

Tagung: Plötzlich ist nichts mehr wie es war 4.12.2004

**Elise Bittenbinder**

## **Traumatisierte Helfer im Hilfesystem Burnout oder stellvertretender Traumatisierung**

"Wieso tun Sie diese Arbeit. Wie können Sie das aushalten, diese Geschichten zu hören?" Diese Fragen werden mir häufig gestellt und in dem von mir angebotenen Workshop der Kinderschutzzentren in Essen entstand daraus eine längere Diskussion über den "Sinn des Lebens". Selbstverständlich geht diese Arbeit nicht spurlos an uns vorbei. Die Arbeit mit Opfern von Folter oder schweren Menschenrechtsverletzungen kann uns nicht unberührt lassen. Wir können Alpträume bekommen, wir können für unser Umfeld "unausstehlich" werden und wir können auch an uns selbst Veränderungen bemerken, die wir befremdlich finden. Andererseits kann uns diese Arbeit auch sehr viel geben. Menschen, die anderen helfen, über die Auswirkungen ihrer psychischen Traumata hinwegzukommen, öffnen sich selbst für eine tiefe Transformation ihrer eigenen Persönlichkeit. Diese Transformation beinhaltet die persönliche Weiterentwicklung, tiefere Verbundenheit mit anderen Menschen und menschlichen Erfahrungen und ein tieferes Bewusstsein aller Aspekte des Lebens. Die negative Seite dieser Transformation schließt Veränderungen ein, die denen ähnlich sind, die bei Traumatisierten auftreten.<sup>1</sup> Wir können diese negativen Auswirkungen nicht immer vermeiden, aber wir können lernen aufmerksam zu sein und versuchen, uns selbst vor einer „sekundären Traumatisierung“<sup>2</sup> zu schützen.

Lassen sie sich zu Beginn der Lektüre diese Artikels auf ein Gedankenspiel ein. Gehen Sie zurück in ihrer Vorstellungen oder Träume, die Sie als Kind hatten. Was wären Sie gerne geworden, wenn sie ihren (Kindheits-) Träumen oder natürlichen Neigungen gefolgt wären. Wären Sie jetzt auch SozialarbeiterIn? TherapeutIn? ÄrztIn? Oder etwas ganz anderes? Nehmen Sie sich ein bis zwei Minuten Zeit, ihrer Phantasie freien Lauf zu lassen.

Wenn wir als professionelle Helfende mit unseren KlientInnen arbeiten, müssen wir uns von diesen Gedanken, Wünschen, Träumen leider meist weit entfernen, um uns auf die Bedürfnisse oder Gedanken unseres Gegenübers einzulassen zu können. FENGLER (2001) definiert die

---

<sup>1</sup> *"Those who voluntarily engage empathically with survivors to help them resolve the aftermath of psychological trauma open themselves to a deep personal transformation. This transformation includes personal growth, a deeper connection with both individuals and the human experience, and a greater awareness of all aspects of life. The darker side of the transformation includes changes in the self that parallel those experienced by survivors themselves."*  
(McCann & Pearlmann, 1990a und b).

<sup>2</sup> Stamm (1999) siehe unten

Situation Professioneller im Umgang mit ihrer KlientInnen als Bemühung „den Bezugsrahmen des Klienten vollständig zu erfassen oder auch, dem Klienten in das Labyrinth seiner persönlichen Konstrukte zu folgen,<sup>3</sup> dies kann jedoch auch heißen, sich von dem eigenen Bezugsrahmen zu entfernen. Eine Folge insbesondere in so genannten ‚Helping Professions‘ kann eine hohe Belastung der Professionellen selbst sein, die sich in körperlicher und psychischer Erschöpfung und Stress ausdrückt. Bei einigen HelferInnen kann es langfristig zu einer Gefährdung kommen, die ihrer seelischen Gesundheit schadet. Wir nennen dieses Phänomen Burnout.<sup>4</sup> Burnout beschreibt einen Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung, der durch langfristiges Verweilen in emotional belastenden Situationen entsteht (vgl. FENGLER)<sup>5</sup>.

Als Gegenstrategie gegen diese Erschöpfung schlägt PEARLMAN (1999) vor, eine gute Balance zwischen Arbeit, Spiel und Ruhe zu finden. Diese Balance hilft uns, die Integrität der verschiedenen Aspekte unserer komplexen Identität zu erhalten.

Deshalb möchte ich sie bitten, sich noch mal einmal ihrer Imagination zu überlassen:

Überlegen sie, wie Sie die Integrität der verschiedenen Aspekte Ihrer eigenen Identität erleben, oder wie Sie ihre Balance zwischen Arbeit, Spiel und Ruhe finden. Wie viel von den vorhin aufgetauchten Träumen oder Wünschen leben sie zur Zeit? Stellen sie sich ihren Energiehaushalt in einer Kreisform vor und überlegen sie: Wie viel Energie verwende ich wofür? Wer oder was gibt mir meine Energie?

## **Das Phänomen Burnout**

Burnout ist nicht zu verstehen als eine temporäre Reaktion auf einzelne Belastungen oder als eine Häufung von Beanspruchungen in kurzen Zeitspannen. Dieser Begriff umschreibt vielmehr eine Reaktion auf meist mehrere Belastungen gleichzeitig, die über längeren Zeitraum hinweg existieren, aus denen die betroffene Person keinen Ausweg sieht.

Auch wenn in der Fachliteratur diese Phänomene vereinzelt als Syndrom, oder in der Alltagssprache als ‚Helfersyndrom‘ bezeichnet wird, so handelt es sich nach Fengler (2001) dennoch um keine Krankheits-Einheit im klassischen Sinne, die mit einer Gruppe von homogenen Symptomen belegt werden kann, insbesondere nicht im Sinne der ICD- und DSM-Klassifikation.

Die Anzeichen des Burnouts sind sehr vielfältig und scheinen auch häufig im Widerspruch zueinander zu stehen. Seine Anzeichen können sich ausdrücken durch den täglichen Widerwillen, zur Arbeit zu gehen, Gefühle des Versagens oder auch des Ärgers, Schuldgefühle, Gleichgültigkeit oder

---

<sup>3</sup> Fengler, Jörg (2001) Helfen macht müde. Klett- Cotta, Stuttgart

<sup>4</sup> Freudemberger, H. J. (1975) Staff burnout syndrom in alternative institutions. Psychotherapy, 12 (1), 73 –82.

<sup>5</sup> Figley, Chales R. (1999) Compassion Fatigue: Towards New Understanding of the Costs of Caring, in: Secondary Traumatic Stress. Hrg: Stamm, B. Hudnall. Sidran Press, Luthervill. S. 3 – 36.

Mutlosigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung, häufige Erkältungen und Grippe, häufige Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen und vieles ähnliches mehr. Die Betroffenen ziehen sich häufig immer mehr sozial zurück, verlieren empathische Gefühle den PatientInnen gegenüber, unterstellen ihren KlientInnen negative Absichten und Motive, vermeiden soweit wie möglich den Kontakt zu ihnen, welches bis zu einem extremen Misstrauen ihren Angaben gegenüber reichen kann. Auch der Umgang mit den KollegInnen wird zunehmend schwieriger. Diese Anzeichen von Burnout können sich auch auf andere Lebensbereiche der Betroffenen ausbreiten und drücken sich häufig hinzukommend durch Ehe- und Familienprobleme, eigenen Drogenmissbrauch, somatische Beschwerden oder sogar Suizidgedanken aus. (vgl. KASLOW & SCHULMAN 1987).

BURSICH (1989) hat sieben qualitative Stufen der Entwicklung von Burnout beschrieben: von reduziertem Engagement für die Arbeit, die Klientinnen, oder auch KollegInnen, verbunden mit allgemein erhöhten Ansprüchen in der Anfangsphase bis zu starken emotionalen Reaktionen und Schuldzuweisungen. Die Betroffenen können mit starken Depressionen und Aggressionen reagieren, starke psychosomatische Reaktionen entwickeln und schließlich in eine große Verzweiflung geraten. Die Ursachen und das Bedingungsgefüge für Burnout sind häufig miteinander verwobene Sachverhalte und Probleme am Arbeitsplatz, wie eine übermäßig hohe Anzahl an Arbeitsstunden, Isolation von MitarbeiterInnen, unzureichende Kontakte im Privatleben sowie eine unrealistische Berufserwartung (vgl. ZASTROW 1984).

Insbesondere in der amerikanischen Fachliteratur zu Trauma finden sich seit den 90-er Jahren<sup>6</sup> immer wieder Hinweise und Beschreibungen über Reaktionen und Prozesse der Helfenden, die mit traumatisierten Menschen arbeiten. Die Anzeichen und Auswirkungen scheinen denen von Burnout sehr nahe zu stehen. Allerdings scheint es auch Dimensionen zu geben, die es rechtfertigen, diese Erscheinung trotz parallelen von Burnout abzugrenzen und sie getrennt zu betrachten, da die Arbeit mit Traumatisierten eine besondere Belastung bedeutet. FINGLEY bspw. betrachtet Burnout als Parallel-Konzept zu dem Phänomen, welches er "Compassion Fatigue" (Mitgeföhlerserschöpfung) bezeichnet.

## **Sekundäre Traumatisierung**

Um in extremen Situationen helfen oder handeln zu können, müssen wir Empathie entwickeln. Mit Empathie meine ich das emotionale Einlassen

---

<sup>6</sup> Schon 1978 das erste mal und dann wieder 1983 schreibt Figley, „caring for people who had been traumatized left marks on the victim´s family member.“ An anderer Stelle warnt er. „Family, friends, and professionals were susceptible to „cathing“traumatic stress from those in whom they invesst their empathy and enery.“

auf die extrem belastenden Geschichten aus der Vergangenheit oder Gegenwart der Betroffenen. Trauma bedeutet für die Betroffenen immer einen Verlust und eine Konfrontation mit Extremen. Das Miterleben von traumatischen Lebensereignissen durch den Umgang mit Menschen, denen schweres Leid zugefügt wurde, verändert auch unsere Weltsicht als Professionelle. Die Geschichten unserer KlientInnen, können auch unser eigenes Gefühl von Sicherheit oder die Möglichkeit, Situationen zu kontrollieren in Frage stellen. Die damit einhergehenden und oft gebundenen extremen Gefühle werden von verschiedenen AutorInnen beschrieben.

FIGLEY (1999) nennt dieses Phänomen "*Compassion Fatigue*" (Mitgefühlerserschöpfung), oder auch "*Secondary Victimization*"<sup>7</sup>. REMER & ELIOT (1988a, 1988b) haben in diesem Zusammenhang von den nicht direkt traumatisierten als "*Secondary Survivor*" gesprochen. STAMM hat schließlich das erste Mal den Begriff der "*Secondary Traumatization*" bzw. des „*Secondary Traumatic Stress*“ in die Diskussion eingebracht. PEARLMAN (1990) beschreibt dieses Phänomen schließlich als eine "*Vicarious Traumatization*", also eine stellvertretende oder indirekte Traumatisierung.

STAMM (1999) hat zunächst versucht, die Beschwerden der Helfenden in Anlehnung an die Diagnose der Post Traumatischen Belastungsstörung zu klassifizieren. So wurde der Begriff "Secondary Traumatic Stress" (STS) entwickelt, da die Existenz dieses Phänomens in direktem Zusammenhang zu der Post Traumatischen Belastungsstörung diskutiert werden sollte. Jedoch war sie nicht zufrieden, da sie ihr diese Bezeichnung nicht sehr schmeichelhaft vorkam, sehr umständlich klang und auch ein Instrument sein kann, die Fähigkeiten und Kompetenzen der Helfenden in Frage zu stellen. Obwohl ihr selbst dieser Begriff nicht adäquat erschien, scheint er sich m. E. in der Diskussion durchgesetzt zu haben.

Bereits 1978 thematisierte FIGLEY die Auswirkungen des Umgangs mit traumatisierten Menschen. Er schrieb, dass „*caring for people who had been traumatized left marks on the victim’s family members.*“<sup>8</sup> In diesen und in anderen Veröffentlichungen wird gewarnt: "*Family, friends, and professionals were susceptible to "catching" traumatic stress from those in whom they invest their empathy and energy.*"

1993 hat FIGLEY den Begriff „*Compassion Fatigue/ Stress*“ (Joinson, 1992), welches in die deutsche Sprache als Mitgefühlerserschöpfung bzw. Mitgefühlsstress übersetzbar ist, eingeführt. Er schlägt vor, dass diese Bezeichnung alternativ benutzt werden kann von denjenigen, die die Begriffe Sekundär Traumatischen Stress (STS) oder sekundäre traumatische Belastungsstörung (STSB) als abwertend, pathologisierend oder stigmatisierend empfinden. Er kommt zu der Überzeugung, dass Helfende, im Besonderen TherapeutInnen, die regelmäßig mit Traumatisierten arbeiten, besonders anfällig sind für diese Mitgefühlerserschöpfungen. Dies Begründet er zum Teil damit, da insbesondere TherapeutInnen ständig "knetief" in der extremen Intensität

---

<sup>7</sup> Siehe auch Figley 1982, 1983, 1985

<sup>8</sup> vgl. Figley 1983a, 1983b

Trauma- erzeugender Fakten stecken und gleichzeitig von der Intensität der erzählten Geschichten - so sehr sie sich dieser auch widersetzen - angezogen werden. Neben diesen allgemeinen Begleiterscheinungen therapeutischen Engagements sieht er vier weitere Gründe für die Anfälligkeit von Helfenden:

1. Gerade die für den therapeutischen Prozess notwendige **Empathie** kann gesehen werden als eine wichtige Ressource bzw. als Schlüsselfaktor beim Transport des traumatischen Materials vom primären zum sekundären "Opfer".
2. Zwangsläufig kommen viele Helfende in Kontakt mit KlientInnen, die **ähnliche Traumata wie sie selbst** erlebt haben. Eigene Bewältigungsversuche können unangemessener Weise verallgemeinert und übertragen werden.
3. **Eigene unaufgelöste Traumata** können durch Schildrungen der Klienten **reaktiviert** werden.
4. **Traumatisierte Kinder** können **besonders starke Reaktionen** hervorrufen.

Wie bereits eingangs erwähnt, beschreiben MCCANN & PEARLMAN (1990b), dass Menschen, die aus eigenem Antrieb Traumatisierten helfen, über die Auswirkungen ihrer psychischen Traumata hinwegzukommen, gleichzeitig auf eine tiefe Transformation ihrer eigenen Persönlichkeit einlassen. Diese Transformation beinhaltet positiv betrachtet die persönliche Weiterentwicklung, eine tiefere Verbundenheit mit anderen Menschen sowie menschlichen Erfahrungen und ein tieferes Bewusstsein aller Aspekte des Lebens. Die andere Seite dieser Transformation schließt Veränderungen in der Person ein, die den Symptomen ähnlich sind, die bei Traumatisierten auftreten.<sup>9</sup>

Als besonderes Merkmal der stellvertretenden Traumatisierung stellt PEARLMAN einen Bruch in dem eigenen Bezugsrahmen fest. Als Eckpunkte des Bezugsrahmens eines jeden Menschen sieht die Autorin Identität, Weltanschauung sowie spirituelle Überzeugung. PEARLMAN geht davon aus, dass es bei TherapeutInnen, die häufig mit Traumatisierten arbeiten, sehr wahrscheinlich zu einer Beeinträchtigung ihres Identitätsgefühl, also ihres eigenen Selbstverständnisses als Frau/Mann, Helfende, oder ihrer gewohnten Gefühlszustände und Selbstverständlichkeiten kommt. Auch die Weltanschauung, also eigene moralische Überzeugung und Lebensphilosophie sowie Spiritualität, also, Sinn im Leben, Hoffnung,

---

<sup>9</sup> "Those who voluntarily engage empathically with survivors to help them resolve the aftermath of psychological trauma open themselves to a deep personal transformation. This transformation includes personal growth, a deeper connection with both individuals and the human experience, and a greater awareness of all aspects of life. The darker side of the transformation includes changes in the self that parallel those experienced by survivors themselves." (McCann & Pearlman, 1990a und b).

Verbundenheit mit Transzendentalen und Sinn für Nicht-Materielles können beeinträchtigt sein.

FIGLEY weist sehr deutlich darauf hin, dass Helfende durch ihren Kontakt mit den Traumata ihrer KlientInnen, sich selbst unabsichtlich weitere Schmerzen zufügen können.

*"This situation – call it Compassion Fatigue, Compassion Stress, or Secondary Traumatic Stress – is the natural, predictable, treatable and preventable unwanted consequence of working with suffering people."<sup>10</sup>*

Gleichzeitig betont er, dass diese Arbeit nicht nur negative Seiten hat. Sie kann auch sehr positiv für die Helfenden sein, weil sie in ihrer Arbeit immer wieder direkt miterleben können, wie sich die Traurigkeit, Depression und Verzweiflung von Menschen, in Hoffnung, Freude und neuen Sinn im Leben verwandelt. Die Stärke oder der Lebenswille von Überlebenden extremen Leids, können sich auch positiv auf die TherapeutInnen auswirken.

## **Burnout oder stellvertretende Traumatisierung**

Als Psychotherapeutin, die seit vielen Jahren mit Opfern von Folter, Terror und schweren Menschenrechtsverletzungen arbeitet, kenne ich den Unterschied zwischen Burnout und stellvertretender Traumatisierung aus eigener Erfahrung. Die Arbeit mit "man-made disaster", Menschen absichtlich durch andere Menschen gequält, entmenschlicht, diese Arbeit lässt keinen unberührt. Hier geht es darum, sehr persönlich Stellung zu beziehen, sich persönlich einzubringen und damit persönlich auszuliefern.

Bei dieser Arbeit sind wir immer wieder konfrontiert mit Frage, wie man in einer erträglichen Form das beschreiben kann, was meist unerträglich und unbeschreibbar ist. Bilder von Genoziden, Bürgerkriegen, Terrorakten und das damit verbundene extreme Leid derjenigen, die dies miterlebten, werden und täglich vor Augen geführt. Diese Bilder treffen uns tief und stellen auch unser eigenes Vertrauen und unser Sicherheitsgefühl in Frage.

So kann es leicht vorkommen, dass Therapeuten, die nur indirekt, über die Bilder/Geschichten ihrer Klienten, mit Folter in Berührung kommen, diese Erfahrungen eine Zeitlang nicht verarbeiten können, oder die Identifikation mit den Opfern sie erschüttert, dass sie Symptome entwickeln. Unser professionelles Wissen oder unsere Kollegen müssen uns dann helfen, wieder Abstand zu gewinnen und genau das zu tun, was wir unseren Klienten empfehlen würden. Langsam sich wieder dem nähern, was nicht auszuhalten ist, akzeptieren, integrieren und Trauer und Schmerz zuzulassen.

---

<sup>10</sup> Figley, C. (1995): Compassion Fatigue: Towards a New Understanding of the Costs of Caring. In Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators. Hrsg. Stamm, B. Hudnall.

Stellvertretende oder indirekte Traumatisierung ist, abgesehen davon, dass die Symptome sehr plötzlich einsetzen können und sich nicht allmählich infolge von Erschöpfung und Überarbeitung entwickelt, mit einem Gefühl der Hilflosigkeit und Verwirrung, dem Gefühl keine Unterstützung zu haben, verbunden. Außerdem scheinen die Schwierigkeiten der Betroffenen oft keinen realen äußeren Grund zu haben.<sup>11</sup> Es handelt sich um einen "fließenden, sich ständig wandelnden Prozess, der und ständig beschattet."<sup>12</sup>

## **Stellvertretende Traumatisierung im Helfersystem**

Es lassen sich in allen Diagnostikmodellen vier Symptomgruppen differenzieren, die relevant für direkt- als auch indirekt Betroffene einer Traumatisierung sind. Diese beinhalten unfreiwillige Erinnerungsbilder, Verleugnung/Vermeidung, Übererregung bei gleichzeitiger Erschöpfung sowie Veränderung der sozialen Beziehungen.

Bei der primären Traumatisierung sind vier gesunde, psychische Grundannahmen über das Selbst (Identitätssinn) und die Welt (Weltanschauung oder Bezugsrahmen) erschüttert:

1. Der Glaube in die eigene persönliche Unverletzbarkeit („*it won't happen to me*“).
2. Die eigene Sichtweise über das Selbst als etwas Positives
3. Der Glaube in die Welt als einen Ort, der sinnvoll und im Wesentlichen geordnet funktioniert.
4. Das Vertrauen darin, dass die Mitmenschen im Grunde gut und verlässlich sind und ihr Verhalten vorhersehbar ist.

Hinzu kommt es zu einem veränderten Zeit-, Raum und Selbsterleben mit extremer Hilflosigkeit. Es kann zu einem emotionalen Abstumpfen, Erstarren und einer Sprachlosigkeit führen. Bei der stellvertretenden Traumatisierung der Familienmitglieder aber auch der Helfenden finden wir ähnliche Phänomene wieder.

### **Intrusive Bilder/Gedanken**

Natürlich können sich auch bei den Helfenden intrusive Gedanken, also ein Gefühl der emotionalen Überflutung sowie Schlafstörungen, insb. Alpträume einstellen, parallel zu den Symptomen, die wir bei unseren traumatisierten KlientInnen erleben. Dabei handelt es sich oft um Bilder/Gedanken/ Szenen, die unsere KlientInnen sehr bewegt oder anschaulich erzählt haben und die in irgendeiner Beziehung zum den psychischen Lebenserfahrungen der TherapeutIn selbst stehen und deshalb

---

<sup>11</sup> vgl. Figley (1999)

<sup>12</sup> vgl. Perlmán, L.A. (1999) Notes from the Field: What is Vicarious Traumatization. In Stamm, B.H. Secondary Traumatic Stress...

Betroffenheit auslösen. Gewalttätige Bilder können unser Bewusstsein ‚überfallen‘, wenn wir uns eigentlich vergnügen oder entspannen wollen.

## **Grenzverletzungen**

Der Grad der Identifizierung mit dem Schicksal der KlientInnen ist eine besondere Herausforderung. Für die TherapeutIn bedeutet eine häufig zu weit gehende Identifikation mit den KlientInnen bei fehlender Distanz oder eine zu große Distanz, dass die Arbeit und die KlientInnen zu Bürde werden. Es ist beides erforderlich: Grenzziehung und ein tiefes Verständnis für die KlientInnen. Eine zu starke Abgegrenztheit oder ein zu wenig abgegrenzt sein führen entweder bald zur Erschöpfung, weil die KlientInnen nicht erreicht oder weil alle Kräfte beansprucht werden. Die **Fähigkeit zur Grenzsetzung** kann durch traumatisierende (direkt oder indirekt) Erlebnisse so beeinträchtigt werden, dass die Arbeit fast unmöglich wird.

Die Therapeutin kann dann: -Fragen vermeiden, -Inhalte oder emotionalen Affekte der KlientInnen nicht mehr wahrnehmen, oder das Thema wechseln, wenn das Gespräch zu dicht wird.

Man versucht vielleicht KlientInnen von sich fernzuhalten durch regide Prozeduren oder eine wenig einladende Haltung. Oft entsteht diese Distanz aus einer vorangegangenen zu starken Identifikation als Abwehr oder Vermeidungsverhalten.

## **Verlust der Fähigkeit Gefühle zu empfinden**

Die Fähigkeit, Gefühle angesichts der vielen Geschichten extremen Leids ist bei vielen TherapeutInnen, beeinträchtigt. Dies kann sich wie im folgenden Beispiel ausdrücken. Eine Psychotherapeutin beschreibt ihr Befremden:

„Es interessiert mich gar nicht mehr, wenn jemand von einer Vergewaltigung spricht, ich fühle mich wie abgestumpft, ich höre mir das an, aber es geht mich nichts mehr an, will nichts mehr davon hören. Das befremdet mich.“

## **Veränderter Identitätssinn/oder des Selbstwertgefühls**

Das persönliche Glück geht verloren. Man fühlt sich deprimiert ohne einen Grund dafür zu finden. Man kann das Gefühl von Sicherheit und/oder Selbstsicherheit nicht herstellen. Gefühle von sicherer Bindung und Vertrauen zu Menschen, von Lebenssicherheit kann so erschüttert werden, dass die Therapeutin sich überschwemmt fühlt von Machtlosigkeit.

## **Veränderung in der Weltsicht**

Eine Veränderung der Weltsicht kann sich in einem übertriebenen Misstrauen bezüglich der Umwelt, insbesondere aber auch gegenüber vulnerablen Menschen ausdrücken. Ein Beamter des Bundesamtes für die

Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFI), der 6 Jahre die Erstanhörungen durchgeführt hat sagt:

„Ich glaube überhaupt nichts oder niemanden mehr. Die Leute, die nach Deutschland kommen und Asyl beantragen, erzählen alle die gleiche Geschichte, das sind keine Folteropfer. Früher war das anders. Da konnte man jedem zuhören und die Geschichten waren schrecklich und nicht alle gleich.“

Die Sichtweise dieses Beamten wurde im Laufe der Zeit ganz eingeengt. Auch er sagte, dass er dies schon anderes gesehen hätte. Er hat sich dann um eine andere Stelle bemüht, da er merkte, dass er sich selbst verändert hat.

Eine Klientin, welche mehrfach und brutalst vergewaltigt wurde, dekompenzierte zweimal beim Versuch einer Anhörung ihres Asylbegehrens. Trotz deutlicher Hinweise der Therapeutin, dass die Klientin ein solches Verfahren nicht durchhalten könnte, wurde eine weitere Anhörung, diesmal im Beisein der Psychotherapeutin und Rechtsanwältin durchgeführt. Ohne die Intervention der Therapeutin wäre die Klientin wieder zusammengebrochen. Die Anhörerin schien dies überhaupt nicht wahrzunehmen. Sie ließ sich nicht von ihrem Ziel, die Befragung ordnungsgemäß durchzuführen abbringen. Die Rechtsanwältin berichtet, dass diese Anhörerin früher anders reagiert hatte. Man hätte jetzt das Gefühl, die hätte eine Mauer um sich herum aufgebaut. Sie würde sich hinter ihrer Korrektheit verstecken und nicht mehr „menschlich“ reagieren können.

### **Veränderung in sozialen Beziehungen**

Zu Hause oder im Freundeskreis wird man stiller und stiller und isolieren sich immer mehr. Auch die KollegInnen, die sich häufig in einer ähnlichen Situation befinden werden als wenig hilfreich empfunden. es kommt häufig, vor, dass kaum noch über die Belastungen mit der Arbeit gesprochen werden kann.

„Mein Mann will nichts mehr darüber hören über das, was ich erzähle, kann ich auch verstehen, ich kann ihm auch nichts mehr erzählen und ich will auch nicht mehr. Oder ich kann mit meinem Freundeskreis nicht mehr darüber reden, oder ich weiß nicht, ob ich überhaupt noch darüber reden kann oder nicht“

Es treten häufig Schuldgefühle auf, selbst von einem traumatischen Erlebnis sowie der sonstigen schwierigen Lebenssituation der KlientIn verschont worden zu sein und eine im Verhältnis privilegierte Position innezuhaben. Eine typische Aussage hierfür ist:

„Ich fühle mich schuldig, dass es mir gut geht. Ich kann mich nicht mehr darüber freuen, dass ich ein verhältnismäßig gutes Leben, Familie, Freunde usw. habe.“

## **Beziehungen im Team**

Als Professionelle Helfer wissen wir, dass es schwer ist Anzeichen von Störungen zu erkennen, wenn man selbst betroffen ist. Auch die KollegInnen sind in vielen Fällen nicht hilfreich.

Man könnte annehmen, dass es in Teams die mit Extremtraumatisieren Menschen arbeiten häufig zu Aussagen kommt wie: „ich fühle mich total überfordert, die Klienten sind mir zuviel, die Geschichten sind mir zuviel“. Solche direkten Aussagen werden selten getroffen.

Wenn wir davon ausgehen, dass eine grundlegenden Lebenssicherheit, die Sicherheit über die Bindung zu Mitmenschen und die Welt als einen Sicheren Ort erschüttert werden kann und stattdessen Missbrauch, Verletzbarkeit und Machtlosigkeit tritt, dann erklärt sich von selbst, dass Therapeuten, die in einem Team arbeiten, wenn sie indirekt betroffen sind von Traumatisierung, zur Isolation neigen können.

Das Vertrauen in andere KollegInnen oder in die Gemeinschaft als Ganzes ändert sich. Stattdessen gibt es häufig Probleme in den Teams, die sich durch mangelndes Vertrauen oder Misstrauen ausdrücken. Dieses Phänomen ist bisher wenig untersucht. Einer der wenigen ist BUSTOS (1999), der mitunter "gewaltsame" Dynamik von Teams, die mit Opfern von Gewalt arbeiten, beschrieben hat.

Auf Grund unzureichender sozialer Nähe, die bis zu menschenfeindliche Tendenzen reichen können, sind Kommunikationsstörungen im Team nicht selten. Erfahrungen im Umgang mit den traumatisierten KlientInnen werden gedankenlos zu stark verallgemeinert, statt sie kritisch zu hinterfragen.

In Teams, die mit Opfern von Gewalt arbeiten, kommt es nicht selten zu große Spannungen. Die Mitarbeiter zeigen im Umgang miteinander nicht die gleiche Sorgfalt, wie sie für die Klienten erwartet wird.

Es kann dann vorkommen, das in gemeinsame Reflexion eher die Bedürfnisse nach Kontrolle, Misstrauen oder Ängste zum tragen kommen als eine vertrauensvolle oder wertschätzende Haltung, die ein Team als ganzes aufrechterhalten muss.

## **Bewältigungsstrategien**

Viele betroffene Helfende haben nicht nur Probleme im Umgang mit ihrer sozialen Umwelt, sondern sie sind auch in ihrem Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Dies ist meist verbunden mit Selbstadel, Selbstverletzungen, Selbstmitleid, Selbstschädigung, Selbstkränkung oder

auch Selbstabnützung. Dieses negative Selbstwertgefühl stellt als Summe oder als Gewohnheit eine Belastung dar, welches die Persönlichkeitsentfaltung behindert und die Entspannung des Gemeinschaftslebens negativ gestalten kann. Diese Veränderungen können sich über die Jahre verfestigen und als Selbstzuschreibungen der Betroffenen angenommen und akzeptiert werden. So können sie einem Selbst und anderen schaden.

### **Fähigkeiten im Umgang mit sich selbst entwickeln und Ich-Ressourcen**

Wie bereits aufgezeigt, ist eine Wirkung von Traumatisierung der Verlust der inneren Fähigkeit, unsere Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten. Um die positive Einstellung zur eine besondere Freude machen. Sie helfen uns, den Kontakt mit unseren Gefühlen wiederherzustellen, oder uns an den Wert unserer Arbeit erinnern. Auch bieten sie uns die Möglichkeit, eine sinnvolle Balance zwischen nötiger Distanz und Nähe zu unseren KlientInnen aufrechtzuerhalten und unsere eigenen Ressourcen aufrechtzuerhalten.

**Pflege von Kontakten und Verbundenheit mit anderen** wirken jener Isolation entgegen, die eine direkte oder indirekte Traumatisierung kennzeichnen. Verantwortungsbewusster, mitfühlender Umgang mit den (zu)vielen Klienten, kann sehr erschöpfend sein und eine häufige Reaktion auf diese Belastung besteht darin, sich emotional zu verschließen. Die Familie und der Freundeskreis sind eine positive Ressource um genügend Zeit in der Gegenwart von liebenden anderen verbringen.

Für den Arbeitskontext oder die Arbeit im Team, ist es das Wichtigste, dass Situationen geschaffen werden, in denen ein hohes Maß an Vertraulichkeit entstehen kann, die das Gefühl von Isolation, das durch die Arbeit entsteht, verringert. In der Verbindung mit andern Menschen kann man sich bemühen, dem Chaos der Geschehnisse einen Sinn zu geben, um es ertragen zu können. Außerdem können gemeinsame Reflexion die Bedürfnisse nach Kontrolle, Mangel an Nähe im Kontakt mit anderen oder menschenfeindliche Tendenzen, die Lebenseinstellungen, die durch Taumarbeit gestört und dann gedankenlos zu stark verallgemeinert worden sind, beleuchten und eventuell heilen.

Einige der häufiger vorgeschlagenen Bewältigungsstrategien:

**Entspannungsverfahren** und **Aktivierungsverfahren**, wie bspw. Selbsthypnose oder Autogenes Training. Wer auf Stress eher mit Apathie, Schwäche und Passivität reagiert, wird auf eher aktivierende Formen wie Tanz, Bewegung oder Karate zurückgreifen oder auf eine Kombination aus aktivierenden, entspannenden und harmonisierenden Elementen wie z. B. Yoga.

Kunst oder **künstlerischer Ausdruck** ist eine Methode, mit der wir über uns selbst hinausblicken und uns für etwas öffnen können, was gerade nicht von der eigenen Seelenlage handelt.

Auch so genannte **Flow- Erlebnisse** oder **nutzlose, spielerische Tätigkeiten** die ein Erlebnisse völligen Hingebenseins erlauben, in denen die Unterschiede zwischen Selbst und Umwelt, zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und zwischen verschiedenen Sinnesgebieten aufgehoben ist, können eine positive Bewältigungsstrategie darstellen. Eine Tätigkeit der wir uns so hingeben können, dass wir alles um uns herum vergessen sei es Gärtnern, Musikhören, Lesen oder Zeit in der Natur verbringen oder das Zusammensein mit den eigenen Kindern.

### **Körperliche Gesundheit und Wohlbefinden**

Genügend Ruhe und Muße, Urlaub und Dinge zum eigenen Vergnügen tun, wirken äußerst förderlich auf die eigene Ausgeglichenheit und werden von vielen als wirksame Mittel gegen beruflichen Stress bezeichnet.

### **Balance zwischen positiven und negativen Aspekten**

Warum also tun wir diese Arbeit?

Wir können als PsychotherapeutInnen heute ohne Schande darüber sprechen, ja es gehört sogar zu den professionellen Standards darüber informiert zu sein, dass solche Prozesse wie Burnout oder stellvertretende Traumatisierung stattfinden und das auch wir nicht davor geschützt sind, selbst, wenn wir alle Regeln der Kunst einhalten.

Wie eingangs erwähnt, kann die Arbeit mit Traumatisierten eine Bereicherung und tiefe persönliche Erweiterung bedeuten. Darüber hinaus kann der Behandlungsprozess bereichert werden, wenn diese Prozesse erkannt, und richtig verarbeitet werden. Wir erhöhen so unsere Kapazität, Raum für die KlientIn zu schaffen. Allerdings so, wie wir Raum für die KlientInnen schaffen, müssen wir Raum für unsere eigenen Wünsche und Träume sowie Familie und Freunde schaffen.

Warum also tun wir diese Arbeit und wieso können wir sie aushalten?

Eine ganz persönliche Antwort, denn eigentlich kann man darauf nicht nur professionell antworten. Wenn ich nicht als Psychotherapeutin arbeiten würde, wäre ich gerne Malerin oder Bildhauerin auf jeden Fall Künstlerin. Kreativität ist eine meiner Lebensressourcen, das was meinem Leben Glanz gibt und mich über Stress hinweghelfen kann. Folter ist das Gegenteil von Leben, sie beraubt der Menschlichkeit. Psychotherapie kann ein sehr kreativer Prozess sein. Sie kann uns mit der eigenen Unvollkommenheit und die der Welt versöhnen und uns zu toleranteren Menschen machen. Wenn ich mit meinen kreativen Kräften verbunden bin, kann ich diese Arbeit manchmal mehr und manchmal weniger gut aushalten.

## Literatur

Bittenbinder, E. (1999). Psychotherapie mit vergewaltigten und gefolterten Frauen (SS 135-148). In: *Systema*, Zeitschrift des Instituts für Familientherapie e.V. Weinheim 2/1999.

Bittenbinder, E. (2000). Trauma und extreme Gewalt – Systemische Psychotherapie mit Überlebenden von Folter und die Bedeutung "innerer Bilder". In: *Psychotherapie im Dialog* Heft 1/2000 Posttraumatische Belastungsstörungen, Thieme Verlag

Bursich, M. (1989). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1989.

Bustos, E. (1999). Stellvertretende Traumatisierung, verwundete Heiler oder die unvermeidbare intersubjektive Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Vortrag auf der Fachtagung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF), im Oktober 1999, Berlin. (Im Original: „Traumatization Vicarial, Wounded Healer O Experiencias Intersubjetivas Inevitables En El Trabajo Psicoterapeutico Con Refugiados Traumatisados“. Übersetzung: Petra Wünsche.)

Fengler, Jörg (2001). Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. Klett-Cotta, Stuttgart, 6. Auflage 2001.

Freudenberger, H. J. (1975) Staff burnout syndrom in alternative institutions. *Psychotherapy*, 12 (1), 73 –82.

Kaslow, F. W.; Schulman, N.(1987). How to be sane and happy as a family therapist or the reciprocal impact of family therapy teaching and practice and therapist`s personal lives and mental health. In: *Journal of Psychotherapy & the Family*, 3, (2), 79-96, 1987.

Zastrow, Ch. (1984). Understanding and preventing burnout, In: *British Journal of Social Work*, 14, (2), 141-155, 1984.

Watkins, C.E. (1983). Burnout in counselling practice: Some potential professional and personal hazards of becoming a counselor. In: *Personnel & Guidance Journal*, 61 (5), 304 – 305, 1983.

Pearlman, Laurie A. (1999). Self-Care for Trauma Therapists, in *Secondary Traumatic Stress*, Hrsg. Stamm, B. H. 1999,

Figley, C.R., (1995). CompassionFatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring, in Secondary Traumatic Stess, Hrsg. Stamm, B. H. 1999,

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22 (4), 116-122.