen, sein Verhalten erst mal besser zu verstehen. Ich lade die TN ein, ihre Reaktion in diesem Konflikt genauer zu spüren und offen zu benennen.

Die inneren Reaktionen reichen

- von bemühtem, überfürsorglichem Engagement – ein Behüten, das Herrn K entmündigt
- über tiefe Enttäuschung und Verletztheit über die Zurückweisung
- bis hin zu Impulsen von geradezu vernichtender Wut.

Wir klären die Frage, wo er in seinem Leben diese Impulse und Reaktionen schon einmal erlebt haben könnte – und kommen – nicht überraschender Weise auf seine frühe Geschichte und auf die Geschichte seiner auch von den Eltern nicht bewältigten Erkrankung.

Sowohl die Überfürsorge, als auch die Enttäuschung, als auch die geradezu mörderische Wut gehören in die Lebensgeschichte des Herrn K, so wie er es erlebt und verinnerlicht hat. Auch vor der Erkrankung war er deutlich mit seinen Eltern verstrickt; seine Eltern waren auch damals bereits massiv überfürsorglich. Durch die Erkrankung aber scheint er in dieses Muster der Verstrickung und Gebundenheit noch viel stärker hinein ‚gerutscht‘ zu sein. Er reinszeniert mit den Pädagogen das innere Drama – und sie steigen ein. Er behandelt die Pädagogen, als wären sie seine Eltern.

Durch diese Überlegungen können die Teilnehmer sowohl Herrn K etwas besser verstehen – als auch sich selbst mehr akzeptieren, dass sie da in etwas ‚hinein gerutscht‘ sind. Diese Erkenntnis hilft ihnen, sich bei den nächsten Einladungen von Herrn K etwas leichter und klarer abzugrenzen.

Definitionen für Übertragung:

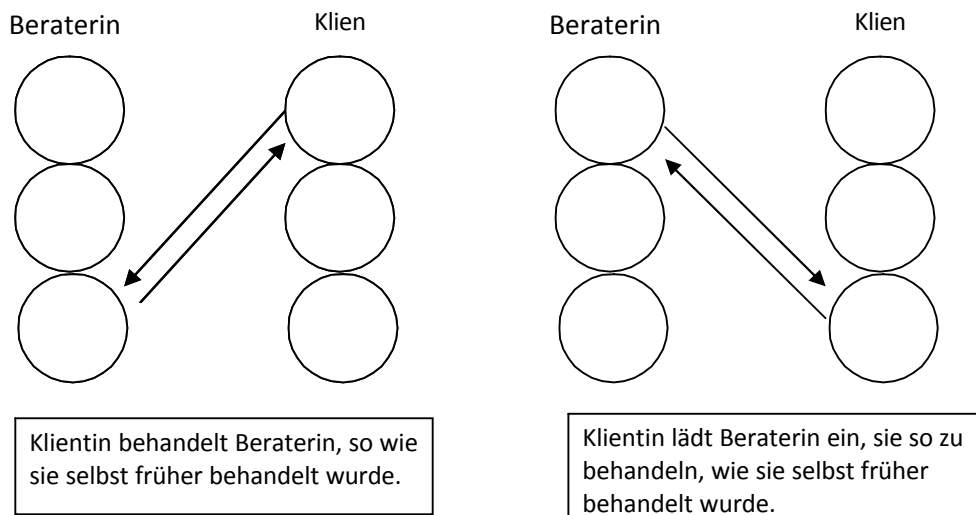
- Beziehungsmuster aus der Vergangenheit werden in die Gegenwart übertragen
 - Gefühle und Affekte aus den Beziehungsmustern aus der Vergangenheit werden in der Gegenwart erlebt.
 - Irrtum in der Zeit und Verschiebung der Affekte aus der Vergangenheit in die Gegenwart
- Es handelt sich also um die Wiederholung kindlicher Vorbilder und Beziehungsmuster, die mit einem besonderen Gefühl an Aktualität erlebt werden. Die Muster der frühen Beziehungen der Vergangenheit, die erlernt wurden, werden auf das gegenwärtige Leben und auch auf die professionelle Beziehung übertragen.

Gegenübertragung :

Gesamtheit der unbewußten Reaktionen des Therapeuten/ Pädagogen auf die Person des Klienten und besonders auf dessen Übertragung.

Bsp. Hierfür: das Team, das in die Überfürsorge ging.

Komplementäre Übertragungsprozesse



Konkordante Gegenübertragung

Die mitfühlende Gegenübertragung – ich fühle den anderen in mir.

Bsp. 2: Pflegerinnen in einer psychiatrischen Station, die sich entwertet, ohnmächtig, verzweifelt und ausgeliefert erleben. Es ist gut, wenn die MitarbeiterInnen lernen, wahrzunehmen, welcher Teil ihres Empfindens zur realen Situation gehört.

Sie sind real vielen Beschimpfungen, Abwertungen, aggressiven und bedrohlichen Verhaltensweisen und Situationen ausgeliefert.

Und dennoch ist es nicht so, daß sie ganz ausgeliefert sind. Es gibt Grenzen der Belastung, es gibt Möglichkeiten, sich zu schützen. Es gibt Möglichkeiten, Situationen zu gestalten.

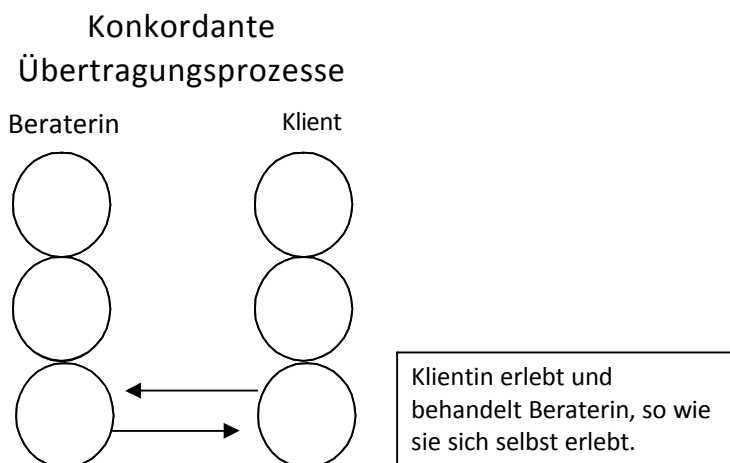
Über die Belastung, die aus ihrer täglichen und realen Arbeit kommt, schiebt sich das Empfinden und Erleben eines tieferen absoluteren Ausgeliefertseins, einer absoluten Entwertung – die so nicht aus der Situation kommt.

Hier sind sie in die Geschichte ihrer Patienten gerutscht. Sie erleben in sich das, was die Patienten in ihrer Lebensgeschichte erlebt haben – und diese frühe, absolute Ausgeliefertheit und Entwertung der Patienten breitet sich in den MitarbeiterInnen und dem Team aus.

So fühlen sie etwas Falsches, nämlich die erlebte Entwertung der Patienten – das doch zugleich wichtig ist für den Umgang mit den Patienten, denn wenn die MA das verstanden und empfunden haben, wie tief die Patienten Entwertung und Ohnmacht erlebt haben, können sie anders – manchmal duldsamer, manchmal genauer – mit ihnen umgehen. Auf den Teil der möglichen eigenen Verletzung gehe ich gleich noch ein.

Damit ein Team aus so einer Gegenübertragungsreaktion heraus kommen kann, ist es notwendig, daß sie eine Kultur haben oder entwickeln, in der sie über sich, ihr Empfinden und Fühlen sprechen, ohne sich gegenseitig zu beurteilen oder zu belehren.

Gegenübertragungen – gerade solche mit dieser Tiefe – sind klebrig.



Bsp. Der Mitarbeiterin in der Wohngruppe ist in ihrem Zuhören und Mitfühlen in das Empfinden dieses Kindes hinein gerutscht. Auch hier wieder ist es so, daß die Qualität der Arbeit dieser MA auch gerade zu ihrer Verletzlichkeit führt. Gerade ihr beziehungsorientiertes, feinfühliges Mitempfinden macht sie verletzlich dafür, diese Geschichte ‚eine Stufe zu tief‘ aufzunehmen.

Auch hier braucht die MA eine Kultur der Achtsamkeit und der Sorge um sich, bzw. die MA, damit sie aus dieser mächtigen Gegenübertragung heraus kommt.

Was wir bei der Gegenübertragung natürlich beachten müssen:

Donald Winnicott unterscheidet zwischen der

- abnormen Gegenübertragung (bei P. Clarkson pro-aktive Gegenübertragung genannt) und der
- objektiven Gegenübertragung (P. Clarkson : re - aktive Gegenübertragung)

- Als abnorme Gegenübertragung definiert Winnicott (1975) diejenigen Bereiche, die den ungelösten Konflikten aus der Vergangenheit des Therapeuten entstammen und auf den gegenwärtigen Klienten übergreifen.

Bis hierhin lassen sich also einerseits Übertragung und Gegenübertragung unterscheiden und andererseits abnorme (pro – aktive) und objektive Gegenübertragung – in

Transaktionsanalytischen Begriffen die re – aktive Gegenübertragung und die pro – aktive Gegenübertragung.

Als Beispiel sei hier der MA des Jugendamtes genannt, der sich starke Sorgen um den Schutz des 3 – jährigen Kindes machte. Seine Reaktion war einerseits eine re – aktive Gegenübertragung, er nahm die Geschichte des Kindes in sich auf, andererseits benannte er auch eigene Teile seiner Geschichte, die ihn hier verletzbar machten, übermäßig zu reagieren. Die große Kompetenz dieses MA bestand nicht nur darin, sich für das Kind so zu engagieren und sich berühren zu lassen, sondern auch und gerade darin, seine eigene Verletzbarkeit zu spüren und sie handhaben zu können. Hier war ein hohes Maß an Eigenreflexivität spürbar, wie sie in allen anspruchsvolleren Fort- und Weiterbildungen geübt und entwickelt wird.

Petrusca Clarkson unterscheidet **vier Kategorien** von Übertragungsphänomenen:

- a) Was Klienten in die Beziehung einbringen (= **pro-aktive Übertragung**) .
- b) Die Reaktion des Professionellen auf den Klienten (= **reaktive Gegenübertragung** oder objektive Gegenübertragung) .
- c) Was Professionelle mitbringen (= **pro-aktive Gegenübertragung** oder abnorme Übertragung durch den Professionellen).
- d) Die Reaktionen des Klienten, die ein Ergebnis dessen sind, was der Professionelle einbringt = **reaktive Übertragung** oder Klientenübertragung

Chr. Bollas, ein britischer Psychoanalytiker spricht hier auch von einer ‚Gegenübertragungskapazität‘ des Therapeuten. Wer sich gegen die Gegenübertragung sperrt, „lauscht nicht auf die Veränderungen seiner inneren Verfassung, um seine Gedanken und Phantasien aufarbeiten zu können und schiebt stattdessen beiseite, was sich in der Übertragung (und Gegenübertragung) an psychischem Material anhäuft.“¹.
Gegenübertragungskompetenz als Merkmal guter Arbeit mit Menschen.

Was bedeutet das jetzt für das Thema der Eskalation von Situationen und das Thema Selbstsorge?

Wenn Kommunikation und Beziehung die Hauptprozesse in der Arbeit sind, bedeutet dies, dass ein großer und wesentlicher Teil der Prozesse ungesehen und unbewusst ist! Wir surfen auf einer Oberfläche, deren Tiefen wir nicht kennen und nicht wahrnehmen.

„Jeder Versuch, andere zu verstehen, bringt also die Möglichkeit mit sich, dass das eigene psychische Gleichgewicht labilisiert wird, die Gefahr einer ‚Affektansteckung‘“ (Hans Jörg Becker, Konfliktbearbeitung in psychiatrischen Institutionen, in Supervision in der Psychiatrie, Bonn 1998, S. 97)

Der Andere, bzw. das Andere ist in uns eingedrungen. Die Verletzungen und Speerspitzen der anderen bohren in uns ebenso wie die so wach gerufenen eigenen

¹ ‚Der Schatten des Objekts‘, Christopher Bollas, Stuttgart 1997, S. 259

unbewältigten Widerhaken und schmerzlichen Erfahrungen aus der eigenen Geschichte.

Folgendes kann bei uns Helfer/innen entstehen:

- ✚ **Sekundäre Traumatisierung:** Frühere eigene Belastungen werden aktiviert durch den Umgang mit Traumatisierten – wie bei dem Sozialarbeiter im Jugendamt, der eigene Geschichte der Ausgeliefertheit wieder erlebt;
- ✚ **Stellvertretende Traumatisierung** (vicarioustraumatization): Durch Übertragung, aber auch durch die Menge und Dauer an Arbeit mit traumatisierten Menschen entstehende Probleme, wie bei der Mitarbeiterin der Wohngruppe, die im Sinne einer konkordanten Gegenübertragung in die Geschichte des Mädchens gerutscht ist;
- ✚ **Mitempfindens-Müdigkeit** (compassionfatigue): Abstumpfung der Gefühlswelt als Selbstschutz – wie ich sie manchmal in Teams erlebe, die sich in einem Strudel der Belastung, der zunehmenden Ausfälle durch Krankheit und einer zunehmend erlebten Schutzlosigkeit befinden.

Folgende Aspekte des Selbst werden durch den Umgang mit belasteten und speziell auch traumatisierten Menschen beeinflusst

1. Bezugsrahmen: Identität, Weltbild, Spiritualität
2. Fähigkeiten des Selbst:
Affektmodulation, positives Selbstgefühl, Bindungsverhalten
3. Eigene Ressourcen: Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung,
zwischenmenschliche und selbstbeschützende Fähigkeiten

Die Folgen einer solchen Überlastung drücken sich aus in emotional massiven und überschwemmenden Reaktionen von Trauer, Wut, Angst;

Es entstehen Reaktionen von innerer und äusserer Distanzierung – Distanz und nicht spüren von sich selbst und Distanz und Isolierung von den Anderen.

Die Arbeit wird eher sinnlos, die Motivation schwindet, es entsteht ein Aushalten, das immer mehr aushöhlt.

Auch körperliche Reaktionen gehören zu diesem Spektrum dazu – chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Krankheitsanfälligkeit steigt, Schlafstörungen.

Wer sich bisher mit Alkohol und Tabletten im Funktionieren gehalten hat, erhöht hier die Dosis.

Was trägt dazu bei, diese Erschöpfungs- und Überschwemmungszustände zu entwickeln

1. Bei den Klientinnen

2. Bei den Helferinnen
3. Im sozialen, organisatorischen und politischen Kontext

1. Bei den Klientinnen

Hier ist zusammenfassend zu sagen, je komplexer die Klientinnen belastet und traumatisiert sind, je länger und chronischer ihre Belastung ist und je massiver ihr abhängig symbiotisches Verhalten, desto stärker ist die „Gefahr der Affektansteckung“ wie Hans Jörg Becker formulierte, desto stärker ist der Sog in die Dramen und die Dynamik der Klientinnen hinein zu ‚rutschen‘.

2. Wir Helferinnen sind anfällig,

- ✚ wenn wir überhöhte Erwartungen an uns selbst haben, wir handeln - in TA gesprochen - aus den Antreibern heraus. Im Rahmen dieses Antreiberverhaltens erleben wir uns nur richtig/ wertvoll/ kompetent, wenn wir Belastungen über unsere Grenzen hinaus aushalten.
- ✚ Wenn wir eigene Verletzungen aus der eigenen Geschichte haben und die noch nicht ausreichend bewältigt haben. Nicht die Verletzung ist das Problem, denn die haben wir sowieso – und in unserer ‚Helferbranche‘ haben wir auch bestimmte Verletzungen. Nicht die Tatsache der Verletztheit ist das Problem, sondern die Frage, wie gehen wir mit unserer Geschichte um, dürfen wir spüren, brauchen, verletzt sein, Grenzen haben, usw.
- ✚ Wenn wir keinen ausreichend guten Alltag haben, in dem wir uns regenerieren können, erzählen, ausruhen, ablenken. Wenn wir „Bewältigungsstrategien“ haben, die unser Problem verlängern und chronifizieren (Alkohol, zuviel Arbeiten, emotionale Betäubung, soziale Isolation...) fördert das unser Verbrennen – und damit die Häufigkeit und Massivität von Eskalationen.

3. Unser berufliches Umfeld

- ✚ Hier ist zunächst die Frage, ob es auch von der Leitungsseite ein Sehen und Anerkennen der Belastung gibt – und einen angemessenen Austausch darüber;
- ✚ Gibt es ganz konkret Pausen, die Pausen sind – Bsp. Psychiatrie: Wenn ich raus gehe und Pause mache – lasse ich meinen Kollegen alleine in der Station zurück, da setze ich mich lieber in der Station an den Rand und frühstücke/ esse da, auch wenn ich da dauernd angesprochen werde;

- ✚ Gibt es die Möglichkeit, sich ‚mal auszuquatschen‘ – mal dem Herzen freien Lauf zu lassen – oder ist die Übergabe so eng getaktet, daß für Austausch und Resonanz keine Zeit ist;
 - ✚ Gibt es in der Dienstbesprechung die Möglichkeit, die eigene Befindlichkeit überhaupt auszudrücken. Ich werde irgendwann einen Artikel über die vielen Möglichkeiten, wie auf die Frage, „Wie geht es Ihnen in der Arbeit?“geantwortet werden kann,schreiben – das ist wirklich erstaunlich – und drückt oft sehr stark aus, wieweit ein Team oder Personen überhaupt noch in der Lage sind, sich zu spüren.
 - ✚ Gibt es eine Kultur der Achtsamkeit füreinander und für die Prozesse – achten die MA aufeinander, nehmen sie die Verschärfung von Atmosphäre und Prozessen wahr und thematisieren das dann?
 - ✚ Gibt es Geld für adäquate Unterstützung, Beratung, Begleitung, Therapie...?
 - ✚ Gibt es nach Krisen und Eskalationen fest gelegte und ausreichende Abläufe, um die Situation für die Beteiligten ausreichend aufzuarbeiten?
- All das sind Fragen die Hinweise darauf geben, ob das berufliche Umfeld, zu dem wir auch selbst gehören, dieses Thema ausreichend aufgreift.

Was ist zu tun?

Es ist gut, hilfreich und notwendig, Verantwortung auf allen Ebenen zu übernehmen

- Selber als Person
- Im Team
- Und auf der Ebene der Einrichtung
- Und auf einer gesellschaftlichen Ebene

✚ Zunächst mal: Anerkennen, dass diese Formen der Erschöpfung und des Inanspruchgenommenseins zur täglichen Arbeit dazu gehören. Die Teams, bei denen die Einstiegsrunde Monat für Monat mit einem kurzen, gleichförmigen „gut“ beantwortet werden, erlebe ich nicht als kompetent und nicht authentisch.

✚ Wahrnehmung zulassen und Entwickeln für Stufen der Entwicklung von

- Mitempfindungsmüdigkeit
- Stellvertretende Traumatisierung (vicarioustraumatization)
- Sekundäre Traumatisierung

Das Zulassen dieser Wahrnehmung – wie erschöpft bin ich, wie berührt, wie aggressiv und wie voll, ist aus meiner Erfahrung eine zentrale Kompetenz – und ist auch mutig. Ich lasse zu, daß die Fassade des alleskönnenden Professionellen weg gewischt wird.

- ✚ In Kontakt gehen mit Anderen (Kollegen, Vorgesetzte) – was bedeutet es, wenn ich das, was mich bewegt hat erzähle:
 - Ich nehme es wahr, nehme mich mit meinen Empfindungen wahr und meinen Reaktionen
 - Ich bringe es in eine Erzählung, ich mache etwas damit
 - Ich symbolisiere es und distanziere mich auf diese Weise auch davon, ich handhabe es – es ist nicht mehr blind in mir;
 - ...
- ✚ Maßnahmen durchführen (SV, IV, Übungen, Fortbildungen, Psychotherapie, Veränderung der Strukturen)

Alle diese Maßnahmen haben das Ziel, eine Wachheit und Achtsamkeit für den herausfordernden Alltag zu fördern, die 2 Ziele ansteuern

- Eine gute und ausreichende Selbstsorge für die beteiligten Professionellen – eine wertschätzende Psychohygiene und ‚Pflege‘ der Professionellen und
- Eine Minderung eskalierender Situationen sowohl im Sinne von weniger Eskalationen, als auch im Sinne von erhöhter Fähigkeit, eskalierende Situationen wieder zu deeskalieren. In diesem Sinn ist die Achtsamkeit mit sich, den anderen und den Prozessen auch echte Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

Literaturempfehlungen

- Elbing, Ulrich, „Nichts passiert aus heiterem Himmel ... es sei denn man kennt das Wetter nicht“, Dortmund, 2003
- Kouwenhoven, Kiltz, Elbing, „Schwere Persönlichkeitsstörungen, transaktionsanalytische Behandlung nach dem Cathexis – Ansatz“ Wien, 2002
- Huber, Michaela, „Wege der Trauma Behandlung, Kapitel 19: Psychohygiene:
- Die Mitempfindens-Müdigkeit verhindern“, Paderborn, 2003
- Stamm, Beth H., Sekundäre Traumastörungen. Paderborn, 2002