

CÉLIA STEINLIN
 CLAUDIA DÖLITZSCH
 SOPHIA FISCHER
 JANINE LÜDTKE
 JÖRG M. FEGERT
 MARC SCHMID

Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung

Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz

Zusammenfassung

In Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen stellen Grenzverletzungen gegenüber den Mitarbeitenden ein häufiges Problem dar. Die Prävalenz möglicher Belastungsreaktionen wurde bei 319 pädagogischen Fachkräften aus Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz erfasst. Die Stichprobe zeigte deutliche Symptome in den Bereichen Burnout (18 % mit Burnout-Verdacht), Posttraumatische Belastungsstörung (2 % mit Symptomatik nach eigenem belastendem Erlebnis) und Sekundärtraumatisierung (7 % mit Symptomatik nach gehörtem/gelesenem Erlebnis der Kinder und Jugendlichen). Es wird die Wichtigkeit einer adäquaten Versorgung der Mitarbeitenden und die Anwendung von traumapädagogischen Konzepten diskutiert.

Schlüsselbegriffe

Kinder- und Jugendhilfe, pädagogische Fachkräfte, Burnout, sekundäre Traumatisierung, PTBS

Belastete Kinder – belastete Betreuer?

In stationären Jugendhilfeeinrichtungen stellen Grenzverletzungen gegen das Personal und unter den Jugendlichen ein häufiges Problem dar. Steinlin, Fischer, Dölitzsch, Fegert und Schmid (2015, in diesem Heft) berichten, dass 91 % der pädagogischen Fachkräfte in den vergangenen drei Monaten grenzverletzendes Verhalten erlebt hatten. Über die Auswirkungen von grenzverletzendem Verhalten gegenüber dem Betreuungspersonal von Patienten und Häftlingen ist einiges bekannt. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass gezielte negative interpersonelle Verhaltensweisen und interpersonelle Gewalt nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen haben, mit Burnout und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) assoziiert sind sowie das Risiko für die Entwicklung von Depressionen ($OR=4.28$), somatoformen Störungen ($OR=3.6$), Angststörun-

gen ($OR=2.56$) und Schlafstörungen ($OR=2.4$) erhöhen (Hogh et al., 2011; Mathisen et al., 2008; Kostev et al., 2014; Nolfé et al., 2007). In einer dänischen Studie erwiesen sich verbale Aggressionen und körperliche Gewalt am Arbeitsplatz als signifikantes Risiko für die stationäre Behandlung von depressiven und stressassoziierten Störungen (Wieclaw et al., 2006). Infolge gewalttätiger Interaktionen mit Häftlingen war mehr als die Hälfte des Personals im Strafvollzug, basierend auf ihren Ausprägungen in den Symptomen Vermeidung, Wiedererleben und Hyperarousal, von einem moderaten bis hohen Risiko für die Entwicklung einer PTBS betroffen (Boudoukha et al., 2013) und 15.5 % der Angestellten zeigten das Vollbild einer PTBS (Stadnyk, 2004).

Die in Jugendhilfeeinrichtungen untergebrachten Kinder und Jugendlichen sind oftmals massiv belastet und weisen eine hohe Prävalenz an psychischen Störungen, Entwicklungsauffälligkeiten und traumati-

schen Erlebnissen auf (Dölitzsch et al., 2014; Schmid, 2007). Dies stellt das Personal vor zusätzliche Herausforderungen. Durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen und die Konfrontation mit teilweise stark verstörenden und detaillierten Trau-
mainhalten kann es zum Auftreten von Symptomen einer sekundären Traumatisierung kommen. Diese äh-
neln den Symptomen einer Posttrau-
matischen Belastungsstörung (Weit-
kamp et al., 2014, Lempke, 2006).
Beispielsweise berichten Trauma-
Therapeuten von sensorischen Intru-
sionen der Erlebnisse ihrer Patienten,
obwohl sie keinen sensorischen Rei-
zen des traumatischen Erlebnisses
wie Gerüchen, Geräuschen oder Bil-
dern ausgesetzt waren (Daniels,
2007). Doch nicht nur die Berichte
der Patienten selbst, sondern auch
Beobachtungen von traumatischen
Erlebnissen bei anderen oder Doku-
mentationen von Misshandlung in
Akten, Gutachten, Arztbriefen oder
pädagogischen Verlaufsberichten
können zu einer Sekundärtraumati-
sierung führen. Die Betreuer sind da-
her einer psychischen Doppelbelas-
tung ausgesetzt: einerseits durch
die gewalttätigen Übergriffe, die zur
Entstehung einer Posttraumatischen
Belastungsstörung führen können
und andererseits durch die Gefahr ei-
ner Sekundärtraumatisierung.

Eine weitere, jedoch eher unspezi-
fische Reaktion, die infolge der Ar-
beit mit traumatisierten Menschen
entstehen kann, ist Burnout (Elwood
et al., 2011). Im Folgenden wird auf
diese drei Phänomene näher einge-
gangen.

Belastungsreaktion Burnout

Burnout ist eine berufsbedingte
psychische Beeinträchtigung und



© Foto: 3format/photocase.de

In stationären Jugendhilfeeinrichtungen stellen Grenzverletzungen gegen das Personal und unter den Jugendlichen ein häufiges Problem dar.

äußert sich durch emotionale Er-
schöpfung, Depersonalisation und
reduzierte Leistungsfähigkeit (Mas-
lach & Jackson, 1986), wobei die
emotionale Erschöpfung als Leit-
symptom betrachtet werden kann
(Seidler et al., 2014). Emotionale Er-
schöpfung ist charakterisiert durch
aufgezeehrte emotionale Ressourcen,
Depersonalisation bezieht sich auf
eine negative, zynische und distan-
zierte Einstellung gegenüber den in
der eigenen Obhut stehenden Men-
schen und reduzierte Leistungsfä-
higkeit umfasst ein Gefühl niedriger
Selbstwirksamkeit und eine ableh-
nende Haltung gegenüber sich
selbst (Awa et al., 2013). Diese Defi-
nition findet zwar breite Anwen-
dung, jedoch stellt Burnout keine
offizielle medizinische oder psychia-
trische Diagnose im Sinne von ICD-
10 oder DSM-V dar, sondern kann
lediglich im Anhang der ICD-10 in
Kapitel XXI gemäß Z73.0 »Probleme
mit Bezug auf Schwierigkeiten bei
der Lebensbewältigung« codiert
werden (Dilling et al., 2011). Es han-

delt sich um ein multidimensionales
Konstrukt mit Wechselwirkungen
auf psychischer, physischer und so-
zialer Ebene (Hagemann & Geue-
nich, 2009). Ein Burnout-Syndrom
liegt vor, wenn die Arbeitsbelastung
und der daraus resultierende Er-
schöpfungszustand mehrere Wo-
chen bis Monate anhalten und Ent-
spannungsphasen zu keiner Symp-
tomreduktion führen. Ergibt sich
weiterhin keine Besserung, können
langfristig psychische und physische
Folgeerkrankungen wie Depressio-
nen, Angststörungen, Aggressivität,
Medikamenten- oder Alkoholab-
hängigkeit, Bluthochdruck und Tin-
nitus auftreten (Berger, Falkai &
Maier, 2012). Der Begriff »Burnout«
bezieht sich darauf, dass normaler-
weise zu Beginn ein Zustand mit
idealistischer Begeisterung steht
(»Brennen«), dann aber frustrie-
rende Erlebnisse zu Desillusionie-
rung und Apathie führen (»Ausbren-
nen«) (Pschyrembel, 2007). Unter

anderem werden eine starke Arbeitsbelastung, Zeitdruck, mangelnde Unterstützung und große emotionale Herausforderungen bei der Arbeit sowie fachliche, persönliche und zwischenmenschliche Konflikte mit Burnout in Verbindung gebracht (Schaufeli & van Dierendonck, 2004; Hagemann & Geuenich, 2009). Andere Quellen beschreiben als Risikofaktoren ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen den beruflichen Anforderungen und den tatsächlichen Fähigkeiten, mangelnde Kontrolle im Arbeitsalltag, ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung und andauernder Arbeitsstress (Awa et al., 2009).

Aufgrund fehlender einheitlicher Definition und Diagnosekriterien ist eine differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber Störungsbildern, die in Bezug zu einer Überforderung stehen oder mit Erschöpfung, Leistungsminderung und unspezifischen somatischen Beschwerden zusammenhängen, schwierig (Thalhammer & Paulitsch, 2014). Insbesondere Burnout und depressive Erkrankungen weisen große inhaltliche Überschneidungen auf und mit Zunahme der Burnout-Symptomatik steigt die Wahrscheinlichkeit einer Depression auf bis zu 50 % an (Ahola et al., 2005). Den beiden Begriffen liegen jedoch konzeptionelle Unterschiede zugrunde, da Burnout nicht auf klar definierten Diagnosekriterien beruht und die Ursachen in beruflichen Stressfaktoren liegen, während depressive Erkrankungen psychiatrische Diagnosen sind, die unabhängig von beruflichen Belastungen auftreten. Empirische Untersuchungen legen nahe, dass Burnout

und Depressionen unterschiedliche Entitäten sind, die gemeinsame qualitative Charakteristiken teilen (Iacovides et al., 2003), weshalb es keine Evidenz für eine synonyme Verwendung von Burnout und einer Stress- oder Belastungsdepression gibt, wie sie häufig in der aktuellen Diskussion stattfindet (Thalhammer & Paulitsch, 2014).

Burnout ist nach Angaben der Techniker Krankenkasse (TKK) für das Fehlen von 40 000 Arbeitskräften pro Jahr in Deutschland verantwortlich (TKK, 2009). Obwohl es interkulturell in einer Vielzahl von Berufsfeldern wie beispielsweise Erziehung, Wirtschaft, Strafjustiz und Computertechnik auftritt (Leiter & Schaufeli, 1996), ist es besonders in Berufen verbreitet, die eine intensive Arbeit mit Menschen erfordern (Ducharme et al., 2008). So fanden sich auffällig hohe Burnout-Werte beispielsweise bei Ärzten (20–33 %), OP-Krankenschwestern (29.3–42.6 %), Lehrern (28.3–33.8) oder Priestern (17.4–52.2) (Arigoni et al., 2007; Ribeiro et al., 2014; Pedditzi & Nonnis, 2014; Lopez Herrera et al., 2014) und auch in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung ist der Anteil hoch und liegt zwischen 21 und 67 % (Morse et al., 2012). Eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (2011) ergab, dass die Krankheitstage wegen Burnout zwischen 2004 und 2010 um das 9-fache angestiegen sind, wobei allgemein Frauen und insbesondere Menschen in helfenden Berufen besonders betroffen sind. Unter den sozialen Berufsgruppen erkrankten Heimleiter und Sozialpädagogen am häufigsten an Burnout und lagen mit 23.8 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Fall an der Spitze. Aufgrund uneinheitlicher

Definitionen und fehlender valider Messinstrumente sind Prävalenzangaben jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig und variieren stark in Abhängigkeit der gewählten Methodik und der untersuchten Berufsgruppen und auch innerhalb identischer Tätigkeiten (Ribeiro, 2014).

Unter den sozialen Berufsgruppen erkrankten am häufigsten Heimleiter und Sozialpädagogen an Burnout.

Wenn das Betreuungspersonal unter einer Burnout-Symptomatik leidet, kann dies auch negative Auswirkungen auf die Betreuungsqualität der Kinder und Jugendlichen haben. So beschrieben Holmqvist & Jeanneau (2006), dass Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen, die unter hoher emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation litten, sich distanziert und ablehnend gegenüber ihren Patienten verhielten. Burnout-Symptomatik zeigt sich nicht nur bei einzelnen Individuen, sondern analog in den Handlungsweisen ganzer Teams (Fengler, 2008). Einige typische Merkmale für ein sogenanntes Team-Burnout sind ein kollektives Gefühl der Erschöpfung, Entschlusslosigkeit, Beschuldigungstendenzen sowie kollektive Selbstentwertung und Selbstunwirksamkeitserwartung. Die Mitarbeiter fühlen sich am Arbeitsplatz deplatziert und fremd sowie nicht mehr ausreichend unterstützt, was auf der

Ebene der Kinder und Jugendlichen zu vermehrten Behandlungsabbrüchen führt (Fengler, 2011). Burnout Symptome können zu einer Atmosphäre im pädagogischen oder therapeutischen Milieu führen, welche Grenzverletzungen und Regelverstöße begünstigt, sodass dies in einen Teufelskreis mündet. Sich steigende Burnout-Symptome im Team führen zu mehr Grenzverletzungen und Sanktionen und zu einer Reduktion von positiven Interaktionen mit den betreuten Jugendlichen, was wiederum zu einer Aggravierung der Burnout-Symptomatik führt bzw. eine weitere Verschlechterung begünstigt.

Posttraumatische Belastungsstörung

Gemäß DSM-V (APA, 2013) ist die Posttraumatische Belastungsstörung charakterisiert durch die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, das mit drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder der Gefahr für die eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit verbunden ist. Erst seit der letzten Revision des DSM im Jahr 2013 werden auch indirekte Traumatisierungen von Personen berücksichtigt, beispielsweise wenn einem Familienmitglied oder nahen Bekannten ein traumatisches Ereignis zustößt oder eine wiederholte oder extreme indirekte berufsbedingte Konfrontation mit aversiven Details der Geschehnisse stattfindet (z. B. Ersthelfer nach einem schweren Unfall oder Fachleute für Kindesmissbrauch). Infolgedessen kommt es zu Symptomen anhaltenden Wiedererlebens des Ereignisses, anhaltender Vermeidung traumaassoziierter Reize sowie Übererregbarkeit und einer negativen Veränderung in

mit dem Trauma assoziierten Kognitionen und Affekten, die mindestens einen Monat andauern und mit klinisch bedeutsamem Leiden und Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen einhergehen. In einer repräsentativen epidemiologischen Untersuchung in Deutschland lag die Prävalenz von PTBS in der Allgemeinbevölkerung bei 2.3 %. Bei Personen, die körperliche Gewalt erlebt hatten, lag der Anteil derjenigen, die die DSM-IV Diagnosekriterien erfüllten, bei 10.5 % (Maercker et al., 2008). Im Anschluss an gewalttätige Übergriffe berichteten 30 % bis 61 % der Angestellten in psychiatrischen Einrichtungen über einzelne Symptome einer PTBS, 10 % bis 17 % erfüllten sogar alle Diagnosekriterien (Caldwell, 1992; Richter & Berger, 2006; Chen et al., 2008). Bei einer Verlaufsmessung nach sechs Monaten betrug der Anteil an PTBS-Diagnosen 11 % und in einer retrospektiven Studie, die durchschnittlich 1,5 Jahre nach dem Ereignis stattfand, erfüllten noch 3 % eine Diagnose (Richter & Berger, 2009). Überraschenderweise fanden Richter und Berger (2006), dass diejenigen, die unverletzt blieben, höhere Stresswerte erzielten als diejenigen, die kleinere Verletzungen erlitten hatten, was die Autoren dadurch erklären, dass die subjektive Bewertung des Ereignisses bei der Entstehung einer PTBS eine wichtige Rolle spielt. Diese Befunde untermauern die Ergebnisse von Walsht & Clarke (2003), die feststellten, dass verbale Angriffe einen signifikant stärkeren Einfluss auf Stresssymptome haben als ein körperlicher Angriff. Infolge eines Angriffs gaben die betroffenen Mitarbeiter an, sich unsicher am Arbeitsplatz zu fühlen und Probleme im Umgang mit ihren Patienten zu erle-

ben, zudem fehlten 18 % der Teilnehmer krankheitsbedingt mehr als 4 Wochen (Richter & Berger, 2009).

Es ist relativ gut untersucht, welche Faktoren die Entwicklung einer PTBS begünstigen oder aber verhindern können. Einige Faktoren betreffen persönliche Merkmale des Opfers (z. B. weibliches Geschlecht, vorbestehende psychiatrische Erkrankungen, eigene Traumatisierungen in der Vorgeschichte, Persönlichkeitsmerkmale wie Neurotizismus und Introversion, niedrige Intelligenz (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Bramsen et al., 2000)), andere das Ereignis selbst (z. B. führt interpersonelle Gewalt zu tiefgreifenderen Folgen als beispielsweise eine Naturkatastrophe (z. B. Richter, 2007)) und andere den Umgang mit dem Ereignis, also die Reaktionen des Umfelds sowie die konkrete Nachsorge (z. B. soziale Unterstützung). Es ist auch bekannt, dass gewisse Persönlichkeitsmerkmale vor der Entwicklung von Belastungssymptomen schützen können. Dies sind z. B. ein positives Selbstkonzept, Optimismus, Altruismus, ein interner *Locus of Control* (die Überzeugung, Dinge im Leben selbst mitzubestimmen), die Fähigkeit, Hilflosigkeit zu vermeiden, sowie die Fähigkeit, einen aktiven Bewältigungsstil zu entwickeln (Agaibi & Wilson, 2005; Charney, 2004; Southwick et al., 2005). Zu diesem aktiven Bewältigungsstil gehört auch die Bereitschaft, das eigene Erleben anderen mitzuteilen (Richter, 2007).

Sekundärtraumatisierung

In den letzten Jahren entstand ein steigendes Interesse an den Auswirkungen von berufsbedingter Exposi-

tion mit detaillierten Schilderungen traumatischer Erlebnisse wie sie beispielsweise häufig bei Traumatherapeuten sowie Betreuern und Angestellten im Kinderschutz vorkommen (Weitkamp et al., 2014). Die daraus entstehende Belastungsreaktion wird sekundäre Traumatisierung genannt. Sie entsteht durch die Exposition mit den Details traumatischer Ereignisse, sei es in verbaler oder schriftlicher Form, und mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma (Daniels, 2003). Das Erscheinungsbild ist der Posttraumatischen Belastungsstörung sehr ähnlich und umfasst identische Symptome wie Vermeidung, Übererregung und Intrusionen sowie traumabedingte kognitive Veränderungen (Figley, 1995) wie auch Symptome, die häufig komorbid mit einer PTBS auftreten, wie Suchterkrankungen, Depressionen, Suizidgedanken, somatische Symptome und parapsychotisches Bedrohungserleben (Daniels, 2006). Das Phänomen betrifft vor allem Personen, die eine wichtige Rolle im Leben von Traumatisierten spielen, wie beispielsweise Ehepartner, Familienangehörige, Freunde, Betreuungspersonen oder Therapeuten.

Das Konzept der sekundären Traumatisierung wird in der Literatur uneinheitlich verwendet und ist aufgrund unzureichender und inkonsistenter empirischer Untersuchungen grundsätzlich umstritten, weshalb es in den offiziellen Diagnosesystemen nicht aufgeführt wird. Trotz zahlreicher Konzeptualisierungsvorschläge fehlt bislang ein Konstrukt, das die auftretenden Reaktionen zutreffend abbilden kann. In der englischsprachigen Fachliteratur existie-

ren neben dem Begriff der sekundären Traumatisierung (»secondary traumatic stress disorder«) zusätzlich die Bezeichnungen »vicarious traumatization« (McCann & Perlman, 1990) und »compassion fatigue« (Figley, 2002). »Vicarious traumatization« entsteht infolge empathischer Verbundenheit mit traumatisierten Patienten und ist neben einer PTBS-Symptomatik durch eine dauerhafte Erschütterung der Grundüberzeugungen des Therapeuten bezüglich Vertrauen, Sicherheit, Kontrolle, Intimität und Wertschätzung gekennzeichnet (Saakvitne & Pearlman, 1996). Der Begriff »compassion Fatigue« entspricht inhaltlich der »secondary traumatic stress disorder« und wurde von Figley (1995a) konzipiert, um eine Stigmatisierung der Therapeuten zu verhindern. Er bezeichnet einen Zustand starker geistiger, emotionaler und körperlicher Erschöpfung sowie vermindertes Empathievermögen begleitet von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und sozialer Entfremdung (Figley, 1993). Sie entwickelt sich durch eine langandauernde Konfrontation mit dem Leiden anderer Menschen und den Beschreibungen ihrer traumatischen Erfahrungen, durch unzureichende Unterstützung am Arbeitsplatz und geringe Selbstfürsorge. Die Symptome umfassen Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Vermeidung von Erinnerungen an das Erlebnis, Intrusionen und wiederkehrende Gedanken an das Erlebnis sowie depressive oder ängstliche Stimmung (Radey & Figley, 2007). Die heterogene Terminologie und der teilweise synonyme Gebrauch dieser unterschiedlichen Konzepte aufgrund großer inhaltlicher Überschneidungen macht einen Vergleich bestehender Forschungsliteratur und deren Inter-

pretation schwierig (Najjar et al., 2009).

Aufgrund der großen konzeptionellen Überschneidungen wird die sekundäre Traumatisierung auch als eine Form von Burnout bezeichnet, das insbesondere durch die Konfrontation mit traumatischen Erlebnisinhalten verursacht wird (Figley, 2002a). Durch die letzte Revision des DSM wird sich die Bedeutung des Konzepts der sekundären Traumatisierung vermutlich zukünftig verändern, da indirekte Traumatisierungen durch das Miterleben von Traumata bei nahen Bezugspersonen sowie die berufsbedingte Konfrontation mit Details von Traumatisierungen neu ebenfalls als mögliche Voraussetzungen für die Entwicklung einer PTBS gelten (APA, 2013).

Elwood et al. (2011) berichten in ihrem Review über sekundäre Traumatisierung über stark variierende Prävalenzangaben von 8 % bis 50 % bei Berufsgruppen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, wobei diese Unterschiede vermutlich durch eine Reihe von Faktoren wie unterschiedliche Messinstrumente und individuelle und umweltbezogene Charakteristiken beeinflusst werden. Aufgrund der widersprüchlichen Studienergebnisse weisen die Autoren darauf hin, dass noch weiterer Forschungsbedarf besteht und deshalb eine Implementierung von Präventionsmaßnahmen oder Behandlungsempfehlungen nicht gerechtfertigt sind. Die bestehende Forschung konzentriert sich überwiegend auf Traumatherapeuten, wodurch die Ergebnisse nicht automatisch auf andere Berufsgruppen adaptiert werden dürfen.

Zielsetzung

Es liegen bisher keine Untersuchungen zu PTBS, sekundärer Traumatisierung oder Burnout bei pädagogischen Fachkräften in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen vor. Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, welche Belastungsreaktionen wie häufig bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen auftraten und ob es eine Überschneidung zwischen den Konzepten Burnout und Sekundärtrauma gibt.

Methode

Vorgehen

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine epidemiologische Fragebogenstudie mit pädagogischen Fachkräften aus Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz, die 2012 im Rahmen eines vom Schweizerischen Bundesamt für Justiz geförderten Modellversuchs zu Traumapädagogik durchgeführt wurde. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens findet sich im vorhergehenden Artikel (Steinlin, Fischer, Dölitzsch, Fegert & Schmid, 2015, in diesem Heft).

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe bestand aus 319 männlichen und weiblichen Mitarbeitenden aus vom Bundesamt für Justiz anerkannten stationären Erziehungseinrichtungen in der Deutschschweiz. Die überwiegende Mehrheit waren SozialpädagogInnen. Eine detaillierte Stichprobenbeschreibung wurde ebenfalls bereits im vorhergehenden Artikel vorgenommen.

Die Frage nach der Anzahl der Krankheitstage im letzten Jahr wurde nur den Teilnehmenden aus den Modell- und den Kontroll-einrichtungen des Modellversuchs Traumapädagogik und nicht im Rahmen der epidemiologischen Studie gestellt. Die Stichprobengröße beträgt bei dieser Fragestellung daher nur $N = 98$.

Verwendete Messinstrumente

Es wurden publizierte, validierte Fragebögen zur Erfassung von Belastungen eingesetzt, die bei der Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen entstehen können. Ein Fragebogen wurde zwecks Passung auf die Stichprobe ein wenig umformuliert.

Burnout-Screening-Skalen (BOSS; Hagemann & Geuenich, 2009)

Dies ist ein Screening Instrument zur Erfassung aktueller psychischer (kognitiver und emotionaler), körperlicher und psychosozialer Beschwerden in arbeitsbezogenen, persönlichen und zwischenmenschlichen Bereichen, wie sie typischerweise im Rahmen eines Burnout-Syndroms auftreten.

Der erste Teil des Fragebogens BOSS I bezieht sich auf die letzten drei Wochen vor der Befragung und erfasst Umweltfaktoren. Er liefert für jede Unterskala einen Gesamtwert, der die durchschnittliche Belastung eines Probanden auf der jeweiligen Skala beschreibt, einen Breiten- und einen Intensitätswert. Alle Werte sind T-Werte, d.h. Werte ab 60 gelten als auffällig. Der Breitenwert erfasst die Anzahl der Beschwerden auf einer Skala und der Intensitätswert errechnet sich anhand der Items einer jeweiligen Skala, die vom Probanden einen Wert größer

als 0 erhalten haben. Aus diesen Items wird der Mittelwert berechnet. Außerdem können über alle Unterskalen hinweg Globalwerte ermittelt werden und zwar wiederum ein Global-Gesamtwert, ein Global-Breitenwert und ein Global-Intensitätswert.

Der BOSS II bezieht sich auf die letzten sieben Tage vor der Befragung und erfasst Faktoren der eigenen Person, also körperliche, kognitive und emotionale Beschwerden. Es werden dieselben Werte wie beim BOSS I errechnet.

Bei der Interpretation ist darauf zu achten, dass die Skala »Beruf« ausschlaggebend ist für einen Verdacht auf Burnout. Die anderen Skalen sowie die Globalwerte sind ergänzend zu berücksichtigen und vervollständigen das Gesamtbild der Befunderhebung. Die interne Konsistenz der Skalen wird von den Autoren mit Cronbach's alpha von .753 bis .911 in der Normstichprobe angegeben; die in dieser Stichprobe berechnete interne Konsistenz lag mit Cronbach's alpha von .765 bis .902 auf ähnlich hohem Niveau.

Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R; Maercker & Schützwohl, 1998)

Dieser Fragebogen erfasst Belastungssymptome als Folge eigener traumatischer Erfahrungen.

Er enthält 22 Items, die sich auf den Zeitraum von einer Woche vor der Befragung beziehen und den drei Subskalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal zugeordnet werden. Die Auswertung erlaubt eine Verdachtsdiagnose PTBS. Die interne Konsistenz der Skalen wird von den Autoren mit Cronbach's al-

pha von .71 bis .90 in einer Inhaftiertengruppe bzw. einer Kriminalitätsopfergruppe angeben; die in dieser Stichprobe berechnete interne Konsistenz lag mit Cronbach's alpha von .823 bis .852 auf ähnlich hohem Niveau.

Fragebogen zur sekundären Traumatisierung (Daniels, 2006a)

Der Fragebogen wurde ursprünglich für die Anwendung bei Psychotherapeuten entwickelt. Mit den 31 Items werden nebst den Leitsymptomen der PTBS (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal) unter anderem auch depressive Verstimmung, Suizidgedanken, Suchtverhalten und parapsychotisches Bedrohungserleben erfasst. Bezugszeitraum ist wie schon beim IES-R die Woche vor der Befragung. Anhand einer Stichprobe von Psychotherapeuten wurde ein Cut-off Wert festgelegt. Für die vorliegende Studie wurden einige Formulierungen der Zielgruppe angepasst, am Inhalt wurde nichts verändert. Die interne Konsistenz des Fragebogens wird von der Autorin mit Cronbach's alpha von .937 angegeben; die in dieser Stichprobe berechnete interne Konsistenz lag mit Cronbach's alpha von .931 von auf ähnlich hohem Niveau.

Statistische Verfahren

Die Auswertung erfolgte vorrangig deskriptiv durch die Ermittlung von absoluten und relativen Häufigkeiten. Zur Bestimmung der Zusammenhänge von Burnout mit Krankheitstagen sowie Sekundärtraumatisierung wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Zur Bestimmung des kategorialen Zusammenhangs zwischen Burnout

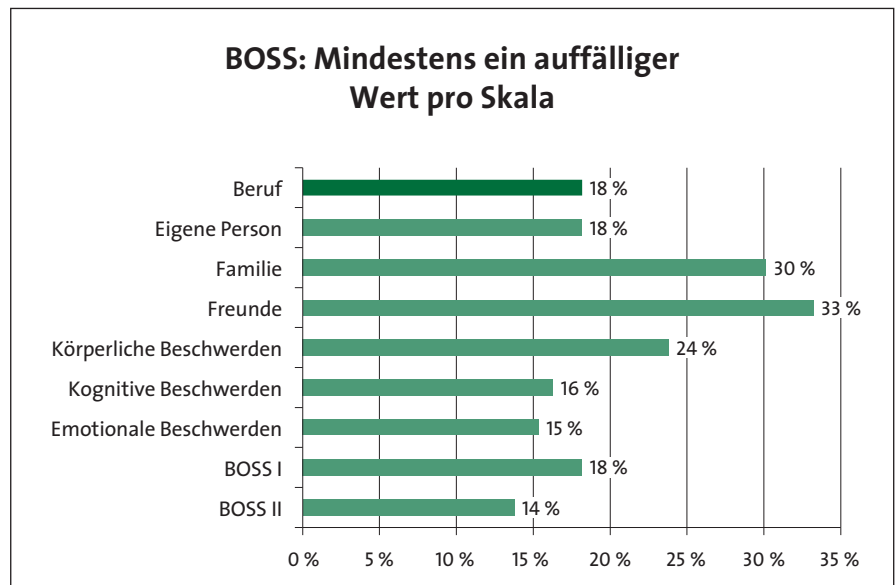


Abbildung 1: Prozent der Stichprobe mit auffälligen Werten im BOSS

und Sekundärtrauma wurden der Exakte Fisher-Test und das relative Risiko berechnet. Alle Auswertungen wurden mit SPSS 21 durchgeführt.

Ergebnisse

Burnout

In Abbildung 1 ist dargestellt, wie viele Personen ($N=319$) prozentual auf den einzelnen BOSS-Skalen unter Berücksichtigung des Gesamt-, Intensitäts- und Breitenwertes mindestens einen auffälligen Wert erzielten. Wie bereits weiter oben beschrieben ist die Skala »Beruf« ausschlaggebend für einen Verdacht auf Burnout.

Fast ein Fünftel der Stichprobe (18 %; $n=56$) wies mindestens einen auffälligen Wert auf der Skala Beruf auf. D.h., dass bei 56 Personen ein Verdacht auf Burnout bestand. Am meisten Personen erzielten auffällige Werte auf den Skalen Freunde (33 %, $n=106$) und Familie (30 %, $n=95$). Hohe Werte auf diesen Ska-

len bedeuten eine deutliche Belastung des Beziehungsgefüges und einen Rückzug von Freunden und Bekannten resp. einen negativ erlebten Verlust von Beziehungsqualität und -quantität im familiären Bezugssystem. Fast ein Viertel der Stichprobe (24 %, $n=76$) berichtete über körperliche Einschränkungen und Beschwerden und 18 % ($n=58$) über starke Einschränkungen im Wohlbefinden der eigenen Person, der Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit.

Fast ein Viertel der Stichprobe berichtete über körperliche Einschränkungen und Beschwerden.

Es fand sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied in den Burnout-Werten (Skala Beruf: $\chi^2(1)=0,21$;

$p = .649$). Auch fand sich kein Zusammenhang zwischen den T-Werten auf der Berufsskala im BOSS und der Anzahl der Fehltage aufgrund Krankheit ($r = -.084$; $p = .414$).

Belastungssymptome nach eigenem traumatischem Erlebnis

Aus Abbildung 2 wird ersichtlich, dass 83 % ($n=265$) der Stichprobe angaben, in ihrem beruflichen Alltag bereits einmal einen Angriff oder eine akute Bedrohungssituation, die zu Tod oder Verletzung hätte führen können, selbst erlebt oder beobachtet zu haben. Von den Personen, die ein solches Erlebnis zu verzeichnen hatten, gaben 49 % ($n=128$) an, darauf unmittelbar mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen reagiert zu haben. Bei 2 % ($n=4$) der Betroffenen waren die PTBS-Kriterien in den Bereichen Intrusion, Hyperarousal und Vermeidung erfüllt. Fast ein Fünftel der Betroffenen (18 %, $n=44$) berichtete, dass die Belastungssymptome vier Wochen oder länger angehalten hatten.

Auf die Gesamtstichprobe bezogen bedeutet dies, dass 15 % aller Mitarbeitenden angaben, während einer Periode von mindestens vier Wochen unter Belastungssymptomen gelitten zu haben. Ein Prozent der Gesamtstichprobe erfüllte alle Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (Erlebnis, unmittelbare Reaktion, Symptome in den drei Kernbereichen sowie Dauer von mindestens vier Wochen).

Belastungsreaktion nach gehörtem oder gelesenem belastenden Erlebnis

In Abbildung 3 ist die Belastung durch Erlebnisse dargestellt, welche

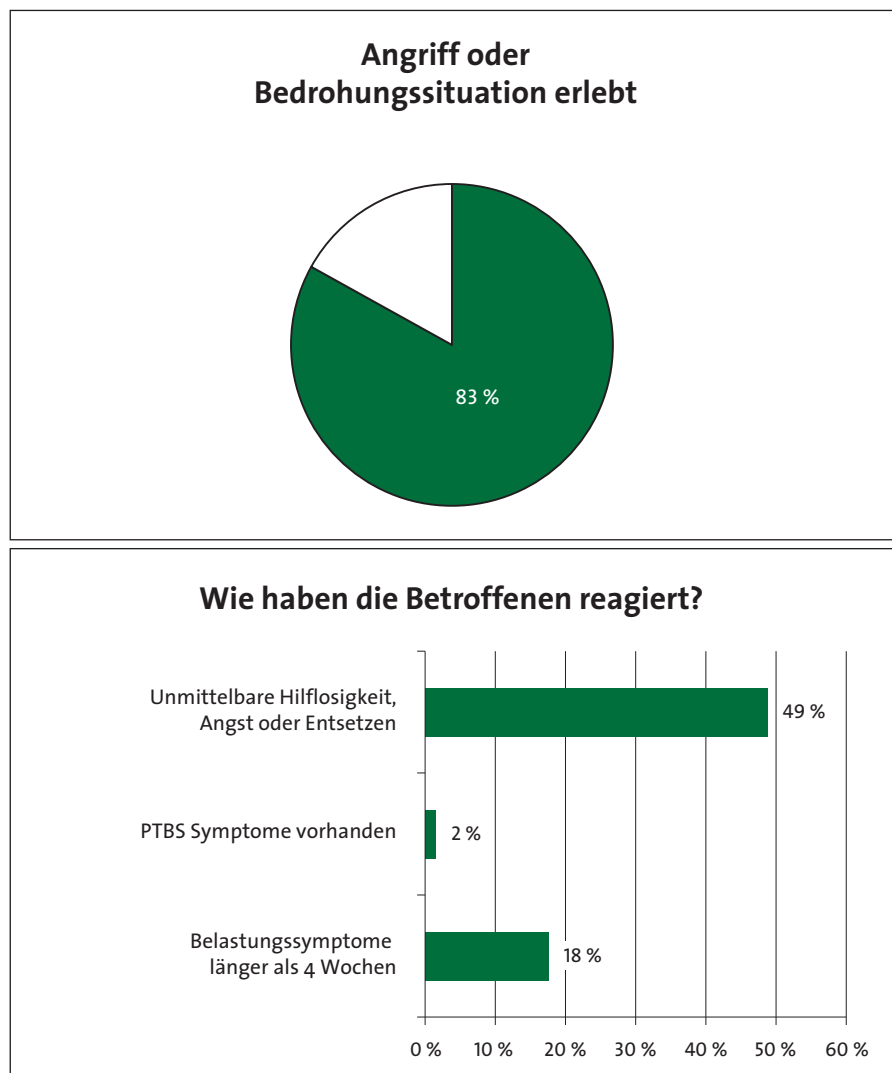


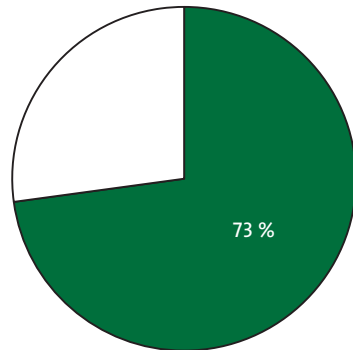
Abbildung 2: Eigenes bedrohliches Erlebnis im Beruf

die betreuten Kinder und Jugendlichen erlebt hatten und von denen die Betreuenden gehört oder gelesen hatten. Die Belastungsreaktion entspricht der in der Einleitung beschriebenen Sekundärtraumatisierung.

73 % ($n=220$) der Stichprobe gaben an, mindestens einmal von einem belastenden Erlebnis eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen gehört oder in den Akten gelesen und darauf mit deutlicher Belastung (also über die Arbeitszeit hinaus) reagiert zu haben. Die Teil-

nehmenden wurden auch gefragt, wie oft sie schon von solchen Erlebnissen gehört oder gelesen hatten. Die Angaben variierten stark. Einige Teilnehmenden gaben an, »sehr oft« von solchen Erlebnissen gehört zu haben, andere »wöchentlich«, »immer wieder« und die angegebenen Häufigkeiten variierten zwischen einmal (3 % der Stichprobe, $n=9$) und 180 mal. 11 % ($n=33$) der Stichprobe gaben an, zehn Mal oder mehr von belastenden Erlebnissen gehört oder gelesen zu haben.

Belastendes Erlebnis gehört/gelesen



Wie haben die Betroffenen reagiert?

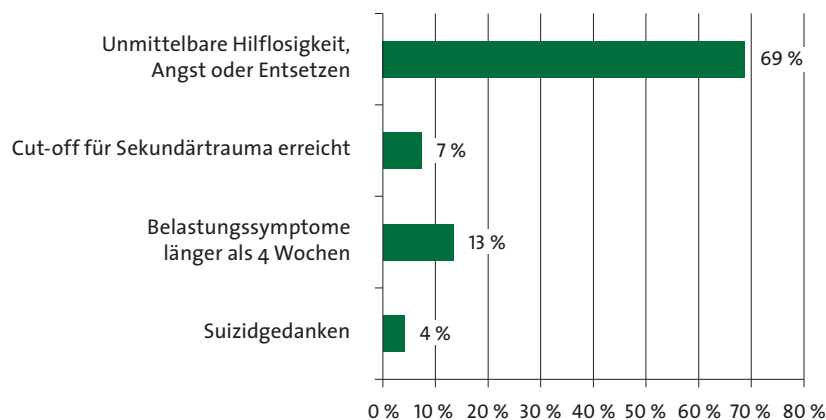


Abbildung 3: Von belasteten Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen gehört/gelesen

Abbildung 3 entspricht in der Darstellung der Abbildung 2. Es ist also dargestellt, wie viele Mitarbeitenden angaben, schon mindestens einmal von einem belastenden Erlebnis der Kinder und Jugendlichen gehört oder gelesen und mit deutlicher Belastung darauf reagiert zu haben. Die weiteren Balken beziehen sich auf die Situation der größten Belastung. 69 % der Betroffenen reagierten auf dieses Hören/Lesen unmittel-

telbar mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen. 7 % der Betroffenen zeigten Symptome einer Sekundärtraumatisierung (basierend auf dem Cut-off Wert der Originalstichprobe von J. Daniels). Bei 13 % der Betroffenen hielten die Belastungssymptome länger als vier Wochen an. 4 % der Betroffenen hatten im Anschluss an das Erfahren des Erlebnisses Suizidgedanken.

Auf die Gesamtstichprobe bezogen bedeutet dies, dass 10 % der Mitarbeitenden angaben, während

einer Periode von vier Wochen oder länger unter Belastungssymptomen, wie sie im Konzept der Sekundärtraumatisierung beschrieben sind, gelitten zu haben. Außerdem erfüllte bezogen auf die Gesamtstichprobe 1 % die Kriterien für eine Sekundärtraumatisierung (analog der PTBS-Kriterien, also gehörtes/gelesenes Ereignis, unmittelbare Reaktion, Symptomatik und Dauer der Symptomatik).

Zusammenhang von Burnout und Sekundärtrauma

Es fanden sich korrelative Zusammenhänge mittlerer Effektstärke zwischen den beiden Belastungsformen Burnout und Sekundärtrauma. Die Berechnungen wurden mit der Gesamt-Skala Beruf ($r = .351$; $p < .001$) und mit den Globalskalen BOSS I ($r = .424$; $p < .001$) und II ($r = .452$; $p < .001$) durchgeführt.

Bei kategorialer Auswertung zeigte sich, dass Personen, die im Fragebogen zu Sekundärtrauma vergleichsweise hohe Symptomwerte aufwiesen, ein 5,2- bis 11,2-fach erhöhtes Risiko aufwiesen, auch auf den Burnout-Beruf- bzw. Global-Skalen auffällige Werte zu erzielen (und umgekehrt).

Arbeitsausfälle aufgrund von Krankheit

In Abbildung 4 ist die Anzahl der Fehltage aufgrund von Krankheit dargestellt. 37 % der Stichprobe ($n = 36$) gaben an, keinen Tag gefehlt zu haben. Die Mehrheit gab 1 bis 5 Fehltage an und jeweils eine Person gab an, 10, 40 oder sogar 45 Tage aufgrund von Krankheit der Arbeit fern geblieben zu sein. Wie bereits erwähnt, bestand die Stichprobe bei

dieser Fragestellung nur aus $N=98$. Im Durchschnitt berichteten die teilnehmenden Fachkräfte von 2,5 Fehltagen ($SD=6,1$).

Diskussion der Ergebnisse

Die Auswertung des BOSS ergab Hinweise auf eine sehr deutliche und vielschichtige Belastung in der Stichprobe. Am meisten auffällige Werte wurden auf den Skalen Freunde und Familie erzielt. Das ist ein Hinweis darauf, dass es einem großen Teil der Mitarbeitenden nicht gelingt, die für das psychische Wohlbefinden so wichtigen sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten. Es darf angenommen werden, dass der so entstehende Mangel an sozialer Unterstützung, an Wertschätzung und positiven zwischenmenschlichen Erfahrungen zumindest längerfristig negative Auswirkungen auf den Selbstwert und die allgemeine Lebenszufriedenheit haben dürfte und dass ein Ausgleich zum Berufsleben längerfristig schwieriger zu erreichen sein dürfte. Immerhin 18 % der Stichprobe gaben an, starke Einschränkungen im Wohlbefinden, in der Lebenszufriedenheit und in der Leistungsfähigkeit bei sich selbst zu erkennen. Eine derart verbreitete Einschränkung des Wohlbefindens des Betreuungspersonals dürfte sich unmittelbar auf die Qualität der pädagogischen Arbeit und letztlich auch auf das Wohlbefinden der betreuten Kinder und Jugendlichen auf verschiedene Arten negativ auswirken.

Es wurde gezeigt, dass 83 % der Stichprobe mindestens einmal einen Angriff oder ein bedrohliches Ereignis

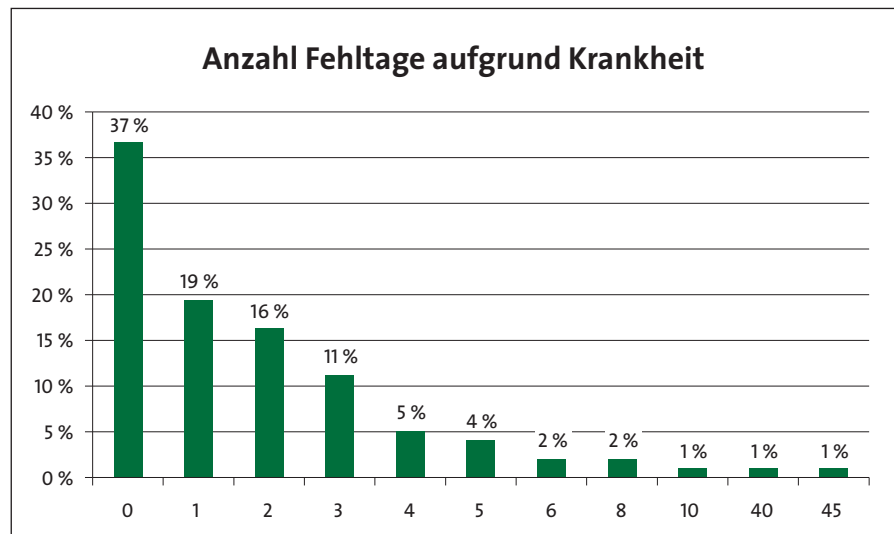


Abbildung 4: Fehltage aufgrund von Krankheit (basierend auf prozentualen Anteilen einer Stichprobe von 98 Personen)

nis erlebt oder beobachtet hatten. Fast die Hälfte dieser Personen hatte unmittelbar mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen reagiert. Besonders eindrücklich jedoch erscheint der Befund, dass 18 % der Betroffenen angab, über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger Belastungssymptome gezeigt zu haben. Es muss angenommen werden, dass diese Personen in dieser Zeit weiterhin zur Arbeit gingen und weiterhin Kinder und Jugendliche betreuten, trotz Unsicherheit, Reizbarkeit, gedanklicher Beschäftigung mit dem Erlebten, Schlafstörungen oder anderen ähnlichen Symptomen. Es ist denkbar, dass durch diese Belastungssymptome in dieser Zeit der Umgang mit den Kindern und Jugendlichen weniger sensitiv, geduldig, wohlwollend, verständnisvoll oder bedürfnisorientiert ausfiel. Es ist auch denkbar, dass die betroffenen Mitarbeitenden in dieser Zeit leichter ärgerlich wurden, weniger Kapazität hatten, um einen guten Grund für das Verhalten der Kinder und Jugendlichen zu suchen und leichter zu Sanktionen griffen.

Ebenfalls denkbar ist, dass es den Mitarbeitenden in dieser Zeit weniger gut gelang, den Kindern und Jugendlichen Zuversicht und Perspektiven zu vermitteln und sie aktiv in der Erreichung ihrer Ziele zu unterstützen. Anhand der vorliegenden Daten können solche Zusammenhänge leider nicht überprüft werden, sie bleiben daher hypothetisch. Auch ist nichts bekannt über den Umgang der Vorgesetzten und des Teams mit solchen Vorfällen und über allfällige Versorgungsstrukturen.

Nebst den Ergebnissen bezüglich eigenem Erleben einer bedrohlichen Situation wurde auch dargestellt, wie viele Teilnehmenden mit einem belastenden Erlebnis der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen konfrontiert worden waren und darauf mit deutlicher Belastung reagierten. Auch hier war der Anteil der Betroffenen mit 73 % hoch. Noch größer als beim eigenen Erlebnis war der Anteil derjenigen, die auf diese Konfrontation mit unmittelbarer Hilfe

losigkeit, Angst oder Entsetzen reagiert hatten (69 % der Betroffenen). 7 % der Betroffenen zeigten Symptome einer Sekundärtraumatisierung. Auch hier wieder erscheint der Anteil derjenigen, deren Symptome länger als vier Wochen anhielten, erschreckend hoch (15 % der Betroffenen). Zudem berichteten neun Personen über Suizidgedanken (4 %). Das Konzept der Sekundärtraumatisierung ist, wie bereits in der Einleitung beschrieben, bisher schlecht definiert, ungenügend erforscht und unter Fachpersonen umstritten. Wichtig scheint hier jedoch zu betonen, dass die Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen bei den Betreuungspersonen Belastungsreaktionen auslösen kann und dies scheinbar auch sehr häufig tut. Die im Abschnitt zur Belastungsreaktion aufgrund eigenen Erlebens weiter oben diskutierten möglichen Auswirkungen auf die Berufsausübung und den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen gelten hier genauso.

Es wurde gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen erhöhten Werten auf den Burnout-Screening-Skalen und erhöhten Werten im Fragebogen zur Sekundärtraumatisierung gibt. Dieser Zusammenhang könnte einerseits auf eine inhaltliche Überlappung der Konstrukte zurückzuführen sein. Auf die inhaltliche Ähnlichkeit wurde bereits in der Einleitung zu diesem Artikel hingewiesen. Andererseits könnte der Zusammenhang aber auch daher rühren, dass eine Belastung im einen Bereich die Vulnerabilität für Belastungen im anderen Bereich erhöht. So könnten

z.B. Personen mit Burnout-Symptomen anfälliger sein für die Entwicklung von Sekundärtrauma-Symptomen, ebenso könnten aber auch Personen mit einer Sekundärtraumatisierung den Anforderungen ihrer Arbeit weniger gewachsen sein und so eher Burnout-Symptome entwickeln.

Ein Teil der Stichprobe wurde nach der Anzahl der Fehltage aufgrund von Krankheit im letzten Jahr gefragt. Die Ergebnisse wurden dargestellt. Es ist festzuhalten, dass die Zahlen auf individuellen Angaben der Mitarbeitenden beruhen. Es könnte sein, dass Mitarbeitende, welche aus gesundheitlichen Gründen bereits sehr oft der Arbeit fernbleiben mussten, sich nicht die Zeit genommen haben, an der Studie teilzunehmen. Außerdem konnten Mitarbeitende, die zum Zeitpunkt der Erhebung aufgrund von Krankheit nicht anwesend waren, nicht in die Studie eingeschlossen werden. Um sich ein besseres Bild der tatsächlichen Ausfälle verschaffen zu können, müssten Statistiken der Institutionen beigezogen werden. Es ist aufgrund der Daten auch nicht möglich nachzuvollziehen, ob der krankheitsbedingte Ausfall auf Belastungen zurückzuführen war oder auf andere Krankheitsursachen. Zwischen den Burnout-Werten und der Anzahl Krankheitstage fand sich kein Zusammenhang. Dies ist erstaunlich, zumal von den Mitarbeitenden eine große Anzahl körperlicher Einschränkungen und Beschwerden angegeben wurde. Der fehlende Zusammenhang könnte auf die beschriebenen Einschränkungen in der Erfassung der Krankheitstage zurückzuführen sein.

Limitationen der Studie und Anregungen für weitere Forschung

Einige der methodischen Limitationen betreffend die Rekrutierung und die Repräsentativität der Stichprobe wurden bereits im vorhergehenden Artikel (Steinlin, Fischer, Dölitzsch et al., 2015) ausführlich diskutiert. Zusätzlich ist anzumerken, dass in der vorliegenden Studie nur Fragebögen verwendet wurden und kein persönlicher Kontakt mit den Befragten stattfand. Somit konnten im Fragebogen angegebene Reaktionen nicht klinisch eingeordnet werden und beschreiben die subjektive Belastung.

Interessant wäre eine erneute Erhebung der Befragten, um Verlaufsdaten über die Belastung generieren und die Zusammenhänge besser verstehen zu können. Bei einem kleinen Teil der Befragten, nämlich den Teilnehmern am Modellversuch Traumapädagogik, kann dies realisiert werden.

Es bleiben viele Fragen offen. So ist zum Beispiel nichts darüber bekannt, welche Belastungen die Mitarbeitenden bereits zum Zeitpunkt ihres Einstiegs in die sozialpädagogische Tätigkeit aufwiesen, welche Persönlichkeitsmerkmale sie mitbrachten und welche traumatischen Erlebnisse ihre eigenen Lebensgeschichten enthielten. Es ist auch nichts darüber bekannt, welche Erwartungen die Mitarbeitenden an ihre Arbeit im sozialpädagogischen Bereich hatten und ob diese vielleicht enttäuscht worden waren. Aus der Forschung an Lehrkräften ist bekannt, dass Persönlichkeitsprofile

und bestimmte Vorstellungen des Berufs das Burnout-Risiko beeinflussen können (Schaarschmidt, 2005). Angesichts des Fachkräftemangels in der Kinder- und Jugendhilfe und der bereits einleitend beschriebenen Personalfuktuation wäre es wichtig, mehr über die Zusammenhänge zu wissen und besser zu verstehen, warum manche Personen Belastungsreaktionen entwickeln und andere nicht.

Die mehrfach dargestellte hohe Belastung der Mitarbeitenden bekräftigt den Bedarf nach adäquaten Versorgungsstrukturen in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Nur wenn Belastungssymptome bei den Mitarbeitenden frühzeitig erkannt werden und ihnen frühzeitig begegnet wird, kann eine pädagogisch hochwertige und förderliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen gewährleistet werden und nur dann können die beschriebenen potentiellen Folgeerkrankungen verhindert oder zumindest gemindert werden.

Wichtig scheint allerdings auch zu betonen, dass zwar viele pädagogische Fachkräfte ernst zu nehmende Belastungssymptome aufweisen, dass aber ein viel größerer Teil keine Symptome berichtet hat. Es scheint also, dass gewisse Versorgungsstrukturen in den Institutionen bereits gut funktionieren und dass die meisten Mitarbeitenden über Möglichkeiten verfügen, um mit erlebten Grenzverletzungen und Belastungen so umzugehen, dass daraus keine gesundheitlichen Folgen für sie entstehen.

Der beschriebene Zusammenhang zwischen Burnout und Sekundärtraumatisierung wirft die Frage auf, ob den Aspekten der Traumatisie-

rung im Bereich der Prävention und Behandlung von Burnout nicht mehr Beachtung geschenkt werden müsste. Wichtig scheint einerseits eine frühe Detektion von Symptomen, andererseits sollten in gegebenen Fällen konsequenter Techniken aus der Traumatherapie angewendet werden wie beispielsweise eine Traumaexposition mithilfe des Erstellens von Narrativen zu belastenden Ereignissen am Arbeitsplatz. Gegenwärtig existiert eine breite Auswahl an unterschiedlichsten Behandlungsangeboten für Burnout, die von Entspannung und Wellnessangeboten bis hin zu gezielter Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz und Symptombehandlung reichen. Folglich ist nicht auszuschließen, dass Betroffene mit Burnout-Symptomatik von Berufsgruppen behandelt werden, die keine psychologische oder psychiatrische Qualifikation aufweisen und dadurch eine bestehende psychische Erkrankung übersehen oder nicht angemessen behandelt wird (Hillert, 2012).

Implikationen für die Praxis

Während die in der Einleitung beschriebenen personen- und ereignisbezogenen Risikofaktoren für Burnout und (Sekundär-) Traumatisierung durch die Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen kaum beeinflusst werden können und daher für die Frage nach adäquaten Versorgungsstrukturen weniger relevant sind, kann der Umgang mit den Ereignissen und die Nachsorge von den Institutionen durchaus so gestaltet werden, dass Belastungsreaktionen möglichst entgegengewirkt wird. In einer sehr lesenswerten und bereits

www.klett-cotta.de/fachbuch



Ilany Kogan
Mit der Trauer kämpfen
Schmerz und Trauer in der Psychotherapie traumatisierter Menschen

Vorwort von Marco Conci. Aus dem Englischen von Elisabeth Vorspohl
250 Seiten, gebunden
€ 14,95 (D). ISBN 978-3-608-94629-1

»Dieses Buch repräsentiert in einem Querschnitt gleichsam Ilany Kogans Lebenswerk. Wir lernen nicht nur ihre engagierte Arbeit kennen, sondern bekommen auch ein Bild über das gegenwärtige Israel vermittelt, dessen traumatisierende Wurzeln unübersehbar in Deutschland liegen.«

F. Henningsen, Psyche

»Dieses Buch ist nicht nur für die Psychotherapeuten von großem Interesse, auch interessierte Laien mit etwas Hintergrundwissen finden eine anspruchsvolle und denkwürdige Lektüre.«

C. Weber-Herfort, Psychologie Heute

**Fach-
buch** 
Klett-Cotta

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie
im Webshop: www.klett-cotta.de
Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

mehrfach erwähnten Publikation von Richter (2007) wird eindrücklich beschrieben, dass die meisten Mitarbeitenden sich nach erlebten Übergriffen zwar von ihren ArbeitskollegInnen unterstützt fühlten, nicht aber von ihren Vorgesetzten, und dass in den Fällen, in denen die Vorgesetzten Unterstützung leisteten, diese wesentlich dazu beitrug, die Mitarbeitenden von Schuldgefühlen zu erlösen und ihnen die weitere Arbeit in der Institution zu erleichtern. Ebenso können Persönlichkeitsmerkmale, denen eine gewisse Schutzfunktion zugeschrieben wird (sogenannte Resilienzfaktoren) bei den Mitarbeitenden gezielt gefördert werden. Die Konzepte der Traumapädagogik zielen darauf ab, Resilienz zu fördern und bei den Mitarbeitenden die Erwartung von Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Die pädagogischen Fachkräfte werden für ihre eigenen Bedürfnisse und Belastungsreaktionen sensibilisiert und lernen, diejenigen Methoden, die sie oftmals bereits sehr kompetent mit den Kindern und Jugendlichen durchführen, auch bei sich selbst anzuwenden. Dazu gehören Übungen der Sinneswahrnehmung, Entspannung, Förderung von Spaß und Freude. Den Leitungskräften der Institutionen kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Nur wenn sie sich als Versorger ihrer Mitarbeitenden verstehen und diesen die entsprechenden Ressourcen, Strukturen und Gesprächsangebote zur Verfügung stellen, kann es den Mitarbeitenden gelingen, erfolgreich mit Belastungen umzugehen und sich den Anforderungen ihres Berufes immer wieder aufs Neue zu stellen.

Burnout, Post-Traumatic Stress Disorder and Secondary Trauma – Stress reactions in staff of Swiss child and adolescent welfare institutions

Summary

In child and adolescent welfare institutions, violations of their personal boundaries are a frequent problem encountered by the staff. A study involving 319 educational staff members working at Swiss child and adolescent welfare institutions was undertaken to establish the prevalence of potential stress responses. The sample displayed clearly discernible symptoms of burnout (18% of the sample with suspected burnout), PTSD (2% with symptoms after an alarming event) and secondary trauma (7% with symptoms after hearing or reading about a stressful event experienced by a child/adolescent). The article discusses the importance of adequate support for the staff and the use of trauma-sensitive strategies.

Keywords

child and adolescent welfare institutions, educational staff, burnout, PTSD, secondary trauma

Zur Person



Célia Steinlin ist Psychologische Psychotherapeutin, Reittherapeutin IPTh. Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Prozessbegleiterin im Modellversuch Traumapädagogik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik, UPK Basel. Lehraufträge an der Universität Zürich sowie am Institut für Pferdegestützte Therapie Konstanz.

Zur Person



Claudia Dölitzsch ist Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin unter anderem in Projekten zur Evaluation von Jugendhilfemaßnahmen und der Wirkung von Traumapädagogik in Jugendhilfeeinrichtungen an der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Ulm.

Zur Person



Sophia Fischer ist Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Modellversuch Traumapädagogik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik, UPK Basel. Therapeutische Tätigkeit in Jugendhilfeeinrichtungen.

Zur Person



Janine Lüdtké ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Modellversuch Traumapädagogik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik, UPK Basel

Zur Person



Marc Schmid, Dr. biol.-hum., Dipl.-Psych., ist Leitender Psychologe der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Basel, Psychologischer Psychotherapeut, Familientherapeut, Supervisor für Verhaltenstherapie und leitet das Zentrum für Liaison und aufsuchende Hilfen, in welchem kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Unterstützungsangebote für Heime in der Region Basel koordiniert werden. Forschungsschwerpunkte und klinische Interessen sind die Schnittstelle zwischen stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Traumapädagogik (im Vorstand der BAG Traumapädagogik), fremdplatzierte Kinder, Multisystemische Therapie, komplexe Traumafolgestörungen, Jugenddelinquenz, Selbstverletzung und Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter.

Zur Person



Jörg M. Fegert: Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Mitherausgeber der Zeitschrift Trauma & Gewalt. Sprecher des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg.

Literatur

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 55–62. doi: [10.1016/j.jad.2005.06.004](https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.004)
- APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision (DSM-IV-TR)* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Supportive Care Cancer*, 17(1), 75–81. doi: [10.1007/s00520-008-0465-6](https://doi.org/10.1007/s00520-008-0465-6)
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184–190. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Berger, M., Falkai, P., & Maier, W. (2012). Burnout ist keine Krankheit. *Arbeitswelt und psychische Belastung. Deutsches Ärzteblatt*, 109(14), 700–702.
- Boudoukha, A. H., Altintas, E., Rusinek, S., Fantini-Hauwel, C., & Hautekeete, M. (2013). In-mates-to-staff assaults, PTSD and burnout: Profiles of risk and vulnerability. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(11), 2332–2350. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512475314>
- Bramsen, I., Dirkzwager, A. J., & van der Ploeg, H. M. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *The American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1115–1119. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1115>
- 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.
- Caldwell, M. F. (1992). Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hospital & Community Psychiatry*, 43(8), 838–839.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195–216. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>
- Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J., & Wang, J. D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health*, 50(3), 288–293.
- Daniels, J. (2003). Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie. Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- Daniels, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstruktes. (Dissertation; Literature), Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft. (2006). 299 S., 63 S. Anhang Note: Elektronische Publikation im Internet Promotion Date: 15.12.2006. Retrieved from

- <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psy n&AN=0193401>
- Daniels, J. (2006a). Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung.
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 5(3), 49–61.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (5 ed.). Bern: Huber.
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A. K., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimgeschädigten. *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 140–150.
- Ducharme, L. J., Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2008). Emotional exhaustion and turnover intention in human service occupations: The protective role of coworker support. *Sociological Spectrum*, 28(1), 81–104. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02732170701675268>
- 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(1), 25–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Fengler, J. (2008). Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fengler, J. (2011). Merkmale ausgebrannter Teams. Characteristics of team burnout. Fengler, Joerg, Sanz, Andrea. *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese*. Stuttgart: Klett-Cotta (2011). S. 16–41. Series: Leben lernen, Nr. 235.
- Figley, C. R. (1993). Compassion stress: Toward its measurement and management. *Family Therapy News*, 1–2.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. xxii, 268). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; US.
- Figley, C. R. (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; US.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapist's chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (2002). Introduction. Treating compassion fatigue (pp. 1–16). New York, NY: Brunner-Routledge; US.
- Hagemann, W., & Geuenich, K. (2009). Burnout-Screening-Skalen (BOSS). Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Hillert, A. (2012). Wie wird Burnout behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55(2), 190–196.
- Hogh, A., Mikkelsen, E. G., & Hansen, A. M. (2011). Individual consequences of workplace bullying/mobbing. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Workplace bullying: development in theory, research and practice* (2 ed., pp. 107–128). Boca Raton/London/New York: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Holmqvist, R., & Jeanneau, M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Research*, 145(2–3), 207–213. doi: [10.1016/j.psychres.2004.08.012](http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.012)
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord*, 75(3), 209–221.
- Kostev, K., Rex, J., Waehlert, L., Hog, D., & Heilmaier, C. (2014). Risk of psychiatric and neurological diseases in patients with workplace mobbing experience in Germany: a retrospective database analysis. *Ger Med Sci*, 12, Doc10. doi: [10.3205/000195](http://dx.doi.org/10.3205/000195)
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 9(3), 229–243.
- Lempke, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Heidelberg: Asanger.
- Lopez Herrera, H., Pedrosa, I., Vicente Galindo, M. P., Suarez-Alvarez, J., Galindo Villardon, M. P., & Garcia-Cueto, E. (2014). Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. *Psicothema*, 26(2), 227–234. doi: [10.7334/psicothema2013.178](http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2013.178)
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577–586. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44(3), 130–141.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory. Manual (2 ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Mathisen, G. E., Einarsen, S., & Mykletun, R. (2008). The occurrences and correlates of bullying and harassment in the restaurant sector. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(1), 59–68. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00602.x>
- McCann, I., & 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00975140>
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341–352. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Doebeling, C. C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267–277. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/13591053083100211>

- Nolfe, G., Petrella, C., Blasi, F., Zontini, G., & Nolfe, G. (2007). Psychopathological dimensions of harassment in the workplace (mobbing). *International Journal of Mental Health*, 36(4), 67–85. doi: <http://dx.doi.org/10.2753/IMH0020-7411360406>
- Pedditz, M. L., & Nonnis, M. (2014). Psycho-social sources of stress and burnout in schools: research on a sample of Italian teachers. *La Medicina del lavoro*, 105(1), 48–62.
- Psyhyrembel. *Klinisches Wörterbuch*. (2007). Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207–214. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-007-0087-7>
- Ribeiro, V. F., Filho, C. F., Valenti, V. E., Ferreira, M., de Abreu, L. C., de Carvalho, T. D., . . . Ferreira, C. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7, 22. doi: [10.1186/1755-7682-7-22](http://dx.doi.org/10.1186/1755-7682-7-22)
- Richter, D., & Berger, K. (2006). Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 6, 15. doi: [10.1186/1471-244X-6-15](http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-15)
- Richter, D. (2007). Patientenübergrieffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter, D., & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergrieffen auf Mitarbeiter. Prospektive und retrospektive Daten. *Der Nervenarzt*, 80(1), 68–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-008-2564-5>
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York, NY: W W Norton & Co; US.
- Schaarschmidt, U. (2005). Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim: Beltz.
- Schaufeli, W., & Van Dierendonck, D. (2004). Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In J. Schabracq, J. Winnubst & C. Coopers (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 385–425). Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. *J Occup Med Toxicol*, 9(1), 10. doi: [10.1186/1745-6673-9-10](http://dx.doi.org/10.1186/1745-6673-9-10)
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The Psychobiology Of Depression And Resilience To Stress: Implications for Prevention and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 255–291. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>
- Stadnyk, B. (2004). Post-traumatic stress disorder, violence and quality of life in Saskatchewan correction workers. Unpublished manuscript. Psychology Department. University of Regina. Regina, Saskatchewan.
- Steinlin, C., Fischer, S., Dölitzsch, C., Fegert, J. M., & Schmid, M. (in press). Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen: Ein sicherer Ort für pädagogische Fachkräfte? Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Trauma & Gewalt*.
- Techniker Krankenkasse (Ed.). (2009). *Kundenkompass Stress – aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmass, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland*. Hamburg: TKK.
- Thalhammer, M., & Paulitsch, K. (2014). Burnout – eine sinnvolle Diagnose? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff. *Neuropsychiatrie*. doi: [10.1007/s40211-014-0106-x](http://dx.doi.org/10.1007/s40211-014-0106-x)
- Walsht, B. R., & Clarke, E. (2003). Post-trauma symptoms in health workers following physical and verbal aggression. *Work & Stress*, 17(2), 170–181. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0267837031000148424>
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., & Klasen, F. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 21875. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.21875>
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tuchsén, F., & Bonde, J. P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(9), 771–775. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.042986>
- Wigger, A. (2007). Was tun SozialpädagogInnen und was glauben sie, was sie tun? Professionalisierung im Heimaltag (2 ed.). Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2011). *Burnout auf dem Vormarsch* [Press release]