

Umgang mit Erschöpfung und Burnout im Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt

Maria Zemp

I. Ankündigungstext im Kongressprogramm

Durch den Aufbau von Projekten in Konfliktregionen unterstützt die Kölner Frauenrechts- und Hilfsorganisation *medica mondiale* Frauen, die sexualisierte Kriegsgewalt erlebt haben, ihre Erfahrungen zu verarbeiten, ihre Würde wieder zu erlangen und zurück ins Leben zu finden.

Diese Arbeit kann von den Mitarbeiterinnen nur erfolgreich gemacht werden, wenn sie von entsprechenden Konzepten der Selbstfürsorge und einer Kultur der Achtsamkeit in der Organisation begleitet wird.

Die Arbeit in Konfliktregionen ist zudem gekennzeichnet von mangelnden Ressourcen, Instabilität und der täglichen Herausforderung, die Grundbedürfnisse der Familie an Nahrung, Wasser, Strom zu sichern. Welche spezifischen Ressourcen und besonderen Herausforderungen das professionelle Handeln in diesen Kontexten erfordert, wird im Vortrag dargestellt werden.

Ebenfalls werden kulturspezifische, oder sich an den örtlich vorhandenen Ressourcen orientierende Methoden vorgestellt und ihre Anwendung im Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt diskutiert.

Zu meiner Person:

Maria Zemp, geb. 1957, Heilpraktikerin, Körperpsychotherapie, Traumafachberatung, Supervision und Coaching in eigener Praxis in Euskirchen tätig, Seit 2003 freie Mitarbeiterin von *medica mondiale*, Aufbau und Leitung von traumaspezifischen Qualifizierungsmaßnahmen für lokale Gesundheitsfachkräfte in Afghanistan und Liberia; www.medicamondiale.org; www.Beratung-MariaZemp.de.

II. Themen der PowerPoint Präsentation

1. Formen der Gewalt – Ausmaß der Belastungen mit denen die Mitarbeiterinnen von *medica mondiale* konfrontiert sind
2. Folgen für die Mitarbeiterinnen
3. Begriffe
4. Stärkende Ansätze helfen
5. Das Modell „Organizational Care“
6. Komponenten *medica mondiale*
7. Komponenten *medica Afghanistan*
8. Quellenangaben

III. Erläuterungen zur PowerPoint Präsentation

In der vorliegenden Präsentation ist das Thema naturgemäß nur stichwortartig bearbeitet. Da es mir leider in der Kürze der Zeit nicht möglich ist, das umfassende Thema textlich zu einem Artikel zu verarbeiten, möchte ich ein paar grundlegende Gedanken zum dargestellten Inhalt an den Anfang der Präsentation stellen. Ich hoffe, dass damit die Statements inhaltlich besser eingeordnet werden können.

1. Darstellung zum Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt in den Ländern in denen *medica mondiale* arbeitet

Hier sind die häufigsten und offensichtlichsten Formen von Gewalt, denen Frauen in den genannten Ländern ausgesetzt sind, aufgezählt. Daraus lässt sich das Maß der Belastung erschließen, mit dem die lokalen und internationalen Mitarbeiterinnen alltäglich konfrontiert sind und lernen müssen, damit zu leben. In Kriegs- und Krisengebieten ist die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen Alltag, sie endet nicht nach dem Verlassen der Büro- und Beratungsräume.

Die lokalen Mitarbeiterinnen sind häufig im direkten Klientinnenkontakt, während die internationalen Kolleginnen häufiger im Kontext von Management oder Training „nur indirekt“ mit dem individuellen Leid der Frauen in Kontakt kommen. Für beide Gruppen gilt: Der Arbeitskontext ist geprägt von einem hohen, ständig anhaltenden, auf- und abschwellenden Stresspegel, die interkulturelle Zusammenarbeit ist eine zusätzliche nicht unerhebliche Stressbelastung für beide Seiten.

Die Mitarbeiterinnen in der Zentrale der Organisation (*medica mondiale* Köln) sind ihrerseits wiederum spezifischen Belastungen ausgesetzt. Sie sind damit beauftragt, Berichte von vergewaltigten Frauen zu lesen und weiter zu bearbeiten um damit an die Öffentlichkeit treten zu können, Hilfsprogramme zu entwickeln und Geldanträge zu stellen – und aushalten zu müssen, dass ihre Mittel und Möglichkeiten der Hilfe beschränkt sind.

Um den vielschichtigen Berührungen mit dem Thema indirekte Traumatisierung gerecht werden zu können, ist eine systemische Betrachtung der Traumadynamik notwendig, denn nur dieses Instrument, angewendet auf die ganze Organisation, kann eine umfassende Analyse ermöglichen und strukturelle und individuelle Handlungsansätze zur Vorbeugung der Folgen aufzeigen.

2. Begrifflichkeiten

Primärtraumatisierung – Sekundärtraumatisierung – Stellvertretende Traumatisierung¹ (Es versteht sich von selber, dass in (Nach-)kriegs- und Krisenregionen der Anteil von primärtraumatisierten Frauen hoch ist. Bekanntermaßen ist dieses Phänomen aber nicht nur auf das Ausland beschränkt, auch in Deutschland sind die Erfahrungen von Primärtraumata unter

¹ siehe mehr zu dieser Diskussion Pross versus Daniels.

Frauen nicht gering, und erst allmählich treten die transgenerationalen Folgen der im Zweiten Weltkrieg verübten (sexualisierten) Kriegsgewalt ans Licht der Öffentlichkeit.

Als feministische Frauenorganisation geht *medica mondiale* davon aus, dass sich bei vielen in- und ausländischen Fachkräften bedingt durch die sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern durchschnittlich hohe Rate an geschlechtsspezifischer Gewalterfahrung biografisch traumatische Stressmuster etabliert haben könnten. Diese Erkenntnis wurde von den bosnischen Psychologinnen in ihre Trainingskonzepte explizit aufgenommen, und sie war eine der Begründungen, warum das Thema Selbstfürsorge schon sehr früh und sehr umsichtig in die Organisationskultur integriert wurde. Die starke Belastung der Mitarbeiterinnen vor Ort (z.Bsp. in Bosnien) und das immense Bedürfnis schnell und umfassend helfen zu wollen, ein Umstand der natürlich zu Erschöpfungs- und Burnout Phänomen geführt hat, war eine andere wichtige Motivation zur Integration des Themas in die Strukturen der Organisation und als unabdingbares Thema in den Qualifizierungsmaßnahmen.

Die Praxis zeigt, dass beide Phänomene – primäre und indirekte Traumatisierung - gekoppelt und unabhängig voneinander vorkommen. Meine Erfahrung als Supervisorin bestätigt, dass Menschen die durch Primärtraumata vorbelastet sind, anfälliger für indirekte Stressbelastungen sind. Andererseits haben diese Menschen oft eine höhere Resilienz, mit der sie diesen Belastungen begegnen können, vor allem wenn sie die Möglichkeit der Bearbeitung der primär und/oder der sekundärtraumatischen Belastung bekommen. Dass die Möglichkeit der Bearbeitung von Primärtraumata-Erfahrungen in Kriegs- und Krisengebieten sehr niedrig ist, versteht sich von selber. Andererseits kann sicher nicht der Logik gefolgt werden, einmal verarbeitete Primärtraumata sind „gelöscht“ und bedeuten keine Belastung mehr in der indirekten Exposition mit traumatischen Stressereignissen.²

Die hier kurz angedeutete Diskussion verweist auf den Hintergrund, warum im Kontext sexualisierter Kriegsgewalt stärkende Ansätze, die das Individuum einbinden in seinen kulturellen Kontext und das Handeln der Organisation systemisch begreifen, dringend notwendig sind.

Compassion fatigue und Burnout

Burnout

Meiner Erfahrung nach ist das klassische Burnout Konzept in der Arbeit von *medica mondiale* nur begrenzt vermittelbar. Den Kolleginnen in den Auslandsprojekten bleibt das Konzept fremd, der Begriff erinnert sie an die Zerstörung, die der Krieg angerichtet hat. Die Fremdheit hat sicherlich mit dem Umstand zu tun, dass das Burnout-Konzept einerseits die Abstinenz von den stressauslösenden Faktoren als Voraussetzung zur Genesung sieht und – ganz wesentlich – das Konzept impliziert andererseits, wäre der spezifische Stress vermieden worden, wäre die Symptomatik nicht ausgebrochen. Das tönt in den Ohren von Menschen die bei Leib und Leben angegriffen wurden, schon beinahe zynisch.

²Siehe mehr dazu in: Babette Rothschild (2008): Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung, Essen.

Menschen in (Nach)kriegs- und Krisengebieten können dem Stress bekanntlich nur sehr bedingt entgehen. Viele unserer afghanischen Kolleginnen sind obendrein auch materiell die Hauptversorgerinnen ihrer Familien, den Verlust ihres Arbeitsplatzes können sie sich nicht leisten, d.h. sie müssen die tägliche Stressbelastung anders beantworten. Selbstverständlich passiert es, dass Mitarbeiterinnen in der Zentrale von *medica mondiale* in Köln oder Fachkräfte im Einsatz in den Projekten, klassische Burnout Symptome entwickeln. Damit ist die Organisation glücklicherweise nicht allzu oft konfrontiert. Viel häufiger beobachten wir das Syndrom der „Erschöpfung aus Mitgefühl“. Dieses Erschöpfungssyndrom kann sich äußern in Stresserkrankungen wie einer höheren Anfälligkeit für Infekte, chronischer Migräne und anderen Schmerzzuständen. Krankheiten des rheumatischen Formenkreises, Bluthochdruck oder Diabetes müssen auch unter diesem Blickwinkel betrachtet werden. Die psychischen Symptome sind vergleichbar mit denen, die im Zusammenhang von Sekundärtraumatisierung und Burnout beschrieben werden, Häufig stehen im Vordergrund der „Zwang zu helfen“ oder aber eine generelle Emotionslosigkeit, Abstumpfung und Gleichgültigkeit.

Compassion fatigue

Der Begriff *Compassion fatigue* hingegen wirkt vor allem bei den Kolleginnen im psychosozialen Arbeitsfeld sehr entlastet, denn er erkennt die „Leistung des Mitgefühls“ an und vermittelt spürbar, dass diese Leistung erschöpfend wirken kann. Eine weitere Aussage ist: Einem psychosozialen Beratungskonzept, das auf dem Prinzip Mitgefühl und Empathie aufgebaut ist, ist das Risiko der Erschöpfung immanent. Damit rückt dieses Konzept ab von der Pathologisierung und Stigmatisierung, sondern verweist vielmehr auf die Notwendigkeit der strukturell verankerten vorbeugenden Maßnahmen. Nicht zuletzt fokussiert der Begriff *Compassion fatigue* die Erschöpfung vor dem möglichen Burnout, und damit ist er sehr hilfreich, um entsprechende Selbstfürsorge Aktivitäten früh genug zu verankern.

Resilienz

Die Arbeit mit Überlebenden sexualisierter Kriegsgewalt ist sicherlich erschöpfend, wird sie als Menschenrechtsarbeit verstanden, kann sie aber auch sehr sinnstiftend und stärkend sein. Der Ansatz von *medica mondiale*, die direkte Unterstützung der Frauen in den Kriegs- und Krisenregionen zu verbinden mit einer dezidierten politischen Strategie zur Verbesserung der Frauenrechte, wirkt u.a. auch Resilienz bildend.

Die Mitarbeiterinnen in den Projekten der Nachkriegsländer erleben in den ersten Aufbaujahren oft eine intensive persönliche und berufliche Entwicklung. Ihre gesellschaftliche Rolle verändert sich und falls sie zur familiären Hauptnährerin werden, erleben sie einen Machtzuwachs in der Familie.

Durch ihre Arbeit geben sie Hoffnung in einem Land, in dem alle Hoffnung verloren schien und sie haben teil am vielfachen Entwicklungspotenzial von Klientinnen und Kolleginnen, die den Krieg mit großen Verlusten und Verletzungen überlebt haben. Sie machen die Erfahrung, dass sie durch ihre Arbeit zum Wiederaufbau zivilgesellschaftlicher Strukturen in der Nachkriegszeit beitragen.

Mit anderen Worten: Wir können die Phänomene „Indirekte Traumatisierung“ nur erfassen, wenn wir – dem ganzheitlichen Traumakonzept folgend – unsere Aufmerksamkeit auf beide Seiten lenken: auf die Verletzung und die Ressourcen, auf die Schwächung und die Fähigkeit, schwierigste Erfahrungen für das weitere Leben nutzbar zu machen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

Die Arbeit im Kontext von sexualisierter Kriegsgewalt bedeutet für alle Mitarbeiterinnen, dass sie sich in einem „fortwährenden Prozess von direkter und indirekter Traumatisierung und direkter und indirekter Resilienzbildung, befinden“³.

3. Organizational Care - ein Arbeitsmodell

Das hier vorgestellte Modell impliziert die Tatsache, dass indirekte Traumatisierung in der gesamten Organisation nicht vermeidbar ist. Im Zentrum der Aufmerksamkeit aber steht gleichzeitig das Phänomen der selbstregulierenden Kräfte oder das Potenzial zur Bildung von Resilienz. Diese kann individuell erworben werden sowie als organisationales Erfahrungswissen für die gesamte Organisation nutzbar gemacht werden.

Zwei Begriffe sind im Zentrum dieses Modells: Care und Resilienz

Resilienz

Die Organisation fokussiert auf allen Ebenen und täglich die Erhöhung und den Erhalt der Resilienz ihrer Mitarbeiterinnen, und sie fokussiert eine sichernde ökonomische Effizienz der Organisation.

Indem sie beides tut und die Sorge um die Gesunderhaltung des Personals in den Mittelpunkt der unternehmerischen Handlungen setzt, folgt sie der Logik einer „Ökonomie des Sorgens – Care Ökonomie“ wie sie von feministischen Ökonominen seit vielen Jahren beschrieben wird.

Die Resilienzforschung beschreibt drei wesentliche Fähigkeiten als Grundlage der Resilienzbildung⁴:

1. Realitäten anerkennen stärkt die Fähigkeit mit Krisen umgehen zu lernen;
2. Werte und Sinnfindung geben Halt und orientieren;
3. Improvisationsfähigkeit und Flexibilität erhöhen das Potenzial Konflikte und Probleme zu lösen;
4. Gemeinschaft bilden und erhalten: denn Menschen können Belastungen besser ertragen wenn sie wissen wofür und für wen.

Die Care Ökonomie geht von folgenden Grundsätzen aus:

Care Ökonomie

- „Der Begriff «care economy» oder Care-Ökonomie bezieht sich auf alle Tätigkeiten, bei denen Menschen für andere sorgen oder für die alltägliche Versorgung anderer Menschen zuständig sind.

³ Hernandez zitiert nach Pross 2009, siehe Literaturliste am Ende der PowerPoint.

⁴ Harvard Business School Press (2003): Harvard Business Review on Building Personal and Organizational Resilience.

- Diese Tätigkeiten erstrecken sich auf die Umwandlung von standardisierten und industrialisierten Gütern und Dienstleistungen für einen den unterschiedlichsten Bedürfnissen angepassten täglichen Verbrauch innerhalb und ausserhalb des Haushalts, auf das Aufziehen von Kindern, auf die Pflege von Menschen und andere Formen von Beziehungsarbeit.
- All diese Tätigkeiten und die Art und Weise, wie sie getan werden, machen einen wesentlichen Teil des Lebensstandards einer Gesellschaft aus.“⁵

Beide Ansätze scheinen mir sehr schlüssig, um ein Konzept der Selbstfürsorge in Organisationen zu implementieren, das weit über den individuellen „Komfort- Bereich“ hinausgeht. Es trägt gesellschaftlichen und individuellen Anforderungen gleichermaßen Rechnung und es setzt den Erhalt des Wachstums einer Organisation in direkte Abhängigkeit zu der Gesunderhaltung der „menschlichen Ressourcen“ der Organisation.

Selbstverständlich ist das Modell, so wie es hier aufgeführt ist, längst nicht in allen Teilen bei *medica mondiale* umgesetzt. Die Kultur der Organisation aber ist so weit entwickelt, dass es möglich war, das hier vorgestellte Modell zu visionieren, das bei Bedarf und entsprechender Achtsamkeit durchaus realistisch genug ist, um umgesetzt werden zu können.

Als Modell, hoffe ich, kann es auch anderen Organisationen eine Inspiration sein. Für weitergehende Fragen und Denkanstöße wenden Sie sich bitte an:

- Direkt an die Autorin und Trainerin des Konzeptes: Maria Zemp www.Beratung-MariaZemp.de
- Oder an die Traumafachbereichsleiterin Karin Griese von *medica mondiale* www.medicamondiale.org

⁵ Mascha Madörin in: Die andere Hälfte der Wirtschaft.Care Economy: Die Ökonomie des Sorgens und Pflegens, WOZ 2001/Nr.03.