

# Einleitung

Die Erkenntnis, dass Ärzte und Angehörige von helfenden Berufen selbst verletzt und hilfsbedürftig, dass ihre Verletzung eine Triebkraft zur Ergreifung dieses Berufes sein kann, ist so alt wie die Heilkunde selbst. Nach der griechischen Mythologie litt der medizinische Lehrer Äskulaps, Chiron der Centaur, an einer unheilbaren Wunde, die ihm Herkules zugefügt hatte<sup>1</sup>. *Kleinman* fand in seinen biografischen Studien über Ärzte heraus, dass dem Motiv, diesen Beruf zu ergreifen, häufig eine eigene chronische Erkrankung oder die eines nahen Angehörigen zugrunde lag. Andere zu heilen diene ihnen dazu, die eigene Verletzung zu überwinden. »Durch das Verletztsein weiß der Heiler, wie Leiden sich anfühlt. Es gibt keine bessere Ausbildung in der Expertise über Krankheiten«<sup>2</sup>. Die meisten Schriften Freuds tragen die Spuren seines Lebens und seiner persönlichen Konflikte. Sein Werk »Die Traumdeutung« sei ein Ausbruch von Selbstoffenbarung im Dienst der Wissenschaft, schreibt sein Biograf Peter Gay<sup>3</sup>. Von Freud stammt die Erkenntnis, dass der Analytiker nur über das Durcharbeiten seiner eigenen Neurose in der Lage sei, andere zu analysieren. C. G. Jung konstatierte, »nur der verletzte Helfer heilt«<sup>4</sup>. Der amerikanische Militärpsychiater Abram Kardiner, ein Pionier der Behandlung von Kriegsneurosen (shell shock), schreibt in seiner Autobiografie, dass die »endlosen Albträume« seiner frühen Kindheit – Armut, Hunger, Vernachlässigung, häusliche Gewalt und der frühe Tod seiner Mutter – die Richtung seiner geistigen Interessen beeinflusst hätten und ihn befähigten, sich mit den traumatisierten Soldaten zu identifizieren<sup>5</sup>. Die tägliche Konfrontation mit Leid und Elend hinterlässt ihre Spuren. Insbesondere, wenn es sich

---

<sup>1</sup> Maeder, T. (1989): Wounded Healers. The Atlantic Monthly, January 1989, pp. 37 – 47.

<sup>2</sup> Kleinman, A. (1988): The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition. Basic Books, New York, p. 211 ff.

<sup>3</sup> Gay, P.: Freud, A Life of Our Time. Anchor Books, New York 1988, S. 267 ff.

<sup>4</sup> Jung, C. G. (1963/1983): Memories, dreams, reflections. London, Flamingo.

<sup>5</sup> Kardiner, A. (1977): My Analysis with Freud. New York, Norton, p. 52.

um von Menschenhand zugefügtes Leid handelt. Steven Miles, Internist und Autor eines Buches über Folter durch US-Militärs im »Krieg gegen den Terror«, schreibt über diese Spuren: *»Die Arbeit an den Fragen, die dieses Buch hervorbrachten, veränderte mich. Wenn ich einen ganzen Tag unzählige Berichte über Akte willkürlicher Brutalität gelesen hatte, träumte ich manchmal, ich sei in Abu Ghraib<sup>6</sup> und ich wachte mit pochendem Herzen und schweißgebadet vor Angst auf. Anschließend überfiel mich eine Traurigkeit, und manchmal hörte ich auf zu schreiben, weil es mir sinnlos erschien«<sup>7</sup>.*

Die Konfrontation hinterlässt nicht nur Spuren im einzelnen Helfer, sondern auch in Helfergruppen und Institutionen. In den letzten 30 Jahren sind überall auf der Welt Behandlungszentren für Kriegsoffer, Opfer häuslicher und sexueller Gewalt, politischer Verfolgung und Folter mit großem Engagement, Optimismus und Idealismus gegründet worden. Fast alle diese Einrichtungen haben eine krisenhafte Entwicklung durchlaufen. Die Aufbruchstimmung der Pionier- und Aufbauphase weicht nach einigen Jahren einer tief greifenden Ernüchterung angesichts von internen Spannungen, chronischen unlösbaren Konflikten, einhergehend mit Symptomen von Erschöpfung bei den Helfern, einer hohen Fluktuation und zahlreichen Spaltungen. Ein anschauliches Bild davon zeichnet Norbert Gurrus aus einer Einrichtung für traumatisierte Flüchtlinge:

*»Die Arbeit wurde ausgedehnt, manchmal auf Abend-, Nacht- und Wochenendstunden. Überstunden und Urlaubstage wurden eher dem Verfall überlassen. Vorübergehende Phasen von euphorischer Hyperaktivität wechselten sich ab mit Zusammenbrüchen, die im Volksmund wohl als hysterisch angesehen würden. Die Gefühle von Ohnmacht und Verzweiflung machten sich in gegenseitigen Beschuldigungen und Anfeindungen im Team Luft. Junge Praktikanten schilderten panische Ängste, psychisch krank zu werden angesichts des Modellverhaltens der festen Mitarbeiter. Streichungen von Mitteln durch den Träger des Projekts führten zum ›Verschwinden‹ von Kollegen quasi über Nacht. Bei den verblie-*

---

<sup>6</sup> US-Militärgefängnis im Irak, aus dem im Jahr 2004 die berüchtigten Fotos über Folterungen an die Öffentlichkeit gelangten.

<sup>7</sup> Miles S.: *Oath Betrayed. Torture, Medical Complicity and the War on Terror*. New York 2006, S. XIV – XV.

benen Mitarbeitern breiteten sich Fantasien von Krieg und Verfolgung in der eigenen Einrichtung aus«<sup>8</sup>.

Ebenso berichtet David Becker aus einem der ersten noch zu Zeiten der Diktatur in Chile gegründeten Traumazentren: »Das Klima im Team verschlechterte sich zunehmend. Politische Differenzen und technische Diskussionen darüber, wie zu therapieren sei, wurden intensiver. Es kam zu Konflikten über die Leitungsstruktur. 1986 wurde schließlich deutlich, dass es so nicht mehr weitergehen konnte. Das Team begann zu zerfallen, die Streitigkeiten wurden heftiger, die Schuldgefühle, auch den Patienten gegenüber, immer größer. Irgendwann stellten wir fest, dass keiner von uns besonders gut schlief, dass wir alle regelmäßige Alpträume hatten und im Schlaf mit den Zähnen knirschten ... wir hatten uns so lange mit den anderen, den Opfern, beschäftigt, bis wir uns selbst gegenseitig zu Opfern machten. Wir haben im Sinne eines Burnout-Syndroms das aggressiv aneinander ausgehandelt, was wir jahrelang von den Patienten erfahren hatten. Es ist nicht zufällig, dass wir eine Supervision erst dann zulassen und einfordern konnten, als das Team bereits fast eine traumatisch gespaltene Struktur aufwies, die die Supervisoren zunächst auf totale Ohnmacht bzw. Hilflosigkeit festlegte. Damit konnten wir die eigene negative Omnipotenz noch einmal bestätigen. Wir baten erst um die Hilfe, als keine Rettung mehr möglich war, und verteidigten so die pathologische Allmacht noch in der Selbsterstörung«<sup>9</sup>.

Ich selbst habe ähnliche Erfahrungen gemacht beim Aufbau und der Leitung eines Zentrums für Folterüberlebende und über meine Einblicke in zahlreiche Traumazentren in verschiedenen Ländern. Unter den Kollegen dort habe ich sehr viel Leid und Not gesehen. Es hat viele persönliche Brüche gegeben mit Menschen, mit denen man einmal sehr eng und vertrauensvoll zusammengearbeitet hat. Viele haben das Feld teilweise im Streit verlassen und sind bis heute nur schlecht und recht darüber hinweggekommen. Die o. g. Phänomene haben Auswirkungen auf die Qualität der Arbeit. Sie führen zu Auszehrung, Lähmung, Des-

---

<sup>8</sup> Gurriss, N. F.: Überlegungen zur stellvertretenden Traumatisierung bei Therapeuten in der Behandlung von Folterüberlebenden. Psychotraumatologie 2002, 3, 45 online: <http://www.thieme-connect.com/ejournals/html/psychotrauma/doi/10.1055/s-2002-35265>.

<sup>9</sup> Becker D.: Die Erfindung des Traumas – Verflochtene Geschichten. Edition Freitag, S. 90–91.

organisation und infolge der hohen Fluktuation zu einem Verlust an institutionellem Gedächtnis und Erfahrungswissen. Die Leidtragenden sind letztendlich die Patienten.

Zunächst habe ich diese Erfahrungen als ein persönliches Scheitern meiner selbst und der in diesen Einrichtungen Verantwortung tragenden Kollegen empfunden. Bei genauerem Hinsehen habe ich jedoch nach und nach immer wiederkehrende Muster und Prozesse entdeckt, die auch in solchen Einrichtungen vorkamen, die von außen gesehen einen stabilen Eindruck vermittelten und »gut« funktionierten.

In den letzten zehn Jahren ist eine ganze Reihe von Publikationen erschienen, in denen versucht wird, diese Phänomene zu beschreiben unter der Überschrift »Burnout«, »Compassion Fatigue«, »Vicarious Traumatization«, »Secondary Traumatic Stress« etc. Sie haben zu der Erkenntnis geführt, dass solche Einrichtungen Supervision zur Bearbeitung von Spannungen und Konflikten brauchen und dass unter dem Stichwort »Care for Caregivers« ein Betriebsklima, eine Teamkultur geschaffen werden soll, in der für Entlastung, Ausgleich und Erholung der Mitarbeiter gesorgt wird.

Man bewegt sich bei dieser Arbeit auf einem Minenfeld mit den Abgründen menschlichen Seins. Als ich noch mittendrin war im Geschehen, habe ich angefangen, das Erlebte aufzuschreiben. Es war ein Weg, mit den archaischen, zerstörerischen und unerklärlichen Vorgängen fertig zu werden und meine Gedanken zu ordnen. Mein damaliger Supervisor hat mich ermutigt, diese Aufzeichnungen zu einer wissenschaftlichen Studie auszubauen. Ich konnte damit erst beginnen, nachdem ich aus allen meinen exekutiven Funktionen ausgeschieden war. Ich brauchte Abstand zu den Geschehnissen und zu den Menschen, mit denen ich zu tun hatte. Über das Forschen und die Interviews mit Kollegen aus den verschiedensten Bereichen im Rahmen dieser Studie war es mir möglich, das Geschehen aus der Vogelperspektive zu betrachten, von der aus ich die Dynamik in solchen Einrichtungen inzwischen besser zu verstehen glaube. Ich möchte dazu einen meiner Interviewpartner zitieren, der während des Gesprächs über seine Verletzungen reflektierte und die möglichen Gründe der plötzlich ausbrechenden Aggressivität und der Brüche, die auch im Nachhinein nicht mehr zu kitten sind: *»Wenn man einen Weg fände, dieses destruktive Verhalten zu verstehen, würde es auch wieder eine Brücke bauen ... Deswegen suche ich*

*ein inneres Erkennungsmuster, um zu sagen: ›o. k., das hat damit zu tun‹. Und wenn diese Brücke dann auch noch publiziert wird, könnten sich vielleicht die anderen auch darin wiederfinden und man könnte dann sagen: ›ah, so ist das also!‹*

Die Inhalte dieser Studie berühren viele Tabus, von denen in den einzelnen Kapiteln die Rede sein wird. So gab es einige sehr heftige Reaktionen auf die Präsentation vorläufiger Ergebnisse meiner Untersuchung. In einer ersten Publikation hatte ich die Phänomene der sogenannten Sekundärtraumatisierung nur skizzenartig umrissen anhand von zwei Schilderungen aus meinem eigenen Praxisalltag. Daraufhin erschien in der Zeitschrift ein empörter Leserbrief mit Vorwürfen von Unwissenschaftlichkeit, Bruch der Schweigepflicht und »Mobbing«. Ich hatte den Fall eines überengagierten Kollegen beschrieben, der in eine Spirale von Überforderung, Burnout, Konflikten mit Kollegen und Flucht in die Krankheit geraten war. Diese Geschichte war ein Konstrukt, in das Beobachtungen an mir selbst und anderen eingeflossen waren. Diese Form einer aus mehreren Fällen zusammengesetzten Kasuistik ist in der medizinischen Forschung eine durchaus legitime und allgemein gebräuchliche Methode. Offenbar meinte jedoch der Leserbriefschreiber, dass er in diesem Beispiel dargestellt sei, und fühlte sich von mir bloßgestellt<sup>10</sup>.

Nachdem ich erste Arbeitshypothesen zu meiner Forschung an einer Universitätsklinik vorgetragen hatte, schrieb ein Zuhörer an die Zeitschrift für Politische Psychologie unter der Überschrift »Traumazentren werden auf Linie gebracht«, jetzt hätte auch »MacKinsey die Behandlungszentren für Folteropfer erreicht«, ich hätte den »lästigen Überbleibseln von Basisdemokratie heimgeleuchtet ... Charismatiker (›Charisma‹ wie ›Geist‹, ›Glaube‹) dürfen gehen, jetzt übernehmen Super-Nanny und Sozialtechniker mit abgeklärtem Verhältnis zur eigenen Distanz ...«<sup>11</sup>.

Diese Reaktionen lassen erahnen, was mich nach Veröffentlichung dieses Buches möglicherweise erwartet. Sie haben mich zweifeln lassen,

---

<sup>10</sup> Pross, C.: Burnout, Vicarious Traumatization and its Prevention. *Torture* 16: 1–9 (2006); A response to the article by Christian Pross »Burnout, Vicarious Traumatization and its Prevention«. *Torture* 16: 134–135 (2006).

<sup>11</sup> Newsletter Politische Psychologie 9 – Juli 2005; Thomas Kliche: Traumazentren werden auf Linie gebracht.

ob ich diese Dinge überhaupt je veröffentlichen kann und soll. Das lebendige und positive Echo, das ich bei anderen Gelegenheiten erhalten habe, haben mich jedoch darin bestärkt. Im Verlauf dieser Studie habe ich so oft wie möglich den Dialog mit Kollegen gesucht und meine Überlegungen auf zahlreichen nationalen und internationalen Fachtagungen sowie vor Teams von Traumazentren und Menschenrechtsorganisationen vorgetragen. Überwiegend gaben meine Zuhörer mir zu verstehen, dass ich den Nagel auf den Kopf getroffen und ihnen einen Spiegel vorgehalten hätte, der sie dazu ermutige, Veränderungen in Angriff zu nehmen. Manche wollten mein Manuskript sofort haben oder man bat mich, meine Studie auch auf diese oder jene Einrichtung auszuweiten, oder man wollte mich gleich als Supervisor bzw. Organisationsberater engagieren. Das zeigt, dass offenbar ein großer Leidensdruck vorhanden ist und nach Strategien der Abhilfe und Prävention gesucht wird.

Auf diesen Veranstaltungen waren häufig auch Kollegen aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens zugegen, z. B. Ärzte und Pflegepersonal von Intensivstationen, Palliativstationen, Hospizen für Sterbende, Gefängnispsychologen, Sozialarbeiter aus Einrichtungen für Behinderte etc. Sie reagierten ähnlich wie die oben Genannten. Vielleicht sind solche Erscheinungen überall dort anzutreffen, wo Helfer mit schwer kranken Menschen oder sozialen Randgruppen arbeiten<sup>12</sup>. Das wäre ein Thema zukünftiger Forschung.

Die Wirklichkeit in den genannten Einrichtungen ist sehr komplex. Die Aussagen von Interviewpartnern aus stabilen Einrichtungen ver-

---

<sup>12</sup> Siehe z. B. die Untersuchung von Schors über die Psychodynamik Pflege- und Ärzteteams auf Intensivstationen: Schors, R.: Beobachtungen zur Psychodynamik einer Intensivstation. *Psyche* 33 (1979), S. 343 – 363. Schors schreibt, das Personal sei tagtäglich mit Menschen in lebensbedrohlichen Extremsituationen konfrontiert und entwickle einen besonderen Elite- und Korpsgeist mit einer starken Abgrenzung gegenüber der Außenwelt. Man leiste Pionierdienste an der Grenze zwischen Leben und Tod und man hebe sich ab über den »normalen« Klinikbetrieb. Die Innenwelt der Station werde hierbei als »gut« angesehen, die Außenwelt als »böse«. Diese Spaltung in Verbindung mit Projektion diene der Abwehr von Angst vor dem eigenen Tod. Die Gesellschaft, die weder bereit noch in der Lage sei, sich mit dem Problem des Todes zu konfrontieren, trete die Zuständigkeit für das Sterben an die Intensivstation ab. Das erzeuge narzisstische Größenfantasien beim Personal um den hohen Preis einer teilweisen Aufgabe der Realitätskontrolle.

mitteln, dass es trotz der Spannung, die die Materie mit sich bringt, durchaus friedlich zugehen kann. In instabilen Einrichtungen waren in jeder krisenhaften Phase neben destruktiven Kräften immer auch konstruktive am Werk, oft nebeneinander in der gleichen Person. Nach schweren Krisen gab es ruhige Phasen von guter Zusammenarbeit, einige Einrichtungen sind gestärkt und geläutert aus solchen Krisen hervorgegangen, andere sind daran zerbrochen. Bei aller Zerrissenheit und allem Leid, von dem hier die Rede ist, ist es faszinierend und ermutigend zu sehen, wie viele Selbstheilungskräfte jeder in sich trägt, wie kreativ die Helfer darin sind, sich zu schützen, zu regenerieren, für sich selbst und ihre Kollegen zu sorgen und ein Halt gebendes und reflexives Arbeitsklima zu schaffen. Von diesen Selbstschutzstrategien und Möglichkeiten der Prävention wird ausführlich die Rede sein. So ist im Verlauf dieser Untersuchung, angeregt durch meine Interviewpartner und das Studium neuerer Literatur insbesondere zum Thema Resilienz mehr und mehr die ressourcenorientierte und bereichernde Seite der Trauma-Arbeit in den Vordergrund getreten.

Einige der in den folgenden Kapiteln zitierten Aussagen meiner Interviewpartner mögen dem Leser ziemlich drastisch, teilweise düster und Außenstehenden befremdlich erscheinen. Diese Studie zielt nicht auf eine Dämonisierung oder Pathologisierung der Helfer. Die Schwächen, Mängel und Konflikte, von denen hier die Rede sein wird, sind nicht Ausdruck schlechten Charakters oder böser Absichten. Alle erwähnten Helfer sind enorm engagierte Personen mit hohen Zielen und gutem Willen. Die Psychotraumatologie ist ein relativ junges Fachgebiet. Die Pioniere der Traumabehandlung haben alle ihre Kräfte eingesetzt zur Gründung von Traumazentren unter z. T. äußerst schwierigen Bedingungen, gegen erheblichen Widerstand in ihrer Gesellschaft und die allgegenwärtige Tendenz zur Verleugnung. Sie gaben und geben ihr Bestes. Einige sind jedoch entweder an den zu hohen Anforderungen gescheitert oder selbst ungewollt so weit in den immanenten Sog von Gewalt und Destruktivität hineingeraten, dass sie sich selbst und anderen Verletzungen zugefügt haben. Zum Teil wussten sie es nicht besser oder sie hatten nicht die Möglichkeit, sich auf ihre Aufgabe genügend vorzubereiten. Vielerorts gibt es nur wenige oder überhaupt keine Angebote zur beruflichen Aus- und Weiterbildung zum Traumatherapeuten, verbunden mit einer professionell geleiteten Selbsterfahrung. Bis-

her gibt es nur wenige auf diesem Gebiet erfahrene Supervisoren. Ich würde deshalb die hier beschriebenen Phänomene als Kinderkrankheiten eines relativ jungen und sich noch in der Entwicklung befindlichen Fachgebietes bezeichnen.

Im Folgenden ein Überblick über meine Untersuchung:

### Statistik

Untersuchte Einrichtungen	n	in %
<b>Gesamtzahl</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Behandlungseinrichtungen	11	84,6
Menschenrechtsorganisationen	2	15,4
Westliche Länder	9	62,2
Schwellenländer	4	30,8

Interviewpartner insgesamt	n	in %
<b>Gesamtzahl</b>	<b>72</b>	<b>100</b>
weiblich	38	52,8
männlich	34	47,2
Altersverteilung	33–72 Jahre	
Durchschnittsalter	53 Jahre	
Aus »westlichen Ländern«	57	79,2
Aus »Schwellenländern«	15	20,8
Personen aus Menschenrechtsorganisationen	8	11,1
Supervisoren	10	15,3
Experten	7	8,3
Personen aus Behandlungseinrichtungen	47	65,3