



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Sekundärtraumatisierung bei Helferinnen im Umgang mit
traumatisierten Flüchtlingen“

verfasst von

Martin Pell

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, im Juli 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Psychologie

Betreuerin / Betreuer:

Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Kurztitel: SEKUNDÄRTRAUMATISIERUNG BEI FLÜCHTLINGSHELFERINNEN

Diplomarbeit zur Erlangung des Magistertitels (Mag. Phil.) im Jahr 2013

Sekundärtraumatisierung bei Helferinnen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen

Martin Pell
Universität Wien

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Hilfe als der angegebenen, erarbeitet zu haben.

Wien, im Juli 2013

Danksagung

Allen voran möchte ich meinen Eltern dafür danken, dass sie mir das Studium finanziell ermöglicht haben. Meinem Vater für mein technisches Verständnis und seiner Freude, mir naturwissenschaftliche Phänomene zu erklären, meiner Mutter für mein Interesse an Menschen und ihrer Fähigkeit, die Schönheit und Wunder der Natur hinter den Fassaden zu suchen. Meiner Professorin Frau Lueger-Schuster als meiner Diplomarbeitsbetreuerin danke ich für den hohen Anspruch, welchen sie mir in ihren Seminaren vermittelt konnte und dafür, mir, besonders bei der Themenfindung, wichtige Impulse gegeben zu haben. Dr. Ulrich Tran danke ich für seine Hilfe bei methodischen Fragen und meinem Mitbewohner Stefan Mayrhofer für die Hilfe beim Layoutieren und Frau Gerlinde Häckell für das Korrekturlesen und die Hilfe bei der Interpunktion. Mein besonderer Dank gilt Tobias Glück, der mir bei Fragen zu wissenschaftlichen Standards oft weiterhelfen konnte und mir, vor allem in der Endphase, wesentlich geholfen hat, mich nicht in Details zu verlieren und die letzten Änderungen zügig zu bearbeiten. Danke natürlich auch an alle Flüchtlingshelferinnen, denen, die mir die Fragebögen beantwortet haben, aber auch allen anderen, die mit ihrer Arbeit und ihrem Engagement denen helfen, die hier fremd sind.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	2
1. Einleitung	5
2. Theoretischer Hintergrund: PTBS.....	8
2.1 Definition.....	8
2.1.1 Definition der PTBS laut DSM IV.....	9
2.1.2 Prävalenz traumatischer Ereignisse.....	10
2.1.3 Prävalenz PTBS.....	11
2.1.4 Risikofaktoren.....	12
3. Risiken therapeutischen Arbeitens.....	15
3.1 Burnout.....	16
3.1.1 Prävalenz.....	17
3.1.2 Risiko und Schutzfaktoren.....	18
3.1.3 Therapie gegen Burnout.....	20
3.2 Gegenübertragung.....	20
3.3 Traumatische Übertragung und Gegenübertragung.....	21
3.4 Vicarious Traumatisation.....	21
3.5 Compassion Fatigue (Mitgeföhlerschöpfung)	24
3.5.1 Sekundärtraumatischer Stress.....	25
3.5.2 Compassion Satisfaction.....	26
3.5.3 Prävalenz.....	27
3.5.4 Risiko und Schutzfaktoren.....	27
3.5.5 Stressverarbeitungsstrategien.....	30
4. Theoretischer Hintergrund: Arbeit mit Flüchtlingen.....	31
4.1 Unterbringung.....	31
4.2 Beratungseinrichtungen.....	33
4.3 Therapieeinrichtungen.....	33
4.4 Ausbildungsgrad der Helferinnen.....	33
4.5 Arbeit mit Dolmetscherinnen.....	35
4.6 Finanzielle Ressourcen der helfenden Institutionen.....	36
4.7 Gesundheitsbelastungen von Migrantinnen	36
5. Fragestellungen und Hypothesen.....	38
6. Methodik.....	41
6.1 Untersuchungsdesign.....	41
6.2 Datenerhebung.....	41
6.3 Verfahrensbeschreibung.....	41
6.3.1 Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction: Professional Quality of Life Questionnaire (ProQoL).....	42
6.3.2 Stressverarbeitung: Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).....	43
6.3.3 Somatische Beschwerden, Angst und Depressivität: Brief Symptom Inventory (BSI-18).....	44
6.3.4 Eigene Traumavorgeschichte: Essener Trauma Inventar (Erster Teil).....	44
7. Ergebnisse.....	46
7.1 Stichprobenbeschreibung.....	46

7.1.1 Soziodemografische Angaben.....	46
7.1.2 Aufteilung in verschiedene Berufsgruppen.....	47
7.1.3 Prävalenz der eigenen Traumavorgeschichte.....	49
7.1.4 Prävalenz der erhobenen Symptome	50
7.2 Statistische Verfahren und Methoden.....	51
7.3 Berufsgruppeneffekte und Prozentanteil traumatisierter Klientinnen	52
7.3.1 Compassion Fatigue.....	53
7.3.2 Burnout.....	54
7.3.3 Compassion Satisfaction	55
7.3.4 Globaler Beschwerde Index.....	56
7.3.5 Somatisierungen.....	57
7.3.6 Depressivität.....	58
7.3.7 Angst	59
7.4 Alternative Operationalisierungen des Kontaktes zu traumatisierten Flüchtlingen	60
7.4.1 Compassion Fatigue.....	61
7.4.2 Burnout.....	61
7.4.3 Compassion Satisfaction.....	61
7.4.4 Globaler Beschwerde Index.....	62
7.4.5 Somatisierungen.....	62
7.4.6 Depressivität.....	62
7.4.7 Angst.....	62
7.5 Die eigene Trauma Vorgeschichte	63
7.6 Copingstrategien gegen Stresserleben	63
8. Diskussion.....	66
8.1 Limitationen.....	70
8.2 Ausblick.....	71
9. Tabellenverzeichnis.....	73
10. Abbildungsverzeichnis.....	74
11. Anhangsverzeichnis.....	75
12. Literaturverzeichnis.....	76
Anhang.....	93

1. Einleitung

Versetzen wir uns in die Lage eines Menschen, der seine Heimat verlässt, tausende Kilometer überwindet, um in der Fremde Sicherheit, Glück oder einfach nur eine Perspektive für sich und seine Familie zu finden. Sprechen wir über die Motive, welche einen Menschen veranlassen, seine Heimat zu verlassen, finden wir neben der Flucht vor Krieg, politischer Verfolgung und Folter sicherlich auch große finanzielle Not und die Hoffnung, durch Migration irgendwo eine Möglichkeit zu finden, mit Arbeit Geld zu verdienen, um der (zurückgelassenen) Familie bei der Grundversorgung im Bereich Ernährung, medizinischer Versorgung und Bildung finanziell helfen zu können. Stellen wir uns vor, wie dieser Mensch Wüsten, Meere und Grenzen überwindet, wie er die Strapazen der Reise aushält, sich unkalkulierbaren Risiken aussetzt, in der Hoffnung, irgendwo einen Platz zu finden, an dem er die Chance sieht, einen Neuanfang zu wagen. Vielleicht vertraut er seinem Glück, Gott oder auch einfach nur Menschen, die ihm mit Gastfreundschaft und Respekt begegnen, ihn vielleicht unterstützen oder ihn einfach nur da sein lassen und ihm damit die Chance geben, sich selbst zu helfen.

Kein Mensch flüchtet freiwillig¹

Als junger, männlicher und weißer Mitteleuropäer konnte ich fremde Länder unter besonders privilegierten Voraussetzungen besuchen und die Reisebedingungen zu einem erheblichen Teil selbst beeinflussen. Begegnungen auf diesen Reisen waren weniger steuerbar, aber aus meinem Verdruss an der europäischen Kultur wurde ein Genuss, andere Kulturen kennenzulernen, in sie einzutauchen, zu beobachten, zu erfahren und mit meinen Wertvorstellungen zu vergleichen. Gastfreundschaft war ein zentrales Thema, welches mir auf meinen Reisen immer wieder begegnete und dessen Wert ich oftmals erfahren durfte. In gewisser Weise beschäftigt sich auch diese Arbeit mit Gastfreundschaft, denn diese Studie untersucht die Tätigkeit von Menschen, die anderen Menschen in Notsituationen helfen, ihnen Unterkunft anbieten und versuchen, den Personen, die um Hilfe und Schutz nachsuchen, dies zu gewährleisten.

1 Häufiges Zitat von Ute Bock, einer in Österreich sehr bekannten Flüchtlingshelferin.

Anderen Menschen helfen zu wollen, kann belastend sein und eigene Bedürfnisse können in den Hintergrund geraten. Als Burnout wurden solche Belastungen von Maslach und Jackson (1981) beschrieben. Viele Flüchtlinge sind mehrfach traumatisiert (Carta, Bernal, Hardoy & Haro-Abad, 2005) und Personen, die versuchen Flüchtlingen zu helfen, erfahren durch ihre Klientinnen² von unterschiedlichsten Lebensrealitäten. Auf irgendeine Weise werden sie zu Mitfühlenden, die sich im Zuge einer empathischen Solidarität mit den erfahrenen Ungerechtigkeiten ihrer Klientinnen auseinanderzusetzen haben. Basisannahmen über die Welt können erschüttert werden (Janoff-Bulmann, 1988, S. 104) und eigene Bedürfnisse, z. B. nach Sicherheit, Kontrolle, Wertschätzung und Nähe zu anderen Menschen, können sich verändern (Pearlman, 2002). Laut Figley (1995) können Helferinnen durch die Erfahrungen ihrer Klientinnen selbst traumatisiert werden. Diese sekundäre Traumatisierung wird von ihm als compassion fatigue (CF) also als Mitgefühlerschöpfung bezeichnet und beinhaltet auch die Symptome, welche bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auftreten (Figley, 1995). Andere Expertinnen sprechen von traumatischer Übertragung (Herman, 1992, S. 136) oder vicarious traumatisation (VT) also indirekter bzw. stellvertretender Traumatisierung (Pearlman, 2002). Wie so oft bei psychologischen Phänomenen sind die Ergebnisse von Untersuchungen zu CF und VT aber nicht eindeutig (Jurisch, Kolassa & Elbert, 2009).

Hilfe für (traumatisierte) Flüchtlinge hat viele Facetten. Dementsprechend lassen sich im Flüchtlingsbereich die unterschiedlichsten Personen, die Hilfe anbieten, finden. Auf der einen Seite sind es Personen, die psychosozial ausgebildet wurden und deren Beruf es ist, anderen Menschen zu helfen, auf der anderen Seite finden sich sehr viele Freiwillige, welche helfen, ohne dies als Profession gelernt zu haben und Fachkräfte (z. B. Büroangestellte, Dolmetscherinnen, Administratorinnen), die aufgrund ihrer Profession gebraucht werden, deren Ausbildung sie aber nicht auf die Begegnung im Gesundheitswesen und den Umgang mit Not leidenden Menschen vorbereitet hat. So wie die Menschen sind auch die Tätigkeiten unterschiedlich. Manche Helferinnen organisieren Kinderbetreuungsangebote und Deutschkurse,

² Zur besseren Lesbarkeit der Studie habe ich mich entschieden nur eine geschlechtsspezifische Sprachform zu verwenden. Studien zur mentalen Repräsentation (Heise, 2003; Madson & Shoda, 2006) zeigen, dass bei der Verwendung von generischen maskulina Männer deutlich überrepräsentiert werden. Aus diesem Grund habe ich alle geschlechtsspezifischen Begriffe in der weiblichen Form geschrieben, der männliche Begriff ist jeweils mitzudenken.

während Therapeutinnen und Psychologinnen sich von Berufs wegen, z. B. im Rahmen von Gutachten und Therapien, intensiv mit den Traumatisierungen auseinandersetzen. Aber nicht nur die professionell ausgebildeten Personen, sondern alle Helferinnen haben mehr oder weniger Kontakt zu ihren Klientinnen und erfahren von erlebten Traumatisierungen und deren Auswirkungen. Hier stellt sich zum einen die Frage, ob psychosozial ausgebildete Personen anders als Laien mit den Problemen ihrer Klientinnen umgehen können, zum anderen, ob Personen mit intensiverem Kontakt zu Traumatisierungen belasteter sind als Personen mit weniger intensivem Kontakt.

Die Prävalenz, traumatische Ereignisse zu erleben, beträgt bis zu 60% in der Normalbevölkerung (Kessler, Sonnegra, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Auch Therapeutinnen und andere Helferinnen haben daher eigene traumatische Erfahrungen gemacht. Diese werden häufig als Motiv genannt, anderen Menschen helfen zu wollen (Rösing, 2007, zitiert nach Pross, 2009). Sie führen allerdings auch, der klassischen PTBS entsprechend, zu Belastungen in psychisch-somatischen Bereichen (Kessler et al. 1995). Auch können sie beim Kontakt mit Klientinnen reaktiviert werden (Pross, 2009, S. 161). Inwieweit sind es diese eigenen Erfahrungen, welche sich im Konstrukt einer sekundären Traumatisierung widerspiegeln?

Die vorliegende Arbeit versucht, die aufgeworfenen Fragen mit einer quantitativen Fragebogen-Erhebung zu untersuchen. Helferinnen im Flüchtlingsbereich wurden aufgefordert, Fragen zum Kontakt mit (traumatisierten) Flüchtlingen, zu eigenen traumatischen Erlebnissen, zu verschiedenen Umgangsweisen mit Stress und verschiedenen psychischen wie somatischen Beschwerden zu beantworten.

2. Theoretischer Hintergrund: PTBS

2.1 Definition

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um eine somato-psychische Störung (Foa, Keane & Friedman, 2000, Van der Kolk & McFarlane, 1996). Der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor (Lueger-Schuster, 2008) ist mindestens ein außergewöhnliches, belastendes Ereignis (Trauma), welches in der Vergangenheit liegt und zu erheblichen Belastungen auf verschiedenen Ebenen (somatisch, kognitiv, emotional, verhaltens- und wahrnehmungsbezogen) führt (Brewin & Holmes, 2003; Kunzke & Güls, 2003).

Im ICD-10 der World Health Organisation (WHO) ist die PTBS bei den Anpassungsstörungen mit dem Code F 43.1 kategorisiert. Im DSM-IV der American Psychiatric Association (APA) wird sie mit dem Code 309.81 den Angststörungen zugeordnet (WHO, 2011; APA, 1994, S. 424).

Eine im zeitlichen Verlauf kürzere Reaktion auf traumatische Ereignisse ist im ICD-10 die Akute Belastungsreaktion mit dem Code F 43.0, in welcher ähnliche Symptome wie bei der PTBS auftreten, diese aber maximal einige Tage anhalten (WHO, 2011). Im DSM-IV wird für kurze Episoden - kleiner einem Monat - die Akute Stress Störung mit dem Code 308.3 diagnostiziert (APA, 1994, S. 429).

Keilson (1979, S. 61ff) betont mit dem Konzept der sequentiellen Traumatisierung die Prozesshaftigkeit, in der mehrere Traumatisierungen in Folge stattfinden. Auch Terr (1991) konnte mit der Unterteilung von Traumatisierungen in Typ 1 (einmalige) und Typ 2 (andauernde oder wiederholte) Traumatisierungen aufzeigen, dass Belastungsreaktionen stärker ausfallen, wenn mehrere Traumatisierungen in Folge erlebt werden. Bei besonders tief greifenden Veränderungen der Persönlichkeit, wie sie nach extrem belastenden, anhaltenden und vor allem menschlich verursachten Traumata von katastrophalem Ausmaß vorkommen können, wird im ICD-10 eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen (Code F 62.0) diagnostiziert (WHO, 2011). Das Verhalten wird als besonders unflexibel und fehl angepasst

beschrieben und die Persönlichkeitsveränderungen können sehr viel komplexer sein als die Symptome der klassischen PTBS (WHO, 2011). Herman (1992, 2003) beschreibt diese vielfältigen Ausprägungen ausführlich. Im DSM-IV gibt es keine Kategorie für diese, als komplexe PTBS von Herman (1992, S. 121) bezeichnete Störung (Blaz-Kapusta, 2008). Als „Disorder of extrem stress not otherwise specified“ (DESNOS) wird dieses Störungsbild als eigene Kategorie für den DSM-V diskutiert (Blaz-Kapusta, 2008). Im derzeitigen DSM-IV bildet DESNOS lediglich eine Zusatzbezeichnung zur klassischen PTBS (Blaz-Kapusta, 2008).

2.1.1 Definition der PTBS laut DSM IV

Die PTBS wird im DSM-IV (APA, 1994, S. 427f) über 7 Kriterien von A bis F kategorisiert. Eine einfache Übersicht bietet Tabelle 1. Eine Person hat ein belastendes Ereignis erlebt oder als Zeuge mitbekommen (A1 Kriterium). Dieses Ereignis war entweder eine tödliche Bedrohung, es bestand die Gefahr einer schweren Verletzung oder die Gefahr der physischen Unversehrtheit für die Person selbst oder für andere. Die Person reagierte mit großer Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen (A2 Kriterium) und hat wiederholt mindestens eins von fünf Intrusionssymptomen (B-Kriterium), drei von sieben Vermeidungs/Taubheits Symptomen (C-Kriterium) und mindestens zwei von fünf Hyperarousal-Symptomen (D-Kriterium). Die Symptome sind mindestens über einen Monat vorhanden (E-Kriterium) und die Symptomatik bzw. der Leidensdruck hat eine klinische Relevanz oder beeinträchtigt intensiv das Funktionieren in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensfeldern (F-Kriterium). Eine akute PTBS dauert nicht länger als 3 Monate, bei einem längeren Verlauf wird von einer chronischen PTBS gesprochen. Wenn die Symptome erst nach einer sechsmonatigen symptomfreien Zeit auftreten wird von einer verzögerten PTBS gesprochen (APA, 1994, S. 429). Die Kriterien im ICD-10 entsprechen etwa den Kriterien des DSM-IV, allerdings sind die Formulierungen allgemeiner gehalten und damit weniger streng (Lueger-Schuster, 2008). Daher werden nach DSM IV Kriterien nur halb so viele Menschen mit einer PTBS diagnostiziert als beim Einsatz des ICD-10 (Peters, Slade & Andrews, 1999).

Tabelle 1
Diagnosekriterien der PTBS nach DSM-IV

Kriterium	Benennung	Beschreibung	Voraussetzung
A1	Belastendes Ereignis	Gegeben?	Ja/nein
A2	Direkte Reaktion	Hilflosigkeit, Angst, Entsetzen,	Ja/nein
B	Intrusionen	• Intensives Wiedererleben, • wiedererlebende Albträume, • Flashbacks, • psychologischer Stress bei Kontakt zu mit dem Ereignis assoziierten Hinweisreizen • physiologische Reaktionen bei Kontakt zu mit dem Ereignis assoziierten Hinweisreizen	Mindestens 1 von 5 Symptomen
C	Vermeidung/Taubheit	1. Bemühungen Gedanken, Gefühle und Gespräche zu dem Ereignis zu vermeiden 2. Bemühungen Aktivitäten, Plätze und Personen, die an das Ereignis erinnern, zu vermeiden 3. Erinnerungslücken an wichtige Aspekte des Traumas 4. deutlich vermindertes Interessen und Teilhabe an wichtigen Aktivitäten 5. Gefühle von Distanz und Entfremdung zu anderen 6. verminderte Emotionalität 7. negative Zukunftsgedanken/-gefühle	Mindestens 3 von 7 Symptomen
D	Hyperarousel	• Schreckhaftigkeit • Einschlafprobleme, Schlaflosigkeit • Irritierbarkeit, Wutausbrüche • Konzentrationsschwierigkeiten • Übererregung	Mindestens 2 von 5 Symptomen
E	Zeitraum	Länger als ein Monat/länger als 3 Monate/beginnt erst 6 Monate nach dem Ereignis	Akute/chronische/verzögerte PTBS
F	Klinische Relevanz	Gegeben, soziale Funktionsbeeinträchtigung?	Ja/nein

Note nach APA, 1994

2.1.2 Prävalenz traumatischer Ereignisse

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens ein oder mehrere traumatische Ereignisse zu erleben, ist relativ hoch (Tagay, Erim, Stoelk, Möllering, Mewes & Senf 2007a). Die Lebens-

zeitprävalenz, mindestens ein traumatisches Ereignis zu erleben, liegt in der nordamerikanischen Bevölkerung bei 50-60 % (Kessler et al., 1995). Tagay et al (2007a) fanden in Deutschland eine Prävalenzrate von 40,3% bei Ereignissen, die den strengen Kriterien des DSM-IV entsprachen. Die Wahrscheinlichkeit, traumatischen Ereignissen ausgesetzt zu sein, steigt auf 70% bis 90% in Bevölkerungsgruppen, wo Kriege oder innere Konflikte stattfinden (de Jong et al., 2001). In einer repräsentativen Stichprobe bei Jugendlichen (N=3021) und jungen Erwachsenen in Süddeutschland im Alter von 14 bis 24 Jahren wurde eine Prävalenzrate, ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben, von 21,4% gefunden (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000).

2.1.3 Prävalenz PTBS

Die Lebenszeit Prävalenz einer PTBS wird im DSM-IV mit 1% bis 14% angegeben (APA, 2000, S. 426). Kessler et al. (1995) bestätigen die Lebenszeitprävalenz von 8% in der nordamerikanischen Bevölkerung. In einer Studie an 12 bis 17jährigen nordamerikanischen Kindern und Jugendlichen wurden Prävalenzraten von 3,7% bei Jungen und eine deutlich höhere Prävalenz von 6,3% bei Mädchen festgestellt (Kilpatrick et al., 2003). In Bevölkerungsgruppen mit größerem Risiko, traumatischen Ereignissen ausgesetzt zu sein, reicht sie von 3% bis 58% (APA, 1994, S. 426). Es fanden sich Prävalenzraten von 15,8% in Äthiopien, 17,8% in Gaza, 28,4% in Kambodscha und 37,4% in Algerien (de Jong et al., 2001). Die Punktprävalenz der PTBS bei Asylsuchenden in Deutschland lag 2003 bei 40% (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006). Bei einer Studie an 104 Kindern von Asylsuchenden im Alter von 7 und 16 Jahren in Deutschland wurde das Vollbild einer PTBS bei etwa 19% gefunden, die Kriterien B, D, und F waren allerdings bei 40% bis 69% von ihnen erfüllt (Ruf, Schauer & Elbert, 2010).

In mehreren Reviews fanden sich weit gestreute Prävalenzraten zwischen 4% und 86% bei Asylsuchenden (Hollifield et al., 2002; Lindert, Brähler, Wittig, Mielck & Priebe, 2008). In einem Review wurden vergleichsweise geringe PTBS Prävalenzraten von durchschnittlich 9% bis 11% mit einer Spannweite von 4% bis 50% bei rund 7000 Flüchtlingen gefunden (Fa-

zel, Wheeler & Danesh, 2005). Diese durchschnittlichen 9% bis 11% werden aber von den Autorinnen selbst als sehr gering betrachtet, sie weisen darauf hin, in ihre Analyse sehr alte Studien aufgenommen zu haben und dass 75% der Teilnehmerinnen aus Asien stammten und die Werte nicht auf heutige Flüchtlingspopulationen zu übertragen sind (Fazel et al., 2005). Die Asylsuchenden in Österreich leiden zu etwa 40% insgesamt an psychischen Problemen (Knapp, 2005). Eine genauere Untersuchung zur ausschließlichen Prävalenz der PTBS liegt nicht vor. Vergleiche aber hierzu Kapitel 4.7 Gesundheitsbelastungen von Flüchtlingen.

2.1.4 Risikofaktoren

Das Risiko, nach einem Trauma eine PTBS auszubilden, ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig (Bromet, Sonnega & Kessler, 1998; Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Kessler et al. (1995) zeigt die Auftretswahrscheinlichkeit einer PTBS in Abhängigkeit zu der Art des erlebten Traumas (Tabelle 2). Handelt es sich um ein einmaliges, nicht menschlich verursachtes Ereignis, ist die Wahrscheinlichkeit eine PTBS auszubilden sehr viel geringer als bei wiederholten, menschlich verursachten Traumata (Kessler et al., 1995). Zwischen Art und Schwere des Traumas mit einer PTBS gibt es insgesamt allerdings nur einen mittleren Zusammenhang ($r = .2 - r = .3$) (Maercker, 1998, zitiert nach Reinhard & Maercker, 2004).

Tabelle 2

Traumahäufigkeit und Störungswahrscheinlichkeit nach spezifischen Traumata in der Allgemeinbevölkerung

Ereignis	Häufigkeit*	Störungswahrscheinlichkeit PTBS*
Vergewaltigung	5,5%	55,5%
Sexuelle Belästigung	7,5%	19,3%
Krieg	3,2%	38,8%
Waffenandrohung	12,9%	17,2%
Unfälle	19,4%	7,6%
Zeuge von Unfällen und Gewalt	25,0%	7,0%
Naturkatastrophen und Feuer	17,1%	4,5%
Misshandlungen in der Kindheit	4,0%	35,4%
Vernachlässigung in der Kindheit	2,7%	21,8%
Anderer lebensgefährliche Situation	11,9%	7,4%
Anderes Trauma	2,5%	23,5%
Irgendein Trauma	60,0%	14,2%

Note * erhoben in der nordamerikanischen Bevölkerung (Kessler et al., 1995)

Neben der Schwere und der Art des Traumas wurden auch zahlreiche andere potentielle Risikofaktoren untersucht. Diese lassen sich in prätraumatische, peritraumatische und posttraumatische Faktoren einteilen (Brewin et al., 2000).

Brewin et al. (2000) identifizierten in einer Metastudie insgesamt 14 einflussreiche Faktoren. Neben der Schwere des Traumas fanden sie vor allem posttraumatischen Stress und fehlende soziale Unterstützung posttraumatisch als bedeutendste Risikofaktoren (Brewin et al., 2000). Prätraumatisch sind vor allem frühere negative Kindheitserlebnisse, Missbrauch und eine psychiatrische Familiengeschichte bedeutsame Risikofaktoren (Brewin et al., 2000). Bromet et al. (1998) fanden als prätraumatische Risikofaktoren bei Männern z. B. Angststörungen und psychiatrisch diagnostizierte Elternteile. Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass Frauen ein etwas geringeres Risiko haben traumatische Ereignisse zu erleben, aber ein höheres Risiko eine PTBS auszubilden (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson & Lucia, 1999). Ozer, Best, Lipsey und Weiss (2008) fanden in einer Metastudie neben der wahrgenomme-

nen, posttraumatischen, sozialen Unterstützung vor allem peritraumatische Reaktionen (wahrgenommene Lebensbedrohung, Emotionen, Dissoziationen) als stärkste Risikofaktoren, die zu einer PTBS führen.

3. Risiken therapeutischen Arbeitens

Um anderen Menschen helfen zu können und therapeutische Wirksamkeit zu erreichen, ist es wichtig, dass die Helferinnen und Therapeutinnen gesund sind und selber über ein psychisches Gleichgewicht verfügen (Heinrich-Clauer, 2005). Die Lebensqualität von Psychotherapeuten wurde in der Forschung stark vernachlässigt (Jaeggi & Reimer, 2008; Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005), obwohl diese auch entscheidenden Einfluss auf Qualität und Effektivität von Therapien hat (Reimer et al., 2005). Dass durch therapeutische Arbeit auch Risiken entstehen können, wurde schon von Freud (1910) erkannt. Gegenübertragung als anerkannter aber spezifischer Begriff, besonders der Psychoanalyse, kann als Vorläuferbegriff betrachtet werden (Lemke, 2005, S. 82). Im Bezug auf traumatisierte Klientinnen wird in der Literatur von verschiedenen Konzepten gesprochen. Burnout, compassion fatigue, vicarious traumatization und traumatic countertransference sind die bedeutendsten, die in der Literatur erwähnt werden (Salston & Figley, 2003). Während für helfende und soziale Berufe allgemein Burnout (Maslach & Jackson, 1981) als Konzept vorgeschlagen wurde, dieses aber über die Jahre als durch chronischen Stress am Arbeitsplatz entstehend auf alle Berufsgruppen generalisiert wurde (Maslach et al., 2001), war der Begriff einigen Wissenschaftlerinnen zu unspezifisch, um die Auswirkungen auf Therapeutinnen im Umgang mit traumatisierten Menschen zu beschreiben (McCann & Pearlman, 1990; Pross, 2006). Die Arbeit mit traumatisierten Personen ist besonders belastend (Herman, 2003, S. 188). Welche spezifischen Symptome bei Traumatherapeutinnen auftreten können, wird inzwischen seit den 90er Jahren wissenschaftlich diskutiert (Figley, 1995; Herman, 1992; Hudnall-Stamm, 1995; McCann & Pearlman, 1990). Fast zeitgleich entwickelten sich in dieser Zeit zwei Konzepte, um diese Phänomene genauer zu beschreiben (Gurris, 2002). Figley (1995) prägte hier den Begriff compassion fatigue (CF). Von McCann und Pearlman (1990) entstand auf der Basis der konstruktivistischen Selbstentwicklungstheorie das Konzept der vicarious traumatization (VT). Im folgenden Abschnitt werden die Begriffe kurz beschrieben, die wichtigsten Konzepte Burnout, VT und CF genauer vorgestellt, auslösende Faktoren benannt und Möglichkeiten zum Schutz beschrieben.

3.1 Burnout

Burnout bezeichnet ein durch chronischen Stress am Arbeitsplatz entstehendes Syndrom, bestehend aus den drei Hauptkomponenten emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und Reduzierung der Leistungsfähigkeit (Maslach & Jackson, 1981). Diese Definition von Maslach und Jackson (1981) ist bis heute die mit Abstand einflussreichste (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) und am häufigsten verwendete (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Als Prozess beschrieben, beginnt Burnout oft unscheinbar mit chronischem Arbeitsstress und führt zu weiteren psychiatrischen Diagnosen wie Depressionen, somatoformen Störungen, Angst- und Schlafstörungen (Brühlmann, 2007; Nil et al., 2010). Burnout ist kein klar definiertes Krankheitsbild (Von Känel, 2008). Die Symptome sind oft denen der Depression sehr ähnlich bzw. weisen große Überlappungen auf (Ahola et al., 2006; Brenninkmeyer, Van Yperen & Buunk, 2001; Leiter & Durup, 1994; Meier, 1984; Nil et al., 2010; Takai et al., 2009). Keck z. B. (2012) bezeichnet Burnout als Vorstufe einer Depression. Brühlmann (2010) beschreibt Burnout und Depressionen als unterschiedlich gerichtete Stressspiralen mit ähnlichen Auswirkungen. Die Burnoutspirale wird von ihm als aufwärtsgerichtet, die der Depression als abwärtsgerichtet beschrieben (Brühlmann, 2010).

In der ursprünglichen Definition galt Burnout als spezielles Erschöpfungssyndrom aller helfenden und sozialen Berufe, in welchen emotionale Ressourcen eingesetzt werden (Maslach & Jackson, 1981). Aber schon Mitte der 80er Jahre wurde das Konzept auf andere Berufsgruppen ausgeweitet und mit der empirischen Forschung in den 90er Jahren als allgemeine berufliche Stressreaktion in allen Berufen bewertet (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Erschöpfung, Zynismus und negative Einstellungen den Klientinnen gegenüber sind typische Merkmale (Maslach & Jackson, 1981), ein weiterer wichtiger Aspekt ist die negative Selbstevaluation und die wachsende Überzeugung, keine Hilfe leisten zu können (Maslach & Jackson, 1981). Wechsel der Arbeitsstelle, häufige Abwesenheit, Krankschreibungen und niedrige Arbeitsmoral können die Folge sein, ebenso wie Schlaflosigkeit verstärkter Gebrauch von Al-

kohol und Medikamenten sowie Probleme im privaten, vor allem familiären Bereich (Brühlmann, 2007; Weber & Jaeckel-Reinhard, 2000).

Im ICD-10 ist Burnout keine diagnostizierbare Störung, sondern findet sich lediglich bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Brühlmann, 2010; von Känel, 2008). Burnout kann daher als Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z 73) codiert werden (Brühlmann, 2007; WHO, 2001, S. 599). Im DSM IV gibt es ebenfalls keine Diagnosekategorie für Burnout, hier kann als Ausweichkategorie eine atypische Depression (296.82), eine dysthymische Störung (300.40), Probleme im Beruf (68.20) oder Probleme bestimmter Lebensphasen und andere Lebensprobleme (V 62.89) gewählt werden (Wilhelms, 2011; APA, 1994).

3.1.1 Prävalenz

Da Burnout keine klar definierte Diagnose ist, sind auch Prävalenzraten sehr schwierig zu bestimmen. Personen werden häufig wegen anderer Diagnosen behandelt. Welche psychosomatischen Beschwerden davon aufgrund von Burnout entstanden sind, lässt sich oft nicht feststellen (von Känel, 2008). Die Prävalenzraten liegen bei Selbstbeschreibungsfragebögen durchschnittlich bei 30-40% (Hansez, Mairiaux, Firket & Braeckman, 2011). Hansez et al. (2011) geben die Burnout Prävalenz in der belgischen Bevölkerung allerdings mit nur 0,8% an und berufen sich dabei auf Werte zwischen 1% und 1,4% in der französischen Bevölkerung (Trontin 2006). Die Betriebskrankenkassen (BKK) in Deutschland gehen allerdings von mindestens 10% Burnout Betroffenen aus (BKK Gesundheitsreport, 2010). Im Health Technology Assessment Bericht des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) allerdings werden z. B. 60% aller Fehlzeiten auf beruflichen Stress zurückgeführt (Techniker Krankenkasse, 2009 zitiert nach Korczak, Kister, & Huber, 2010, S. 13). In der Schweiz wurden Prävalenzen von 4% mit schwerem und etwa 33% von mittelschwerem Burnout gefunden (Von Känel, 2008).

3.1.2 Risiko und Schutzfaktoren

Maslach et al. (2001) ordnen die Risikofaktoren, die zu Burnout führen können, in 3 verschiedene Bereiche ein. Auf der Mikroebene spielen individuelle Faktoren eine Rolle. Vor allem aber sind Faktoren ausschlaggebend, die den konkreten Arbeitsplatz bzw. die Organisation, die den Arbeitsplatz zur Verfügung stellt, betreffen (Maslach et al., 2001). Auch werden Faktoren diskutiert, die nur bestimmte Berufsgruppen betreffen (Maslach et al., 2001).

Individuelle Faktoren:

Personen mit hoher Widerstandsfähigkeit (eng. Hardiness), das sind nach Kobasa (1979) Personen, die Kontrolle eher intern attribuieren, sich stärker verbunden und verantwortlich für sie betreffende Aktivitäten fühlen und Veränderungen eher als interessante Herausforderung ansehen, leiden seltener unter Burnout (Maslach et al., 2001). Ebenso gelten Personen mit höherem Selbstwert, aber auch Personen mit hohem sense of coherence (Antonovsky, 1997) als weniger Burnout gefährdet (Kalimo, Pahkin, Mutanen & Topipinen-Tanner, 2003). Demgegenüber gelten Personen, die mit Stress eher passiv und defensiv umgehen als gefährdeter als Personen, die Stresssituationen konfrontativ und aktiv lösen (Maslach et al., 2001). Personen mit höheren Neurotizismus-Werten weisen höhere Burnout Werte auf und auch Personen mit Typ A Verhaltensweisen (hoher Zeitdruck, hohes Konkurrenzverhalten, starkes Leistungs- und Erfolgsstreben) (Friedman & Rosenman 1974, zitiert nach Kobasa, Maddi & Zola, 1983) gelten als Burnout gefährdeter (Maslach et al., 2001).

Arbeitsplatz Merkmale:

Als Hauptursache werden hohe Anforderungen im Beruf und geringe Ressourcen, diese Anforderungen zu bewältigen, gesehen (Schaufeli, Bakker, & Van Rhenen, 2009; Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). Die quantitative Arbeitsbelastung und der damit assoziierte Zeitdruck am Arbeitsplatz fördert allgemein Burnout als Reaktion einer Überlastung (Kalimo et al., 2003; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini & Holz, 2001). Bei den qualitativen Arbeitsplatzmerkmalen können Rollen-Konflikte und mangelnde Eindeutigkeit der Rollen als Risikofaktoren

angesehen werden (Maslach et al., 2001). Bei Rollen-Konflikten handelt es sich um sich widersprechende Anforderungen bei der Arbeitsdurchführung. Bei der mangelnden Eindeutigkeit der Rollen sind fehlende Informationen, um Anforderungen richtig auszuführen, ausschlaggebend (Maslach et al., 2001). Weniger beachtet aber ebenfalls zu Burnout führend, wird bei therapeutischen, ärztlichen Berufen auch der Schweregrad (Symptombelastung) der Klientinnen betrachtet (Maslach et al., 2001). Mangelnde Ressourcen wie soziale Unterstützung, fehlende Supervision, fehlendes Feedback und fehlender Einfluss auf Entscheidungen erhöhen ebenfalls das Burnout Risiko (Maslach et al., 2001). Spezielle berufsbezogene Anforderungen wie Gefühle zeigen oder unterdrücken zu müssen oder sich empathisch zu verhalten, können ebenfalls einen Teil der Burnoutvarianz aufklären (Zapf et al., 2001).

Merkmale der Organisation:

In verschiedenen Organisationen gibt es unterschiedliche Hierarchien, Umgangsformen, unterschiedliche Ressourcen und Unterschiede im Betriebsklima. Diese Unterschiede können ebenfalls weitreichenden Einfluss auf das Risiko, Burnout zu entwickeln, haben. Für dieses relativ neue Forschungsgebiet sind klare wissenschaftliche Aussagen jedoch noch nicht möglich (Maslach et al., 2001). Die Anforderungen an Arbeitnehmerinnen haben sich mit den Jahren verändert, Arbeitnehmerinnen müssen zunehmend effizient sein, weitreichende Fähigkeiten besitzen, mehr Zeit investieren und flexibler sein, während sie weniger Karriere-Möglichkeiten haben und ihr Arbeitsplatz weniger sicher ist (Maslach et al., 2001; Blache et al., 2011, S. 9). Dass diese Faktoren eine wichtige Rolle spielen, sind sich viele Wissenschaftlerinnen (Ahola et al., 2006; Blache et al., 2011; Brühlmann, 2010) einig, auch wenn hier konkrete Studien wegen fehlender Vergleichbarkeit nicht vorliegen (Maslach et al., 2001).

Passung Arbeitsplatz und Persönlichkeit:

Maslach und Leiter (1997 zitiert nach Maslach et al., 2001) schlagen zum besseren Verständnis ein Rahmenmodell vor, in welchem mit dem Schwerpunkt auf die Passung von Persönlichkeitsvariablen und Arbeitsplatzmerkmalen auf ein Ungleichgewicht zwischen individuellen und strukturellen Merkmalen (job-person fit) eingegangen wird. Mit 6 sich beeinflussen-

den Dimensionen (Arbeitsbelastung, Kontrolle, Belohnung, Gemeinschaft, Gerechtigkeit und Werte) und deren Passung mit den Ansprüchen einer Person lassen sich die Wahrscheinlichkeiten, ob Burnout entsteht, zufriedenstellender vorhersagen, als mit den oben vorgestellten internen und externen Einzelfaktoren (Maslach et al., 2001).

3.1.3 Therapie gegen Burnout

Damit therapeutische Maßnahmen gegen Burnout möglichst nachhaltig wirken können, sind im Idealfall Interventionen auf individueller, die Klientin betreffender Ebene, als auch auf struktureller, den Arbeitsplatz betreffender Ebene, nötig. (Heim & Schulze, 2008). Für eine wirksame Therapie steht eine ausführliche Analyse aller relevanten Bereiche an erster Stelle (Heim & Schulze, 2008). Die berufliche Situation mit persönlichem Arbeitsstil, dem Betriebsklima genauso wie persönliches Engagement im privaten und gesellschaftlichen Umfeld und Stressverarbeitungsstrategien müssen analysiert werden, um Stärken und Schwächen der betroffenen Personen in der Intervention beachten zu können (Heim & Schulze, 2008). Die Therapie auf individueller Ebene beinhaltet neben einer mehr oder weniger ausgeprägten Schonung, Verhaltensmodifikationen und das Erlernen von neuen oder nicht genutzten Copingstrategien wie Distanzierungsfähigkeit, Entspannungstechniken, Zeit- und Ressourcenmanagement (Heim & Schulze, 2008). Auf Struktureller Ebene sind Schulungsmaßnahmen für Manager und Teamleiter sinnvoll, aber auch die Umstrukturierung von Kompetenzen, Arbeitsinhalten und Kommunikationsabläufen (Blache et al., 2011; Heim & Schulze, 2008).

3.2 Gegenübertragung

Die emotionale Reaktion von Therapeutinnen auf die Übertragung von Klientinnen wurde schon von Freud (1910) als Gegenübertragung bezeichnet (Freud, 1910; Stirn, 2002). In psychoanalytischen/psychodynamischen Therapien wird die Gegenübertragung als eine übermäßige Identifikation (Corey, 1991) mit den Klientinnen bezeichnet. Andere Therapeutinnen gehen weiter und bezeichnet alle emotionalen Reaktionen der Therapeutinnen auf ihre Klientinnen als Gegenübertragungen. Freud (1910) setzte sich bereits für die Selbstanalyse der Analy-

tikerinnen ein. Als Maßnahme, um unkontrollierte Phänomene der Gegenübertragung zu minimieren und Klientinnen und Therapeutinnen vor Risiken zu schützen, wurde die Lehranalyse zu einem zentralen Bestandteil in der Ausbildung für Psychoanalytikerinnen (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V., 2012). Auch Therapeutinnen anderer Schulen müssen eine Lehrtherapie absolvieren. Diese ist gesetzlich vorgeschrieben und umfasst in Österreich mindestens 200 Stunden (Psychotherapiegesetz, §6 Abschnitt 2).

3.3 Traumatische Übertragung und Gegenübertragung

Traumatische Übertragung (Herman, 2003, Kapitel 7 S. 187ff) und traumatische Gegenübertragung (Herman, 2003, Kapitel 7 S. 193ff) bezieht sich auf Übertragungsphänomene, die speziell in der therapeutischen Beziehung zwischen traumatisierten Klientinnen und Therapeutin entstehen. Herman beschreibt ausführlich wie vielfältig und komplex diese Übertragungsphänomene sein können und wie wichtig soziale Bezugssysteme zum Ausgleich auch für die Therapeutinnen sind (Herman 2003, ebd.). Ohnmachtsgefühle, Hilflosigkeit, das Zweifeln an den eigenen Fähigkeiten, aber auch Schuld- und Wutgefühle können auf verschiedenste Art die therapeutische Beziehung stören (Herman, 2003, ebd.). So kann es nicht nur zur Identifikation mit Gefühlen der Klientin kommen, auch Gefühle der Täterin können in der Therapeutin auftreten (Herman, 2003, ebd.). Als Beispiele nennt die Autorin Gefühle wie Ekel und Verachtung, aber auch voyeuristische Lust oder zunehmende Skepsis den Geschichten der Klientinnen gegenüber (Herman, 2003, S. 199f).

3.4 Vicarious Traumatization

Der von McCann und Pearlman (1990) gebrauchte Begriff VT wird im Deutschen entweder mit stellvertretender oder indirekter Traumatisierung (Rosenbloom, Pratt & Pearlman, 2002) übersetzt. VT wurde in ein kognitives, theoretisch fundiertes Rahmenmodell eingebettet (McCann & Pearlman, 1990). Diese konstruktivistische Selbstentwicklungs-Theorie (McCann & Pearlman, 1990) bezieht sich auf kognitive Schemata wie sie von Piaget (1971) beschrieben wurden (Mahoney, 1981, zitiert nach McCann & Pearlman 1990; Mahoney & Lyddon, 1988).

Diese Schemata stellen mentale Rahmenmodelle oder Bezugspunkte dar, welche als Überzeugungen, Annahmen aber auch Erwartungen über sich selbst und die Umwelt den eigenen Erfahrungen Sinn geben, Entscheidungen steuern und die Beziehungen zwischen dem eigenen Selbst und der Umwelt bestimmen (Piaget, 1971; Rosenbloom et al., 2002). Durch die Arbeit mit traumatisierten Klientinnen erfahren Therapeutinnen von Ereignissen, durch welche sich ihre eigenen Schemata über die Welt ändern (Pearlman & Saakvitne 1995). Diese Reaktionen können als ganz natürlich angesehen werden und stehen in keinem Zusammenhang mit bestimmten therapeutischen Ansätzen (Dunkley & Whelan, 2006). Janoff-Bulman (1985, zitiert nach McCann & Pearlman, 1990) prägte den Begriff *shattered assumptions* und bezeichnete damit drei existentielle Basisannahmen über sich selbst und die Welt, welche im Falle einer Traumatisierung erschüttert und gefährdet werden. 1. Das Gefühl bzw. die Annahme der persönlichen Unverletzlichkeit, 2. sich selbst in einem positiven Licht zu sehen und 3. der Glaube daran, dass die Welt sinnvoll geordnet ist (Janoff-Bulman, 1988, S. 105). McCann und Pearlman (1990) beschreiben 5 Bereiche psychischer Bedürfnisse. Diese lassen sich jeweils auch noch in die zwei Kategorien, sich selbst und anderen gegenüber, unterteilen (Baird & Kracen, 2006). Diese 5 * 2 Bedürfnisse sind grundsätzlich bei allen Menschen vorhanden, doch von Person zu Person unterschiedlich ist die Gewichtung, welche Bereiche die dominierenden sind (Rosenbloom et al., 2002). Die persönlich zentralsten Bedürfnisse sind auch die individuell gefährdetsten (Rosenbloom et al., 2002). Das heißt, Helferinnen von traumatisierten Personen erfahren Veränderungen am ehesten in den Bedürfnissen, welche ihnen persönlich am wichtigsten sind (McCann & Pearlman, 1990).

1. Abhängigkeit / Vertrauen

Dadurch, dass Helferinnen Zeuginnen schrecklicher Taten anderer Menschen werden, kann das Vertrauen in andere Menschen sinken (Iliffe & Steed, 2000), Helferinnen können an den Motiven anderer Personen zweifeln, anderen Menschen gegenüber misstrauisch werden (Collins & Long, 2003) und dies oft in stärkerem Zynismus zeigen (Jurisch, Kolassa & Elbert, 2009). Ist das Vertrauen im Bezug auf sich selbst gestört, haben Helferinnen oft Schwierig-

keiten, Urteile und Entscheidungen zu fällen und unabhängig zu handeln (Rosenbloom et al., 2002).

2. Sicherheit

Das Wissen von oft unschuldigen Personen, die Opfer von Gewalt oder Naturkatastrophen wurden, kann das Bedürfnis nach Sicherheit erhöhen (Daniels, 2008). Die Angst um die Sicherheit für sich selbst und andere kann steigen (Bober & Regehr, 2006). Helferinnen fühlen sich an gewohnten Orten nicht mehr sicher (Clark & Giorio, 1998). Bei Helferinnen kann ein verstärktes Bewusstsein über die eigene Verletzlichkeit und die Zerbrechlichkeit des Lebens entstehen (Collins & Long, 2003). Ein vermindertes Sicherheitsgefühl auf sich selbst bezogen zeigt sich oft in alltäglichen Situationen. Es kann z. B. dazu führen, sich im eigenen Haus beobachtet zu fühlen, im Bezug auf andere steigern sich die Sorgen um die eigene Familie oder die Sicherheit des Bekanntenkreises (McCann & Pearlman, 1990).

3. Kontrolle / Macht

Personen, die von Klientinnen wiederholt Gefühle der Hilflosigkeit, Lähmung und Verletzlichkeit vermittelt bekommen, können dazu tendieren, in eigenen Lebensbereichen möglichst viel Kontrolle zu erhalten (McCann & Pearlman, 1990). Solche Personen können besonders dominant und autoritär auftreten (Jurisch, Kolassa & Elbert, 2009). Auch können Therapeutinnen denselben Gefühlen ihrer Klientinnen erliegen und ebenfalls verstärkte Hilflosigkeit und Depressionen verspüren, da der Glaube, sich selbst zu behaupten, verloren gehen kann (McCann & Pearlman, 1990).

4. Nähe

Das Gefühl oder Bedürfnis zur Nähe sich selbst und anderen gegenüber kann ebenfalls belastet werden (Dunkley & Whelan, 2006). Personen, die schon lange mit traumatisierten Menschen arbeiten, haben oft gesplante Überzeugungen im Bezug auf Nähe und Vertrauen zu anderen (Bober & Regehr, 2006). Zum einen (sich selbst gegenüber) kann es bedeuten, mit

sich selber nicht gerne allein zu sein (Rosenbloom et al., 2002). Personen können dann ein verstärktes Gefühl der Leere empfinden und vermeiden das Alleine sein oder spüren den Zwang, sich durch ständige Aktivität, ablenken zu müssen (Rosenbloom et al., 2002). Im Bezug auf die Nähe zu anderen, sich mit anderen Menschen verbunden zu fühlen, können Personen gegenteilige Reaktionen ausbilden und die Gesellschaft anderer Personen wie Kolleginnen, Familienangehörige oder Freundinnen meiden (Rosenbloom et al., 2002).

5. Wertschätzung

Die Wertschätzung, sich selbst gegenüber, kann gestört werden und Gefühle der Unzulänglichkeit entstehen (Rosenbloom et al., 2002). Helferinnen können das Gefühl bekommen, nichts ausrichten zu können und den Klientinnen nicht wirklich helfen zu können (Rosenbloom et al., 2002). In Bezug auf andere zeigt sich die sinkende Wertschätzung oft in verstärktem Pessimismus, Verbitterung, Zynismus, der Wut auf andere und dem Verlust von jungendlichem Idealismus (McCann & Pearlman, 1990).

3.5 Compassion Fatigue (Mitgefühlsserschöpfung)

Figley beschreibt ein Phänomen, welches er anfangs secondary victimisation nannte (Lemke, 2010, S. 49). Später bezeichnete er es als Sekundäre Traumatische Belastungsstörung (STBS) (Figley, 1995, S. 7), sekundär traumatischen Stress (STS) (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2003) und CF (Figley, 1995, S. 14; Bride, Radey & Figley, 2007b). CF, im deutschen als Mitgefühlsserschöpfung bezeichnet, wurde sein geläufigster Begriff, da er ihm als der geeignetste erschien (Figley, 2002, S. 53), die entstehenden Symptome bei Helferinnen möglichst neutral und nicht stigmatisierend zu beschreiben (Bride et al., 2007b). Figley (1995, S. 14) beschreibt CF als identisch mit STS und der STBS. CF kann im Gegensatz zum allgemeiner gehaltenen und stetig entstehenden Burnout plötzlich auftreten (Figley, 2002, S.53) und zusätzlich zu den klassischen Erschöpfungssymptomen dieselben Symptome wie die der PTBS beinhalten (Figley, 2002, S.49). Die Symptome, welche im DSM IV eine PTBS definieren (Kriterium A bis F), wurden von ihm auf die STBS übertragen, da er die Reaktionen bei Therapeutinnen aber auch Angehörigen als fast gleich mit denen der primär traumatisierten Personen sieht

(Figley, 2002, S. 49). So beschreibt er die Symptome mit Ausnahme des auslösenden A Kriteriums als identisch mit denen der unter PTBS leidenden Personen (Figley, 1995, S. 8; 2002, S. 49). Helferinnen können von Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Übererregung, schmerzhaften Gefühlen, kognitiven Veränderungen und funktionellen Beeinträchtigungen betroffen sein (Bride et al., 2007b).

3.5.1 Sekundärtraumatischer Stress

STS wird als Stress definiert, der entsteht, wenn Menschen von traumatischen Ereignissen und Vorfällen erfahren, die andere Personen erleben mussten (Salston & Figley, 2003). Wenn Personen Details von traumatischen Ereignissen erfahren, die emotionalen Reaktionen der Betroffenen miterleben und deren behavioralen Umgang begleiten, setzen sie sich mit diesen Informationen kognitiv, emotional, auf physiologischer und der Verhaltensebene auseinander (Salston & Figley, 2003). Das persönliche, moralische oder auch professionelle Bedürfnis, diesen Menschen zu helfen (Salston & Figley, 2003), liefert nach stresstheoretischen Modellen eine Diskrepanz zwischen Anforderungen und Ressourcen, welcher als Stress definiert wird (Lazarus, 1999, S.59).

Figley (2002) definiert STS, der als Grundlage zur Entstehung von CF führt, als: „die natürlichen, konsequenten Verhaltensweisen und Emotionen, die durch das Wissen entstehen, daß ein [. . .] anderer Mensch ein traumatisierendes Ereignis erlebt hat. Diese Art von Stress entwickelt sich, [...] wenn man hilft oder helfen will“ (S. 47).

Hudnall-Stamm (2010) liefert ein übersichtliches Modell (Abbildung 1), in welchem STS und Burnout als Grundlagen oder Bestandteile von CF dargestellt sind. Dem Gegenüber, die positiven Aspekte der helfenden Tätigkeit beinhaltend, steht CS.

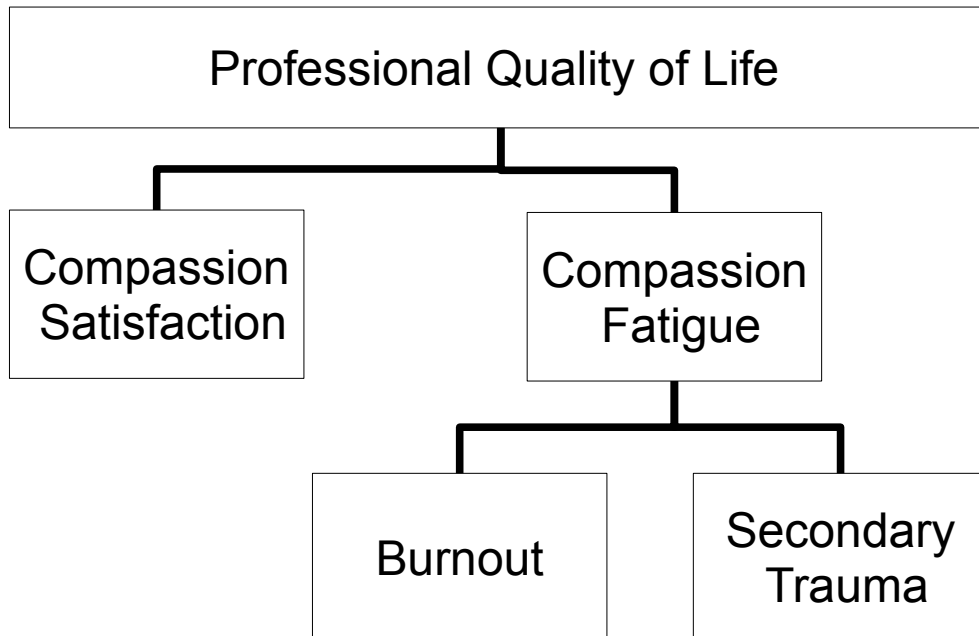


Abbildung 1: Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction. Modell nach Hudnall-Stamm (2010, S. 8)

3.5.2 Compassion Satisfaction

Die positiven Aspekte des empathischen Helfens wurden von Stamm und Figley (1996) in das Konzept und den dazu existierenden Fragebogen als eigene Skala CS mit aufgenommen. Figley schreibt (2002):

Traumatisierten Menschen zu helfen ist eine äußerst lohnende Tätigkeit. Die Helfer merken meist schon früh in ihrer beruflichen Laufbahn, daß es Traumatisierten gut tut, wenn ein fürsorglicher und sachkundiger Mensch sich ihnen gegenüber verständnisvoll zeigt, ihnen glaubt, [. . .], ihnen die Hoffnung vermittelt, [. . .], sich mit Zuversicht daran macht, ihnen zu helfen und schnell einen Erfolg erzielt. (S.41)

Hudnall-Stamm (2010) beschreibt CS als das positive Gefühl, Menschen helfen zu können, die eigene Arbeit als sinnvoll zu erleben, sich mit den Kolleginnen verbunden zu fühlen und die Arbeit weniger als Belastung denn als Bereicherung wahrzunehmen. Als solches spielt CS eine wichtige, ausgleichende Rolle bei der Arbeit mit hilfebedürftigen Menschen (Collins &

Long, 2003b). Arbeitszufriedenheit allgemein verhindert präventiv STS bzw. CF (Bride & Kintzle, 2011) aber auch Burnout (Marriage & Marriage, 2005). CS wird, wie auch CF und Burnout, von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Diese lassen sich auf drei Bereiche aufteilen (Hudnall-Stamm, 2010, S. 10). Das Arbeitsumfeld bzw. die Bedingungen am Arbeitsplatz, die Klientinnen betreffenden Faktoren und persönliche Faktoren der Helferinnen (Hudnall-Stamm, 2010, S. 10).

3.5.3 Prävalenz

In einem Überblicksartikel von Elswood, Mott, Lohr und Galovski (2011) wird deutlich, wie unterschiedlich die Prävalenzraten von CF und VT in verschiedenen Stichproben sind. Manche Studien machen gar keine Angaben zu der gefundenen Prävalenz und geben lediglich an, welche Vergleichsgruppe stärker oder weniger stark belastet war (Bober & Regehr, 2006; Deighton, Gurriss & Traue, 2007). Einige Stichproben fanden Prävalenzen von 16% (Adams, Figley & Boscarino, 2008), 17,1% (Huggard & Dixon, 2011), 34% (Bride, Jones & MacMasters, 2007a), 52% (Way VanDeusen, Martin, Applegate & Jandle, 2004) und zwischen 33% und 57% (Birck, 2002).

3.5.4 Risiko und Schutzfaktoren

Pross (2009, S. 153f) nennt insgesamt 22 Ressourcen der Helferinnen, um sich gegen Stress zu schützen bzw. diesen wieder abzubauen. Mehr als 25% seiner Gesprächspartnerinnen erklärten die eigene Familie und Kinder, realistische Ziele und Pragmatismus, Forschung und Lehre, Aus- und Weiterbildungen, das eigene Trauma als Antriebskraft (s. u.) und kulturelle Aktivitäten als die wichtigsten Ressourcen. Seltener (aber bei mehr als 15% der Gesprächspartnerinnen) wurden politisches Engagement und Öffentlichkeitsarbeit, Humor, Erfolgserlebnisse, die Klientinnenarbeit (s. u.), Sport und Natur, Auszeiten und Geselligkeit mit Freunden als Ressourcen genannt. Weniger oft wurden Reisen, Reframing, Sinngebung und tradierte Lebensweisen, Grenzen setzten, Lebenserfahrung, Teilzeitarbeit und Privatpraxen, Hoff-

nung und Optimismus, öffentliche Anerkennung und Entspannungsübungen als wichtigste Ressourcen genannt.

Die in der Literatur genannten Risiko- und Schutzfaktoren können in folgende 4 Bereiche eingeteilt werden:

1. Kontakt mit Traumatisierungen / Traumatisierten

Als Risikofaktor bzw. Grundvoraussetzung findet sich in der Literatur vor allem die allgemeine Exposition zu traumatischem Material (Clark & Gioro, 1998; Vrkleviski & Franklin, 2008; Bride et al., 2007b). Diese Variable wird unterschiedlich operationalisiert (Jurisch et al., 2009). So fanden sich z. B. positive Zusammenhänge mit der Stundenanzahl, in der pro Woche mit traumatisierten Klientinnen gearbeitet wurde (Bober & Regehr, 2006), mit den Jahren, die im traumatherapeutischen Bereich gearbeitet wurde (Birck, 2002), mit dem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen zu der gesamten Anzahl der Klientinnen (Bride et al., 2007a; Pross, 2006; Sprang, Clark & Whitt-Woosley, 2007) und mit der Art der zu behandelnden Traumatisierungen (Clark & Gioro, 1998). Dass die wiedergegebenen traumatischen Erlebnisse der Klientinnen ein wesentlicher Stressfaktor sind, wird nicht von allen Studien bestätigt. Birck (2002) fand z. B. heraus, dass als wesentliche Belastungsquelle nicht die Traumatisierungen der Klientinnen, sondern der unsichere Aufenthaltsstatus der Klientinnen angegeben wurde. Gurriss (2005, zitiert nach Pross, 2009, S. 236) bestätigt diesen Befund und in Verbindung mit Konflikten im Team als wesentlichen Stressor (Gurriss, 2005 zitiert nach Pross, S.237) wird die Klientinnenarbeit im geschützten Raum von vielen Therapeutinnen als Ressource (siehe auch CS) wahrgenommen (Birck, 2002; Pross, 2009, S. 146).

2. Eigene traumatische Erfahrungen

In vielen Studien fand sich ein positiver Zusammenhang mit eigenen traumatischen Erlebnissen (Bride et al., 2007b; Collins & Long, 2003a; Pearlman & Mac Ian, 1995; Vrkleviski & Franklin, 2008). Das eigene Trauma wird allerdings nicht nur als Risikofaktor sondern auch als Ressource gesehen (Pross, 2009, S. 161). Das eigene Trauma kann wesentlicher Motivati-

onsfaktor sein, helfende/therapeutische Arbeit auszuüben (Rösing, 2007, zitiert nach Pross, 2009), kann aber auch die notwendige Distanzierungsfähigkeit einschränken (Figley, 2002, S. 54) bzw. durch Klientinnenarbeit reaktiviert erneut zu Belastungsempfindungen führen (Figley, 2002, S. 55; Pross, 2009, S. 161). Rosenbloom et al. (2002) und Pross (2009, S. 161) beschreiben daher, wie wichtig die therapeutische Bearbeitung eigener Konflikte für die Therapeutinnen ist, sowohl, um selber geschützt zu sein als auch, um Klientinnen objektiv helfen zu können.

3. Arbeitsplatzmerkmale

Die Hauptbelastungen im traumatherapeutischen Bereich sind strukturlose Einrichtungen mit hohem Stress- und Konfliktpegel (Pross, 2009, Kapitel 5 und 10). Umgekehrt werden in der Literatur als die wichtigsten Schutzfaktoren, um sich vor CF und VT zu schützen (ähnlich wie bei Burnout), verschiedene Arbeitsplatzmerkmale genannt. Allgemein gilt Arbeitszufriedenheit (Bride & Kintzle, 2011; Perron & Hiltz, 2006) aber auch die beschriebene CS (Collins & Long, 2003a; 2003b) als Schutzfaktor. Strukturierte und unterstützende Arbeitsplätze (Bell, Kulkarni & Dalton, 2003; Boscarino, Figley & Adams, 2004; Gurriss, 2002; Pross, 2006), der Austausch mit Kolleginnen (Bride et al. 2007b; Clark & Gioro, 1998; Harrison & Westwood, 2009; Iliffe & Steed, 2000), professionelle Supervision (Bell et al., 2003; Bober & Regehr, 2006; Harrison & Westwood, 2009; Pross, 2006), Fortbildungen (Bell et al., 2003; Bride, et al., 2007b; Pross, 2006) aber auch gemischte Klientinnen mit unterschiedlichen Diagnosen (Bell et al., 2003; Iliffe & Steed, 2000) werden in den verschiedenen Studien als wichtige Schutzmaßnahmen genannt.

4. Individuelle Faktoren

Reinhard und Maercker (2004) fanden Zusammenhänge mit geringer Berufserfahrung und einem geringeren Ausbildungsgrad. Daniels (2008) nennt dissoziative Prozesse bei den Therapeutinnen während der Therapie als ausschlaggebenden Risikofaktor. Im privaten Bereich sind es soziale Unterstützungen (Bride et al., 2007b; Clark & Gioro, 1998; Harrison & Westwood, 2009; Iliffe & Steed, 2000; Pross, 2009; Reinhard & Maercker, 2004), verschiedene

self care Strategien (Bell et al., 2003; Iliffe & Steed, 2000; Pross, 2006;) und eine ausgewogene Work-Live Balance (Harrison & Westwood, 2009; Pross, 2006), welche als Schutzfaktoren in den verschiedenen Studien hervorgehoben werden.

3.5.5 Stressverarbeitungsstrategien

Coping Strategien gegen Stress (siehe auch Kapitel 3.5.4 Schutzfaktoren) spielen eine entscheidende Rolle, inwieweit Stress erfolgreich bewältigt werden kann (Endler & Parker, 1994). Lazarus und Folkman (1984; zitiert nach Lazarus, 1999, S. 114) unterscheiden bei den Copingstrategien die zwei Hauptfaktoren: problemorientierte Strategien und emotionsorientierte Strategien. Während problemorientierte Strategien versuchen, den Stressor oder die Beziehung zum Stressor zu verändern, zielen emotionsorientierte Strategien darauf ab, Stress intern zu regulieren und mit den assoziierten Emotionen (z. B. Wut und Angst) umzugehen (Lazarus & Folkman, 1984; 1987, zitiert nach Endler & Parker, 1994). Andere Wissenschaftler betonen eine dritte, vermeidungsorientierte Strategie (Endler & Parker, 1994). Copingstrategien wurden in neueren Theorien weniger als state sondern als trait gesehen und dementsprechend wurden neue Operationalisierungen entworfen (Cosway, Endler, Sadler & Deary, 2000). Endler und Parker (1990, zitiert nach Endler & Parker 1994) entwickelten als Fragebogen die Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), in welcher Copingstrategien in die drei Hauptskalen problemorientiertes Coping, emotionsorientiertes Coping und vermeidungsorientiertes Coping aufgeteilt wurden. Diese Dreifaktorenlösung wird von weiteren Autorinnen befürwortet (Cosway et al., 2000; Endler & Parker, 1994). Cosway et al. (2000) konnten zeigen, dass emotionsorientierte Strategien deutlich mit Gesundheitsbelastungen ($r=.24 - .46$) und Neurotizismus ($r=.64$) korrelieren und problemorientierte Strategien eher negativ mit Neurotizismus ($r=-.23$) und Gesundheitsbelastungen ($r=-.17$) zusammenhängen. Vermeidungsorientierte Strategien waren demgegenüber nicht so klar zuzuordnen, während die Subskala der sozialen Ablenkung positiv mit Extraversion zusammenhing ($r=.23$), gab es bei der Subskala der Zerstreuung einen Zusammenhang ($r=.22$) mit der Angst- und Schlaflosigkeitsskala des General Health Questionnaire (GHQ) (Cosway et al., 2000).

4. Theoretischer Hintergrund: Arbeit mit Flüchtlingen

Asylwerberinnen befinden sich in einer äußerst schwierigen Lebenssituation: durch Verfolgung, Krieg und Flucht traumatisiert, oftmals gesundheitlich beeinträchtigt, ohne finanzielle Absicherung, mit Sprachbarrieren und Ablehnung konfrontiert, beweisen sie aber oft eine unglaubliche Lebensenergie und den festen Willen, einen Neuanfang zu wagen. (Ute Bock Verein, 2006, S. 8).

Bei der Behandlung von (traumatisierten) Flüchtlingen gibt es eine Vielzahl von Faktoren zu beachten, die auf unterschiedliche Weise Einfluss auf die Behandlung haben (Gün, 2003, S. 36; Koch, 2003, S. 43f). Sprachliche, kulturelle und religiöse Unterschiede wirken sich auf das gegenseitige Verständnis zwischen Klientin und Therapeutin aus (Machleidt, 2009; Salman, 2007). Häufig müssen Dolmetscherinnen bei der Therapie anwesend sein (Abdallah-Steinkopff, 1999; Haenel, 1997). Gesundheitspolitische Faktoren spielen bei der Finanzierung und dem Zugang zu Therapieplätzen eine Rolle (Gurris, 2002; Kirkcaldy, Wittig, Merbach & Siefen, 2006; Knapp, 2005) und der politische Aufenthaltsstatus der Flüchtlinge kann es schwierig machen (Gurris, 2002), vor allem die 5 essentiellen Grundelemente Sicherheit, Beruhigung, Selbst- und Fremdwirksamkeit und Hoffnung (Hobfoll et al., 2009) durchzusetzen. Basale Bedürfnisse der Flüchtlinge können so massiv eingeschränkt sein, dass sich psychotherapeutische Arbeit oft auf sozialarbeiterische Tätigkeiten verschiebt und der therapeutische Prozess in einem ersten Stadium der psychosozialen Akuthilfe verbleibt (Gurris, 2002). Aufenthaltsrechtliche Erfolge und Verbesserungen in der Grundversorgung können dann an die Stelle des eigentlichen Therapieerfolges treten (Gurris, 2002).

4.1 Unterbringung

Flüchtlinge werden in Österreich zur Erstaufnahme in einem von drei Erstaufnahmелagern untergebracht (Caritas, 2004). Von da aus werden sie auf die verschiedenen Bundesländer aufgeteilt und bekommen in der Regel in sogenannten Unterbringungseinrichtungen bzw.

Flüchtlingsheimen einen Platz zugewiesen (Knapp, 2010). Diese Unterbringungseinrichtungen werden zu einem Teil von kirchlichen Trägerorganisationen (Caritas, Diakonie, u. a.) betrieben; zu einem anderen Teil stellen private Anbieter gewerblich Gasthöfe oder Pensionen zur Verfügung (Knapp, 2010). Weitere wichtige Institutionen sind aus zivilgesellschaftlichem Engagement entstanden und häufig auf Vereinsbasis organisiert, z. B. der Verein Ute Bock einer ehemaligen Kinderheimleiterin, die sich seit 2002 intensiv um die Betreuung von Flüchtlingen kümmert (Bock, 2006) und der Verein Purple Sheep mit dem Freunde – Schützen - Haus (Purple Sheep, 2012), ebenfalls auch das Integrationshaus, welches seit den frühen 90er Jahren in Wien tätig ist und erst im Jahr 2005 zu einer GmbH umstrukturiert wurde (Integrationshaus, 2012). Neben Unterbringungseinrichtungen haben Flüchtlinge auch die Möglichkeit eine private Unterkunft zu mieten (Knapp, 2010). Weil der staatliche Mietzuschuss auf 110 Euro pro Person und Monat bzw. 220 Euro pro Familie im Monat begrenzt ist (Knapp, 2010) und in den verschiedenen Bundesländern teilweise noch weitere Auflagen zu erfüllen sind (Knapp, 2010), können relativ wenige Asylwerberinnen in privaten Unterkünften eigenverantwortlich leben (Knapp, 2010). Im Burgenland sind 99,3% der Flüchtlinge in ehemaligen Gasthöfen oder Pensionen untergebracht. Auch in der Steiermark, in Kärnten und Oberösterreich leben über 90% der Flüchtlinge in Heimen (Knapp, 2005; Knapp, 2010). Nur in Wien ist der Anteil privat lebender Flüchtlinge mit 72% relativ hoch; hier leben nur 28% in Heimen (Knapp, 2010).

Die Qualität der Unterbringung ist sehr unterschiedlich (Knapp, 2010). Während viele dieser Einrichtungen Flüchtlingen nicht nur Wohnraum anbieten, sondern darüber hinaus auch verschiedene Betreuungs-, Beratungs- und Bildungsangebote bereitstellen (Knapp, 2010), gibt es andere Einrichtungen, deren katastrophale Zustände (Knapp, 2010) von verschiedenen Organisationen und der Presse häufig kritisiert werden (Steiner, 2012; Wiener Zeitung, 2012). Bei den Einrichtungen, die Flüchtlinge primär aus humanitären, moralischen Gründen unterbringen, finden sich Hinweise, dass diese versuchen, Hilfe möglichst ganzheitlich anzubieten (Diakonie Flüchtlingsdienst, 2011; Integrationshaus, 2011; Ute Bock Verein, 2011). So finden sich auf den Internetseiten der jeweiligen Organisationen ebenfalls Hinweise zu Sprach- und Weiterbildungskursen (Diakonie Flüchtlingsdienst, 2012), zu nachbarschaftlichen Beschäfti-

gungsprojekten, sozialpädagogischer Kinderbetreuung und zur Hilfe bei rechtlichen Verfahren (Caritas, 2012; Ute Bock Verein, 2012). Auch die Versorgung mit Nahrungsmitteln, Kleidung und anderem Lebensnotwendigen gehört zu den angebotenen Tätigkeiten dieser Einrichtungen (Caritas, 2012; Diakonie Flüchtlingsdienst, 2012; Integrationshaus, 2012; Ute Bock Verein, 2012).

4.2 Beratungseinrichtungen

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Betreuungseinrichtungen, in welchen häufig auch Beratungen stattfinden, gibt es andere Institutionen und Vereine, die sich weitestgehend auf die Beratung von Flüchtlingen spezialisiert haben. Hierzu zählen in Wien Vereine wie Asyl in Not, das Caritas Asylzentrum oder die Deserteurs- und Flüchtlingsberatung (Asylkoordination Österreich, 2012).

4.3 Therapieeinrichtungen

Da der Bedarf an therapeutischen Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen und die Grundversorgung oft nicht gedeckt ist, gibt es Einrichtungen, die Therapie speziell für Flüchtlinge anbieten (Amber Med, 2012). Für medizinische aber auch psychotherapeutische Behandlung gibt es z. B. die von der Diakonie und dem Österreichischen Roten Kreuz getragene Organisation Amber Med (Amber Med, 2012). Für psychotherapeutische Maßnahmen - besonders zur Behandlung der PTBS und anderen Auswirkungen von Traumatisierungen - gibt es in den Bundeshauptstätten Wien, Graz, Innsbruck, Klagenfurt, Linz und Salzburg spezielle auf interkulturelle Aspekte spezialisierte Einrichtungen, wie z. B. Hemayat, Zebra und Omega, Ankyra, Aspis, Oasis und Soteria (Asylkoordination Österreich, 2012; Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung, 2012).

4.4 Ausbildungsgrad der Helferinnen

Im Flüchtlingsbereich arbeitende Organisationen haben in der Regel sehr knappe finanzielle und materielle Ressourcen (Gurris, 2002; Pross, 2006). Diese Institutionen sind deshalb oft auf ehrenamtliche und damit auch auf nicht spezifisch ausgebildete Helferinnen angewiesen

(Ute Bock Verein, 2006; Integrationshaus, 2011). Im Flüchtlingsbereich stellen Beratung und Betreuung zwei wichtige Tätigkeitsfelder dar (Diakonie Flüchtlingsdienst, 2011; Integrationshaus, 2011; Ute Bock Verein, 2011). Beraterinnen und Betreuerinnen werden oft nur angelernt oder in selbstorganisierten Schulungsmaßnahmen weitergebildet (Flüchtlingsrat Thüringen, 2008). Die schulische Ausbildung zur Sozialberaterin/Sozialbetreuerin dauert 2 Jahre und ist damit ebenfalls deutlich weniger umfangreich als die Ausbildung zur Sozialpädagogin, Psychologin und Psychotherapeutin (Bundesagentur für Arbeit, 2005; 2007). Psychologinnen, Psychiaterinnen, Ärztinnen und Sozialpädagoginnen sind spezialisierte Berufsgruppen mit Hochschulabschluss. Psychotherapeutinnen müssen in Deutschland einen Hochschulabschluss in Psychologie oder Medizin vorweisen (Deutsches Psychotherapeutengesetz, 1999, §1 & §5). In Österreich wird die Ausbildung zur Psychotherapeutin ebenfalls in einem Psychotherapiegesetz geregelt. Ein abgeschlossenes Studium ist keine Voraussetzung (Österreichisches Psychotherapiegesetz, 1990, §10). Die Ausbildung - bestehend aus dem Propädeutikum und dem Fachspezifikum - umfasst allerdings insgesamt 3215 Stunden in sowohl theoretischen als auch praktischen Erfahrungen (Österreichisches Psychotherapiegesetz, 1990, §3 & §6) und kann damit ebenfalls als umfangreich angesehen werden. Gurriss (2002) spricht sich für hochprofessionelle, therapeutische Einrichtungen für Folteropfer aus. Diese Einrichtungen mit multiprofessionellen Behandlungsteams sollten aus mehreren klinischen Sozialarbeiterinnen, mindestens einer Ärztin mit Kontakten zu Fachärztinnen, einer Ärztin für Psychiatrie, methodisch flexiblen Psychotherapeutinnen, die auch Kunst-, Tanz- und Musiktherapien durchführen können, spezialisierte Physiotherapeutinnen und aufgeschlossenen Verwaltungskräften bestehen (Gurriss, 2002). Nur die wenigsten Institutionen entsprechen den von ihm aufgeführten Idealvorstellungen. Gurriss (2002) spricht von 3 idealen Institutionen europaweit. Ein multiprofessionelles Team, in dem es genaue Aufgabendefinitionen gibt, sei eher die Ausnahme. Häufig müssen Einrichtungen mit 2-4 Mitarbeiterinnen auskommen, bei denen dann häufig Psychologinnen oder Psychotherapeutinnen in Rollenkonflikte geraten, sodass sie z. B. vermehrt sozialarbeiterische Funktionen übernehmen (Gurriss, 2002). Oft werden die Erfolge im Asylverfahren zu den Maßstäben in therapeutischen Einrichtungen und schwer zu erreichende, therapeutische Erfolge können aus dem Fokus geraten (Gurriss, 2005 zitiert nach Pross, 2009 S.234). Gurriss (2002) empfiehlt allerdings insgesamt mehr Sozialar-

beiterinnen als Therapeutinnen in den Betreuungseinrichtungen anzustellen, da die Möglichkeiten der Therapie durch den meist ungesicherten Aufenthaltsstatus von vornherein stark begrenzt sind. Institutionen, die eine staatliche Anerkennung haben oder von einem großen Trägerverein finanziert werden, haben eine gewisse Budgetsicherheit, die ihnen bessere Möglichkeiten gibt, professionelle Helferinnen anzustellen und entsprechend ihrer Ausbildung zu vergüten (Diakonie Flüchtlingsdienst, 2011; Hemayat, 2011).

4.5 Arbeit mit Dolmetscherinnen

Um Beratungen und Therapien mit fremdsprachigen Klientinnen überhaupt durchführen zu können, sind oft Dolmetscherinnen notwendig, die zwischen Helferinnen und Klientinnen übersetzen können (Erim & Senf, 2002). Durch die Anwesenheit einer Dolmetscherin kann aus der klassischen Therapeutinnen -Klientinnen Dyade ein komplexes, triadisches Beziehungssystem entstehen (Haenel, 1997). Die Person der Dolmetscherin nimmt in dieser Situation eine zentrale Rolle ein (Haenel, 2007, S. 27), sie kann dabei aber auch als Brücke zwischen Kultur und Sprache (Dhawan, Entrena, Eriksson-Söder & Landahl, 1995) gesehen werden. Türk (2007, S. 37) empfiehlt, um das dyadische Setting zu erhalten, wenn möglich muttersprachliche Therapeutinnen einzusetzen oder auf Therapeutinnen mit Fremdsprachenkenntnissen zurückzugreifen. In jedem Fall sollten Dolmetscherinnen im Gesundheitsbereich für die speziellen therapeutischen Situationen geschult sein (Hörbst, 2002 S. 54; Salman, 2002, S. 59).

Während den fremdsprachigen Klientinnen bei Amtsbesuchen häufig deutschsprechende (eigene) Kinder, Verwandte oder Bekannte helfen (Hemayat, 2012), sollten in einer professionell arbeitenden Organisation freundschaftliche oder familiäre Verbindungen zu den Klientinnen als absolutes Ausschlusskriterium gelten (Abdallah-Steinkopff, 1999). Viele Einrichtungen sind allerdings auf diese ehrenamtlichen Dolmetscherinnen angewiesen (Ute Bock Verein, 2006). Oft wird auch von professionellen, sozialen und gesundheitlichen Institutionen spontan auf nicht professionelle, zufällig verfügbare Dolmetscherinnen, wie z. B. Reinigungskräfte, zurückgegriffen (Salman, 2007, S. 252). Inwieweit nicht professionelle Dolmetscherinnen das Setting beeinflussen können, zeigen Dhawan et al. (1995) und Abdallah-Stein-

kopff (1999) anhand einiger prägnanter Fallbeispiele. Bei ungelernten und mit psychosozialen Gesprächen wenig erfahrenen Dolmetscherinnen kann jedenfalls mit weitreichenden, negativen Beeinträchtigungen gerechnet werden (Dhawan et al., 1995).

4.6 Finanzielle Ressourcen der helfenden Institutionen

Einer Vielzahl an Institutionen oder Vereinen, die Hilfe für Flüchtlinge anbieten, mangelt es an finanziellen Ressourcen (Diakonie Flüchtlingsdienst, 2011; Gurrus, 2002; Pross, 2009; Rautenberg, 2011). Auch wenn es Trägervereine, wie z. B. die Caritas, die Diakonie oder das Rote Kreuz gibt, die eine gewisse Budgetsicherheit garantieren können, sind viele Leistungen nur aufgrund ehrenamtlicher Mitarbeit und weiteren Sach- und Geldspenden möglich (Hemayat, 2011; Ute Bock Verein, 2006). Die Finanzberichte der Institutionen zeigen, über welche Einnahmequellen die Arbeit finanziert wird (Diakonie Flüchtlingsdienst, 2011; Integrationshaus, 2011; Hemayat, 2011; Ute Bock Verein, 2011). Eine Einnahmequelle sind z. B. die staatlichen Tagessätze, welche Einrichtungen für die Unterbringung von Flüchtlingen erhalten. Eine andere Einnahmequelle sind private Spenden oder Einnahmen aus diversen Benefizveranstaltungen (Hemayat, 2011; Ute Bock Verein, 2011). Hierbei zeigen sich große Unterschiede. Während die Diakonie sich nur zu 5% (Diakonie Flüchtlingsdienst, 2011) aus Spenden finanziert, machen Spenden und Benefizveranstaltungen im Integrationshaus 26% (Integrationshaus, 2011) und im Verein Ute Bock 83% (Ute Bock Verein, 2011) aus. Hemayat als ausschließliche Therapieeinrichtung ohne Unterbringung finanziert sich zu etwa 33% aus privaten Spenden, zu 33% aus Förderungen des europäischen Flüchtlingsfonds und zu etwa 33% aus staatlichen Fördergeldern (Hemayat, 2011).

4.7 Gesundheitsbelastungen von Migrantinnen

Unabhängig davon, ob Flüchtlinge als traumatisiert gelten, kann die Migration an sich als kritisches Lebensereignis gesehen werden (Kirkcaldy et al., 2006) und damit verbundene Stressoren können bessere Beachtung finden. Bhuga und Jones (2001) unterteilen den Prozess der Migration in drei Abschnitte: Prämigration, Migration und Postmigration. In der Prämigration finden sich Stressoren und persönliche Faktoren, die die Entscheidung zur Migrati-

on auslösen (Bhuga & Jones, 2001). Die Reise bzw. Migration zu einem bestimmten Zielland ist oft mit zahlreichen Stressoren verbunden, welche zu einem chronischen und multiplen Stress Syndrom führen können (Carta, Bernal, Hardoy, & Haro-Abad, 2005). Carta et al (2005) schreiben hier vom Ulysses Syndrom durch multiple Stressoren. Die postmigrantische Phase ist dann häufig mit einem Kulturschock (Bhuga & Jones, 2001) bzw. dem Akkulturationsstress (Berry, Kim, Minde & Mok, 1987) verbunden. Die in dieser Studie untersuchte Arbeit mit Flüchtlingen findet häufig am Übergang der migrantischen zur postmigrantischen Phase statt. Viele der Klientinnen haben noch keinen gesicherten Aufenthaltstitel (Gurris, 2002) und befinden sich oft in einer jahrelangen Situation des Abwartens. Gurris (2002) bezeichnet Probleme in dieser Phase der Migration als traumatischen Exilstress.

Durch den oft über Jahre dauernden unsicheren Aufenthaltsstatus, fehlende Arbeitserlaubnis, geringe finanzielle Förderungen und Unterbringung in oft infrastrukturell schlecht angebotenen Regionen ist es für Flüchtlinge oft sehr schwer, soziale Netzwerke aufzubauen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Knapp, 2010). Das daraus entstehende Dilemma wird deutlich, wenn psychologische Konzepte um traumatische Ereignisse, kritische Lebensereignisse aber auch daily hassels zu überwinden bzw. abzufedern den real fehlenden Möglichkeiten gegenübergestellt werden. Self care Strategien (Pross, 2006) und die Vermittlung von innerer und äußerer Sicherheit, von Selbstwirksamkeit, Hoffnung und Verbundenheit sind wichtige Bestandteile für erfolgreiche Stressbewältigung (Hobfoll et al., 2009,). Sie scheitern oft aber aufgrund der realen Situation in den Gastgeberländern. In vielen Flüchtlingslagern und Flüchtlingsheimen wird ein passives Abwarten geradezu gefördert, was dem Aufbau von Hoffnung und neuen Perspektiven entgegensteht (Gurris, 2002).

5. Fragestellungen und Hypothesen

Die im theoretischen Teil beschriebenen Aspekte haben in mir das Interesse geweckt, die Belastungen von Helferinnen, die mit (traumatisierten) Flüchtlingen arbeiten, genauer zu untersuchen. Im folgenden Abschnitt stelle ich meine Forschungsfragen und die dazu gehörenden statistischen Hypothesen, die ich in einer quantitativen Querschnittuntersuchung mittels standardisierter Fragebögen untersucht habe, vor. Zum einen interessierte mich, welche Belastungssymptome überhaupt bei verschiedenen Helferinnen in der Flüchtlingsarbeit zu finden sind. Das zweite zentrale Interesse galt dem Zusammenhang, ob intensiverer Kontakt zu traumatisierten Klientinnen wirklich zu einer stärkeren Belastungssymptomatik führt. Hierzu wurde der Kontakt als Dosis mit unterschiedlichen Operationalisierungen erhoben. Die in der Literatur immer wieder als Risikofaktor beschriebene eigene Trauma Historie bildet den Kern meiner dritten Fragestellung. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Ausbildungen der Helferinnen im Flüchtlingsbereich und dem Wissen, dass professionell, psychosozial ausgebildete Helferinnen Methoden der Distanzierung, Supervision, Evaluation und eigenen Psychohygiene erlernen, wollte ich in meiner 4. Fragestellung erfahren, ob sich unterschiedliche Helferinnen-Berufsgruppen in ihren Stressverarbeitungsstrategien unterscheiden.

- I. Welche unterschiedlichen Belastungssymptome lassen sich in verschiedenen Helferinnengruppen finden?

H1: Bei Helferinnen mit psychologisch, fundierter Ausbildung werden sich weniger Belastungssymptome finden lassen als bei Personen ohne spezifische Ausbildung.

$$H_1: \mu_1 < \mu_2$$

$$H_0: \mu_1 \geq \mu_2$$

(μ_1 =Mittelwerte der Belastungssymptome bei psychologisch ausgebildeten Helferinnen. μ_2 =Mittelwerte der Belastungssymptome bei nicht psychologisch ausgebildeten Personen, univariate Varianzanalysen)

II. Sind Helferinnen, welche mehr Kontakt mit traumatisierten Klientinnen haben, gefährdeter als Helferinnen mit weniger Kontakt?

H2: Helferinnen mit viel Kontakt zu traumatisierten Menschen werden stärkere Belastungssymptome aufweisen als Helferinnen mit wenig Kontakt.

$$H_1: \mu_1 > \mu_2$$

$$H_0: \mu_1 \leq \mu_2$$

(μ_1 =Symptommittelwerte der Population mit viel Kontakt und μ_2 =Symptommittelwerte der Population mit wenig Kontakt, univariate Varianzanalysen)

III. Haben Traumata, die selbst erfahren wurden, Auswirkungen auf die Entstehung von Belastungssymptomen?

H3: Helferinnen, die selbst potentiell traumatische Ereignisse erlebt haben, werden stärkere psychische Belastungen haben als Helferinnen ohne traumatische Vorgeschichte.

$$H_1: \rho > 0$$

$$H_0: \rho \leq 0$$

(ρ =Zusammenhang von selbst erlebten, potentiell traumatischen Ereignissen und den verschiedenen psychisch-somatischen Symptomausprägungen, einfache Regressionsanalysen)

IV. Unterscheiden sich die Helferinnengruppen in ihren Copingstrategien gegen arbeitsbedingten Stress?

H4: Helferinnen mit psychosozialer Ausbildung werden andere Copingstrategien verwenden als andere Helferinnengruppen.

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

(μ_1 =Mittelwerte der verschiedenen Copingstrategien von psycho-sozial ausgebildeten Personen und μ_2 = Mittelwerte der verschiedenen Copingstrategien von nicht psycho-sozial ausgebildeten Personen, Multivariate Varianzanalysen)

6. Methodik

6.1 Untersuchungsdesign

Die Studie ist eine Querschnittuntersuchung mit Selbstbeschreibungsfragebögen. Dadurch allein ist ihre Aussagekraft eingeschränkt. Aussagen zu kausalen Zusammenhängen und die Unterscheidung zwischen Ursache und Wirkung können bei Querschnittsuntersuchungen nicht mit 100%iger Sicherheit gemacht werden (Spector, 1994). Dadurch, dass es sich um Selbstbeschreibungsfragebögen handelt, können auch sozial erwünschte Antworten und subjektive Wahrnehmungsverzerrungen die wahren Werte beeinflussen (Spector, 1994).

6.2 Datenerhebung

Nach einer telefonischen Kontaktaufnahme mit Einrichtungen, die mit traumatisierten Flüchtlingen in Wien und Graz arbeiten und sich grundsätzlich bereit erklärten an der Studie teilzunehmen, wurde ein Termin vereinbart, zu dem ich eine entsprechende Anzahl an Fragebögen (Fb) bei einer verantwortlichen Person abgab. Zusätzlich wurden auf einem Kongress im Dezember 2011 (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2011) zum selbigen Thema die Teilnehmerinnen gebeten, die Fb in ihren größtenteils in Deutschland gelegenen Einrichtungen zu verteilen. Entweder wurde ein Termin vereinbart, die Fb nach zwei Wochen persönlich wieder abzuholen, oder bei Einrichtungen in Graz und Deutschland, wo dieses Vorgehen zu aufwändig gewesen wäre, wurde vereinbart, die Fb in den beiliegenden, anonymen Umschlägen zu sammeln und entweder einzeln bzw. gesammelt in einem Kuvert an meine Adresse zu schicken. Auf diese Weise wurden von September 2011 bis Januar 2012 die 115 ausgefüllten Fb gesammelt. Die Teilnehmerinnen kamen aus 16 verschiedenen Einrichtungen. Zusätzlich waren 12 Personen in eigenen Praxen tätig oder konnten keiner Organisation zugeordnet werden.

6.3 Verfahrensbeschreibung

Im folgenden Abschnitt werden die 4 eingesetzten Selbstbeschreibungsverfahren beschrieben. Neben dem Professional Quality of Life (ProQoL) (Hudnall-Stamm, 2009) zur Erfassung von

Burnout, CF und CS wurde ebenfalls die Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) (Franke, 2000) zur Erfassung von den klinisch relevanten Dimensionen Angst, Somatisierung und Depressivität eingesetzt. Die deutsche Kurzform der Coping Inventory in Stressfull Situations (CISS) (Kälin, 1995) zur Messung von Stressverarbeitungsstrategien und der erste Teil des Essener Trauma Inventars (ETI) (Tagay, Stoelk, Möllering, Erim & Senf, 2004), um relevante traumatische Erlebnisse zu erfassen, wurden ebenfalls eingesetzt. Der erste Teil der Fragebogenbatterie bestand aus den soziodemographischen Angaben und verschiedenen Items, um den Kontakt zu traumatisierten Personen als Dosis quantitativ erfassen zu können (siehe den vollständigen Fragebogen im Anhang 2).

6.3.1 Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction: Professional Quality of Life Questionnaire (ProQoL)

Das Professional Quality of Life Questionnaire (ProQoL; Hudnall-Stamm, 2009) misst verschiedene Aspekte der Auswirkungen von helfender Arbeit auf die Helferinnen. 21 Items liefern 3 Skalenwerte. Die positiven Aspekte durch helfende Arbeit werden als CS, die negativen zum einen als Burnout zum anderen als CF bezeichnet. Während Burnout Gefühle wie Erschöpfung, Wut, Depressionen und Frustration misst, beinhaltet CF Gefühle von Angst und Symptome wie Schlaflosigkeit, Intrusionen und Vermeidungsverhalten durch arbeitsbezogene Traumata. CS misst Gefühle der Freude, die durch helfende Arbeit entstehen (Hudnall-Stamm, 2010). Die Verbundenheit zu Kolleginnen und das Bewusstsein anderen Menschen helfen zu können, sind z. B. Aspekte von CS. Die Bearbeitungsdauer beträgt durchschnittlich 5 Minuten und eine einfache Selbstausswertung ist möglich. Das ProQoL wurde in seiner ersten Version als Compassion Fatigue Self Test (CFST, Figley, 1995, pp. 13) entwickelt und über die Jahre laufend überarbeitet und weiterentwickelt (Bride, et al., 2007b). Die aktuellsten Versionen ProQoL 4 & 5 (Hudnall-Stamm, 2010) sind in über 17 Sprachen übersetzt worden und die Benutzung ist gratis. Fragebogen, Manual und zusätzliches Material kann unter creative commons Lizenz einfach von der Homepage der Verfasserin heruntergeladen werden (Hudnall-Stamm, 2012). Das ProQoL ist ein häufig verwendetes Verfahren mit

befriedigenden Reliabilitätswerten. Die internen Konsistenzen liegen bei .72 für Burnout, .80 für CF und .87 für CS (Bride, et al., 2007b). Hudnall-Stamm (2010) bescheinigt dem Verfahren diskriminante Validität. Die genauen Kennwerte wurden allerdings noch nicht veröffentlicht. Summenscores ≤ 22 werden als niedrig oder unterdurchschnittlich bezeichnet, Werte zwischen 23 und 41 als durchschnittlich und Werte ≥ 42 als hoch bzw. überdurchschnittlich (Hudnall-Stamm, 2009).

6.3.2 Stressverarbeitung: Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Die Coping Inventory in Stressful Situations (CISS; Endler und Parker, 1990; deutsche Version Kälin, 1995) ist ein Selbstbeschreibungs-Fragebogen, mit welchem verschiedene Verhaltensweisen in negativen und stressreichen Situationen erfasst werden (Backenstrass et al., 2010). In 24 Items werden unterschiedliche Verhaltensweisen beschrieben, welche die Teilnehmerinnen auf 5 point likert Skalen dadurch beantworten, indem sie angeben, wie typisch oder untypisch das jeweilige Verhalten auf sie zutrifft. Das Instrument liefert die drei Skalen: aufgabenorientiertes Lösungsverhalten, emotionsorientiertes Lösungsverhalten und vermeidungsorientiertes Lösungsverhalten (Endler & Parker, 1999). Das vermeidungsorientierte Lösungsverhalten zergliedert sich in die zwei Subskalen: zerstreungsorientiertes Lösungsverhalten und sozial-, ablenkungsorientiertes Lösungsverhalten (Endler & Parker, 1999). Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen mit Cronbachs alpha zwischen .81 und .85 (Backenstrass et al., 2010). Aufgabenorientiertes Verhalten setzt sich aus Reaktionen, die das Problem zu lösen versuchen, zusammen. Situationen oder Aufgabenstellungen werden ziel führend überdacht oder mit ähnlichen Problemen verglichen, um zu neuen Lösungen zu kommen. Emotionsorientiertes Verhalten beinhaltet emotionale Reaktionen, mit denen auf Stress reagiert wird. Beispiele solcher Reaktionen sind, sich Vorwürfe zu machen, angespannt zu sein oder aus der Fassung zu geraten. Vermeidungsorientiertes Verhalten beinhaltet Beschäftigungen, um sich von stressreichen Situationen abzulenken. Diese Skala besteht aus zwei Subskalen (Cosway et al., 2000). In der Zerstreungsskala finden sich Verhaltensweisen wie, einen Film anschauen oder die Lieblingsspeise zu essen. In der sozial-, ablenkungsorientierten Skala finden sich Verhaltensweisen wie, einen Freund zu besuchen oder anzurufen.

6.3.3 Somatische Beschwerden, Angst und Depressivität: Brief Symptom Inventory (BSI-18)

Die Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; Franke, 2000) ist ein kurzes Screening Instrument, um psychische Belastungen in drei Dimensionen (Ängstlichkeit, Depressivität und Somatisierungen) zu messen (Franke et al., 2010). Die BSI-18 entwickelte sich aus der BSI mit 53 Items, welche wiederum als Verkürzung der vielfach eingesetzten Symptom Checklist 90 (SCL-90) entstand (Franke, 1997; Rusdorf et al., 2010). Diese weitere Reduzierung auf die drei klinisch relevantesten Dimensionen (Derogatis & Wise, 1989) lässt die BSI-18 als kurzes Screening-Instrument mit einer Durchführungszeit von ca. 4 Minuten noch leichter zum Einsatz kommen. Mit 18 Items, die auf 5-Point Likert Skalen zu beantworten sind, wird jeweils die Frage beantwortet, wie sehr die befragte Person in den vergangenen 7 Tagen an unterschiedlichen Beschwerden (z. B. Einsamkeitsgefühlen, Übelkeit oder Furchtsamkeit) litt. Das Antwortformat reicht von überhaupt nicht über ein wenig, ziemlich, stark bis zu sehr stark. Die internen Konsistenzen der deutschen Version liegen zwischen .82 und .87 und bei .93 für den Globalen Beschwerde Index (GSI) (Franke, Jäger, Glaesmer, Barkmann & Brähler, im Druck). Die 3-Faktorenstruktur wurde bestätigt und Prüfungen zur konvergenten und diskriminanten Validität werden ebenfalls als befriedigend angegeben (Franke et al., im Druck). Franke et al. (im Druck) liefert eine Normierungsstichprobe (N=2516) aufgeteilt nach Frauen (n=1353) und Männern (n=1163). Alle T-Werte ≥ 60 werden von ihr als psychisch belastet beschrieben (Franke et al., im Druck) und T-Werte ≥ 63 als klinisch relevante Fälle bezeichnet (Derogatis, 2000 zitiert nach Franke et al., im Druck).

6.3.4 Eigene Traumavorgeschichte: Essener Trauma Inventar (Erster Teil)

Das Essener Trauma Inventar, kurz ETI (Tagay et al., 2004), ist ein Selbstbeschreibungsfragebogen zur Erfassung von psycho-traumatischen Ereignissen und deren zur Diagnose einer Belastungsstörung relevanten Auswirkungen in Anlehnung an die DSM IV Kriterien (Tagay et al., 2004). Das Verfahren gliedert sich in 5 Teile und besteht aus 58 Items. Im ersten Teil wird abgefragt, ob bzw. welche potentiell traumatischen Ereignisse die Teilnehmerin selbst

oder als Zeugin erlebt hat. Der zweite Teil orientiert sich an den A-Kriterien und beurteilt, ob ein Ereignis wirklich als traumatisch eingestuft werden kann. Teil drei erfragt die posttraumatische Symptomatik, während Teil 4 die körperlichen Symptome abgefragt und Teil 5 weitere Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen erfragt. Die Autorinnen bescheinigen dem Inventar gute bis sehr gute Reliabilität und Validität mit einem Chronbach Alpha von .95 (Tagay, Stoelk, Möllering, Erim & Senf, 2007b) und betonen, dass der Fragebogen inzwischen in elf verschiedenen Sprachen vielfach zum Einsatz kommt.

In der vorliegenden Studie wurde nur der erste Teil des Inventars vorgegeben, in welchem mit 16 Items abgefragt wird, ob die Person verschiedene potentiell traumatische Ereignisse selbst oder als Zeuge erlebt hat. Zur Prävalenz von diesen Ereignissen liegen Vergleichswerte aus verschiedenen heterogenen Gruppen vor. Die Gesamtstichprobe der Autorinnen besteht aus N=952 Personen (Tagay & Senf, im Druck).

7. Ergebnisse

7.1 Stichprobenbeschreibung

7.1.1 Soziodemografische Angaben

Befragt wurden N=115 Personen im Alter von 18 bis 67 Jahren ($M=38$, $SD=11,8$). 25% ($n=29$) waren Männer und 26% ($n=30$) waren in Einrichtungen in Deutschland. Eine Übersicht der Stichprobenbeschreibung findet sich in Tabelle 3. Die Personen gaben an, im Durchschnitt seit 8,4 Jahren ($SD=7,2$; Range zwischen 2 Monaten und 35 Jahren) in dem angegebenen Hauptberuf tätig zu sein und durchschnittlich seit 6,4 Jahren ($SD=5,6$; Range von einem Monat bis 23 Jahren) im Flüchtlingsbereich zu arbeiten und Kontakt mit traumatisierten Personen seit durchschnittlich 7,2 Jahren ($SD=5,7$; Range von 2 Monaten bis 23 Jahren) zu haben. Die wöchentliche Arbeitszeit wurde mit durchschnittlich 22,4 ($SD=13,1$; Range von 2 – 45 Stunden) Stunden angegeben. Der wöchentliche Kontakt speziell zu traumatisierten Klientinnen lag durchschnittlich bei 16,2 h ($SD=12$; $Mn=15$; Range von 0 bis 40h). Die Zeit pro Woche, in welcher sich explizit mit den Traumatisierungen der Klientinnen beschäftigt wurde, wurde durchschnittlich mit 10,3 ($SD=10,3$) Stunden angegeben, wobei der Median bei 5 Stunden mit einem Range von 0 bis 40 Stunden lag. Der durchschnittliche Prozentanteil von traumatisierten Klientinnen lag bei 62,7% ($SD=28,4$, $Mn=66,5\%$; Range 10-100%). Die Angabe, wie detailliert von den Traumatisierungen erfahren wurde, wurde auf einer 10 cm analog Skala im Durchschnitt mit 5,2 ($SD=2,7$) angegeben (Range von 0,2 bis 10cm).

Tabelle 3
Soziodemographische Angaben der Gesamtstichprobe

Variable	Gesamtstichprobe
Alter in Jahren M (SD)	38 (12)
Anteil der Männer n (%)	29 (25,2%)
Anteil von Personen aus deutschen Einrichtungen n (%)	30 (26,1%)
Anteil von Personen, die ehrenamtlich arbeiten n (%)	18 (15,7%)
Anteil von Personen, die sich mit den Traumatisierungen der KlientInnen beschäftigen n (%)	78 (67,9%)
Tätigkeitsdauer im angegebenen Hauptberuf in Jahren M (SD)	8,4 (7,2)
Tätigkeitsdauer im Flüchtlingsbereich arbeitend in Jahren M (SD)	6,4 (5,6)
Arbeitszeit pro Woche im Flüchtlingsbereich in Stunden M (SD)	22,4 (13,0)
Durchschnittliche Stundenanzahl des letzten Jahres mit Kontakt zu traumatisierten Personen pro Woche M (SD)	16,0 (12,0)
Stundenanzahl pro Woche in denen sich explizit mit den Traumatisierungen beschäftigt wird M (SD)	10,3 (10,3)
Prozentanteil der traumatisierten KlientInnen M (SD)	62,7 (28,4)
Angabe, wie detailliert von den Traumatisierungen erfahren wird M (SD)	5,2 (2,7)

7.1.2 Aufteilung in verschiedene Berufsgruppen

Da sich die ursprünglich geplante Einteilung in Profis und Laien dichotomisiert nicht durchführen ließ und auch die Einteilung in bezahlte und ehrenamtliche Helferinnen keine ange-

messenen vergleichbaren Stichprobengrößen entstehen ließ, musste eine neue Einteilung in verschiedene Berufsklassen erfolgen (siehe Abbildung 2). Mit Hilfe der qualitativen Angaben zum derzeitigen Hauptberuf konnten vier Berufsgruppen gebildet werden: Psychologisch ausgebildetes Personal (n=36, Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, Psychiaterinnen), Sozialarbeiterinnen (n=27, Sozialpädagoginnen, u. a.), nicht psychologisch ausgebildetes Personal (n=20, Beraterinnen, Betreuerinnen, u. a.) und Laien (n=32, Studentinnen, Dolmetscherinnen u. a.). Eine genaue Auflistung, welche Berufe in welche Gruppe kategorisiert wurden, findet sich in Anhang 3. Die relevanten unabhängigen Variablen innerhalb der Berufsgruppen sind in Tabelle 4 wiedergegeben.

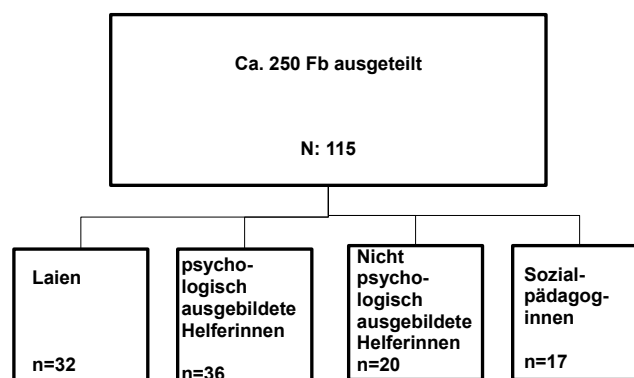


Abbildung 2: Participant Flow Chart

Tabelle 4

Relevante unabhängigen Variablen aufgeteilt nach unterschiedlichen Berufsgruppen

unabhängige Variablen	psychologisch ausgebildetes Personal		Sozialarbeiterinnen		nicht psychologisch ausgebildetes Personal		Laien	
	(n=36)		(n=17)		(n=20)		(n=32)	
	X	(s)	X	(s)	X	(s)	X	(s)
Alter in Jahren	43,0	(9,6)	37,7	(11,3)	35,3	(11,0)	34,0	(13,5)
Stunden pro Woche	22,8	(11,9)	27,1	(11,3)	30,8	(12,9)	13,4	(10,9)
Flüchtlingsarbeit in Jahren	8,1	(5,4)	6,5	(5,8)	5,4	(4,1)	5,1	(6,1)
Prozentanteil traumatisierter Klientinnen)	69,6	(24,6)	56,3	(27,0)	65,2	(30,4)	57,3	(32,9)
Stunden pro Woche Kontakt zu Traumatisierten	16,6	(10,1)	19,8	(14,0)	21,6	(13,2)	8,1	(6,6)
Stunden pro Woche speziell mit Traumatisierungen	10,1	(8,5)	10,2	(9,4)	15,5	(16,9)	6,3	(5,2)
Kontakt zu Traumatisierten in Jahren	9,6	(5,9)	6,2	(5,9)	5,7	(3,7)	6,0	(5,8)

Note. X = Mittelwert, s = Standardabweichung

7.1.3 Prävalenz der eigenen Traumavorgeschichte

Tabelle 5 zeigt die Angaben der Teilnehmerinnen, welche potentiell traumatischen Ereignisse sie selbst persönlich oder als Zeuge erlebt haben. 12,2 % (n=14) der Teilnehmerinnen gaben an, kein potentiell Trauma weder als Zeuge noch persönlich erlebt zu haben. 17,4% (n=20) gaben an, ein potentiell traumatisches Erlebnis selbst oder als Zeuge erlebt zu haben und

70,4% (n=81) gaben an, mehrere potentiell traumatische Erlebnisse selbst oder als Zeuge erlebt zu haben.

Bei den traumatischen Ereignissen waren die nicht menschlich verursachten Ereignisse mit insgesamt 74,8% die am häufigsten angegebenen. 52,2% der Teilnehmerinnen gaben an, mehr als ein nicht menschlich verursachtes Ereignis erlebt oder als Zeuge miterlebt zu haben. 53,1% gaben an, mindestens eine menschlich verursachte Gewalterfahrung erlebt oder als Zeuge mitbekommen zu haben. 24,4% gaben an, mehrere Gewalterfahrungen erlebt oder miterlebt zu haben. Bei den sexuellen Traumata gaben 14,8% an, mindestens ein sexuell-traumatisches Ereignis (mit-) erlebt zu haben. 3,5% gaben an, mehrere sexuell-traumatische Ereignisse erlebt oder als Zeuge mitbekommen zu haben.

Tabelle 5

Prävalenz der erlebten, potentiell traumatischen Ereignisse

Potentiell traumatische Ereignisse	n	(%)	Kein Ereignis erlebt n	(%)
Ein Ereignis (allgemein)	20	(17,4)	14	(12,2)
Mehrere Ereignisse (allgemein)	81	(70,4)		
Ein nicht menschlich verursachtes Ereignis	26	(22,6)	29	(25,2)
Mehrere nicht menschlich verursachte Ereignisse	60	(52,2)		
Eine Gewalterfahrung	33	(28,7)	54	(47,0)
Mehrere Gewalterfahrungen	28	(24,4)		
Ein sexualisiertes Ereignis	13	(11,3)	98	(85,2)
Mehrere sexualisierte Ereignisse	4	(3,5)		

7.1.4 Prävalenz der erhobenen Symptome

In der gesamten Stichprobe konnten 27,2% (n=31) der teilnehmenden Personen als global psychisch belastet (bei einem Cut-Off-Wert $T > 60$) identifiziert werden. In den unterschiedlichen Skalen waren 20,2% (n=23) der Personen im somatischen Bereich auffällig, 27,2%

(n=31) der Personen auf der Depressivitätsskala und 36,8% (n=42) der Personen im Bereich Ängstlichkeit. Bei der Auswertung des ProQoL fiel auf, dass keine Person überdurchschnittlich (Summen Cut-Off-Wert >41) mit Burnout Symptomen oder denen der CF belastet war und nur eine Person einen unterdurchschnittlichen (Cut-Off-Wert <23) Wert bei CS erreichte (Tabelle 6.).

Tabelle 6
Skalenwerte des ProQoL

Summenwert	Burnout n (%)	Compassion Fatigue n (%)	Compassion Satisfaction n (%)
22 oder weniger unterdurchschnittlich	49 (42,6%)	85 (73,9%)	1 (0,9%)
Zwischen 23 - 41 durchschnittlich	66 (57,3%)	30 (26,1%)	88 (73,5%)
42 oder mehr überdurchschnittlich	-	-	26 (25,6%)

7.2 Statistische Verfahren und Methoden

Mit univariaten Varianzanalysen (ANOVAS) wurde Fragestellung 1 und 2 untersucht. Als abhängige Variable: das jeweilige Symptom, als unabhängige Variablen: die verschiedenen Berufsgruppen unterteilt in Personen mit viel und wenig Kontakt zu traumatisierten Personen. ANOVAS gelten als robuste Verfahren (Field, 2005, S. 324). Zur Sicherstellung, dass die Varianzanalyse als Verfahren zulässig und die Fehlervarianzen statistisch in etwa gleich groß sind, wurde der Levene Homogenitätstest gerechnet. Bei einer Signifikanz größer .05 kann die Gleichheit der Fehlervarianzen angenommen werden (Field, 2005, S. 350). Fragestellung 3 wurde mit einfachen Regressionsanalysen untersucht. Fragestellung 4 wurde mit multivariaten Varianzanalysen (MANOVAS) untersucht. Hier waren die abhängigen Variablen die verschiedenen Copingstrategien, die unabhängigen Variablen waren die verschiedenen Berufsgruppen, das Geschlecht und das Alter der Helferinnen. Zur Sicherstellung, dass die Kovarianzenmatrizen der abhängigen Variable über die Gruppen in etwa gleich groß sind, wurde

der Box Test gerechnet. Bei Signifikanzen größer .05 kann die Gleichheit der Matrizen als Voraussetzung angenommen werden (Field, 2005, S. 593). Der nächste Schritt entsprach dem der ANOVAS und untersuchte mit dem Levene Test die Gleichheit der Fehlervarianzen. Bei allen 3 Verfahren werden die Ergebnisse mit Signifikanzen kleiner .10 aber größer als .05 als Tendenzen berichtet. Kleiner .05 gelten sie als statistisch signifikant und kleiner .01 als hoch signifikant. Die Effektstärken wurden soweit wie möglich nicht als partielles Eta² (η_p^2) wiedergegeben, sondern als Eta² (η^2) berechnet. Damit entsprechen sie dem weit verbreiteten R² und lassen sich direkt mit anderen Studien vergleichen. Zur Beurteilung der Effekte gelten folgende Festlegungen (Cohen, 1988):

$\eta^2=.01$ gilt als kleiner oder schwacher Effekt

$\eta^2=.06$ gilt als mittlerer Effekt

$\eta^2=.14$ gilt als großer oder starker Effekt

7.3 Berufsgruppeneffekte und Prozentanteil traumatisierter Klientinnen

Mit univariaten Varianzanalysen wurde zum einen untersucht, ob sich die unterschiedlichen Helferinnengruppen in den psychosomatischen Beschwerdeskalen unterschieden, zum anderen, ob der Prozentanteil traumatisierter Flüchtlinge an der Gesamtmenge von Klientinnen einen Einfluss auf die Symptomatiken hat. Berufsgruppeneffekte konnten sowohl in den Skalen Burnout und CS als auch bei den Somatisierungswerten der BSI-18 festgestellt werden. Der Prozentanteil an traumatisierten Klientinnen hatte in den Skalen CF, CS und im GSI durch die Skalen Somatisierung und Angst signifikante Effekte. Zu Interaktionseffekten kam es bei Burnout, CS, im GSI und bei den Angst Werten. Laien und psychologisch ausgebildete Helferinnen hatten die geringsten Burnout Werte, Laien die höchsten CS Werte. Bei Somatisierungen hatten die psychologisch ausgebildeten Helferinnen die geringsten Belastungen. Die Unterschiede waren in allen Fällen zu den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen signifikant. Helferinnen, welche mit einem höheren Prozentanteil traumatisierter Klientinnen

zu tun haben, hatten höhere CF Werte aber auch höhere CS Werte. Ebenfalls waren durch den Prozentanteil die GSI Werte durch stärkere Somatisierungen und Angstwerte erhöht. Beim Blick auf die Interaktionseffekte wird deutlich, dass die Laien vom Prozentsatz der traumatisierten Klientinnen positiv beeinflusst wurden. Ihre Burnout Werte waren bei einem größeren Anteil traumatisierter Flüchtlinge deutlich niedriger und die CS Werte deutlich erhöht. Im GSI und den Somatisierungen waren es die nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen, welche bei einem höheren Prozentanteil stärkere Beschwerden hatten.

7.3.1 Compassion Fatigue

Die Berufsgruppen unterschieden sich in CF nicht signifikant voneinander, $F(3,94) = .911$ $p > .05$, $\eta^2 = .027$. Helferinnen, die einen höheren Prozentanteil traumatisierter Klientinnen behandeln, hatten höhere Werte bei der gemessenen Sekundärtraumatisierung $F(1,94) = 4.573$ $p < .05$, $\eta^2 = .044$. Der Interaktionseffekt war nicht signifikant $F(3,94) = .932$ $p > .05$, $\eta^2 = .027$.

In Abbildung 3 zeigt sich, dass der Prozentanteil bei Laien gar keinen Unterschied in den CF Werten verursachte und bei den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen den größten.

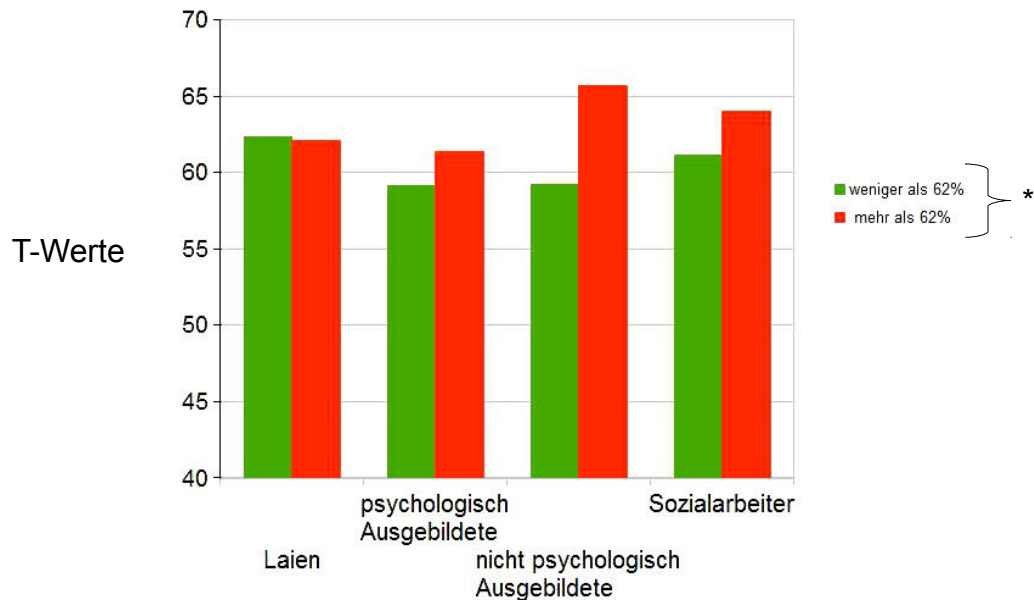


Abbildung 3: Compassion Fatigue. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen und niedrigem/hohem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen, * sig. <.05

7.3.2 Burnout

Die Berufsgruppen unterschieden sich in den Burnout Werten hoch signifikant $F(3,94) = 4.900$ $p < .01$ $\eta^2 = .124$. Der Prozentanteil traumatisierter Klientinnen hatte keinen signifikanten Effekt auf die Burnout Werte $F(1,94) = 0.752$ $p > .05$, $\eta^2 = .007$, allerdings kam es zu einem signifikanten Interaktionseffekt $F(3,94) = 3.425$ $p < .05$, $\eta^2 = .087$.

Nicht psychologisch ausgebildete Helferinnen hatten die höchsten Burnout Werte und unterschieden sich damit signifikant zu den Laien ($p < .05$) und hoch signifikant zu den psychologisch ausgebildeten Helferinnen ($p < .01$). Der Unterschied zu den Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen war nicht signifikant.

Bei den Laien zeigte sich der signifikante Interaktionseffekt, ihre Burnout Werte waren signifikant geringer, wenn der Prozentanteil traumatisierter Klientinnen höher war (siehe Abbildung 4).

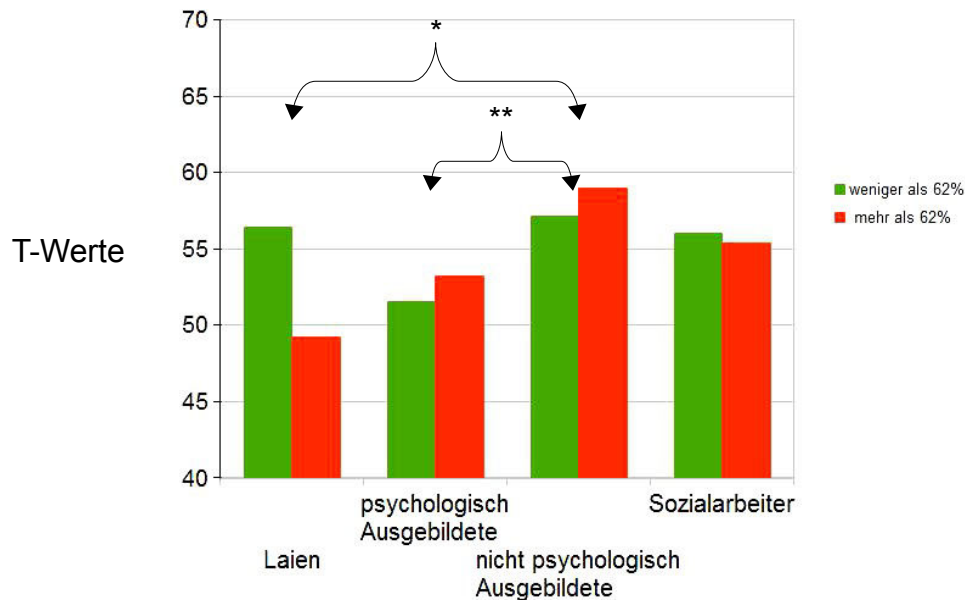


Abbildung 4: Burnout. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen und niedrigem/hohem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen, * sig.<.05; ** sig. <.01

7.3.3 Compassion Satisfaction

Die Berufsgruppen unterschieden sich signifikant in den CS Werten $F(3,94) = 3.135$ $p < .05$ $\eta^2 = .077$. Der Prozentanteil traumatisierter Klientinnen hatte einen hoch signifikanten Effekt auf die CS Werte $F(1,94) = 7.039$ $p < .01$, $\eta^2 = .058$. Auch kam es zu einem hoch signifikanten Interaktionseffekt $F(3,94) = 4.565$ $p < .01$, $\eta^2 = .113$.

Laien hatten die höchsten CS Werte und unterschieden sich signifikant von den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen ($p < .05$). Helferinnen, die einen höheren Prozentanteil traumatisierter Klientinnen behandeln, hatten hoch signifikant höhere CS Werte. Während der Einfluss des Prozentanteils traumatisierter Klientinnen bei 3 Berufsgruppen keinen signifikanten Effekt hatte, hatten die Laien die höchsten CS Werte, wenn sie mit einem höheren Prozentanteil traumatisierter Klientinnen arbeiten. In der Abbildung 5 lässt sich deutlich sehen, dass die Laien durch den Prozentanteil am stärksten beeinflusst werden.

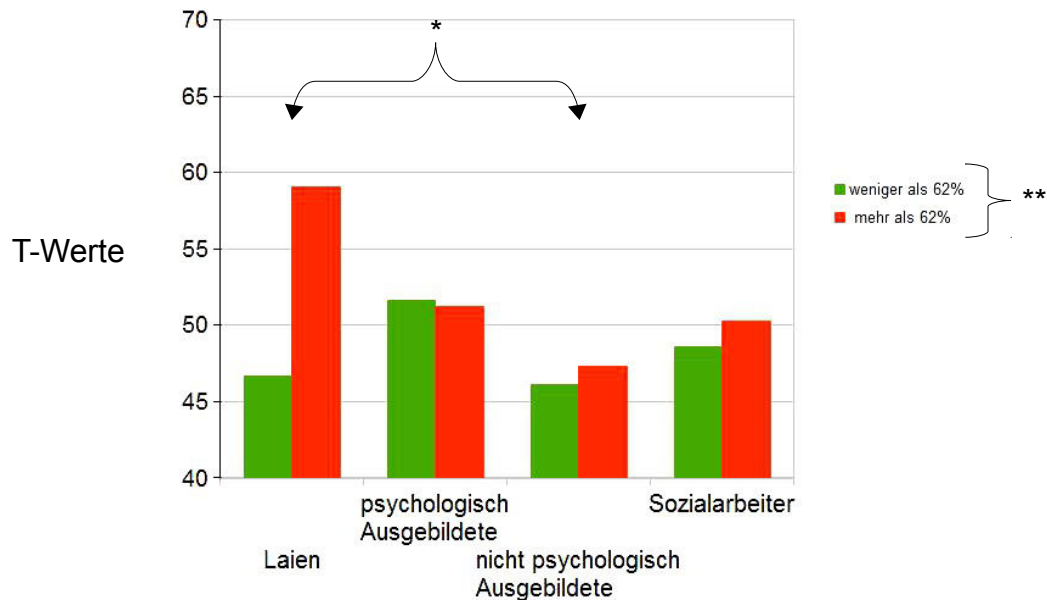


Abbildung 5: Compassion Satisfaction. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen und niedrigem/hohem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen, * sig.<.05; ** sig. <.01

7.3.4 Globaler Beschwerde Index

Die Berufsgruppen unterschieden sich im GSI nicht signifikant voneinander, $F(3,93) = 2.316$, $p > .05$; $\eta^2 = .056$. Der Prozentanteil traumatisierter Klientinnen hatte einen hoch signifikanten Effekt, $F(1,93) = 7.067$ $p < .01$ $\eta^2 = .062$. Auch kam es zu einem signifikanten Interaktionseffekt, $F(3,93) = 3.591$ $p < .05$ $\eta^2 = .094$.

Alle Berufsgruppen - bis auf die psychologisch ausgebildeten - hatten bei einem höheren Prozentanteil traumatisierter Klientinnen höhere GSI Werte. Dieser Effekt war bei den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen am stärksten siehe Abbildung 6.

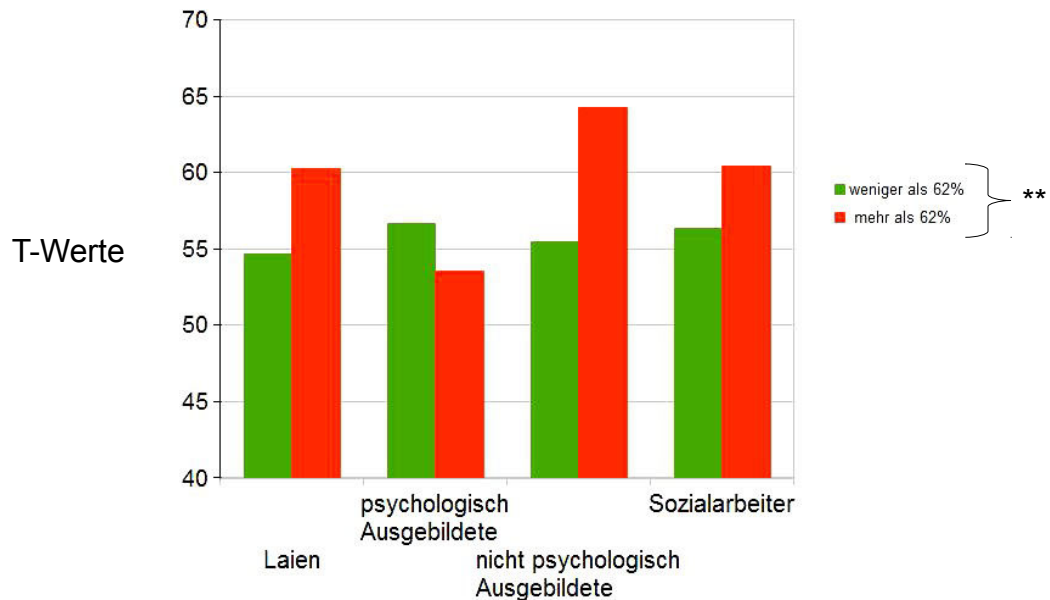


Abbildung 6: Globaler Beschwerde Index. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen und niedrigem/hohem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen, ** sig. <.01

7.3.5 Somatisierungen

Die Berufsgruppen unterschieden sich signifikant voneinander, $F(3,93) = 3.498$ $p < .05$ $\eta^2 = .09$. Der Prozentanteil traumatisierter Klientinnen hatte einen hoch signifikanten Effekt, $F(1,93) = 9.704$ $p < .01$ $\eta^2 = .083$. Der Interaktionseffekt war nicht signifikant $F(3,93) = 1.708$ $p > .05$ $\eta^2 = .044$.

Die psychologisch ausgebildeten Helferinnen hatten die geringsten Somatisierungswerte und unterschieden sich damit von den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen ($p < .05$). Bei einem höheren Prozentanteil traumatisierter Klientinnen hatten die Helferinnen höhere Somatisierungswerte. In Abbildung 7 wird deutlich, dass der Prozentanteil bei den psychologisch ausgebildeten Helferinnen keinen Effekt hatte.

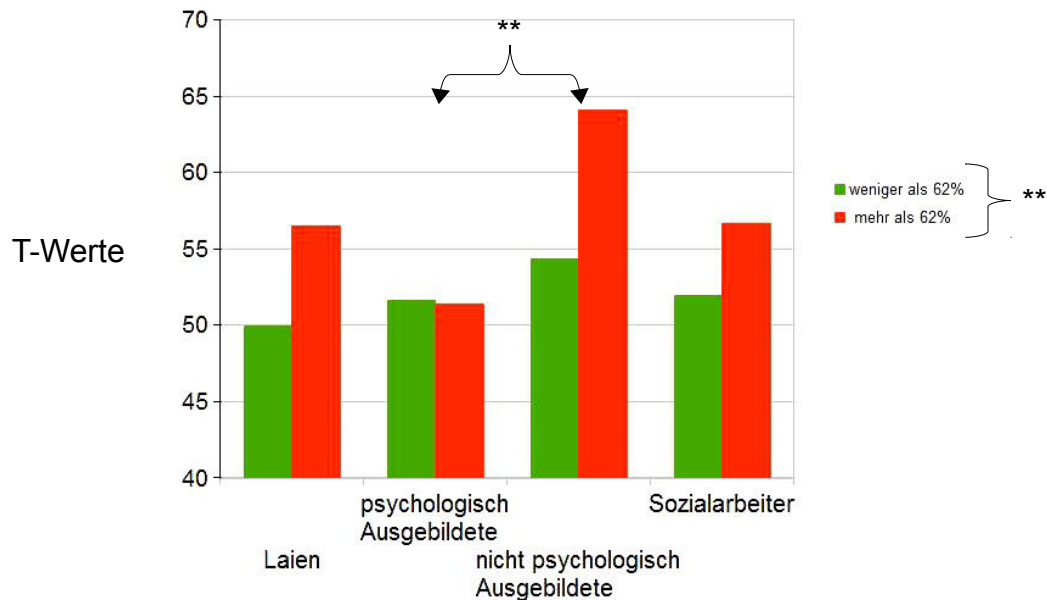


Abbildung 7: Somatisierungen. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen und niedrigem/hohem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen, ** sig. <.01

7.3.6 Depressivität

Auf der Depressivitätsskala ließen sich keine signifikanten Effekte feststellen. Weder die Berufsgruppen unterschieden sich, $F(3,93) = .963$ $p > .05$ $\eta^2 = .028$, noch gab es einen signifikanten Effekt bei dem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen, $F(1,93) = 1.771$ $p > .05$ $\eta^2 = .018$. Der Interaktionseffekt war ebenfalls nicht signifikant, $F(3,93) = 2.134$ $p > .05$ $\eta^2 = .062$.

Auch wenn die Effekte nicht signifikant waren, fällt in Abbildung 8 auf, dass psychologisch ausgebildete Helferinnen die geringsten Depressivitätswerte aufwiesen und der Prozentsatz traumatisierter Klientinnen bei den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen den größten Einfluss auf die Depressivitätswerte hatte.

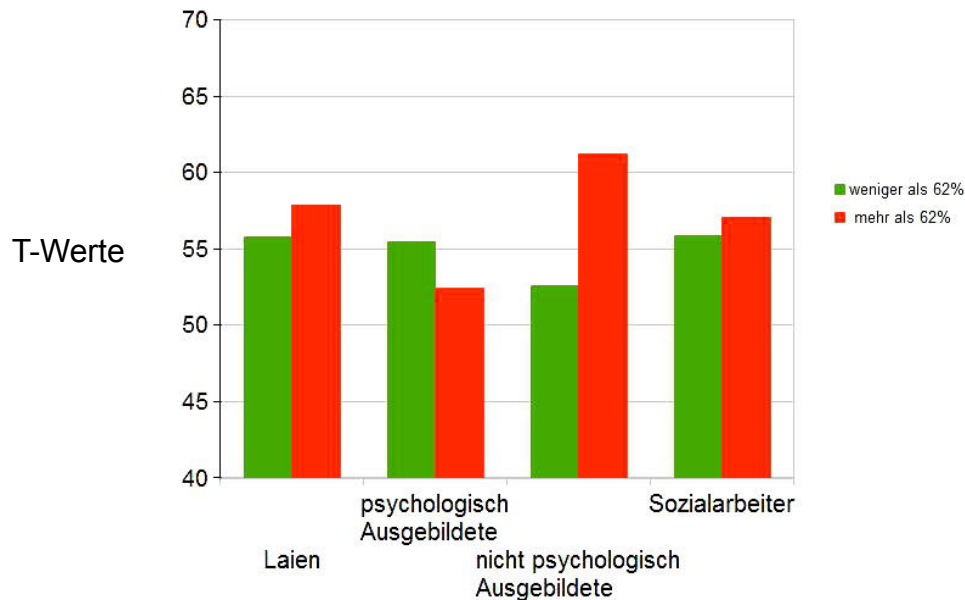


Abbildung 8: Depressivität. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen und niedrigem/hohem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen

7.3.7 Angst

Bei den Angstwerten unterschieden sich die Berufsgruppen nicht signifikant voneinander, $F(3,93) = 1.156$ $p > .05$ $\eta^2 = .031$. Es gab aber einen hoch signifikanten Effekt beim Prozentanteil traumatisierter Klientinnen, $F(1,93) = 7.920$ $p < .01$ $\eta^2 = .071$ und signifikante Wechselwirkungen mit den Berufsgruppen $F(3,93) = 3.328$ $p < .05$ $\eta^2 = .089$.

Die Angstwerte waren grundsätzlich höher, wenn ein höherer Prozentanteil traumatisierter Klientinnen behandelt wurde. Der Effekt trat allerdings nicht bei den psychologisch ausgebildeten Helferinnen auf (siehe Abbildung 9).

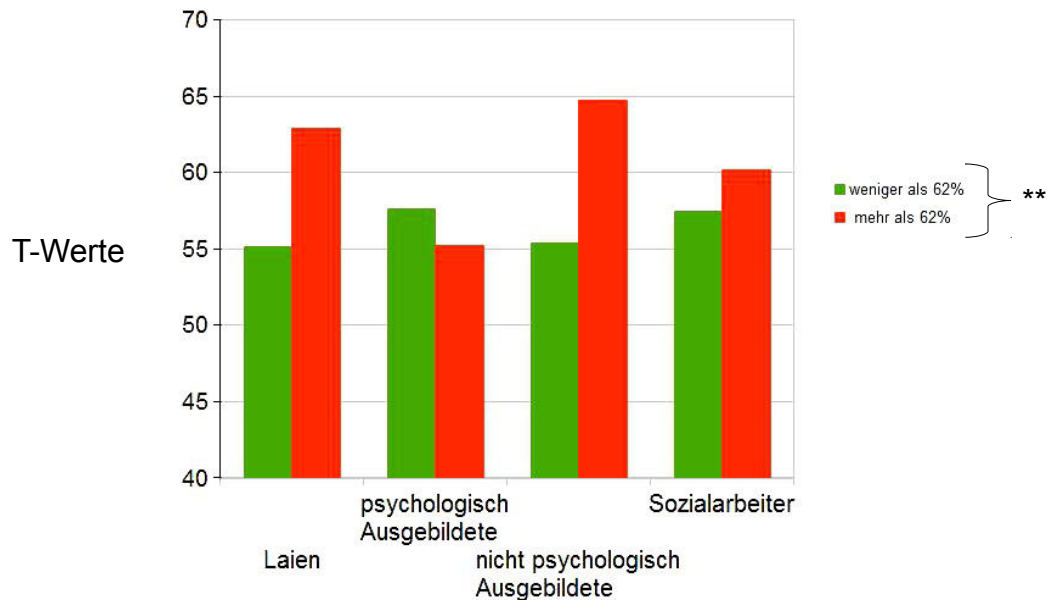


Abbildung 9: Angst. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen und niedrigem/hohem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen, ** sig. <.01

7.4 Alternative Operationalisierungen des Kontaktes zu traumatisierten Flüchtlingen

Neben dem Prozentanteil traumatisierter Personen am gesamten Klientinnen-Stamm wurden auch 6 alternative Items als Dosis Index herangezogen. Diese Daten wurden ebenfalls mit univariaten Varianzanalysen analysiert. Es zeigte sich aber, dass sämtliche alternativen Operationalisierungen keine signifikanten Effekte auf die Beschwerdesymptome hatten. Lediglich in der Depressivitätsskala zeigte sich eine schwache Tendenz. Personen, die länger als 4,75 Jahre berufstätig waren, hatten tendenziell etwas geringere Depressivitätswerte. Die genauen Ergebnisse der Varianzanalysen sind bei den Skalen des ProQoL und beim GSI des BSI-18 angegeben. Da sämtliche Ergebnisse nicht signifikant waren, wurde auf die ausführliche Wiedergabe bei den Subskalen des BSI-18 verzichtet.

7.4.1 Compassion Fatigue

Der Effekt zu den Details der Traumatisierung war nicht signifikant $F(1,95) = 0.789$ $p > .05$, $\eta^2 = .008$. Der Effekt zur Arbeitszeit pro Woche war nicht signifikant $F(1,105) = 0.074$ $p > .05$, $\eta^2 = .001$. Der Effekt zu der Arbeitsdauer war nicht signifikant $F(1,106) = 0.073$ $p > .05$, $\eta^2 = .001$. Der Effekt, wie viele Stunden sich spezifisch mit den Traumatisierungen beschäftigt wird, war nicht signifikant $F(1,69) = 2.547$ $p > .05$, $\eta^2 = .033$. Der Effekt, wie viele Stunden pro Woche Kontakt zu traumatisierten Klientinnen besteht, war nicht signifikant $F(1,96) = 0.296$ $p > .05$, $\eta^2 = .003$. Der Effekt, seit wie vielen Jahren Kontakt zu traumatisierten Klientinnen besteht, war nicht signifikant $F(1,101) = 0.357$ $p > .05$, $\eta^2 = .003$.

7.4.2 Burnout

Der Effekt zu den Details der Traumatisierung war nicht signifikant $F(1,95) = 0.075$ $p > .05$, $\eta^2 = .000$. Der Effekt zur Arbeitszeit pro Woche war nicht signifikant $F(1,105) = 0.308$ $p > .05$, $\eta^2 = .003$. Der Effekt zu der Arbeitsdauer war nicht signifikant $F(1,106) = 0.029$ $p > .05$, $\eta^2 = .000$. Der Effekt, wie viele Stunden sich spezifisch mit den Traumatisierungen beschäftigt wird, war nicht signifikant $F(1,69) = 0.005$ $p > .05$, $\eta^2 = .000$. Der Effekt, wie viele Stunden pro Woche Kontakt zu traumatisierten Klientinnen besteht, war nicht signifikant $F(1,96) = 0.256$ $p > .05$, $\eta^2 = .002$. Der Effekt, seit wie vielen Jahren Kontakt zu traumatisierten Klientinnen besteht, war nicht signifikant $F(1,101) = 0.009$ $p > .05$, $\eta^2 = .000$.

7.4.3 Compassion Satisfaction

Der Effekt zu den Details der Traumatisierung war nicht signifikant $F(1,95) = 0.452$ $p > .05$, $\eta^2 = .004$. Der Effekt zur Arbeitszeit pro Woche war nicht signifikant $F(1,105) = 1.773$ $p > .05$, $\eta^2 = .016$. Der Effekt zu der Arbeitsdauer war nicht signifikant $F(1,106) = 1.234$ $p > .05$, $\eta^2 = .010$. Der Effekt, wie viele Stunden sich spezifisch mit den Traumatisierungen beschäftigt wird, war nicht signifikant $F(1,69) = .759$ $p > .05$, $\eta^2 = .011$. Der Effekt, wie viele Stunden pro Woche Kontakt zu traumatisierten Klientinnen besteht, war nicht signifikant $F(1,96) = 0.265$

$p > .05$, $\eta^2 = .003$. Der Effekt, seit wie vielen Jahren Kontakt zu traumatisierten Klientinnen besteht, war nicht signifikant $F(1,101) = 1.461$ $p > .05$, $\eta^2 = .013$.

7.4.4 Globaler Beschwerde Index

Der Haupteffekt zu den Details der Traumatisierung war nicht signifikant $F(1,95) = 0.037$ $p > .05$, $\eta^2 = .000$. Der Haupteffekt zur Arbeitszeit pro Woche war nicht signifikant $F(1,104) = 0.091$ $p > .05$, $\eta^2 = .001$. Der Haupteffekt zu der Arbeitsdauer war nicht signifikant $F(1,105) = 2.244$ $p > .05$, $\eta^2 = .019$. Der Effekt, wie viele Stunden sich spezifisch mit den Traumatisierungen beschäftigt wird, war nicht signifikant $F(1,68) = 0.008$ $p > .05$, $\eta^2 = .000$. Der Effekt, wie viele Stunden pro Woche Kontakt zu traumatisierten Klientinnen besteht, war nicht signifikant $F(1,95) = 0.042$ $p > .05$, $\eta^2 = .000$. Der Effekt, seit wie vielen Jahren Kontakt zu traumatisierten Klientinnen besteht, war nicht signifikant $F(1,100) = 2.511$ $p > .05$, $\eta^2 = .023$.

7.4.5 Somatisierungen

Die Werte in der Somatisierungsskala wurden durch keine der 6 alternativen Operationalisierungen der Dosis beeinflusst.

7.4.6 Depressivität

Die Werte in der Depressivitätsskala wurden durch keine der 6 alternativen Operationalisierungen der Dosis beeinflusst. Es fand sich lediglich eine Tendenz, dass Personen, die länger im Flüchtlingsbereich arbeiteten ($>4,75$ Jahre), geringere Depressivitätswerte hatten, $F(1,113) = 2.926$ $p < .10$, $\eta^2 = .026$.

7.4.7 Angst

Die Werte in der Angstskala wurden durch keine der 6 alternativen Operationalisierungen der Dosis beeinflusst.

7.5 Die eigene Trauma Vorgeschichte

Die Zusammenhänge zwischen den selbst erfahrenen, potentiell traumatischen Erlebnissen, ob persönlich oder als Zeuge, und den unterschiedlichen Beschwerdeskalen wurden mit einfachen Regressionsanalysen berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 wiedergegeben.

Tabelle 7

Zusammenfassung der Regressionsanalysen für die verschiedenen Beschwerdeskalen (N=115)

Symptom	B	SE B	β	t	Sig. (p)	R ^{2*}
CF	.991	.284	.311**	3.482	.001	.089
BO	.518	.279	.172	1.760	.065	.021
GSI	1.593	.308	.439***	5.177	.000	.186
Somatisierungen	1.932	.361	.451***	5.346	.000	.196
Depressivität	1.133	.353	.290**	3.213	.002	.076
Angst	1.567	.336	.404***	4.668	.000	.155
CS	-.278	.350	-.074	-.793	.429	-.003

Note CF = compassion fatigue, BO = burnout, GSI = Globaler Beschwerde Index, CS = compassion satisfaction; * R²= korrigiertes R²; ** signifikant $p < .01$, *** signifikant $p < .001$

Es zeigte sich, dass eigene traumatische Erfahrungen einen mittleren Effekt auf die CF Skalenwerte hatten und einen schwachen Effekt auf die Burnout Werte. Auf den GSI wurde ein starker Effekt nachgewiesen (starker Effekt auf die Somatisierungsskala und auf die Angstskala, mittlerer Effekt auf die Depressivitätsskala).

7.6 Copingstrategien gegen Stresserleben

Die Copingstrategien gegen Stresserleben wurden in einem ersten Schritt mit einer multivariaten Varianzanalyse auf ihre Wirksamkeit untersucht. Hierbei zeigte sich, dass das emotionsorientierte Coping einen großen Effekt auf die Symptombelastungen hatte Pillai's = .614; $F(3,72) = 17.107$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .416$. Personen, die angaben, stärker auf emotionsorientierte Copingstrategien zurückzugreifen, hatten auf allen Beschwerdeskalen deutlich höhere Werte.

Bei CF $F(1,74) = 35.474$; $p < .001$; $\eta^2 = .302$, bei Burnout $F(1,74) = 5.517$; $p < .05$; $\eta^2 = .064$ und im GSI $F(1,74) = 29.726$; $p < .001$; $\eta^2 = .269$.

Die Subskalen des BSI-18 wurden mit einer eigenen multivariaten Varianzanalyse noch genauer untersucht. Das emotionsorientierte Copingverhalten hatte einen hoch signifikanten und starken Effekt Pillai's = .341; $F(3,72) = 12.416$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .341$. Dieser zeigte sich in der Angstskaala $F(1,74) = 32.007$; $p < .001$; $\eta^2 = .288$, in der Depressivitätsskala $F(1,74) = 22.705$; $p < .001$; $\eta^2 = .225$ und in der Somatisierungsskala $F(1,74) = 10.152$; $p < .01$; $\eta^2 = .115$.

Mit weiteren multivariaten Varianzanalysen wurde zum einen untersucht, ob sich die unterschiedlichen Berufsgruppen in ihren Copingstrategien unterschieden, zum zweiten wurde untersucht, ob Frauen und Männer unterschiedliche Copingstrategien verwendeten und zum dritten wurde untersucht, ob das Alter einen Effekt auf die verwendeten Copingstrategien hat.

Der Berufsgruppeneffekt konnte mit der ersten Varianzanalyse ausgeschlossen werden. Die Berufsgruppen unterschieden sich nicht in der Anwendung unterschiedlicher Copingstrategien Pillai's = .033; $F(9,318) = .393$; $p = .938$; $\eta_p^2 = .011$. Es zeigte sich ein tendenziell vorhandener mittlerer Geschlechtereffekt Pillai's = .063; $F(3,104) = 2.344$; $p < .10$; $\eta_p^2 = .063$, dieser manifestierte sich als Tendenz in der Skala des vermeidungsorientierten Coping $F(1,106) = 3.631$; $p = .059$; $\eta^2 = .032$. Frauen tendierten eher dazu, vermeidungsorientierte Copingstrategien anzuwenden. Eine weitere Varianzanalyse untersuchte die beiden Subskalen des vermeidungsorientierten Coping. Hier zeigte sich, dass Frauen häufiger als Männer sozial ablenkende bzw. sozial unterstützende Vermeidungsstrategien anwenden $F(1,106) = 4.540$; $p < .05$; $\eta^2 = .037$.

Die Varianzanalyse mit dem Geschlecht und dem dichotomisierten Alter zeigte erneut einen tendenziell vorhandenen mittleren Geschlechter Effekt Pillai's = .070; $F(3,107) = 2.669$; $p = .051$; $\eta_p^2 = .070$ und eine signifikante Wechselwirkung mit dem Alter Pillai's = .081; $F(3,96) = 3.140$; $p < .05$; $\eta_p^2 = .081$. Frauen setzten tendenziell häufiger aufgabenorientierte Copingstrategien ein $F(1,109) = 3.503$; $p = .064$; $\eta^2 = .031$. Die Wechselwirkung zeigte sich beim emotionsorientierten Coping $F(1,109) = 8.659$; $p < .01$; $\eta^2 = .073$. Junge Frauen (<36 Jahre) wa-

ren emotionsorientierter als junge Männer. In der Gruppe der älteren (> 36 Jahre) war es umgekehrt. Hier waren die Männer emotionsorientierter als die Frauen. Siehe Abbildung 10.

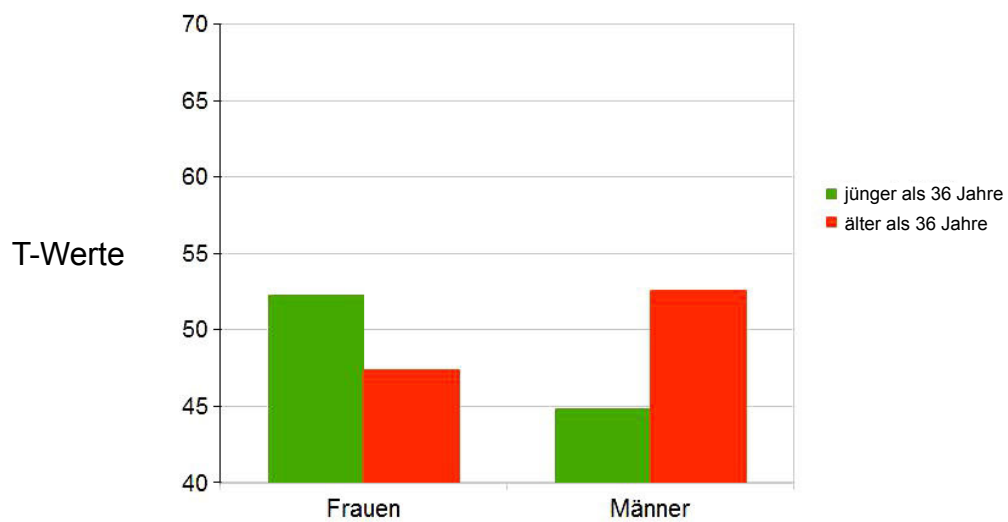


Abbildung 10: Emotionsorientiertes Coping. Mittelwerte unterteilt nach Männern und Frauen und Altersgruppen

8. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, CF, Burnout und weitere relevanten Beschwerden (Somatisierungen, Angst und Depressivität), aber auch CS in verschiedenen Gruppen von Helferinnen traumatisierter Flüchtlinge zu untersuchen und potentielle Risikofaktoren zu identifizieren. Dies geschah mit einer Fragebogenerhebung in verschiedenen hauptsächlich österreichischen, aber auch deutschen Organisationen, die Hilfe für (traumatisierte) Flüchtlinge anbieten. Die Prävalenzen der erhobenen Symptome zeigten, dass von den Teilnehmerinnen niemand überdurchschnittliche CF und Burnout Werte hatte und nur eine Person angab, unterdurchschnittlich wenig CS durch die Tätigkeiten zu erfahren. In den Skalen der BSI-18 waren 27,2% der Teilnehmerinnen im GSI auffällig, 20,2% in der Subskala Somatisierung, 27,2% in Depressivität und 36,8% in der Angstskala im Vergleich zur Normalbevölkerung erscheinen die Prävalenzen der Subskalen sehr hoch. Die Prävalenzraten der selbst erlebten, potentiell traumatischen Ereignisse waren im Vergleich mit der Normalbevölkerung unauffällig und entsprechen den Werten von Tagay und Senf (im Druck).

Wurden die verschiedenen Berufsgruppen im Bezug auf die Symptom-Ausprägungen untersucht, zeigten sich auf den ersten Blick Unterschiede in der Burnout Skala, der CS Skala und der Somatisierungsskala. In allen drei Skalen hatten die nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen die ungünstigsten Werte (höchste Somatisierungen, höchster Burnout und geringste CS). Nicht psychologisch ausgebildete Helferinnen hatten die höchsten Burnout Werte und unterschieden sich signifikant von den Laien ($p < .05$) und den psychologisch ausgebildeten Helferinnen ($p < .01$). Dieser Effekt ($\eta^2 = .124$) ist so deutlich, dass er fast als groß bezeichnet werden kann. Bei CS hatten die Laien die höchsten Werte und unterschieden sich signifikant von den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen ($p < .05$), welche hier die geringsten Werte hatten. Hier ließ sich ein mittlerer Effekt ($\eta^2 = .077$) nachweisen. Bei den Somatisierungen kam es zu einem schwachen Effekt ($\eta^2 = .09$). Hier unterschieden sich die psychologisch ausgebildeten Helferinnen mit den geringsten Werten signifikant von den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen ($p < .05$). Auch wenn sich die Berufsgruppen in den anderen Beschwerdeskalen nicht signifikant voneinander unterschieden, wurde im GSI dennoch ein

mittlerer Effekt ($\eta^2=.056$) berechnet und der deutlichste Unterschied war ebenfalls zwischen den psychologisch ausgebildeten und den nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen sichtbar.

Diese Ergebnisse verdeutlichen den protektiven Wert einer umfassenden psychosozialen Ausbildung, wie sie auch von vielen Autorinnen (z. B. Black & Weinreich, 2000; Gurriss, 2002) gefordert wird. Besonders Pross (2006, 2009) betont den hohen Stellenwert von professionellen psychotherapeutischen Trainings- und Weiterbildungsmaßnahmen für den Umgang mit traumatisierten Klientinnen. Auch Studien zu Burnout sehen einen wichtigen Risikofaktor in der Diskrepanz zwischen zu hohen Erwartungen an den Beruf und sich selbst und tatsächlichen Ressourcen (Maslach et al., 2001). Tatsächlich könnte es sein, dass Personen mit vergleichsweise kurzer Ausbildung durch den Erwerb eines Titels einen besonders hohen Anspruch an sich haben, dem sie dann vielleicht nicht gerecht werden können. Die als Laien bezeichnete Gruppe hatte im Vergleich zu den anderen Gruppen allerdings keine erhöhten Symptomwerte. Dies kann mehrere Gründe haben. Zum einen unterscheidet sich die Laien-Gruppe besonders in der wöchentlichen Arbeitszeit, dem wöchentlichen Kontakt zu Traumatisierten und der Zeit, in der sich explizit mit den Traumatisierungen auseinandergesetzt wird. Zum anderen könnte es sein, dass Laien einen anderen Anspruch an sich und die Möglichkeiten zu helfen haben als Personen, die über eine Ausbildung einen Titel (z. B. Beraterin und Betreuerin) als helfende Person erworben haben. Bei Laien, die mit einer relativ geringen Stundenzahl helfende Arbeit leisten, könnte der befriedigende Effekt helfender Arbeit wie in dieser Studie mit CS erhoben stärker sein als das Gefühl, überfordert zu werden. Die hohen CS Werte der Laien sprechen dafür.

Bei der Auswertung des Kontaktes zu Traumatisierungen ließen sich lediglich über den Prozentanteil traumatisierter Klientinnen Effekte nachweisen. Der Prozentanteil hatte sowohl Auswirkungen auf CF ($\eta^2=.044$) als auch auf CS ($\eta^2=.058$) und den GSI ($\eta^2=.062$) mit den Skalen Somatisierung ($\eta^2=.083$) und Angst ($\eta^2=.071$). Alle anderen, alternativen Items (Jahre in der Flüchtlingsarbeit, Arbeitszeit pro Woche, Kontakt zu traumatisierten Klientinnen in Jahren, Kontakt zu traumatisierten Klientinnen pro Woche, Beschäftigungszeit explizit mit

den Traumatisierungen pro Woche und Details der Traumatisierungen) hatten keinen Effekt auf die Belastungen.

Beim Betrachten der Interaktionseffekte zwischen den Berufsgruppen und dem Prozentanteil traumatisierter Klientinnen werden die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen noch deutlicher. Bei Burnout ($\eta^2=.087$) und bei CS ($\eta^2=.113$) waren Laien deutlich vom Prozentanteil traumatisierter Klientinnen beeinflusst. Sie hatten deutlich geringer Burnout Werte und deutlich erhöhte CS Werte, wenn sie angaben, einen höheren Prozentanteil traumatisierter Klientinnen zu betreuen. Im GSI und zwei der Subskalen wurden ebenfalls beachtliche Interaktionseffekte nachgewiesen. Beim GSI ($\eta^2=.094$), in der Angstskaala ($\eta^2=.089$) und in der Somatisierungsskala ($\eta^2=.044$, n. s.) hatten die Laien und nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen gefolgt von den Sozialarbeiterinnen höhere GSI, Angst- und Somatisierungswerte, wenn sie mit einem höheren Prozentanteil traumatisierter Klientinnen zusammenarbeiteten. Bei den psychologisch ausgebildeten Helferinnen war der Effekt im GSI und der Angstskaala umgekehrt und deutlich geringer und in der Somatisierungsskala gar nicht vorhanden.

Die Interaktionseffekte zusammenfassend betrachtet, zeigte sich, dass Laien und nicht psychologisch ausgebildete Helferinnen durch den Prozentanteil traumatisierter Klientinnen am stärksten beeinflusst wurden und die psychologisch ausgebildeten Helferinnen hier die geringste Beeinflussung aufwiesen. Es könnte bedeuten, dass professionelle, psychologische bzw. psychotherapeutische Arbeit objektiver, weniger wertend mit den unterschiedlichen Klientinnen umgehen kann. CS entstand nicht wie bei den Laien dann, wenn besonders viele gravierende Fälle unter den Klientinnen waren und auch die Belastungssymptome wurden weniger durch diese Klientinnenvariable beeinflusst. Erstaunlicherweise waren die Effekte bei den Symptombelastungen - wie sie mit der BSI-18 erhoben wurden - entgegengesetzt zu den der anderen drei Berufsgruppen. Eine andere mögliche Erklärung wäre hier, dass im Bezug auf den Prozentanteil traumatisierter Klientinnen psychologisch ausgebildetes Personal ideale Voraussetzungen vorfindet, dem eigenen Berufsprofil zu entsprechen und gelernte Methoden anzuwenden. Einen wichtigen Aspekt dazu liefern die Arbeiten von Gurriss (2005, zitiert nach Pross, 2009, S. 233ff) und Birck (2002). Die Autorinnen beschreiben die unsiche-

re Aufenthaltssituation der Klientinnen und Ärger mit den Behörden als besonders belastend. Da diese wesentliche Belastungsquelle stärker in das Aufgabengebiet der Sozialarbeiterinnen und Beraterinnen fällt, ließe sich deren stärkere Belastung dadurch erklären. Während die psychologisch ausgebildeten Helferinnen sich vornehmlich mit den psychologischen und individuellen Aspekten ihrer Klientinnen auseinandersetzen und Hilfe anbieten können, sind es vornehmlich die Sozialarbeiterinnen, welche sich mit restriktiven Behörden und schwer zu beeinflussenden Amtsstrukturen auseinandersetzen haben. Das zusätzliche Wissen, dass die eigenen Klientinnen traumatisiert sind, könnte bei ihnen ein besonders starkes Gefühl der Hilflosigkeit erzeugen.

Die Auswertung der eigenen Trauma Vorgeschichte lieferte ebenfalls deutliche Effekte. Die Summe der potentiell traumatischen Erlebnisse hatte einen mittleren Effekt auf CF ($R^2=.089$) und einen kleinen Effekt auf Burnout ($R^2=.021$). Der Effekt auf den GSI ($R^2=.186$) war stark, auf Somatisierungen ($R^2=.196$), auf Depressivität ($R^2=.076$) und auf Angst ($R^2=.155$). Diese Effekte sind stärker als die mittleren bis schwachen Effekte des Prozentanteils. Auch im Bezug auf die spezielle CF Skala können die eigenen potentiell traumatischen Erfahrungen mehr Varianz erklären ($R^2=.089$) als der Prozentanteil traumatisierter Klientinnen ($\eta^2=.044$). Diese Kritik am Konzept von CF wurde auch von Pross (2009, S. 261ff) geäußert. Es ist wahrscheinlich, dass es sich bei CF zu einem erheblichen Anteil um Auswirkungen selbst erlebter Traumatisierungen handelt.

Die Copingstrategien gegen Stress wurden auf ihre Wirksamkeit untersucht. Stärkere Beschwerden auf den unterschiedlichen Skalen waren deutlich mit dem emotionsorientierten Coping assoziiert. Emotionsorientiertes Coping hatte einen starken Effekt auf CF ($\eta^2=.302$), einen mittleren Effekt auf Burnout ($\eta^2=.064$) und einen starken Effekt auf den GSI ($\eta^2=.269$). In den Subskalen zum GSI wurden starke Effekte auf die Angstskala ($\eta^2=.288$) und die Depressivitätsskala ($\eta^2=.225$) und ein nicht ganz so starker Effekt auf die Somatisierungsskala ($\eta^2=.115$) nachgewiesen. Ähnliche Effekte fanden sich auch bei Cosway et al. (2000). Das aufgabenorientierte Coping hatte dort einen nur geringen gesundheitsfördernden Effekt auf die globale Skala des General Health Questionnaire (GHQ-Total) ($R^2=.029$), das emotionsori-

enterte Coping hatte starke Effekte auf GHQ-Total ($R^2=.212$), auf Angst/Schlaflosigkeit ($R^2=.194$), auf Somatisierungen ($R^2=.14$) und Depressivität ($R^2=.109$). Bei den Coping Strategien gegen Stress zeigten sich jedenfalls keine Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Es wurden lediglich einige tendenziell vorhandene, schwache Geschlechtereffekte und ein mittlerer Interaktionseffekt mit dem Alter gefunden. Frauen zeigten tendenziell eher als Männer vermeidungsorientiertes Coping ($\eta^2=.032$), genauer untersucht zeigte sich der Effekt im sozial/ ablenkungsorientierten Coping ($\eta^2=.037$). Die sozial/ablenkungsorientierte Skala beinhaltet allerdings Items, welche mit sozialer Unterstützung zusammenhängen (Hatchett & Park, 2004) und lässt sich damit nicht als reine Vermeidungsskala interpretieren. Frauen setzten im Gegensatz zu der Studie von Endler und Parker (1994) tendenziell auch eher als Männer das aufgaben/problemorientierte Coping ein ($\eta^2=.031$). Der Interaktionseffekt mit dem Alter zeigte sich deutlich auf der Skala des emotionsorientierten Copings ($\eta^2=.073$). Das emotionsorientierte Coping wurde vor allem von jüngeren Frauen (<36 Jahre) und älteren Männern (>36 Jahre) verwendet. In der Stichprobe von Endler und Parker (1994) waren Frauen weniger aufgabenorientiert aber emotionaler und hatten auf beiden vermeidungsorientierten Subskalen höhere Werte.

8.1 Limitationen

Die Tatsache, dass in der gesamten Stichprobe keine Personen mit überdurchschnittlichen Burnout und CF Werten gefunden wurde, ist für die jeweiligen Personen erfreulich. Was die tatsächlichen Werte in der gesamten Population von Flüchtlingshelferinnen angeht, ist diese Studie für Generalisierungen ungeeignet. Die Daten wurden nicht zufällig aus der Gesamtpopulation gezogen, sondern Organisationen, die sich freiwillig zu einer Teilnahme bereiterklärt haben, nahmen an dieser Studie teil. Innerhalb der Organisationen wurden wiederum nur Freiwillige und spontan erreichbare Helferinnen befragt. Durch diese, auf zwei Ebenen entstandene Selektion, muss von systematischen Verzerrungen ausgegangen werden. Es ist wahrscheinlich, dass überdurchschnittlich belastete Helferinnen nicht an der Studie teilnahmen, bzw. durch die Belastungen schon früher aus der helfenden Arbeit ausgeschieden sind (Elswood et al., 2011; Jurisch et al., 2009; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Die Zuordnung in

die verschiedenen Berufsgruppen erfolgte erst im Nachhinein und relativ intuitiv bzw. willkürlich. Hier hätten klarere und vorab definierte Kategorien gebildet werden müssen. Im Hinblick auf die in der Literatur immer wieder erwähnten Arbeitsplatzmerkmale als wichtiger Faktor wäre es besser gewesen, Arbeitsplatzmerkmale ebenfalls mit zu erheben. Auch der Ausbildungs- und Fortbildungs-Hintergrund der Helferinnen hätte systematischer erfasst werden können. Die Einteilung in Berufsgruppen liefert keine Hinweise über eventuell stattgefundene Schulungs- und Trainingsmaßnahmen. Der Prozentanteil traumatisierter Klientinnen als unabhängige Variable zur Operationalisierung der Kontaktmenge ist für Vergleiche mit anderen Studien schlecht geeignet, da er keine Hinweise auf die tatsächliche Kontaktmenge liefert. Der in dieser Studie verwendete Fb zur Operationalisierung der Copingstrategien erschien während der Auswertung nicht ideal. Die Verwendung eines Instruments mit klarer Unterscheidung in funktionale/dysfunktionale Strategien, wie z. B. der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF; Erdmann & Janke, 2008) oder der INCOPE – Individueller Coping Questionnaire (Bodenmann, 1997) hätte hier vielleicht besser interpretierbare Ergebnisse geliefert.

8.2 Ausblick

Die Untersuchung von Flüchtlingshelferinnen in Bezug auf Burnout und CF hat sich als spannendes Forschungsfeld herausgestellt. Da sowohl Burnout als auch CF keine klar definierten Konzepte sind und als solche auch viele Ähnlichkeiten und Überschneidungen aufweisen, ist dies ein Bereich, in dem weitere Forschung, spannende Antworten zu finden verspricht. Über die Verbesserungsvorschläge (Kapitel 8.1 Limitationen) hinaus und durch eine Studienteilnehmerin (Klinische Psychologin und Traumatherapeutin) inspiriert, wäre es interessant, Untersuchungen zu Belastungen und den Umgang mit diesen (z. B. Copingstrategien) von Vollzugsbeamtinnen im Asylbereich zu erheben. Da Studienteilnehmerinnen aus diesem Bereich voraussichtlich schwieriger zu erreichen sind, könnten bei kleinerer Teilnehmerinnenzahl mit qualitativen Interviews erste Hinweise auf Unterschiede gesammelt werden. CF und Burnout finden sich besonders häufig bei Berufseinsteigerinnen (z. B. Way et al., 2004; Sprang et al., 2007). Hier sind weitere grundsätzliche Diskussionen wünschenswert, um festzustellen, ob es sich hierbei überhaupt um CF und Burnout als solches handelt oder ein natürlicher Anpass-

sungsprozess Berufseinsteiger mit einer neuen Realität konfrontiert. Rosenbloom et al (2002, S. 89) z. B. bezeichnen in ihrem Konzept von VT die Reaktionen als natürlich und nicht zwangsläufig als pathologisch. Als besonders interessant erscheint es, den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Ausbildungen und Belastungen weiter zu beleuchten. Nicht psychologisch ausgebildete Helferinnen (darunter viele Beraterinnen und Betreuerinnen) waren stärker belastet und durch den Prozentanteil stärker beeinflusst. Der Unterschied zwischen psychologisch ausgebildeten Helferinnen und Sozialarbeiterinnen war statistisch nicht signifikant, dennoch waren gleiche Tendenzen bei den Sozialarbeiterinnen zu beobachten. Handelt es sich hierbei also um einen Zufallsbefund oder gibt es relevante Unterschiede in der Ausbildung oder dem Berufsprofil von Sozialarbeiterinnen, wodurch diese ebenfalls stärker belastet und durch den Prozentanteil stärker beeinflusst werden? Die Ergebnisse dieser Studie haben gezeigt, dass es sehr wohl Unterschiede in den verschiedenen Berufsgruppen gibt. Psychologisch ausgebildetes Personal hatte definitiv die günstigsten Werte. Damit kommt ihnen in diesem Bereich eine Verantwortung zu, anderen weniger gut vorbereiteten Helferinnen, Wissen und Methoden zu vermitteln, sich selbst zu schützen und gleichzeitig wirksame Hilfe anzubieten.

9. Tabellenverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosekriterien der PTBS nach DSM - IV.....	10
Tabelle 2: Traumahäufigkeit und Störungswahrscheinlichkeit nach spezifischen Traumata in der Allgemeinbevölkerung.....	13
Tabelle 3: Soziodemografische Angaben der Gesamtstichprobe	47
Tabelle 4: Relevante unabhängige Variablen aufgeteilt nach unterschiedlichen Berufsgruppen	49
Tabelle 5: Prävalenz der erlebten, potentiell traumatischen Ereignisse.....	50
Tabelle 6: Skalenwerte des ProQoL.....	51
Tabelle 7: Zusammenfassung der Regressionsanalysen für die verschiedenen Beschwerdeskalen.....	63

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction.....	26
Abbildung 2: Participant Flow Chart.....	48
Abbildung 3: Compassion Fatigue. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen	54
Abbildung 4: Burnout. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen	55
Abbildung 5: Compassion Satisfaction. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen	56
Abbildung 6: Globaler Beschwerde Index. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen.....	57
Abbildung 7: Somatisierungen. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen	58
Abbildung 8: Depressivität. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen	59
Abbildung 9: Angst. Mittelwerte unterteilt nach Berufsgruppen	60
Abbildung 10: Emotionsorientiertes Coping. Mittelwerte unterteilt nach Männern und Frauen und Altersgruppen.....	65

11. Anhangsverzeichnis

Anhang 1 Informed Consens	93
Anhang 2 Fragebogenbatterie	94
Anhang 3 Qualitative Berufsbezeichnungen und Zusammensetzung der Berufsgruppen	103
Anhang 4 Zusammenfassung / Abstract	104
Anhang 5 Lebenslauf	105

12. Literaturverzeichnis

- Abdallah-Steinkopff, B. (1999). Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *Verhaltenstherapie*, 9, 211 – 220.
- Adams, R. E., Figley, C. R. & Boscarino, J. A. (2008). The Compassion fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Research on Social Work Practice*, 18, 3, 238 – 250.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S. Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population. Results from the Finnish health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 11 – 17.
- Amber Med (2012). Homepage. Online im Internet: URL: <http://www.amber-med.at/amber/wer-wir-sind> [Stand 2012-10-15].
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asylkoordination Österreich (2012). *Links zu Beratungs- und Informationsstellen*. Online im Internet: URL: <http://www.asyl.at/adressen/beratung.htm#beratung1> [Stand 2012-10-15].
- Backenstrass, M., Joest, K., Gehrig, N., Pfeiffer, N., Mearns, J. & Catanzaro, S. J. (2010). The German Version of the Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation Scale. A Construct Validity Study. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 1, 28 – 38.
- Baird, K. & Kracen, A. C. (2006). Vicarious Traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19, 2, 181 – 188.
- Bell, H., Kulkarni, S. & Dalton, L. (2003). Organizational Prevention of Vicarious Trauma. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*,

84, 4, 463 – 470.

Berry, J. W., Kim, U., Minde, T. & Mok, D. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. *International Migration Review*, 21, 3, 491 – 511.

Bhugra, D. & Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 216 – 223.

Birck, A. (2002). Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture Survivors. *Traumatology*, 7, 2, 85 – 90.

BKK (2010). *Gesundheitsreport 2010 Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft*.

Online im Internet: URL:

http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/BKK_Gesundheitsreport_2010.pdf [Stand 2012-10-15].

Blache, J., Borza, A., De Angelis, K., Frankus, E., Gabbianelli, G., Korunka, C. . . .

Zdrehus, C. (2011). Burnout – Der theoretische Hintergrund. In Die Berater (Hrsg.), *BOIT Burnout-Interventionstraining für Manager und Teamleiter Ein Praxisbericht* (S.4 – 14). Wien.

Black, S. & Weinreich, P. (2000). An Exploration of Counselling Identity in Counsellors Who Deal With Trauma. *Traumatology*, 6, 25, 25 – 40.

Blaz-Kapusta, B. (2008). Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) – a case study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 5 – 11.

Bober, T. & Regehr, C.. (2006). Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma: Do They Work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 1.

Boscarino, J. A., Figley, C. R. & Adams, R. E. (2004). Compassion Fatigue Following the September 11 Terrorist Attacks: A Study of Secondary Trauma among New York City Social Workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6, 2, 57 – 66.

Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N. W. & Buunk, B. P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873 – 880.

Breslau, N., Chilcoat, H. D. , Kessler, R. C., Peterson, E. L. & Lucia, V. C. (1999).

Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference

- in posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 4, 813 – 821.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5, 748 – 766.
- Brewin, C. R. & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339 – 376.
- Bride, B. E., Jones, J. L. & MacMasters, S. A. (2007a). Correlates of Secondary Traumatic Stress in Child Protective Services Workers. *Journal of Evidence Based Social Work*, 4, 3-4, 69 – 80.
- Bride, B. E. & Kintzle, S. (2011). Secondary Traumatic Stress, Job Satisfaction, and Occupational Commitment in Substance Abuse Counselors. *Traumatology*, 17, 1, 22 – 28.
- Bride, B. E., Radey, M. & Figley, C. R. (2007b). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155 – 163.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, R. & Figley, C. R. (2003). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 13, X, 1 – 16.
- Bromet, E., Sonnega, A. & Kessler, R. C. (1998). Risk Factors for DSM-III-R Posttraumatic Stress Disorder Findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*, 147, 4, 353 – 361.
- Brühlmann, T. (2007). Was ist Burnout? *Praxis*, 96, 901 – 905.
- Brühlmann, T. (2010). Burnout und Depression – Überschneidung und Abgrenzung. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 10, 8, 148 – 151.
- Bundesagentur für Arbeit (2005). *Ausbildungsbeschreibung von Sozialberater/Sozialberaterin für ausländische Arbeitnehmer*. Online im Internet: URL: <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/docroot/r1/blobs/pdf/archiv/14082.pdf> [Stand 2012-10-30].
- Bundesagentur für Arbeit (2007). *Ausbildungsbeschreibung von Staatlich geprüfter Sozialbetreuer/Staatlich geprüfte Sozialbetreuerin*. Online im Internet: URL:

<http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/docroot/r1/blobs/pdf/archiv/9028.pdf>
[Stand 2012-10-30].

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2011). Bundesfachtagung Wo bleiben die Helfer? Psychohygiene in der Arbeit mit Flüchtlingen und Folterüberlebenden. Online im Internet: URL: <http://www.baff-zentren.org/index.php/veranstaltungen/archivfachtagungen.html> [Stand 2012-10-30].

Caritas (2004). *Zum Thema: Asyl Angenommen – Abgelehnt*. Wien: First Smile.

Caritas (2012). *Homepage*. Online im Internet: URL: <http://www.caritas-wien.at/hilfeeinrichtungen/asylmigrationintegration/wohnmoeglichkeiten/wien/> [Stand 2012-10-15].

Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 13.

Clark, M. L. & Gioro, S. (1998). Nurses, Indirect Trauma and Prevention. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 1, 85 – 87.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Collins, S. & Long, A. (2003a). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417 – 424.

Collins, S. & Long, A. (2003b). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 17 – 24.

Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J. & Deary, I. J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial Structure and Associations With Personality Traits and Psychological Health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, 2, 121 – 143.

Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, 53, 100 – 107.

Deighton, R. M., Gurriss, N. & Traue, H. (2007). Factors Affecting Burnout and

- Compassion Fatigue in Psychotherapists Treating Torture Survivors: Is the Therapist's Attitude to Working Through Trauma Relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1, 63 – 75.
- de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Nouredine, K., . . . Somasundaram, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *Journal of the American Medical Association*, 286, 5, 555 – 562.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 3, 499 – 512.
- Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI-18)*. Deutsche Version: Franke, G. H. (2000).
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (2012). Aus- und Weiterbildung zur Psychoanalytikerin und zum Psychoanalytiker. Online im Internet: URL: http://dgpt.de/fileadmin/download/Aus-_Weiterbildung/DGPT_Aus_und_Weiterbildung_EMail_Version_20130424.pdf [Stand 2012-12-15].
- Deutsches Psychotherapeutengesetz (1999). In Bundesministerium für Justiz (Hrsg.), *Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Online im Internet: URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/> [Stand 2012-12-15].
- Dhawan, S., Entrena, E., Eriksson-Söder, U. S. & Landahl, M. L. (1995). Der Dolmetscher als Brücke zwischen Kulturen und Sprachen. In K. Peltzer, A. Aycha & E. Bittenbinder (Hrsg.), *Gewalt und Trauma - Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt* (S. 178 – 192). Frankfurt am Main: IKO.
- Diakonie Flüchtlingsdienst (2011). *Jahresbericht 2011*. Wien.
- Diakonie Flüchtlingsdienst (2012). *Homepage*. Online im Internet: URL: <http://fluechtlingsdienst.diakonie.at/goto/de/wer> [Stand 2012-10-15].

- Dunkley J. & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatisation: current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34, 1, 107-116.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M. & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31, 25 – 36.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)* Kurzform: Kälin, W. (1995).
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of Multidimensional Coping: Task, Emotion, and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*, 6, 1, 50 – 60.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1999). CISS Coping Inventory for Stressful Situations. Multi-Health-Systems Inc. Toronto (Hrsg.), Online im Internet: URL: <http://downloads.mhs.com/ciss/ciss.pdf> [Stand 2012-06-15].
- Erim, Y. & Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 47, 6, 336 – 346.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309 – 1314.
- Field, A. (2005) Discovering Statistics Using SPSS. London: SAGE.
- Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp. 1 – 20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). Mitgeföhlrserschöpfung Der Preis des Helfens. In B. Hudnall-Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (S. 41-59). Paderborn: Junfermann.
- Flüchtlingsrat Thüringen (2008). Homepage. Online im Internet: URL: <http://www.fluechtlingsrat-thr.de/index.php/projekte/abgeschlossene-projekte/51-qualifizierung-ehrenamtlicher-in-der-fluechtlingsarbeit-mit-schwerpunkt-aufsuchende-beratungsangebote> [Stand 2012-12-15].

- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for Treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 4, 539 – 588.
- Franke, G. H. (1997). Erste Studien zur Güte des Brief Symptom Inventory (BSI). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 3-4*, 159 – 166.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI-18)* (deutsche Version).
- Franke, G. H., Jäger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C. & Brähler, E. (im Druck). Psychometric analysis and standardization of the Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample.
- Franke, G. H., Jäger, S., Morfeld, M., Salewski, C., Reimer, J. Rensing, A., . . . Türk, T. (2010). Eignet sich das BSI-18 zur Erfassung der psychischen Belastung von nierentransplantierten Patienten? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 19*, 30 – 37.
- Freud, S. (1910). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie: Fortschritt des analytischen Wissens und der analytischen Technik. In P. Kietzmann (Hrsg.) Historische Texte und Wörterbücher. Online im Internet: URL: <http://www.textlog.de/freud-psychoanalyse-fortschritt-analytischen-wissens-technik.html> [Stand 2012-06-15].
- Gäbel, U. Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*, 1, 12 – 20.
- Gün, A. K. (2003). Therapie und Rehabilitation. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesunde Integration Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin* (S. 36 – 42). Berlin.
- Gurris, N. F. (2002). Überlegungen zur stellvertretenden Traumatisierung bei Therapeuten in der Behandlung von Folterüberlebenden. *Psychotraumatologie, 3*, 4, 45 – 61.
- Haenel, F. (1997). Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern

- unter Beteiligung von Dolmetschern. *Systema*, 2, 136 – 144.
- Haenel, F. (2007). Zur Rehabilitation und Integration psychisch traumatisierter Folter- und Bürgerkriegsüberlebender. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesundheit und Integration Ein Handbuch für Modelle guter Praxis* (S. 23 – 28). Berlin.
- Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P. & Braeckman, L. (2011). Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge. *Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale*. Online im Internet: URL: <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/90274/1/Synth%C3%A8se%20%C3%A9tude%20burnout%202010.pdf> [Stand 2012-06-15].
- Harrison, R. L. & Westwood, M. J. (2009). Preventing Vicarious traumatization of mental health Therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, 2, 203 – 219.
- Heim, R. & Schulze, B. (2008). Burnout-Syndrom: Zur professionellen Therapie einer neuen klinischen Herausforderung. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 32, 8, 569 – 573.
- Heinrich-Clauer, V. (2005). Selbstfürsorge für Psychotherapeuten. Eine körperpsychotherapeutische Perspektive zu einem vernachlässigten Thema. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 5, 4, 172 – 181.
- Heise, E. (2003). Auch einfühlsame Studenten sind Männer: Das generische Maskulinum und die mentale Repräsentation von Personen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35, 2, 285 – 291.
- Hemayat, Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende (2011). Platz für neue Hoffnung *Jahresbericht 2011*. Wien.
- Hemayat Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende (2012). Homepage. Online im Internet: URL: <http://www.hemayat.org/dolm.html> [Stand 2012-12-15].
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic.
- Herman, J. L. (2003) *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und*

- überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. J. (2009). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Focus*, 7, 2, 221 – 242.
- Hörbst, V. (2002). Dolmetscher im Sozial- und Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen*, 89/90, 40 – 58.
- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., . . . Westermeyer, J. (2002). *Journal of the American Medical Association*, 288, 5, 611 – 621.
- Hudnall-Stamm, B. (2009). Professional Quality of Life (ProQoL). Fragebogen. Online im Internet: URL: http://www.proqol.org/ProQol_Test.html [Stand 2012-12-07].
- Hudnall-Stamm, B. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello, Online im Internet: URL: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf [Stand 2012-12-07].
- Hudnall-Stamm, B. (2012). Homepage. Online im Internet: URL: <http://www.proqol.org/> [Stand 2012-12-07].
- Huggard, P. & Dixon R. (2011). „Tired of Caring“: The Impact of Caring on Resident Doctors. *Australasian Journal of Disasters and Trauma Studies*, 3, 105 – 112.
- Illiffe, G. & Steed, L. G. (2000). Exploring the Counselor’s Experience of Working With Perpetrators and Survivors of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 4, 393 – 412.
- Integrationshaus (2011). *Tätigkeitsbericht 2011*. Wien.
- Integrationshaus (2012). *Homepage*. Online im Internet: URL: <http://www.integrationshaus.at/de/ih/> [Stand 2012-10-15].
- Jaeggi, E. & Reimer, C. (2008). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 53, 92 – 99.
- Janoff-Bulman, R. (1988). Victims of Violence. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (pp. 101 – 113). Chichester: John Wiley & Sons.
- Jurisch, F., Kolassa, I. T. & Elbert, T. (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick

- über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38, (4), 250 – 261.
- Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P. & Topipinen-Tanner, S. (2003). Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long term predictors. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 17, 2, 109 – 122.
- Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. In J. Glatzel, H. Krüger & C. Scharfetter (Hrsg.) *Forum der Psychiatrie*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Keck, M. E. (2012). Depression und Burn-out als psychosomatische Erkrankungen. *Psychiatrie und Neurologie*, 1, 4 – 8.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 12, 1048 – 1060.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. & Best, C. L. (2003). Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 4, 692 – 700.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 873 – 883.
- Knapp, A. (2005). *Weniger Asyl – mehr Versorgung? Studie zu den Änderungen in der Bundesbetreuung*. Wien: Asylkoordination Österreich.
- Knapp, A. (2010). *Leben im Flüchtlingsquartier. Standards in der Versorgung und Betreuung von Asylsuchenden*. Wien: Asylkoordination Österreich.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1, 1 – 11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Zola, M. A. (1983). Type A and Hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 1, 41 – 51.
- Koch, E. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und

- Integration (Hrsg.), *Gesunde Integration Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin* (S. 43 – 53). Berlin.
- Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). In Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.), *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. Köln.
- Kunzke, D. & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter Eine Übersicht für die klinische Praxis. *Psychotherapeut*, 48, 50 – 70.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion A New Synthesis*. London: Free Association Books.
- Leiter, M. P. & Durup, J. (1994). The Discriminant Validity of Burnout and Depression: A Confirmatory Factor Analytic Study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 357 – 373.
- Lemke, J.. (2005). *Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung*. Kröning: Asanger.
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A. & Priebe, S. (2008). Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 109 – 122.
- Lueger-Schuster, B. (2008). Diagnostik Posttraumatischer Belastungsstörungen. *Psychiatria Danubina*, 20, 4, 521 – 531.
- Lueger-Schuster, B. (2010). Supporting interventions after exposure to torture. *Torture*, 20, 1, 32 – 44.
- Machleidt, W. (2009). Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen. In Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), *Migration & Gesundheit Dossier* (S. 44 – 54).
- Madson, L. & Shoda, J. (2006). Alternating Between Masculine and Feminine Pronouns: Does Essay Topic Affect Readers' Perception? *Sex Roles*, 54, 3-4, 275 – 285.
- Mahoney, M. J. & Lyddon, W. J. (1988). Recent Developments in Cognitive Approaches to Counseling and Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 16, 2, 190 –

234.

- Marriage, S. & Marriage, K. (2005). Too Many Sad Stories: Clinician Stress and Coping. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14, 4, 114 – 117.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 – 113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397 – 422.
- McCann, L. & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 1, 131 – 149.
- Meier, S. T. (1984). The Construct Validity of Burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 3, 211 – 219.
- Nil, R., Jacobshagen, N., Schächinger, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., . . . Holsboer-Trachsler, E. (2010). Burnout – eine Standortbestimmung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161, 2, 72 – 77.
- Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung (NIPE) (2012). Informations-Folder. Online im Internet: URL: http://www.asyl.at/adressen/nipe_folder_08.pdf [Stand 2012-10-15].
- Österreichisches Psychotherapiegesetz (1990). In Bundesverband für Psychotherapie (Hrsg.) Online im Internet: URL: <http://www.psychotherapie.at/psychotherapiegesetz> [Stand 2012-10-15].
- Ozer, E. J., Best, R. S., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2008). *Psychological Trauma: Theory, Research, and Policy*, 5, 1, 3 – 36.
- Pearlman, L. A. (2002). Selbstfürsorge für Traumatherapeuten Linderung der Auswirkungen einer indirekten Traumatisierung. In B. Hudnall-Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (S. 77-86). Paderborn: Junfermann.
- Pearlman, L. A. & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology*:

Research and Practice, 26, 6, 558 – 565.

- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp. 150 – 177). New York: Brunner/Mazel.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factor and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46 – 59.
- Perron, B. E. & Hiltz, B. S. (2006). Burnout and Secondary Trauma Among Forensic Interviewers of Abused Children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23, 2, 216 – 234.
- Peters, L., Slade, T. & Andrews, G. (1999). A Comparison of ICD10 and DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 2, 335 – 343.
- Piaget, J. (1971). *Biology and Knowledge An Essay on the Relations between Organic Regulations and Cognitive Processes*. Chicago: The University of Chicago.
- Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatisatation and its prevention What is burnout, what is vicarious traumatisatation? *Torture*, 16, 1, 1 – 9.
- Pross, C. (2009). *Verletzte Helfer Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Purple Sheep Verein (2012). *Homepage*. Online im Internet: URL: <http://www.purplesheep.at/index.php?i=psDasHaus> [Stand 2012-10-15].
- Rautenberg, J. (2011). „Wo bleiben die Helfer?“. Belastungen in der Arbeit mit Flüchtlingen. Online im Internet: URL: <http://www.diakonie-rlp.de/wo-bleiben-die-helfer-belastungen-der-arbeit-mit-fl%C3%BChtlingen> [Stand 2012-06-15].
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut*, 50, 107 – 114.

- Reinhard, F. & Maercker, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 29 – 36.
- Rosenbloom, D. J., Pratt, A. C. & Pearlman, L. A. (2002). Die Reaktion von Helfern auf die Traumaarbeit Verstehen und Intervenieren in einer Organisation. In B. Hudnall-Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (S. 87-107). Paderborn: Junfermann.
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 3, 151 – 160.
- Rusdorf, S., Franke, G. H., Jäger, S., Küch, D., Rossband, H. & Morfeld, M. (2010). Psychometrische Prüfung des BSI-18. *Paper zur 11. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz am 14. April 2010 Fachhochschule Schmalkalden*.
- Sabin-Farrell, R. & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449 – 480.
- Salman, R. (2002). Dolmetscher im Sozial- und Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen*, 89/90, 58 – 75.
- Salman R. (2007). Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesundheit und Integration Ein Handbuch für Modelle guter Praxis* (S. 246 – 256). Berlin.
- Salston, M. D. & Figley, C. R. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal Victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 2, 167 – 174.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. & VanRhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work-engagement, and sickness absenteeism.

- Journal of Organizational Behavior*, 30, 893 – 917.
- Sprang, G., Clark, J. J. & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 12, 3, 259 – 280.
- Spector, P. E. (1994). Using self-report questionnaires in OB research: a comment on the use of a controversial method. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 385 – 392.
- Steiner, E. (2012, 12. Juni). Die Saualm war Jörg Haiders letzter Wille. *Der Standard*. Online im Internet: URL: <http://derstandard.at/1338559411477/Lokalausweis-Die-Saualm-war-Joerg-Haiders-letzter-Wille> [Stand 2012-10-15].
- Stirn, A. (2002). Gegenübertragung. *Psychotherapeut*, 47, 1, 48 – 58.
- Tagay, S., Erim, Y., Stoelk, B., Möllering, A., Mewes, R. & Senf, W. (2007a). Das Essener Trauma Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 1, 75 – 89.
- Tagay, S. & Senf, W. (im Druck). Essener Trauma Inventar (ETI). *Manual*.
- Tagay, S., Stoelk, B., Möllering, A., Erim, Y. & Senf, W. (2004). *Das Essener Trauma Inventar (ETI)*. Kurzbeschreibung.
- Tagay, S., Stoelk, B., Möllering, A., Erim, Y. & Senf, W. (2007b). *Essener Trauma – Inventar (ETI)*. Kurzbeschreibung.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N. Okazaki, S., Nakajima, K., Oishi, S. & Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, e1 – e5.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10 – 20. Online im Internet: *FOCUS The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, (2003), 1, 3, 322 – 333. URL:

- <http://focus.psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/2594/322.pdf> [Stand 2012-10-15].
- Trontin, C. (2006). Coût du stress: éléments d'appréciation des enjeux économiques. Online im Internet: URL: <http://cites-stress.be/colloque131006/Texte%20-%20PDF/Co%C3%BBt%20du%20stress,r%C3%A9sum%C3%A9%20Trontin%20Li%C3%A8ge%2013102006.pdf> [Stand 2012-10-15].
- Türk, A. (2007). Kompetenzzentrum für rechtliche Betreuung von Migranten. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesundheit und Integration Ein Handbuch für Modelle guter Praxis* (S. 36 – 43). Berlin.
- Ute Bock Verein (2006). *Information über die Arbeit des Flüchtlingsprojekts Ute Bock und zum Thema Asyl*. Wien.
- Ute Bock Verein (2011). *Tätigkeitsbericht 2011*. Wien.
- Ute Bock Verein (2012). Homepage. Online im Internet: URL: <http://www.fraubock.at/home/> [Stand 2012-10-15].
- Van der Kolk, B. A. & McFarlane, A. C. (1996). The Black Hole of Trauma. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York, NY: Guilford.
- von Känel, R. (2008). Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis*, 97, 477 – 487.
- Vrklevski, L.P. & Franklin, J.. (2008). Vicarious Trauma: The impact on solicitors of Exposure to traumatic material. *Traumatology*, 14, 1, 106 – 118.
- Way, I., VanDeusen, K. M., Martln, G., Applegate, B. & Jandle, D. (2004). Vicarious Trauma: A Comparison of Clinicians Who Treat Survivors of Sexual Abuse and Sexual Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1, 49 – 71.
- Weber, A. & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrom: a desease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50, 7, 512 – 517.
- WHO (2001). *Internationale Klassifikation neurologischer Erkrankungen: neurologische Adaptation der ICD-10-Kapitel VI (G) «Neurologische Erkrankungen», mit*

- Referenzhinweisen zu anderen neurologisch relevanten Abschnitten der ICD-10.* In C. Kessler & H. J. Freyberger (Hrsg.). Bern: Hans Huber.
- WHO (2011). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Version (ICD 10).* In Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.), Online im Internet: URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/> [Stand 2013-04-10].
- WienerZeitung (2012, 06. September). Saualm wird vorläufig geschlossen. Wiener Zeitung. Online im Internet: URL: http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/485204_Saualm-wird-vorlaeufig-geschlossen.html [Stand 2012-10-15].
- Wilhelms, I. (2011). Burnout: Anmerkungen zur Diagnostik. Online im Internet: URL: http://www.burnout-stop.de/burnout_syndrom/anmerkungen_zur_behandlung/ [Stand 2012-10-15].
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H. & Holz M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16, 5, 527 – 545.

Anhang

Anhang 1: Informed Consens

Information für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie: „Sekundäre Traumatisierung bei HelferInnen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen“

Bei dieser Studie geht es um die Auswirkungen von Flüchtlingsarbeit auf HelferInnen, die mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten. Untersucht werden soll, ob eigene traumatische Erfahrungen und Stressverarbeitungsstrategien einen Einfluß auf das persönliche Befinden haben und inwieweit sich freiwillige HelferInnen von bezahlten PsychotherapeutInnen und PsychologInnen unterscheiden.

Hierfür werden in Wien und anderen Teilen Österreichs etwa 200 Personen mit Hilfe von standardisierten Fragebögen untersucht.

Das Ziel dieser Befragung ist, mehr Wissen über die Auswirkungen der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen zu erhalten.

Ablauf der Studie:

Das Ausfüllen der Fragebögen dauert in etwa 15 Minuten. Die Antworten werden anonym aufgeschrieben und zusammen mit 200 anderen Datensätzen statistisch ausgewertet. Dadurch sind zu keinem Zeitpunkt Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Alle Angaben, die Sie mir gegenüber mitteilen, unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Ich würde mich freuen, wenn Sie bei dieser Studie mitmachen möchten.

Wenn Sie teilnehmen möchten, werden wir einen Termin für das Ausfüllen der Fragebögen vereinbaren. Falls Sie noch Fragen haben, vielleicht noch nicht sicher sind oder Ihnen etwas unklar ist, bitte ich Sie ebenfalls mit mir Kontakt aufzunehmen.

Martin Pell
MO bis FR von 10 bis 16 Uhr:

Telefonnummer 0699-18114342

Sollten Sie mich nicht erreichen, hinterlassen Sie eine Nachricht mit Ihrer Telefonnummer.

Ich werde Sie umgehend zurückrufen.

E-Mail: pell.martin@gmail.com

*Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Zeit und Unterstützung und
freue mich auf das Gespräch mit Ihnen!*

Martin Pell

Anhang 2: Fragebogenbatterie

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, die für meine Studie benötigten Fragen zu beantworten.

Ihre Teilnahme an der Studie „*Sekundäre Traumatisierung bei HelferInnen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen*“ ist selbstverständlich freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Ich kann Ihnen versichern dass sämtliche Fragebögen von mir streng anonym ausgewertet werden, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Persönliche Angaben die Sie mir gegenüber mitteilen, unterliegen der Schweigepflicht und werden von mir nicht weitergegeben. Das Ausfüllen der Fragebögen wird ungefähr 15 Minuten dauern, Sie können aber jederzeit auch eine Pause machen und die Befragung später fortsetzen.

Zum genauen Ablauf:

1. Ihnen werden nun 5 Fragebögen vorgelegt, die Sie bitte vollständig ausfüllen. Falls Fragen oder Unklarheiten auftauchen, bitte ich Sie, diese sofort anzusprechen und abzuklären.
2. Die Fragen beziehen sich auf Ihre Arbeit mit Flüchtlingen bzw. AsylbewerberInnen, Ihre eigenen belastenden Erfahrungen, Ihre körperlichen Reaktionen und wie Sie persönlich mit Stress umgehen.
3. Bitte lesen Sie sich die Anweisungen unmittelbar vor den einzelnen Fragekomplexen genau durch.
4. Bitte beantworten Sie die Fragen so spontan, ehrlich und genau wie möglich. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
5. Wenn Sie alle Fragen beantwortet haben, überprüfen Sie bitte noch einmal, ob Sie nicht versehentlich einzelne Fragen vergessen haben.
6. Wenn Sie sicher sind, dass Sie alle Fragen beantwortet haben, können Sie die Unterlagen in den dafür vorgesehenen, neutralen Umschlag stecken und diesen verschließen.
7. Schreiben Sie mir eine Email: pell.martin@gmail.com oder rufen Sie mich an: 0699-18114342, damit ich die Fragebögen dann bei Ihnen abholen kann. Wenn Sie mir den Umschlag lieber per Post schicken wollen, so ist das auch möglich, das Porto bezahle ich als Empfänger. **Die Anschrift lautet: Martin Pell, Primavesigasse 5, 1220 Wien.**

**Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal herzlich für Ihre Zeit und die Teilnahme
an dieser Studie bedanken.**

Bitte beantworten Sie am Anfang folgende Fragen zu Ihrer Person, Ihrem Beruf und der Situation in der Sie Kontakt zu Flüchtlingen haben.

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Was machen Sie beruflich?

☐ Ich bin Psychologe / Psychologin.

☐ Ich bin Klinischer (Gesundheits-) Psychologe / Klinische (Gesundheits-) Psychologin.

☐ Ich bin PsychotherapeutIn.

Welche Richtung? _____

☐ Ich bin PsychiaterIn.

☐ Ich befinde mich in Ausbildung.

Zum/Zur: _____

☐ Ich bin _____.

Wie lange sind Sie in dem Bereich tätig?

Etwa _____ Jahre.

Diese Befragung setzt voraus, dass Sie in irgendeiner Weise mit Flüchtlingen bzw. AsylbewerberInnen zusammen arbeiten bzw. diesen helfen. Folgende Fragen beziehen sich auf diese Zusammenarbeit.

Mit welchen Tätigkeiten kommen Sie mit Flüchtlingen und AsylbewerberInnen in Kontakt?

☐ Einzeltherapie

☐ Sonstige Tätigkeiten (Bitte angeben):

☐ Gruppentherapie

☐ Beratung

☐ Gutachtenerstellung

☐ Diagnostik

☐ Psychoedukation

☐ Kognitive Verhaltenstherapie

☐ Psychodynamische Therapie

☐ Pharmakotherapie

☐ EMDR

☐ symptomorientiert

☐ traumafokussiert

Wie lange üben Sie diese Tätigkeiten schon aus?

Etwa _____ Jahre und _____ Monate.

Bekommen Sie diese Tätigkeiten bezahlt?

☐ Ja

☐ Nein

Wieviele Stunden pro Woche verbringen Sie mit den oben beschriebenen Tätigkeiten (bezogen auf die Arbeit mit Flüchtlingen)?

Etwa _____ Stunden pro Woche.

Haben Sie bei diesen Tätigkeiten Kontakt mit traumatisierten Personen?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Weiß ich nicht.

Wie lange haben Sie schon Kontakt mit traumatisierten Personen?

Seit etwa _____ Jahren.

Wie viele Stunden pro Woche hatten Sie im letzten Jahr durchschnittlich Kontakt mit traumatisierten Personen?

Etwa _____ Stunden pro Woche.

Beschäftigen Sie sich im Rahmen Ihrer Tätigkeiten mit den Traumatisierungen der Personen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche beschäftigen Sie sich im Rahmen ihrer Tätigkeiten mit den Traumatisierungen dieser Personen?

Etwa _____ Stunden pro Woche.

Wie viel Prozent Ihrer KlientInnen sind in etwa traumatisiert?

Etwa _____ % meiner Klientinnen sind traumatisiert.

Wie detailliert erfahren Sie von den Traumatisierungen Ihrer KlientInnen? Bitte markieren Sie auf dieser Linie spontan wie detailreich Sie von den Traumatisierungen erfahren.

Ich erfahre von den Traumatisierungen gar keine Details.

Ich erfahre von den Traumatisierungen fast alle Details.

Helfen bringt uns in direkten Kontakt mit dem Leben anderer Menschen. Wie Sie vermutlich schon erfahren haben, hat Ihr Mitgefühl für die Menschen, denen Sie helfen, sowohl positive als auch negative Aspekte. Wir möchten Ihnen Fragen über Ihre positiven und negativen Erfahrungen als HelferIn stellen.

Bitte überlegen Sie bei **jeder einzelnen Frage**, wie oft ihr Inhalt auf Sie persönlich **innerhalb der letzten 30 Tage** zugetroffen hat.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1. Ich bin glücklich.	1	2	3	4	5
2. Ich bin mit mehr als einem Menschen, dem ich helfe, intensiv beschäftigt.	1	2	3	4	5
3. Ich erfahre Zufriedenheit darin, anderen helfen zu können.	1	2	3	4	5
4. Ich fühle mich mit anderen verbunden.	1	2	3	4	5
5. Ich fahre leicht zusammen und erschrecke mich bei unerwarteten Geräuschen.	1	2	3	4	5
6. Nach der Arbeit mit Menschen, denen ich helfe, fühle ich mich belebt oder gestärkt.	1	2	3	4	5
7. Ich finde es schwierig, mein Privatleben von meinem Arbeitsleben als Helfende/r zu trennen.	1	2	3	4	5
8. Die traumatische Erfahrung eines Menschen, dem ich helfe, raubt mir den Schlaf.	1	2	3	4	5
9. Ich denke, daß ich mich vielleicht an der traumatischen Belastung derer, denen ich helfe, „angesteckt“ habe.	1	2	3	4	5
10. Ich fühle mich durch meine Arbeit als Helfende/r gefangen.	1	2	3	4	5
11. Wegen meiner Aufgabe fühle ich mich auch in anderen Lebensbereichen irritiert.	1	2	3	4	5
12. Ich mag meine Arbeit als Helfende/r.	1	2	3	4	5
13. Als Ergebnis meiner Arbeit als Helfende/r, fühle ich mich deprimiert.	1	2	3	4	5
14. Ich fühle mich, als ob ich das Trauma von jemandem, dem ich geholfen habe, erfahre.	1	2	3	4	5
15. Ich habe Überzeugungen, die mich unterstützen.	1	2	3	4	5
16. Ich freue mich darüber, daß ich in der Lage bin, hilfreiche Techniken und Protokolle anwenden zu können.	1	2	3	4	5
17. Ich bin der Mensch, der ich immer sein wollte.	1	2	3	4	5
18. Meine Arbeit erfüllt mich mit Zufriedenheit.	1	2	3	4	5
19. Wegen meiner Arbeit als HelferIn fühle ich mich erschöpft.	1	2	3	4	5
20. Ich habe glückliche Gefühle denjenigen gegenüber, denen ich helfe und bei den Gedanken, wie ich ihnen helfen könnte.	1	2	3	4	5
21. Ich fühle mich durch die Menge der Fälle, für die ich zuständig bin, überwältigt.	1	2	3	4	5

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
22. Ich glaube, daß ich durch meine Arbeit entscheidend helfen kann.	1	2	3	4	5
23. Ich vermeide bestimmte Aktivitäten oder Situationen, weil sie mich an eine beängstigende Erfahrung erinnern.	1	2	3	4	5
24. Ich habe vor, noch für lange Zeit ein/e Helfende/r zu sein.	1	2	3	4	5
25. Nach meinem Helfen habe ich erschreckende Gedanken, die mich verfolgen.	1	2	3	4	5
26. Ich habe das Gefühl, durch das System festzustecken.	1	2	3	4	5
27. Ich denke, daß ich als Helfende/r ein "Erfolg" bin.	1	2	3	4	5
28. Ich kann mich an wichtige Teile meiner Arbeit mit Traumaopfern nicht erinnern.	1	2	3	4	5
29. Ich bin ein übermäßig empfindsamer Mensch.	1	2	3	4	5
30. Ich bin glücklich, daß ich beschloß, diese Arbeit zu verfolgen.	1	2	3	4	5

Im Folgenden wird beschrieben, wie Menschen auf verschiedene schwierige, stressvolle oder ärgerliche Situationen reagieren können.

Kreuzen Sie bitte auf der Skala von 1 bis 5 an, was Sie typischerweise tun, wenn Sie unter Stress stehen.

Das ist für mich:	sehr untypisch	eher untypisch	teils- teils	eher typisch	sehr typisch
1. Ich suche den Kontakt zu anderen Menschen.	1	2	3	4	5
2. Ich mache mir Vorwürfe, weil ich die Dinge vor mir herschiebe.	1	2	3	4	5
3. Ich mache mir Vorwürfe, dass ich in diese Situation geraten bin.	1	2	3	4	5
4. Ich mache einen Einkaufsbummel.	1	2	3	4	5
5. Ich setze Prioritäten.	1	2	3	4	5
6. Ich nasche oder gönne mir meine Lieblingspeise.	1	2	3	4	5
7. Ich habe die Befürchtung, dass ich die Situation nicht bewältigen kann.	1	2	3	4	5
8. Ich bin sehr angespannt.	1	2	3	4	5
9. Ich denke darüber nach, wie ich ähnliche Probleme gelöst habe.	1	2	3	4	5
10. Ich gehe essen.	1	2	3	4	5
11. Ich gerate aus der Fassung.	1	2	3	4	5
12. Ich erarbeite mir einen Plan und führe ihn auch aus.	1	2	3	4	5
13. Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiss, was ich machen soll.	1	2	3	4	5
14. Ich denke über die Situation nach, damit ich sie verstehe.	1	2	3	4	5
15. Ich denke über die Situation nach und versuche, aus meinen Fehlern zu lernen.	1	2	3	4	5
16. Ich wünsche mir, ich könnte ungeschehen machen, was passiert ist.	1	2	3	4	5
17. Ich besuche einen Freund/ eine Freundin.	1	2	3	4	5
18. Ich verbringe Zeit mit einem mir nahestehenden Menschen.	1	2	3	4	5
19. Ich durchdenke zuerst das Problem, bevor ich etwas unternehme.	1	2	3	4	5
20. Ich rufe einen Freund/ eine Freundin an.	1	2	3	4	5
21. Ich werde wütend.	1	2	3	4	5
22. Ich schaue mir einen Film an.	1	2	3	4	5
23. Ich erarbeite mehrere Lösungsvorschläge für das Problem.	1	2	3	4	5
24. Ich versuche so planmäßig und gezielt vorzugehen, dass ich die Situation in den Griff bekomme.	1	2	3	4	5

Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Endler, N. & Parker, J.D.A. (1990). Deutsche Kurzform: Kälin, W. (1995).

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute**. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter...	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Ohnmachts- und Schwindelgefühlen.	0	1	2	3	4
2. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren.	0	1	2	3	4
3. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Nervosität oder innerem Zittern.	0	1	2	3	4
4. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Herz- und Brustschmerzen.	0	1	2	3	4
5. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Einsamkeitsgefühlen.	0	1	2	3	4
6. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein.	0	1	2	3	4
7. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Übelkeit.	0	1	2	3	4
8. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Schwermut.	0	1	2	3	4
9. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter plötzlichem Erschrecken ohne Grund.	0	1	2	3	4
10. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Schwierigkeiten beim Atmen.	0	1	2	3	4
11. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter dem Gefühl, wertlos zu sein.	0	1	2	3	4
12. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Schreck- oder Panikanfällen.	0	1	2	3	4
13. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.	0	1	2	3	4
14. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft.	0	1	2	3	4
15. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter so starker Ruhelosigkeit, dass sie nicht stillsitzen können.	0	1	2	3	4
16. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.	0	1	2	3	4
17. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Gedanken, sich das Leben zu nehmen.	0	1	2	3	4
18. Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Furchtsamkeit.	0	1	2	3	4

Brief Symptom Inventory (BSI- 18): Derogatis L. R. (2000). Deutsche Version: Franke G. H. (2000).

Sie finden nachstehend eine Liste von belastenden Ereignissen, die Menschen irgendwann einmal in Ihrem Leben erleben können. Bitte kreuzen Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben (**JA**) oder nicht (**NEIN**). Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder **persönlich** oder als **Zeuge** erlebt haben. Haben Sie ein belastendes Ereignis sowohl persönlich als auch als Zeuge erlebt, kreuzen Sie bitte beides an. Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Ihre Antworten der Schweigepflicht unterliegen.

Bitte beantworten Sie jede Frage.

1. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Gewittersturm, Erdbeben)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
2. schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
3. schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
4. gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
5. gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, Suizid, Mord)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
7. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
8. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch fremde Person (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
9. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
10. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
11. Folter (z.B. tagelanger Schlafentzug, Elektroschocks, Erstickungsversuche)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
12. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z.B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern bekommen)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐
13. als Erwachsener sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	Nein: ☐	Ja: ☐	persönlich: ☐	Zeuge: ☐

14. als Erwachsener sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

Nein: ☐ Ja: ☐ persönlich: ☐ Zeuge: ☐

15. anderes belastendes Ereignis

Welches: _____

16. Welches war Ihr schlimmstes Erlebnis?

(Frage bezieht sich auf eines der oben aufgelisteten Ereignisse; bitte die entsprechende Nummer angeben. Wenn Sie vorher nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Ereignis gemeint. Falls Ihr „schlimmstes Erlebnis“ nicht oben aufgelistet ist, geben Sie es bitte hier an.)

Schlimmstes Erlebnis: _____

17. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____ Jahre: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen ausgefüllt haben und geben Sie dann die Fragebögen in den dafür vorgesehenen Umschlag. Wenn Sie noch weitere Anmerkungen haben können Sie das an dieser Stelle gerne tun:

Anhang 3: Qualitative Berufsbezeichnungen und Zusammensetzung der Berufsgruppen

32 Laien

Studentinnen (Psychologie 2, BWL, Englisch-Spanisch Lehramt, Raumplanung, ohne Angabe)	6
Mutter (und Hausfrau 2, und Dolmetscherin, und Künstlerin Pensionistin)	4
Rechtsberaterinnen 3 (Juristin)	4
Dolmetscherinnen	4
Angestellte (Hotellerie, ohne Angabe 2)	3
Ordinationsassistentinnen und -gehilfin	3
Zivildienstler	3
Arbeitslos	1
Ausbildung zum Bürokaufmann	1
Heilmasseur, Selbstständig	1
Übersetzerin, Verwaltungsassistentin	1
Volksschullehramt	1

20 nicht psychologisch ausgebildete Helferinnen

Sozialberaterin 3 (Beraterinnen 2, Flüchtlingssozialberaterin)	6
Sozialbetreuerinnen 2 (Betreuerinnen 2, Flüchtlingsbetreuerin)	5
Krankenschwestern 3 (Krankenpfleger und Fachtherapeut)	4
Erzieherin	2
Ergotherapeutin	1
Ethnologe	1
Soziologe	1

27 Sozialpädagoginnen

Sozialarbeiterinnen 12 (und Erzieherin, und Politologin, und Studentin JUS)	15
Sozialpädagoginnen 2 (Diplomsozialpädagoginnen 9)	11
Case Manager Soziales	1

36 psychologisch ausgebildete Helferinnen

Psychotherapeutinnen ³	15
Klinische-, Gesundheitspsychologinnen ⁴	13
Psychologinnen ⁵	6

3 Systemische Familientherapie (5, systemische in Ausbildung, Familientherapie) = 7; Psychotherapeutinnen (VT 2, TP und Gestalt und Bewegung, IT, IT und IG, HPG) = 6; Primärtherapie und Heilpraktiker = 1; Tiefenpsychologisch fundierte Musiktherapie = 1

4 Klinische Psychologinnen (10, und Therapeutin systemisch) = 11; Klinische Psychologin in Ausbildung zur Therapeutin (VT, KIP) = 2

5 Psychologinnen (2, und Therapeutin VT und Gestalt) = 3; Psychologinnen in Ausbildung zur klinischen Psychologin = 2; Psychologin in Ausbildung zur Psychotherapeutin = 1

Anhang 4: Zusammenfassung / Abstract

Untersucht wurden 115 Helferinnen die im Flüchtlingsbereich arbeiten und Kontakt zu traumatisierten Flüchtlingen haben. Die Teilnehmerinnen beantworteten Fragebögen hinsichtlich Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, allgemeinen Belastungsbeschwerden, ihren eigenen Stressverarbeitungsstrategien und potentiellen eigenen traumatischen Erlebnissen. Aufgeteilt in verschiedene Berufsgruppen zeigte sich, dass Laien (n=32) und nicht psychologisch ausgebildete Helferinnen (n=20) durch den Prozentanteil traumatisierter Klientinnen in bestimmten Beschwerdeskalen am stärksten beeinflusst wurden. Psychologisch ausgebildete Helferinnen (n=36) wiesen die geringste Beeinflussung auf. Insgesamt waren die Belastungen in der Gruppe der nicht psychologisch ausgebildeten Helferinnen am stärksten. Die eigene Traumavorgeschichte hatte bei allen Helferinnen den stärksten Effekt auf die Beschwerdesymptomatiken. Bei den Copingstrategien zeigte sich, dass emotionsorientierte Strategien mit stärkeren Beschwerden assoziiert waren.

In this study, a group of refugee helpers (N = 115) with contact to traumatized refugees completed several questionnaires about burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, other global stress symptoms, coping strategies against stress and their own traumatic history. Split into different professions, laymen (n=32) and not psychologically trained helpers (n=20) showed the main manipulation by the percentage of traumatized clients in several symptom scales. Psychologically trained helpers (n=36) showed the minimal manipulation. Over all the not psychologically trained helpers showed the highest symptoms. The own traumatic history showed the strongest effect on symptoms in all helpers. Emotion oriented coping strategies were associated with stronger symptoms.

Anhang 5: Lebenslauf

Martin Pell
Windmühlgasse 30
1060 Wien
Fon: 0680-5078226
E-mail: pell.martin@gmail.com

Geburtsdatum/-ort:	am 24.04.1976 in Neuwied (Deutschland)
Familienstand:	ledig

Berufserfahrungen:

Juni 2003 – Dezember 2003	Selbständigkeit mit Reisegewerbe als fahrender Händler (Einkauf von traditionellem Kunsthandwerk in verschiedenen Ländern, Verkauf auf Märkten, Festivals und auf der Straße)
März 2003 – Juni 2003	Arbeit als Arzthelfer in der chirurgischen Praxis Dr. med J. Bayer in Neu Kölln (Berlin) (Arbeit in der Rezeption, Vorbereitung zu kleinen chirurgischen Eingriffen, Verbandswechsel, Anlegen von Gips- und Castschienen, Durchführung von Therapien)
August 2002 – Dezember 2002	Arbeit bei der Firma POPP-Design (Bendorf) (s. u.)
März 2002 – Juli 2002	Arbeit als Arzthelfer in der orthopädischen Praxis Dr. med S. Sen Gupta in Treptow (Berlin) (Röntgen, Patientenannahme, Eingabe der Daten ins Computersystem, Verbandswechsel, Durchführung von Therapien)
September 2001 – November 2001	Arbeit bei der Firma POPP-Design (Bendorf) (Küchenbau, Auslieferung und Installation vor Ort)
April 2001 – August 2001	Arbeit als OP-Pfleger im staatlichen Krankenhaus Mali (Hopital national de Point G de Bamako) (Vorbereitung und

	Assistenz bei großen Operationen, nächtliche Notfalldienste v. a. bei Entbindungen und schweren Entzündungen)
Februar 1999 – März 2000	Arbeit als Inspizient bei der Landesbühne Rheinland – Pfalz (s. u.)
März 1997 – Januar 1998	Arbeit als Inspizient bei der Landesbühne Rheinland – Pfalz (Abendspielleitung, Prüfung und Reparatur der Scheinwerfer, Einspielen der Ton und Lichteffekte, genaue Kontrolle der Bühne (Kulisse, Requisite, Kostüme) Auf- und Abschließen des Theaters mit Kontrolle der technischen Geräte (Heizung, Alarmanlage, etc.), bei der Tournee Auf- und Abbau des Bühnenbildes (Adaptierung an die jeweils gegebenen Räumlichkeiten), Einschulung und Anleitung der Hilfskräfte, Be- und Entladen des LKWs)
Juni 1996 – Dezember 1996	Arbeit als Arzthelfer in der chirurgischen Praxis Priv. Doz. Dr. med J. Voigt (Neuwied) (Patientenannahme, Daten- Eingabe in den Computer, Patientenbehandlung Verbandswechsel, Gipsschienen, Elektro-Ultraschalltherapie, Vorbereitung und Assistenz bei kleinen und großen chirurgische Eingriffen, Reinigung und Desinfektion der Instrumente und der Arbeitsplätze, kostenbewusster Einkauf des gesamten Sprechstundenbedarfs)

Aus- und Weiterbildungen:

April 2009 – Mai 2009	Praktikum in der 2. psychiatrischen Abteilung des SMZ Baumgartner Höhe
Januar 2008	1. Diplomprüfung
seit Oktober 2004	Studium Psychologie
Januar 2004 – Oktober 2004	Studienberechtigungsprüfung Psychologie
Januar 2003 – Mai 2003	Crashkurs arabische Schrift und Startstufe 1 Hocharabisch und Startstufe 1 ägyptisches Arabisch
Dezember 2002	Führerschein Klasse C (LKW)
September 1993 – Juni 1996	Ausbildung zum Arzthelfer in der

September 1992 – Juni 1993	chirurgischen Praxis Priv. Doz. Dr. med J. Voigt in Neuwied
September 1986 – Juni 1992	David Röntgen Realschule Neuwied mit Abschluss der Mittleren Reife
September 1982 – Juni 1986	Werner Heisenberg Gymnasium Neuwied Astrid Lindgren Grundschule Rengsdorf

Reisen:

Januar 2004	Umzug nach Wien
Februar 2002	Umzug nach Berlin
Juni 2000 – August 2001	private Studienreise nach Mali
Januar 1998 – Januar 1999	private Studienreise nach Mali
Januar 1997 – März 1997	private Studienreise nach Ägypten

Sonstige Tätigkeiten:

Mehrmonatige Arbeit (1990-1993) in der Firma meines Vaters (MAPEKO-GmbH) (Maschinenbau, Metallbearbeitung)
 Engagierte Mitarbeit im Verein Idee Direkte Aktion (Wien) (Juli 2006 bis 2009)
 Gründung des Vereins Welf „Verein zur Förderung des Wagenlebens“ (Oktober 2006)
 Gründung einer sich wöchentlich treffenden, studentischen Psychologinnengruppe (gemeinsam mit Simon Roos im Juni 2006) (Austausch von studien-relevanten und privaten Informationen, selbst gehaltene Vorträge mit Diskussionen)
 Gründung des Vereins bellis perennis „Verein zur Förderung der Akzeptanz experimenteller Wohnformen (Juni 2012)

Besondere Kenntnisse:

Englisch (C1), Französisch (B1), Arabisch (A1), mechanisches Verständnis, Schweißen, Kfz-Technik, umfangreiche Heimwerkerkenntnisse (Holz, Metall, Beton, Strom, Gas, Wasser), LKW-Führerschein,