



Foto: privat

Prof. Dr. med. Christian Pross

Prof. Dr. med. Christian Pross, Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, Ausbildung zum Supervisor und in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Mitbegründer und bis 2003 Leiter des Behandlungszentrums für Folteropfer (bzfo) Berlin, seit 2008 Honorarprofessor an der Charité Universitätsmedizin Berlin, seit 2009 Wissenschaftlicher Leiter der Arbeitsgruppe für Psychotraumatologie-Forschung am „Zentrum Überleben“ in Berlin, Autor des Buches „Verletzte Helfer – Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen“ (Klett-Cotta, 2009).

## „Die Psychotraumatologie ist noch eine junge Wissenschaft“

**BÄ:** *Wie schätzen Sie die Situation der Behandlung für Folteropfer in Berlin ein?*

Das ist ein Gebiet, auf dem es immer noch sehr viel mehr Bedarf als Angebot gibt. Inzwischen gibt es zwar eine ganze Reihe von niedergelassenen Ärzten und Psychologen, die sich in der Traumadiagnostik und -therapie sowie der Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen auskennen, aber die Warteliste des bzfo ist nach wie vor groß. Zu bedenken ist, dass Asylbewerber aus dem Raster unserer Gesundheitsversorgung herausfallen. Nach wie vor bekommen Flüchtlinge, die keinen gesicherten Aufenthalt haben, nur eine medizinische Basisversorgung über die Kasse bezahlt. Vieles, was wir aber im bzfo leisten wie Psycho-, Kunst- und Musiktherapie sowie Krankengymnastik, ist für Asylbewerber, die einen großen Teil unserer Klientel ausmacht, nicht abgedeckt und muss aus Spenden finanziert werden. Auch für die Gruppe der Stasi-Verfolgten gibt es viel zu wenig Angebote, so wie etwa die von „Gegenwind“, einer Beratungsstelle für politisch Traumatisierte der DDR-Diktatur. Auch die Kapazitäten reichen nicht aus. Die Zahl der ehemals in der DDR politisch Inhaftierten ist mit circa 300.000 sehr hoch.

**BÄ:** *Zeichnen sich aber nicht dennoch Verbesserungen ab?*

Ja, doch, man hat jetzt natürlich schon sehr viel mehr Erfahrungen. Als wir 1992 angefangen haben, war das Gebiet „Trauma“ eine große Unbekannte. Verwies man zu der Zeit einen Patienten an einen niedergelassenen Arzt oder las man Gutachten über einen Flüchtling, so konnte man feststellen, dass die meisten Kollegen davon so gut wie gar nichts wussten. Manche hatten noch nie etwas von der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört. Inzwischen hat sich das fast umgekehrt:

Trauma ist eine Art Mode geworden, der Begriff wird meines Erachtens viel zu häufig verwendet, popularisiert und trivialisiert. Die inflationäre Anwendung der Diagnose PTBS halte ich für äußerst fragwürdig.

**BÄ:** *Welches Ziel verfolgen Sie mit Ihrem Buch „Verletzte Helfer – Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen“?*

Während meiner langjährigen Tätigkeit auf diesem Arbeitsfeld habe ich sehr viele Spannungen und destruktive Konflikte erlebt und viele Kollegen getroffen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Viele sind ausgefallen, weil sie dem Druck und dem Stress einfach nicht mehr gewachsen waren. Anfangs dachte ich, wir sind noch zu unerfahren. Dann glaubte ich, es sei ein persönliches Scheitern, aber nachdem ich mich weltweit in den Netzwerken der Traumazentren umgesehen habe, stellte ich fest, dass überall dort, wo man mit dieser Patientengruppe zu tun hat, die gleichen oder zumindest ähnliche Probleme auftreten. Dieser Beobachtung wollte ich auf den Grund gehen. Insgesamt habe ich in 13 Einrichtungen Einblick gewonnen, an Teamsitzungen teilgenommen, externe Evaluationen ausgewertet, davon 9 in westlichen Ländern und 4 in Schwellenländern vom Übergang einer Diktatur in die Demokratie. Mit insgesamt 72 Personen habe ich Interviews geführt. Anhand dieser qualitativen Daten konnte ich die Einrichtungen mit einem hohem Konflikt- und Stresspegel mit denen vergleichen, die einen niedrigen Konflikt- und Stresspegel aufweisen.

**BÄ:** *Mit welchem Ergebnis?*

Ich habe festgestellt, dass die Einrichtungen mit einem niedrigen Konflikt- und Stresspegel eine bestimmte Struk-

tur haben, die sich von den anderen Einrichtungen deutlich unterscheidet. So haben sie eine gut durchstrukturierte Arbeitsorganisation, eine klare Verteilung der Verantwortlichkeiten und Kompetenzen. Sie haben eine autorisierte Leitung und es gibt feste Rituale wie zum Beispiel strukturierte Fallbesprechungen sowie eine Fallsupervision durch einen externen, unabhängigen Supervisor. Hier werden mit den Therapeuten schwierige Fälle besprochen, was sehr wichtig ist, weil man sich bei Trauma-Patienten leicht verstrickt, in eine Überidentifizierung hineingerät und die professionelle Distanz verliert. Man braucht einen neutralen, erfahrenen Berater, der einem hilft, die eigenen blinden Flecke und Gegenübertragungen zu erkennen.

Die Einrichtungen mit hohem Konflikt- und Stresspegel haben diese Voraussetzungen in unzureichendem Maß oder gar nicht. Sie sind meist von charismatischen Gründern aufgebaut worden, die mit enormer Energie die Etablierung der Einrichtung oft gegen erhebliche Widerstände in der Gesellschaft durchgesetzt haben, aber weniger Wert legen auf Regeln, Organisation und Management. Das geht eine Weile gut, solange man noch ein kleines überschaubares Team ist, der Idealismus und der Schwung der Pionierphase anhält, man alles im Team bespricht und kollektiv entscheidet. Dieses basisdemokratische Modell funktioniert irgendwann nicht mehr, es ist dysfunktional, wenn die gewachsenen Aufgaben und die größere Mitarbeiterzahl mehr Arbeitsteilung und Differenzierung der Verantwortlichkeiten erfordern. Dann wird aber oft an diesem Modell weiter festgehalten. Es kommt zu enormen Konflikten und Grabenkämpfen. Wenn es dann keine funktionierende Leitung gibt, die für ein Konfliktmanagement sorgt, wird es chaotisch und destruktiv. Ich habe fest-

gestellt, dass dann traumatische Inhalte aus der Arbeit reinszeniert werden. Das heißt, dass es zum Beispiel Täter-Opfer-Projektionen gibt, Phantasien kursieren von Verfolgung und Bespitzelung durch Geheimdienste.

*BÄ: Also sind in erster Linie Helfer, Ärzte, Psychotherapeuten von Verletzungen bedroht, die unter unzureichenden Arbeitsbedingungen tätig sind?*

Es gibt inzwischen sehr viel Literatur über das so genannte sekundäre Trauma auch „stellvertretende Traumatisierung“ genannt<sup>1</sup>. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass in der Beziehung zwischen Helfer und Klient bzw. zwischen Arzt und Patient traumatische Inhalte übertragen werden und der Helfer oder Arzt dann selber Traumasymptome wie etwa Schlaflosigkeit, Alpträume, Schreckhaftigkeit und Gereiztheit entwickeln kann. Das ist ein Ansteckungsmodell. Aber ich glaube, dass das nicht stimmt: Gibt es eine haltgebende Struktur für die Helfer, die es erlaubt, die destruktiven Inhalte zu verarbeiten, zum Beispiel im Rahmen von Fallsupervision, dann wird diese „Ansteckung“ nicht stattfinden oder zumindest abgeschwächt. Ein wesentliches Ergebnis meiner Forschungsarbeit ist, dass Struktur und professionelles Management eine gute Prävention gegen diese Prozesse sind und zu einer Entlastung führen. Hoher moralischer Anspruch, Überidentifikation mit Klienten, Selbstaufopferung, Workaholicismus gepaart mit narzisstischen Größen- und Retterphantasien führen zu Überforderung, Erschöpfung, chaotischen Arbeitsabläufen und Konflikten unter den Ärzten und Helfern.

*BÄ: Welche Handlungsempfehlung geben Sie?*

Ich plädiere für mehr Professionalität, für gutes Management und bessere

Arbeitsorganisation in den Einrichtungen, die Menschen helfen, die schweren traumatischen Belastungen ausgesetzt waren. Ich glaube, dass auch jede Leitungskraft in regelmäßigen Abständen ein Coaching braucht, denn als Leiter ist man sehr auf sich allein gestellt, hat wenig Unterstützung und ist Projektionsfläche und Zielscheibe negativer Energie. Das ist ein enormer Stress und manchmal übermenschlich, was man dafür eine Last zu tragen hat. Ein Organisationsberater kann helfen, zu erkennen, was schief läuft, wie Reibungsverluste entstehen und wie man diese vermeiden kann.

*BÄ: Bekommen Sie auf das Buch „Verletzte Helfer“ auch negatives Feedback?*

Bisher eher das Gegenteil. Das Buch schildert schlichtweg Defizite und destruktive Prozesse, die ja nicht von Helfern gewollt sind, denn sie handeln in bester Absicht für hehre Ziele. Die Psychotraumatologie ist einfach noch eine junge Wissenschaft und ich würde diese Defizite als Kinderkrankheiten eines noch nicht sehr reifen Fachgebietes bezeichnen. Ich zeige Wege auf, wie man es anders und besser machen kann im Sinne eines professionellen Fehler- und Qualitätsmanagements wie es inzwischen im Gesundheitswesen Standard ist. Das ist keine Nestbeschmutzung, wenn man die Qualität der Arbeit aufgrund von fundierten Recherchen und konstruktiver Kritik zu verbessern sucht.

*BÄ: Wir bedanken uns für das Gespräch.*

Das Gespräch führte  
Ulrike Hempel

---

<sup>1</sup>McCann L, Pearlman LA (1990) Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. In: Journal of Traumatic Stress, Vol. 3, No.1, pp. 131-149; Figley CF (ed.) (1995): Compassion Fatigue, Coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized. New York, Brunner and Mazel.