

'Ging es nicht um Gesundheit – statt um Therapie?!' – Gesundheitspsychologische Aspekte von Krisen und Traumatisierungen am Beispiel Jugendlicher am Rande der Gesellschaft

ROLAND URBAN

Zusammenfassung

Unter respektvoller Berücksichtigung konventioneller diagnostischer und therapeutischer Zugänge zum Thema Krisen und Trauma wird ein Perspektiven- und damit Paradigmenwechsel vorgeschlagen, der kurzfristig auf notfallpsychologischen Akutinterventionen, mittel- und langfristig auf der konsequenten Implementierung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen bzw. Strategien basiert – und somit insgesamt auf die Prävention von Traumafolgeerscheinungen bzw. eine explizite Fokussierung auf Ressourcen und Gesundheit abzielt. Ausgehend von praktischen Erfahrungen mit Jugendlichen am äußersten Rand der Gesellschaft (die in diesem Kontext als RepräsentantInnen besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen zu verstehen sind) wird ein Modell präsentiert, das die konventionellen Grenzen der kurativen Traumatherapie überschreitet und stringent dem Paradigma der Gesundheitsförderung folgt. Zentral erscheint in der Auseinandersetzung letztlich die Entwicklung einer genuin gesundheitsfördernden *Haltung*. Diese impliziert neben der Bereitschaft zur tatsächlichen *Ermächtigung* der KlientInnen eine Konzentration auf die Rahmenbedingungen der Entwicklung von Gesundheit und damit die bewusste Integration der Gemeinschaft / des Gemeinwesens in sämtliche so genannte HelferInnensysteme, aber auch und vor allem eine schonungslose Reflexion des Selbstverständnisses als psychosoziale Arbeit-

rIn. Schlagwörter: Traumabewältigung, Gesundheitsförderung, Notfallpsychologie, Inklusion, Partizipation, Gemeinwesenarbeit, Empowerment

Schlüsselwörter: *Traumabewältigung, Gesundheitsförderung, Notfallpsychologie, Inklusion, Partizipation, Gemeinwesenarbeit, Empowerment*

Summary

Whilst respecting conventional diagnostical and therapeutic approaches towards psychological crisis and trauma a change of perspective and paradigm – based on short-term emergency-psychological intervention and on intermediate- and longterm implementation of public health frameworks and strategies – is being proposed. Thereby the overall focus is directed towards prevention of trauma sequelae, and resources and health, respectively. Practical experiences with young people at the very margin of society (who are perceived as representatives of highly vulnerable population groups) stress the need for a model which transcends the limits of curative trauma therapy and that truly reflects the paradigm of public health. An essential aspect of the overall discussion concerns the development of a genuinely health promoting *attitude* – which implies the willingness for *empowering* clients, an emphasis on the development of conditions that promote health, thereby the integration of diverse communities in all professional support systems, – and ultimately a radical reflection of the self-conception as psychosocial worker. Key words: Trauma resolution, Public Health, Emergency/Disaster Psychology, Inclusion, Participation, Community work, Empowerment

Keywords: *Trauma resolution, Public Health, Emergency/Disaster Psychology, Inclusion, Participation, Community work, Empowerment*

1. Ausgangslage

1.1 Praxis

Verschiedene Tätigkeiten als Jugend- und Gemeinwesenarbeiter sowie als Gesundheits-, Klinischer und Notfallpsychologe haben zu der ernüchternden Erkenntnis geführt, dass junge Menschen am Rande der Gesellschaft durch die existenten Systemleistungen nur unzureichend betreut werden können. Die fol-

gende exemplarische Kurzdarstellung soll dies verdeutlichen. 1.1.1 Beschreibung der Zielgruppe

Im Rahmen des Aufbaus und der Entwicklung eines Teams für die (schwerpunktmäßig) sozialpädagogische Begleitung von Jugendlichen ohne aufrechte Versorgungsstruktur (da sie sämtliche bisher verfügbaren Angebote nicht zu nutzen imstande waren bzw. die beteiligten HelferInnensysteme sich mit ihnen überfordert gezeigt haben), konnten u.a. folgende Charakteristika der betreffenden Klientel erarbeitet werden (die nicht prototypisch, sondern vielmehr als Verständnishilfe zu verstehen sind): Zahlreiche Beziehungsabbrüche in der Biographie der Jugendlichen; Multiple Traumatisierungen (primär durch psychische, physische und/oder sexuelle Gewalt bzw. Vernachlässigung), oft über mehrere Jahre und in verschiedenen sozialen Zusammenhängen; Zumeist mehrere stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Abteilungen, – trotz der Minderjährigkeit der Betroffenen – begleitet von entsprechenden psychiatrischen Diagnosen; auffällig häufig wurden ADHS, emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ sowie sog. Störungen des Sozialverhaltens konstatiert; ebenso auffällig – und angesichts der biographischen Hintergründe wie auch aktuellen Lebenszusammenhänge überraschenderweise – fehlen in den diagnostischen Festlegungen Hinweise auf posttraumatische Belastungsstörungen nahezu völlig; Langjährige Erfahrungen mit unterschiedlichen HelferInnensystemen im gesamten psychosozialen Bereich, nicht immer zum Vorteil der Jugendlichen; diverse Ausschlüsse aus Institutionen und Einrichtungen aufgrund disziplinärer Vergehen; Sog. psychische und soziale Auffälligkeit; Selbst- und/oder Fremdaggression, kriminelle Handlungen, Suchttendenzen, etc. – meist in kombinierter Form; Schulabbruch, -verweigerung oder -suspendierung; schwer bis nicht vermittelbar am freien Arbeitsmarkt; Anfänglich unkooperatives Verhalten (wohl aufgrund der Nicht-Freiwilligkeit der sog. 'Maßnahmen'); Hohe Krisenbewältigungskompetenz; großes kreatives Potential auf kognitiver, emotionaler, Verhaltens- und Handlungsebene. 1.1.2

Psychosoziale Situation

Die Jugendlichen befanden sich zum Zeitpunkt der Fallübernahme durchwegs in äußerst prekären psychosozialen Umständen – mit den Perspektiven einer temporären Rückkehr ins Herkunftssystem (worst case), Obdachlosigkeit und/oder einer drohenden Strafhaft. Soziale Netzwerke existierten de facto keine; der Kontakt zur Herkunftsfamilie war in der Regel stark zerrüttet; die Beziehungen

zu BetreuerInnen und Einrichtungen wurden meist seitens der ProfessionistInnen abgebrochen; stabile Freundschaften und soziale Kontakte konnten aufgrund der wechselnden Lebenswelten in der Regel nicht entwickelt werden.

Sämtliche KlientInnen verfügten über ausreichend Erfahrung mit sozialpädagogischen, psychologischen, psychotherapeutischen, medizinisch-psychiatrischen und/oder sozialarbeiterischen Angeboten. Ihre Resonanz gegenüber all diesen Angeboten fiel ernüchternd und meist äußerst negativ aus. Trotz evidenter Traumafolgeerscheinungen – und entsprechendem Leidensdruck – lehnten die Jugendlichen konventionelle therapeutische Unterstützung strikt ab.

Die unfreiwillige – und artifizielle – Beziehungsaufnahme zu weiteren VertreterInnen des psychosozialen Sektors erzeugte initialen Widerstand. 1.1.3 Erfahrungen, Handlungsoptionen, -felder, und -limitationen

Die Erfahrungen mit dieser Zielgruppe zeigen, dass der Kardinalweg im Aufbau und der Entwicklung von langfristigen, vertrauensvollen, belastbaren Beziehungen liegt. Mehrere Monate wurden ausschließlich dem Beziehungsaufbau gewidmet, ohne Erwartungen an die KlientInnen.

Während dieser Zeit kristallisierten sich mögliche Arbeitsfelder heraus; Zeitpunkt der Thematisierung sowie die Art und Weise der Bearbeitung bestimmten die Jugendlichen.

Die Haltung der BetreuerInnen war konsequent geprägt von einem Fokus auf Stärkung der gesunden Anteile und Ressourcen.

Mittels alltags- und freizeitorientierter Methoden wurde die Erweiterung des Kompetenzspektrums stetig forciert.

Psychologische Angebote wurden an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Jugendlichen angepasst.

Sofern notwendig oder gewollt, wurden zusätzliche Unterstützungssysteme aktiviert (z.B. tiergestützte Therapie, Körperarbeit, Tagesstruktur etc.).

Durchgängig wurde darauf geachtet, mehrere Optionen anzubieten, um bewusste Entscheidungsfindungsprozesse, Verantwortungsübernahme und Selbstbestimmung zu fördern.

Eine langfristige Be-heimat-ung in einer geeigneten Einrichtung bzw. eigenen Wohnung sowie eine Einbettung und Integration in ein Gemeinwesen bildeten fixe Ziele der Arbeit.

Wir konnten beobachten, dass die Jugendlichen – sobald sie von der Verlässlichkeit, Sicherheit und Nachhaltigkeit unseres Beziehungsangebotes überzeugt waren – sich nicht nur insgesamt öffneten, sondern auch Traumabewältigung im engeren Sinne des Wortes zuließen.

Entscheidend dafür war nicht der professionelle Fokus auf oder Zugang zur Traumarbeit, sondern die Konzentration auf Gesundheit, 'Normalität' und Beziehungen. Erst dadurch – und durch die Förderung der Selbstdetermination – konnte konstruktive Veränderung initiiert werden.

Resümierend kamen wir zu dem Schluß, dass diese hoch vulnerablen Menschen vor allem ein stabiles Zuhause, sichere Beziehungen, soziale Einbettung in ein Gemeinwesen und 'Normalität' benötigen. Dies mag banal klingen, für diese Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist es essentiell.

Die Grenzen unserer Arbeit wurden uns in unterschiedlichster Weise immer wieder vor Augen geführt, u.a.: Die teils hoch belastende Beziehungsgestaltung erforderte ein immenses Maß an Professionalität des sozialpädagogischen Personals sowie konsequente Teamentwicklung. Die rechtlichen und finanziellen Modalitäten erlaubten nur partiell gesundheitsförderndes Vorgehen (etwa durch die Abrechnung pro KlientIn oder die Segmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens). Der Wechsel der legislatischen Zuständigkeit mit Erreichen des 18. bzw. 21. Lebensjahres führt (mangels prolongierter Finanzierung der Leistungen) immer wieder zu ungewollten Beziehungsabbrüchen. Die Vernetzung und Kooperation zwischen relevanten Professionen, Institutionen und Einrichtungen funktioniert nicht immer wünschenswert (z.B. Sozialpädagogik und Justiz oder Psychiatrie). Die Gesundheitsdienste in ihrer Gesamtheit vermochten nicht (oder nur schwer), weiterführende und nachhaltige Betreuungsangebote für diese Jugendlichen anzubieten, was prognostische Einschätzungen oftmals nüchtern ausfallen ließ. 1.2 Theorie

»Bedingt durch die Tradition vieler bis heute vorherrschender Therapieansätze, die auf der Basis von Pathologie- und Defizit-Konzepten arbeiten, herrscht im Bereich der Trauma-Arbeit noch immer die Sichtweise vor, dass Menschen, die unter Traumatisierungen leiden, sehr fragil, kaum belastungsfähig und häufig sowohl psychisch als auch somatisch äußerst labil seien. Auch wenn dies oft tatsächlich zu beobachten ist, drückt es nur einen Aspekt der Dynamik aus.« (Schmidt 2008, 13).

Dass ein Trauma – als unvorhergesehenes, bedrohliches Ereignis, welches die personalen (wie sozialen) Bewältigungsmechanismen überfordert und Grundannahmen über sich selbst sowie das Funktionieren der Welt erschüttert bis sprengt – psychisch wie somatisch desaströse Auswirkungen haben kann, ist evident (vgl. Hausmann 2006, 31). Gleichzeitig erscheint gerade angesichts eines derart universal (körperlich, psychisch, spirituell) wirkenden Geschehens die Beschränkung auf kurative medizinisch-therapeutische Strategien nicht sinnvoll und auch wenig nachvollziehbar – da dadurch die Aktualisierung wesentlicher gesundheitserhaltender bzw. -fördernder Faktoren unberücksichtigt gelassen wird; die speziell bei traumatisierten Menschen so wichtige (Selbst-)Ermächtigung nicht bzw. nur partiell (meist auf psychische Teilbereiche bezogen) stattfindet; und die Betroffenen oftmals auf ihre Rolle des 'schwer gestörten Patienten' reduziert werden bzw. darin verhaftet bleiben.

Der aktuelle theoretisch-wissenschaftliche Diskurs sowie die praktischen Erfahrungen in verschiedenen Segmenten der sog. medizinischen und psychosozialen Szene legen den Schluss nahe, dass die einangs durch Schmitt beschriebene Sichtweise nicht nur für das Phänomen 'Trauma' gültig ist, sondern dass dadurch vielmehr eine allgemeine *Haltung* innerhalb des so genannten Gesundheitswesens ausgedrückt wird, die deutlich auf die Korrektur von Krankheit fokussiert – anstatt die unbedingte Konzentration auf die (Weiter-)Entwicklung von Gesundheit zu forcieren.

Daran hat sich auch 25 Jahre seit der Formulierung der *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (WHO 2011), der Veröffentlichung relevanter Ansätze wie der Salutogenese (Antonovsky 1997) oder einer Renaissance assoziierter Konzepte (Partizipation, Inklusion, Empowerment) nicht viel geändert.

Aus diesem Anlass erscheint eine Erinnerung an die grundlegenden Postulate der Gesundheitsförderung – und der damit verbundenen Handlungs- und Haltungsempfehlungen – angebracht.

2. Das Paradigma der Gesundheitsförderung

2.1 Gesundheitsförderung – Versuch einer Begriffsbestimmung

Antonovsky (1997) erteilt einer dichotomen Wahrnehmung von Gesundheit vs. Krankheit eine klare Absage und schlägt stattdessen diagnostische Positionierungen zu spezifischen Zeitpunkten entlang eines Kontinuums vor, welche den

relativen Grad der Gesundheit (und nicht das Vorhandensein oder Fehlen von Krankheit) repräsentieren: »Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, dass wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersuchen.« (23)

Die Konsequenz eines derartigen Vorgehens besteht nicht in einer Negierung der pathologischen Erscheinungen und ihrer entsprechend indizierten therapeutischen Behandlungsweisen, sondern in einer radikalen Hinwendung zu gesundheitsfördernden Faktoren – also zu Ressourcen, die das Potential für Gesundheit und Entwicklung wahrnehmbar, verstehbar, nachvollziehbar und letztlich umsetzbar machen. Dies erscheint gerade angesichts dramatischer Dynamiken, die die Existenz- und Identitätsgrundlagen erschüttern (wie etwa in Folge traumatischer Erfahrungen), essentiell.

Die Deklaration der *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* von 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation WHO (2011) markierte einen Meilenstein in der Geschichte der (post-)modernen Gesundheitswissenschaften. Mit diesem Dokument wurden obige Grundsätze offiziell verankert und damit eine paradigmatische Wende – zumindest theoretisch – per internationalem Dekret eingeleitet (dass die Umsetzung nach wie vor nicht bzw. nur äußerst punktuell stattgefunden hat, offenbart den geringen realpolitischen Einfluss der WHO).

In der Ottawa-Charta werden folgende Handlungsstrategien und -qualifikationen eingefordert (ebda.; vgl. Waller 2002, 156ff.): 2.1.1 Handlungsstrategien

Die Handlungsstrategien der Ottawa-Charta beschreiben konkrete Aktionsfelder gesundheitsfördernder Maßnahmen – bezogen auf unterschiedliche Zielgruppen/-systeme und sämtliche Strukturebenen des gesellschaftlichen Gefüges. Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Mittels Information, Gesundheitsbildung und der (Weiter-)Entwicklung lebenspraktischer Fähigkeiten sollen Menschen durch lebenslanges Lernen in die Lage versetzt werden, ihre Gesundheit sowie ihre Lebenswelt aktiv mitzugestalten und ihre Bewältigungskompetenz gegenüber natürlichen Alterungsprozessen sowie etwaigen akuten oder chronischen Erkrankungen zu erhöhen und stetig auszubauen. Stärkung gemeinschaftlicher und gemeinwesenbasierter Aktionen

Eine zentrale Forderung besteht in der Stärkung der Selbstbestimmung von Gemeinwesen (Nachbarschaften, Gemeinden etc.). Die Mitglieder des Gemein-

wesens kennen selbst am besten die vorhandenen Bedürfnisse, Notwendigkeiten, Ressourcen und Potentiale – weswegen sie aktiv in die Prioritätensetzung, Planung, Entscheidungsfindung und Implementierung von Gesundheitsagenden involviert sein sollten. Eine erweiterte Anwendung dieses Vorschlags auf andere kommunalpolitische Agenden erscheint naheliegend und sinnvoll; der Zugang zu Information und Bildungsmöglichkeiten sowie finanzielle Mittel gelten als Voraussetzungen für einen erfolgreichen Prozess. Schaffung förderlicher Lebensumfelder

Gesundheit ist eine Querschnittsmaterie und kann daher nicht von anderen Lebensbereichen getrennt werden. Ergo sollten Lebens-, Arbeits- und Freizeitumwelten gesundheitsförderliche (anstatt krankmachende) Effekte auf die betroffenen Menschen ausüben; ein Bewusstsein für reziproke Beziehungsqualitäten erscheint notwendig – bezogen auf Individuen, Gemeinschaften und die natürliche Umwelt. Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Der Auftrag des Gesundheitswesens muss sich – neben der Bereitstellung klinischer und kurativer Dienstleistungen – zusehends in Richtung der Förderung von Gesundheit verändern. Dies impliziert einerseits die Betrachtung des Menschen in seiner Gesamtheit und andererseits die Erweiterung der Interventionsperspektiven um soziale, kulturelle, politische, wirtschaftliche oder ökologische Faktoren.

Voraussetzend wird eine Adaptierung der professionellen Ausbildung angeregt, die in einer veränderten Haltung der Gesundheitsdienste sowie einer interdisziplinären Kooperation verschiedener Berufsgruppen und Institutionen münden soll. Erarbeitung gesundheitsfördernder öffentlicher Politik

Als Querschnittsmaterie bedeutet Gesundheitsförderung letztlich die koordinierte Zusammenführung verschiedenster Politikbereiche, u.a. Landwirtschaft und Ökologie, Arbeits- und Sozialpolitik, Energieproduktion und -konsum, Gesetzgebung oder Steuer- und Finanzpolitik. Die notwendigen Reorganisationen sollen dabei keine signifikanten volkswirtschaftlichen Nachteile bringen, sondern lediglich die Gesundheit ins Zentrum des Interesses rücken: »The aim must be to make the healthier choice the easier choice for policy makers as well. (WHO 2011)« 2.1.2 Handlungskompetenzen

Die Umsetzung obiger Strategien soll mittels einiger zentraler Schlüsselqualifikationen gefördert werden, die ich als wesentliche Grundpfeiler einer genuin gesundheitsfördernden Haltung verstehe: *Interessensvertretung*: parteiliches Ein-

treten für gesundheitsfördernde Lebensumstände. *Befähigung*: Schaffung egalitärer Möglichkeits- und Beteiligungsverhältnisse (ungeachtet sozialer, kultureller, geschlechtsbezogener oder anderweitiger Kriterien) mittels Information, Kompetenzentwicklung und Stärkung der Selbstbestimmung. Vermittlung: Vernetzung und koordinierte Aktion zwischen allen Beteiligten (Regierungen, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftswesen, Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs), ehrenamtliche Organisationen, kommunale Autoritäten und Gemeinwesen, Industrie und Medien, Einzelpersonen).

Die Ottawa-Charta kann ohne Übertreibung als *das* Grundlagendokument moderner Gesundheitsförderung angesehen werden – selbst wenn seit der Formulierung 25 Jahre vergangen sind und bis dato wahrlich nicht zu viel umgesetzt wurde.

Gesundheitsförderung zielt immer auf Verhaltens- (persönliche Kompetenzen) *und* Verhältnisänderung (gemeinschaftsbezogene Aktivitäten, Lebenswelten, Gesundheitsdienste, Gesundheitspolitik); dies gilt sowohl für den lebenslangen Prozess eines aktiven Umgangs mit Gesundheit als auch für die Bewältigung etwaiger traumatischer oder so genannter pathologischer Erfahrungen bzw. Prozesse.

Das Spektrum gesundheitsfördernder Strategien präsentiert sich sehr breit – und reicht strukturell von der Einzelperson bis zur (inter-)nationalen Staatskörperschaft, und konzeptionell, paradigmatisch sowie methodisch von notfallmedizinischen/-psychologischen über konventionell klinische bis hin zu gesundheitsfördernden Interventionen im engeren Sinne.

Als Herzstück der Gesundheitsförderung wird schließlich eine radikal ressourcenorientierte Haltung interdisziplinär agierender Personen bzw. Systeme verstanden, deren erklärter Fokus in der Stärkung und Ermächtigung ihrer Klientel besteht – um diese in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheit möglichst selbstdeterminiert zu entwickeln und ihre Lebensbedingungen mittels Teilhabe, Verantwortungsübernahme und Selbstbestimmtheit (mit-) zu gestalten. (vgl. auch den Begriff der 'Public Health', etwa GUTZWILLER, PACCAUD 2007a, 16)

Dies impliziert ein professionelles Selbstverständnis, welches weniger auf den reaktiven Mechanismen der kurativen Zugänge, sondern vielmehr auf aktiver, konsequenter und steter Weiterentwicklung von Gesundheit basiert. Mit anderen Worten besteht ein zentrales Ziel gesundheitsfördernder Begleitung darin, von

der Reaktion in die Aktion zu gelangen – dies gilt sowohl für ProfessionistInnen als auch, und vor allem, für KlientInnen.

Um Missverständnisse zu vermeiden sei ergänzt: Meine Intention ist es nicht, die Errungenschaften wie auch kurative Potenz und Bedeutung der etablierten und breit angewandten medizinischen und therapeutischen Strategien zu negieren; vielmehr fordere ich eine andere Gewichtung, eine seriöse Diskussion des Stellenwerts der Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitische Querschnittsmaterie und eine insgesamt gesundheitsfördernde Haltung als zentrales paradigmatisches Motiv einer komplementär orientierten Gesundheitspolitik und –praxis (vgl. auch Antonovsky 1997, 30).

2.2 Das Paradigma der Gesundheitsförderung

Zusammenfassend beschreibt das Paradigma der Gesundheitsförderung ein konzeptionell sehr breites Spektrum, reichend von präventiven über kurative bis hin zu gesundheitsfördernden Ansätzen – dabei gleichzeitig den Versuch wagend, die ansonsten fragmentierten und teils separierten Disziplinen durch koordinierte Aktion integrativ und egalitär zusammenzuführen.

Der Mensch ist dabei in seiner Gesamtheit zu betrachten.

Angesprochen werden stets sämtliche Strukturebenen nationalstaatlicher oder transnationaler Gebilde: personal, interpersonal/sozial, gesellschaftlich/global. Das heisst außerdem, dass Gesundheitsförderung nicht 'nur' ein holistisch anmutendes, anwendungsorientiertes Paradigma innerhalb der Gesundheitswissenschaften repräsentiert, sondern auch immer Gesundheits- und Gesellschaftspolitik bedeutet.

Ein zentrales Charakteristikum des gesundheitsfördernden Ansatzes besteht mit Sicherheit darin, Gesundheit nicht nur mittels präventiver und/oder kurativer Strategien zu forcieren, sondern vor allem auch über die Erweiterung der personalen Fähigkeiten, der Selbstbestimmung und Mitgestaltungsmöglichkeiten des sozialen Raumes sowie des Gemeinwesens. Entsprechend sind einige spezifische Zugänge der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Praxis stark mit Gesundheitsförderung assoziiert – etwa die oben erwähnte Salutogenese, weiters Resilienz, Partizipation, Inklusion, Empowerment oder Gemeinwesenarbeit. (vgl. Waller 2002, 150ff.; Gutzwiller, Paccaud 2007b, 195ff.; siehe Jonuschat et al. 2007; Scheipl, Rossmann, Heimgartner 2009; Herriger 2010)

Das Paradigma der Gesundheitsförderung versucht eine radikale Zuwendung zu Gesundheit - durch die Betonung der Selbstbestimmungs- und Selbstgestaltungsmöglichkeiten von Menschen und Gemeinwesen, bei gleichzeitig koordinierend-integrativer Berücksichtigung konventioneller kurativ-medizinischer, – therapeutischer und sozialarbeiterischer Zugänge, getragen von einer genuin interdisziplinären, vertretenden, ermächtigenden und vermittelnden Haltung, sämtliche strukturellen Ebenen gesellschaftlichen Lebens involvierend.

Steht die Gesundheit und damit die Gesundung konsequent im Zentrum des Interesses, kann eine strategische Interventionsplanung (gekennzeichnet durch einen Mix verschiedener Ansätze, je nach Indikation und Zeitpunkt) vielversprechende Ergebnisse bringen – und wichtige Beiträge dazu leisten, dass die erfolgreiche Überwindung eines Traumas oder einer Erkrankung nicht primär in der Rückkehr zu einem vermeintlichen Normzustand gesehen wird, sondern vielmehr einen *progressiven Entwicklungsschritt* (Kraft 1995) auf dem Kontinuum der Gesundheit repräsentiert.

3. Traumabewältigung – unter gesundheitsfördernder Perspektive

Traumabewältigung beginnt unmittelbar nach dem auslösenden Ereignis und dauert in der Regel Monate bis Jahre.

Konventionelle Traumatherapie kann nur einen Teil dieser Entwicklung abdecken (meist jenen der Bearbeitung und Neuorientierung); Akutintervention, aber auch Unterstützung bei der *langfristigen* Umsetzung und Implementierung bleiben oft aus, was die Wahrscheinlichkeit von (direkten oder indirekten) Traumafolgeerscheinungen bzw. deren Chronifizierung leider steigert. (Für Phasenverläufe von Krisen siehe etwa Sonneck 2000, 57) Oft fehlt es an entsprechenden Angeboten; noch öfter an Personen, die koordinativ (im Sinne eines/einer psychosozialen GesundheitsarbeiterIn, die nicht nur auf das Trauma fokussieren, sondern die gesamte Person im Blick behalten) die Betroffenen durch sämtliche Phasen der Traumabewältigung begleiten.

Etablierte Traumatherapie folgt in der Regel einem – stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführten – phasischen Ablaufrational, bestehend aus Beziehungsaufbau, Stabilisierung und Symptomreduktion, Traumakonfrontation sowie Trauma- und Trauerintegration. Der Kontakt zwischen KlientIn und TherapeutIn erfolgt meist erst Tage, Wochen oder gar Monate nach dem traumatisierenden

Ereignis; der Fokus der Interventionen betrifft die Bewältigung und Integration der Erfahrung mittels klinisch-psychologischer oder psychotherapeutischer Verfahren. Etwaige Schwerpunktsetzungen ergeben sich primär durch die methodische Ausrichtung der TherapeutInnen; medizinisch-psychiatrische Therapien ergänzen üblicherweise die Behandlung. (vgl. etwa Bahrke, Rosendahl 2001; Reddemann 2001; Maercker 2003; Hausmann 2006, 113ff.; Hanswille, Kissenbeck 2008)

Das hier vorgeschlagene Modell möchte – basierend auf einer allgemein gesundheitsfördernden Perspektive – einen erweiterten Ansatz der Traumaverarbeitung anbieten, der Akut- wie auch mittel- und langfristige Interventionen inkludiert und insgesamt das ambitionierte Ziel verfolgt, mit den Betroffenen einen Rahmen zu erarbeiten, der sie in die Lage versetzt, die dramatischen Erfahrungen im Sinne eines progressiven Entwicklungsschrittes nutzen zu lernen, um damit die Bewältigungsmechanismen im Allgemeinen und die Selbstbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten im Speziellen zu steigern (vgl. auch das Konzept des 'Posttraumatic Growth' nach Tedeschi, Park, Calhoun 1998; Tedeschi, Calhoun 2006).

3.1 Notfallpsychologische Akutintervention

Psychische (oder psychosoziale) Krisen und Notfälle führen zu Kontrollverlust, ziehen eine Erschütterung und Destabilisierung des seelischen Gleichgewichts nach sich, überfordern die vorhandenen Bewältigungsmechanismen und beinhalten die Gefahr eines kompletten Zusammenbruchs des psychischen Systems der Betroffenen. Damit trägt jede Krise das Potential zum Trauma in sich.

Enorme innere Spannung, Kontrollverlust sowie Gefühle der Hilflosigkeit, Gefahr, Angst, depressive Verstimmungen oder emotionale Taubheit sind regelmäßig zu beobachtende Erscheinungen unmittelbar nach Auftreten eines traumatischen Ereignisses. (Hausmann 2003, 18ff.; 2006, 28ff.; Juen et al. 2004a, 46; 2004b)

Ob krisenhafte Dynamiken de facto traumatisch erlebt bzw. verarbeitet werden (d.h., sich Traumafolgeerscheinungen als Zeichen einer manifesten Schädigung der psychischen Strukturen einstellen), hängt von individuellen (Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten, Schutz- und Risikofaktoren etc.) sowie System- und Sozialfaktoren (soziale Netzwerke), den Umständen der Traumatisierung (Gewalteinwirkung, Umfeld, Beteiligte, Vorsatz etc.) sowie Zeit und Häufigkeit (einmalige vs. wiederholte Traumaexposition, unerwartet oder antizipiert etc.) ab (Hanswille, Kissenbeck 2008, 36f.).

Angesichts der Dramatik von Krisen und potentiell traumatisierenden Ereignissen ist rasche, effiziente, niederschwellige, unbürokratische und kompetente Unterstützung im Notfall essentiell (Hölling 2010, 152). Eine fundierte, einschlägige Ausbildung, gute diagnostische Kenntnisse, ein hohes Maß an Beziehungskompetenz, starke Belastbarkeit, kontinuierliche Teamentwicklung und der Glaube an die Bewältigungsfähigkeiten der Betroffenen werden als Kernqualifikationen von Kriseneinsatzkräften definiert.

»Wir gehen davon aus, dass Menschen im Allgemeinen dazu in der Lage sind, Krisen zu bewältigen, vor allem dann, wenn sie kompetent unterstützt werden. Allerdings sind wir überzeugt, dass Empathie allein nicht genügt, um Menschen zu helfen. Aus diesem Grund brauchen Kriseninterventionsteams eine fundierte Ausbildung. Dennoch ist Krisenintervention keine Psychotherapie, d.h., die Intervention erfolgt nicht langfristig und es ist nicht eine grundsätzliche Veränderung intendiert, sondern lediglich eine kurzfristige Wiederherstellung der Bewältigungskompetenz der Personen.« (Juen et al. 2004a, 11)

Ziel einer erfolgreichen Krisenintervention ist stets die Prävention von (chronifizierenden) Traumafolgeschäden.

In der Folge sei in diesem Zusammenhang kurz das so genannte 'BASIS-Modell der Krisenintervention bei traumatischen Krisen' kursorisch dargestellt, welches sich sowohl hinsichtlich seiner theoretischen Basis als auch Praxisaugenmerk bewährt (ebda; für andere Interventionskonzepte siehe etwa Sonneck 2000, 20ff.; Hausmann 2003, 126ff.): B – Bindung herstellen

Das Herstellen einer Beziehung wird auch im Rahmen der notfallpsychologischen Akutintervention als Grundvoraussetzung für sämtliche weiteren Schritte angesehen. Konkret geht es darum, Vertrauen aufzubauen, wenn nötig (z.B. zur Unterbrechung von Phasen emotionaler Überwältigung) vom belastenden Inhalt wegzuführen und gleichzeitig das Erzählen zu fördern, um strukturgebend zu wirken. A – Anerkennung (des (möglichen) Todes) fördern

Die Anerkennung (des (möglichen) Todes im Speziellen, der Folgen der Krise im Allgemeinen) stellt ein wichtiges diagnostisches wie präventives Element dar. Es soll einerseits überprüft werden, wieviel der Realität anerkannt wird; andererseits geht es darum, mittels einer Verabschiedung eben diese Realität faktisch anzunehmen und emotional einen Abschluss zu initiieren. S – Strukturgeben

Strukturiertes Vorgehen sowie Erklärungen der Abläufe für die Betroffenen schaffen einen Rahmen der Sicherheit und ein Gefühl der schrittweisen Bewältigbarkeit – in einer Situation, die unbewältigbar erscheinen muss.

Konkret sind die nächsten Schritte, die gesetzt werden müssen (auch formaler, rechtlicher etc. Natur), zu kommunizieren und zu planen. Strukturiertes Erzählen und Handlungen, die eine positive Bewältigung fördern, sind zu unterstützen – mit dem Ziel, eine vollständige Geschichte der Ereignisse zu erhalten und die Betroffenen wieder in die Handlungsfähigkeit zu begleiten.

Durch die Förderung des Erzählens, die Anerkennung (des Todes) und strukturerezeugende Impulse soll maßgeblich verhindert werden, dass kognitive bzw. emotionale Anteile sich abspalten oder die Kontrolle über somatische Abläufe verloren geht (also dissoziative Prozesse ausgelöst werden) – mit dem Ziel, die Auswirkungen der Krise gesamtpsychisch zugänglich und verarbeitbar zu erhalten, wodurch die Möglichkeit einer vollständigen, gesunden Integration des traumatisierenden Ereignisses aufrechterhalten wird. I – Informieren

Information im Rahmen der Krisenintervention bedeutet einerseits, den Betroffenen nichts vorzuenthalten, und andererseits, ihnen ihre eigenen Reaktionen verständlich zu machen. Dies inkludiert die Information über das Krisenergebnis und die notwendigen weiteren Schritte (siehe oben), aber auch die ehrliche Beantwortung offener Fragen.

Ein zentraler Aspekt betrifft die so genannte 'Normalisierung': Die Betroffenen befinden sich in einer außergewöhnlichen Situation, auf die sie mitunter außergewöhnlich reagieren. Hier ist es eminent wichtig, den Betroffenen ihre Reaktionen aus psychologischer Perspektive zu erläutern und damit explizit zum Ausdruck zu bringen, dass diese angesichts der Umstände mitunter völlig 'normal' sind. Fundierte diagnostische Kenntnisse der Einsatzkräfte, insbesondere über Trauerverarbeitung sowie sog. 'Belastungs-, Anpassungs- und dissoziative Störungen' (F43, F44 nach ICD-10 (WHO, 1993)) sind unabdingbar.

»Mit dem nötigen Wissen über Trauerprozesse und akute Belastungsreaktionen bei Erwachsenen und Kindern kann man Erklärungen geben und die Personen über die Normalität der Reaktionen aufklären. Dies schafft Erleichterung.« (Juen et al. 2004a, 25) S – Sicherstellen von Auffangnetzen

In diesem letzten Schritt geht es darum, die Betroffenen in die Lage zu versetzen, wieder vollständig Kontrolle über die Situation zu erlangen und ihre

Handlungskompetenzen zu reaktivieren bzw. weiterführende Unterstützung zu organisieren.

Wesentliche Aspekte betreffen die Förderung der Kommunikation unter den Betroffenen sowie die Nutzbarmachung sozialer Ressourcen bzw. die Weitervermittlung an professionelle Nachsorgeangebote (Psychiatrie, extramurale Einrichtungen etc.).

Notfallpsychologische Intervention, wie hier dargestellt, befasst sich primär mit der Prävention von Traumafolgeerscheinungen und damit der Erhaltung der (relativen) Gesundheit – mittels Beziehung, Anerkennung, Struktur, Information und Aktivierung sozialer Netzwerke. Dadurch ist das Basis-Modell paradigmatisch gut vereinbar mit einer insgesamt gesundheitsfördernden Perspektive und bildet einen essentiellen Baustein im Spektrum einer derart ausgerichteten Traumabearbeitungsstrategie. 3.2 Mittelfristige Traumabearbeitung – Stabilisierung, Kompetenzentwicklung, Konfrontation, Integration

Sollten Akutinterventionen in der Regel innerhalb der ersten Stunden bis Tage nach einem Trauma durchgeführt werden, folgen in den Tagen und Wochen danach psychologische Stabilisierung bzw. in den anschließenden Monaten bis Jahren Traumatherapie, Trauerbegleitung und Rehabilitation (Hausmann 2006, 26f.). Mit anderen Worten findet während dieser Zeitspanne die klassische traumatherapeutische Arbeit statt – meist mittels klinisch-psychologischer, psychotherapeutischer und/oder medizinisch-psychiatrischer Mittel (siehe auch 2.).

Dies ist auch unter gesundheitsfördernder Perspektive nicht anders, wenngleich die klinische Behandlung nur *einen* Aspekt darstellt und die Akzentuierung eine andere ist.

Dem Paradigma der Gesundheitsförderung entsprechend handelt es sich beim konventionellen traumatherapeutischen Vorgehen um unabdingbare, jedoch den allgemeinen Fokus auf Gesundheit *flankierende* Maßnahmen. D.h., das Zentrum der Traumabearbeitung liegt auch während dieser Phase nicht auf kurativen Ansätzen; vielmehr werden diese bewusst und unterstützend eingesetzt, um die Voraussetzungen für Gesundheitsentwicklung (wieder-)herzustellen und damit die Erarbeitung der Rahmenbedingungen für Verhaltens- und Verhältnisänderung zu ermöglichen.

Darüber hinaus steht im Zentrum des Interesses nicht die letztliche Traumakonfrontation, -synthese und -integration, sondern vielmehr die Stärkung der

KlientInnen im Sinne einer Eröffnung neuer Ressourcen und Fähigkeiten, die Schaffung und (Re-)Aktivierung von Netzwerken, die Miteinbeziehung sozialer Systeme und des Gemeinwesens sowie die Herstellung von Rahmenbedingungen, die Teilhabe, Verantwortungsübernahme und Selbstbestimmung garantieren. Akzentuiert ausgedrückt sollte die Beschäftigung und Konfrontation mit dem Trauma an sich (die auch meiner Ansicht nach für eine erfolgreiche Bewältigung zu erfolgen hat) en passant, also aus dem Prozess heraus, erfolgen – als ein Aspekt der Gesamtheit der Person. Dem Trauma soll Platz eingeräumt werden, aber nicht in einem dysproportionalen Sinne, da man ansonsten wiederum Gefahr läuft, die gesunden Anteile und Potentiale zu negieren bzw. zu unterschätzen.

Dass, und dies sei in diesem Kontext explizit betont, zur Abschätzung der Bedürfnislagen, Notwendigkeiten und Indikationen bzw. auch zur Durchführung entsprechender Interventionen gerade gesundheitsfördernde Arbeit den beteiligten ProfessionistInnen hohe psychotraumatologische und -therapeutische Kompetenzen abverlangt, sollte selbstredend sein.

Konkrete *konzeptionelle* Schwerpunkte einer gesundheitsfördernden Traumabearbeitung betreffen insbesondere ressourcenorientierte Ansätze wie Imaginationstechniken, Resilienz, Körperarbeit oder die Integration spiritueller Aspekte, Lösungs- und Zukunftsorientierung sowie alltagsrelevante Zugangsweisen (vgl. etwa Krippner 2001; Reddemann 2001; Hanswille, Kissenbeck 2008, 126ff.).

Eine zentrale Aussage der Resilienzforschung soll im Zusammenhang mit gesundheitsfördernder Traumarbeit unterstrichen bzw. paraphrasiert werden: »Resilienz hat mit der Fähigkeit zu tun, sich von Schwierigkeiten zwar beeinträchtigen, aber nicht zerstören zu lassen. Die Fähigkeit, sich zu biegen, ohne zu zerbrechen, ist das Wesentliche dabei.« (Welter-Enderlin 2010, 22) Um letztlich daran zu wachsen.

Überwiegen die psychisch, sozial, kulturell, ökonomisch, politisch etc. gesunden Anteile im Sinne von Schutzfaktoren, so ist eine erfolgreiche Traumabewältigung und -integration wahrscheinlich; überwiegen Risikofaktoren, präsentiert sich die Situation wesentlich komplexer. In jedem Fall erscheint das bloße Ansetzen an innerpsychischen und (klassisch) systemischen Aspekten zu kurz gefasst; eine zusätzliche Konzentration auf die Rahmenbedingungen von Entwicklung erscheint angebracht – um möglichst umfassend eine Reduktion der Risikofaktoren sowie eine Maximierung der Schutz- und Unterstützungsfunktionen voran-

zutreiben. Eine Erweiterung der emotionalen, kognitiven und sozialen Kompetenzen der Betroffenen zielt letztlich darauf ab, den eröffneten Rahmen möglichst bewusst und selbstbestimmt auszufüllen.

Aus obigen Aussagen wird klar, dass eine gesundheitsfördernde Traumabewältigung nicht im klinischen Zweier-(oder auch Gruppen-)Setting verhaftet bleiben kann. Bereits in dieser Phase muss eine Öffnung nach außen forciert werden – zuerst durch den/die GesundheitsarbeiterIn, anschließend gemeinsam mit dem/der Klienten/in (vgl. auch Möbius, Klawe 2010).

Die dabei wesentlichen Aufgaben konzentrieren sich um Vernetzungs-, eventuell auch Weitervermittlungstätigkeiten (zu privaten und professionellen (HelferInnen-)Systemen) sowie Gemeinwesenarbeit (insbesondere Umfeldanalyse und Strategieplanung) (vgl. Noack 1999, 31f.).

Das insgesamt Paradigma der gesundheitsfördernden Begleitungsarbeit (zu differenzieren von ausschließlich therapeutischer Tätigkeit) hat auf den Prinzipien der Partizipation, Inklusion und des Empowerments zu basieren (vgl. etwa Scheipl, Rossmann, Heimgartner 2009; Herriger 2010).

Abschließend sei auf einen Aspekt hingewiesen, der insbesondere im klinischen Kontext oftmals auf der Strecke bleibt: jener der Normalisierung. Wie bereits unter 2.1. dargestellt ist es wichtig, die sprichwörtliche 'Kirche im Dorf zu lassen'. Menschen, die Traumatisierungen erlitten haben, kennen – aufgrund der eigenen Erfahrungen, aufgrund der Reaktionen des sozialen Umfeldes, aufgrund der diagnostischen Zuschreibungen und interaktionellen Beziehungsmuster der HelferInnensysteme etc. – die Angst vor sog. 'Abnormalität' allzu gut. Aufbauend auf fundierten psychodiagnostischen und insgesamt psychologischen Kenntnissen gilt es, die Erfahrungs- und Verhaltenswelten der Betroffenen kontextual zu betrachten und faktisch wie sinnhaft zu kommunizieren: Vieles, das aus dem Kontext genommen als 'abnormal' oder 'pathologisch' interpretiert werden könnte, präsentiert sich dann als äußerst 'normal'. Und auch wenn einem das Konzept der Normalität an sich absurd vorkommen möge: Es stellt eine unglaubliche Erleichterung für so gut wie alle Menschen dar, als normal gelten zu können.

Ebenso wichtig wie die Unterstreichung der 'normalen', besser: gesunden, Anteile der Persönlichkeit, ist die Umsetzung dieser im Alltagskontext. D.h., es sollte darauf Wert gelegt werden, dass die von Traumatisierung betroffenen Menschen ein alltägliches Leben führen können, welches ihren Maßstäben von

'Normalität' gehorcht; ist dies alleine nicht möglich, sind geeignete Unterstützungssysteme zu organisieren.

Unsere Vorstellungen der Kontrollierbarkeit des Lebens sowie andere Grundannahmen halten nicht stand; dennoch erzeugt der Eindruck, das Konstrukt 'subjektiver Normalität' aktiv herstellen bzw. beeinflussen zu können, Sicherheit. Und Sicherheit heißt eine der Grundvoraussetzungen gesunder Entwicklung.

3.3 Langfristige Traumabearbeitung -gemeinwesenorientierte Aktion und Empowerment

Langfristige Traumabearbeitung unter gesundheitsfördernder Perspektive ist eng verbunden mit folgenden Konzepten, welche zwar theoretisch getrennt diskutiert werden können, in der Praxis aber ineinandergreifen und sich wie kommunizierende Gefäße verhalten: Inklusion, Partizipation, Gemeinwesenarbeit, Empowerment.

Inklusion kann im Kontext der Gesundheitsförderung als ein zentrales Handlungsprinzip verstanden werden, welches auf folgenden Axiomen aufbaut (Reicher 2009, 31f.): *Wertschätzung von Diversität und Heterogenität*: »Es ist normal, verschieden zu sein« (ebda. 31). Heterogenität wird nicht als Problem, sondern als Potential verstanden. *Nicht die Betroffenen ändern, sondern das System*: Die zentrale Frage ist nicht, wie der Mensch sich (etwa durch Therapie) verändern muss, damit er 're-integrierbar' wird, sondern welche Systemfaktoren adaptiert werden müssen, um jedem Mitglied der Gesellschaft seinen rechtmäßigen Platz anbieten zu können. Teilhabe fördern: Teilhabe fördert Identität, Integration und damit Gesundheit.

Partizipation bewahrt – insbesondere vulnerable Individuen – vor (sozialem) Ausschluss und eröffnet Möglichkeiten für Involvierung, Verantwortungsübernahme, (relative) Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung. Dies erscheint in Bezug auf Traumatisierungen enorm wichtig; des weiteren kann eine schrittweise Steigerung der Teilhabe (von Information bis zu Selbstbestimmung) den 'unterbrochenen Dialog' wieder aufnehmen lassen und zu Bewusstheit, Mündigkeit und Sicherheit führen. (Kühn 2009, 131f.)

Durch Gemeinwesenarbeit wird der klassisch (psycho-)therapeutische Rahmen endgültig verlassen und die weiterführende Traumaarbeit in Richtung sozialem und gesellschaftlichem Raum ausgedehnt (übrigens ganz im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung). Durch die Implementierung, fortlau-

fende Evaluierung und Anpassung der bereits während der mittelfristigen Trau-
mabewältigung entwickelten Gemeinwesenstrategie sollen Öffentlichkeiten ge-
schaffen, Möglichkeiten zur Partizipation, Selbstorganisation und -bestimmung
erarbeitet sowie Ressourcen und Netzwerke im Gemeinwesen aktiviert und
nutzbar gemacht werden (vgl. Oelschlägel 2007, 58). Die Verantwortlichkeit für
die KlientInnen wird ihnen selbst, aber auch dem Gemeinwesen zurückgegeben –
anstatt im psychosozialen Bereich haften zu bleiben (wo sie dauerhaft keinen
Platz haben darf). Die Rolle der eigentlich Betroffenen (in unserem Falle trauma-
tisierten Personen) ändert sich während dieses Prozesses zusehends: die Wahr-
nehmung vermeintlicher Bedürftigkeit, Defizite und Bürde für die Kommune wandelt
sich (ganz im Sinne der Inklusion) im Optimalfall in Einzigartigkeit, Potential
und Gewinn für die Gemeinschaft.

Empowerment repräsentiert schließlich ein wesentliches Ziel der Gesund-
heitsförderung, da die *Ermächtigung* der KlientInnen konzeptimmanent immer
mit den für die Entwicklung von Gesundheit so wichtigen Prinzipien des konse-
quenten Zugangs zu Informationen, der Erschließung von personalen wie sozialen
und gesellschaftlichen Ressourcen, eines sensiblen Unterstützungsmanagements,
der Autonomie und damit der Beeinflussbarkeit und Selbstbestimmung von
Gesundheit assoziiert sind. Die Schwierigkeiten der Implementierung einer
Empowerment-Strategie erwachsen dabei erfahrungsgemäß nicht aus klientInnen-
bezogenen Faktoren, sondern vielmehr aus (helferInnen-)systemrelevanten.

»Empowerment ist zunächst und vor allem eines: eine Einladung an alle
psychosozial Tätigen, den Bezugsrahmen ihres Denkens und Handelns zu
wechseln, eine Einladung zum Perspektivenwechsel. Das Empowerment-Pro-
gramm ist nach eigenem Verständnis ein Gegenrezept gegen den Defizit-Blick-
winkel. Der Blick auf die Schwächen und Abhängigkeiten, der das Klientenbild
der traditionellen psychosozialen Arbeit bis heute über weite Strecken prägt, wird
verabschiedet. An seine Stelle tritt ein neuer Blick auf die Stärken und die Ei-
genressourcen der Adressaten sozialer Dienstleistung. Will man den konzeptuellen
Kern des Empowerment-Konzeptes formulieren, so ist es vor allem dies: ein ver-
ändertes, optimistisch gestricktes Menschenbild, das die Wahrnehmung der Le-
benswirklichkeit des Adressaten und die Entwürfe einer sensiblen alltagsorientier-
ten Unterstützungspraxis durch die Soziale Arbeit anleitet. Mit seiner Betonung
von Selbstorganisation und autonomer Lebensführung formuliert dieses Men-

schenbild eine radikale Absage an Metaphern der Schwäche, des Defizits und des Nicht-Gelingens.« (Herriger 2010, 72).

Empowerment beginnt nicht in der letzten Phase des hier vorgestellten Traumabewältigungsmodells; lediglich die *Umsetzung* der Vorarbeiten kann erst zu diesem Zeitpunkt manifest und evident werden. Empowerment an sich beginnt mit dem Erstkontakt zwischen KlientIn und GesundheitsarbeiterIn und offenbart sich durchgängig in der professionellen Haltung.

Womit sich der Kreis schließt: jener einer genuin gesundheitsfördernden Haltung, die als integrativ-koordinierende Kraft eine Traumaarbeit versucht, die Akut-, mittel- und langfristige Interventionen umfasst; unterschiedlichste Behandlungskonzeptionen interdisziplinär einlädt; und nicht nur am Individuum im Sinne der Verhaltensänderung ansetzt, sondern auch, und vor allem, an sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Sinne einer Verhältnisänderung.

4. Schlußfolgerungen und Forderungen

Betrachtet man die eingangs beschriebenen Erfahrungen mit Jugendlichen am Rande der Gesellschaft und das hier entworfene Modell einer Traumabewältigung nach dem gesundheitsfördernden Paradigma, so ist eine Reflexion und Re-formulierung des *Auftrages* einzufordern. Traumaarbeit darf nicht synonym für kurative Traumatherapie stehen, sondern muss sowohl Akut- als auch mittel- und langfristige Interventionsstrategien umfassen.

Dazu sind entsprechende Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu schaffen – etwa ein breites Angebot an niederschweligen Kriseninterventionsteams; Ausbildung und Etablierung von sog. GesundheitsarbeiterInnen, welche eine ermächtigende und nachhaltig-koordinierende Begleitung von Traumabetroffenen gewährleisten; entsprechende Re-organisation des Renumerierungswesens; Neuorientierung der Gesundheitsdienste in ihrer Gesamtheit – entsprechend der Ottawa-Charta.

Das Ziel lautet, dass Traumabewältigung künftig vor allem als Beziehungs- und Gesundheitsarbeit gedacht wird.

Dies fordert auch von den psychosozialen ArbeiterInnen ein hohes Maß an Weiterentwicklung. Insbesondere betrifft dies Menschenbild, die Haltung und damit das Selbstverständnis:

Psychosoziale ProfessionistInnen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, sollten ihre KlientInnen vor allem in ihren gesunden Anteilen wahrnehmen (ohne ihr Leid zu negieren oder zu vernachlässigen), auf die Förderung von Gesundheit fokussieren – und sich selbst nicht mehr nur als 'TherapeutInnen' im klassischen Sinne verstehen, sondern darüber hinaus als 'Biographie-ArbeiterInnen', 'WegbereiterInnen', 'NetzwerkerInnen und RessourcenmobilisiererInnen', 'Intermediäre BrückenbauerInnen', 'NormalisierungsarbeiterInnen', 'Organisations- und SystementwicklerInnen', 'politische AktivistInnen' und 'SozialreformerInnen' (Herriger 2010, 232ff.).

Dass dies breit gestreute theoretisch-fachliche, praktisch-methodische und inter-aktionistisch-soziale Kompetenzen erfordert, ist evident. Gerade deswegen empfehlen sich meiner Ansicht nach speziell Gesundheits-, Klinische und NotfallpsychologInnen für den Beruf der GesundheitsarbeiterInnen.

Das hier präsentierte Modell hat zugegebenermaßen eine enorme Herausforderung zu bewältigen, welche mit den aktuellen Systembedingungen nur schwer zu erfüllen ist: Es benötigt im Optimalfall eine durchgängige *Begleitung*, die die KlientInnen informiert, ermächtigt, behandelt, vernetzt, weiterempfiehlt – und vor allem die unterschiedlichen Maßnahmen koordiniert.

Eine derart durchgängige Beziehungskonstante hat neben den erwähnten noch einen zusätzlichen Nutzen, da vertrauensvolle, stabile, tragfähige und belastbare professionelle Beziehungen die Bewältigung traumatisierender Erfahrungen bzw. deren negative Folgen klar positiv beeinflussen. Die Arbeit mit hoch vulnerablen Jugendlichen und der Befund, dass etwa 80-90% der Menschen, die hochgradig an komplexen Traumafolgeerscheinungen leiden, unsichere Bindungsmuster aufweisen, unterstreichen diesen Aspekt eindringlich (Hanswille, Kissenbeck 2008, 121).

Ist es – wie oft der Fall – jedoch nicht möglich, die KlientInnen durch den gesamten Modellablauf hindurch zu begleiten, können die beschriebenen Interventionsstrategien (akut, mittel-, langfristig) auch quasi modular angewandt werden. Das spezifische und von anderen Ansätzen differenzierende Charakteristikum ergibt sich weniger durch die ausgewählte Anordnung von Zugängen oder Methoden, als vielmehr durch den radikalen Fokus auf Ressourcen und die Wiederherstellung von Gesundheit.

Post Skriptum: Würde man 'Therapie' (griechisch für 'dienen') wieder in seiner ursprünglichen Bedeutung definieren, wahrnehmen und leben, dann wäre man in realitas der Gesundheitsförderung näher als es das etablierte System aktuell vermuten ließe. Denn wahrhaftige Gesundheitsförderung bedeutet letztlich nichts anderes als sich in den Dienst der KlientInnen und ihrer Gesundheit zu stellen.

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. Von Alexa Franke. Tübingen: dgvt.
- Bahrke, Ulrich & Wolfram Rosendahl (Hg.) (2001): Psychotraumatologie und Katathym-imaginative Psychotherapie. Lengerich, Berlin, Riga, Rom, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers.
- Calhoun, Lawrence G. & Richard G. Tedeschi (2006): The foundation of post-traumatic growth: an expanded framework. In Lawrence G. Calhoun & Richard G. Tedeschi (Hg.), Handbook of Post-traumatic Growth: Research and Practice (3-23). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Ass.
- Gutzwiller, Felix & Fred Paccaud (2007a): Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Partnerdisziplinen. In Felix Gutzwiller & Fred Paccaud (Hg.), Sozial- und Präventivmedizin – Public Health (13-21). 3., vollst. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Gutzwiller, Felix & Fred Paccaud (2007b): Prävention und Gesundheitsförderung. In Felix Gutzwiller & Fred Paccaud (Hg.), Sozial- und Präventivmedizin – Public Health (195-201). 3., vollst. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Hanswille, Reinert & Annette Kissenbeck (2008): Systemische Traumatherapie: Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg: Carl-Auer.
- Hausmann, Clemens (2006): Einführung in die Psychotraumatologie. Wien: Facultas.
- Herriger, Norbert (2010): Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. 4., erw. u. akt. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hölling, Iris (2010): Krisenintervention – (k)ein Angebot für Psychiatrie-Betroffene? – Krisenintervention aus antipsychiatrischer Sicht. In Wolf Ortiz-Müller, Ulrike Scheuermann, Gahleitner & Brigitta Silke (Hg.), Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte,

- Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte (152-158). 2., überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jonuschat, Helga, Elke Baranek & Maria Behrendt (Hg.) (2007): Partizipation und Nachhaltigkeit: Vom Leitbild zur Umsetzung. Ergebnisse Sozial-ökologischer Forschung. München: oekom.
- Juen, Barbara et al. (2004a): Handbuch der Krisenintervention. 2., akt. u. erg. Aufl. Innsbruck: Studia.
- Juen, Barbara, Manuela Werth, Annette Roner, Christian Schönherr, Gernot Brauchle & Miriam Lowig (2004b): Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch für psychosoziale Fachkräfte. 2., akt. u. erw. Aufl. Innsbruck: Studia.
- Kraft, Hartmut (1995): Über innere Grenzen: Initiation in Schamanismus, Kunst, Religion und Psychoanalyse. München: Diederichs.
- Krippner, Klaus (2001): Der geistig-spirituelle Aspekt in der Traumatherapie mit der KiP. In Ulrich Bahrke & Wolfram Rosendahl (Hg.), Psychotraumatologie und Kathym-imaginative Psychotherapie (100-107). Lengerich, Berlin, Riga, Rom, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers.
- Kühn, Martin (2009): Traumapädagogik und Partizipation: Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In Jacob Bausum et al. (Hg.), Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (127-136). Weinheim, München: Juventa.
- Maercker, Andreas (Hg.) (2003): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. 2., überarb. u. erg. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Möbius, Thomas & Willy Klawe (2010): Die Ambulante Intensive Begleitung (AIB) – ein Ansatz einer ressourcenorientierten Jugendhilfe. *Unsere Jugend: Die Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik*, 07/08, 311-316.
- Noack, Winfried (1999): Gemeinwesenarbeit: Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Oelschlägel, Dieter (2007): Strategiediskussionen in der Sozialen Arbeit und das Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit. In Wolfgang Hinter, Maria Lüttringhaus & Dieter Oelschlägel, Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit:

- Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven (56-77). Weinheim, München: Juventa.
- Reddemann, Luise (2001): *Imagination als heilsame Kraft: Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reicher, Hannelore (2009): *Zur Bedeutung sozial-emotionalen Lernens in inklusiven und partizipativen Bildungskulturen*. In Josef Scheipl, Peter Rossmann & Arno Heimgartner (Hg.): *Partizipation und Inklusion in der Sozialen Arbeit* (28-44). Graz: Leykam.
- Scheipl, Josef, Peter Rossmann & Arno Heimgartner (Hg.) (2009): *Partizipation und Inklusion in der Sozialen Arbeit*. Graz: Leykam.
- Schmidt, Gunther (2008): *Vorwort*. In Reinert Hanswille & Annette Kissenbeck, *Systemische Traumatherapie: Konzepte und Methoden für die Praxis* (12-16). Heidelberg: Carl-Auer.
- Sonneck, Gernot (2000): *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Tedeschi, Richard G., Lawrence G. Calhoun & Crystal L. Park (Hg.) (1998): *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Ass.
- Waller, Heiko (2002): *Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health*. 3., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO – World Health Organization (2011): *The Ottawa Charta for Health Promotion*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>; Zugriff am 28.06.2011
- WHO – World Health Organization (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 2., korr. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Autorenhinweis

Roland Urban

Freiberuflicher Gesundheits-, Klinischer und Notfallpsychologe, Trainer, Coach und Autor

Entwicklung und Leitung von Kriseneinrichtungen für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychiatrischen Erkrankungen, Neue Wege Gemeinnützige GmbH.

Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, Krisenintervention und Notfallpsychologie, Entwicklung von Projekten zur (psychosozialen) Begleitung von Menschen am Rande der Gesellschaft.

Mag. Roland Urban

Untere Reitling 26

A-4231 Wartberg ob der Aist

Tel.: 0650-7700660

E-Mail: roland.urban@gmx.at