

## Konferenz: "Wo bleiben die Helfer"?

14. - 16. März, Mainz

### *Das Konzept "staff care" der Assoziation Primo Levi in Paris*

*Beatrice Patsalides Hofmann*

Guten Morgen. Ich freue mich über die deutsch-französische Begegnung und danke der BAFF, vor allem Elise Bittenbinder, für ihre Einladung heute hier zu Ihnen zu sprechen. Ein Wort dazu wie diese Einladung entstanden ist:

Die Assoziation Primo Levi in Paris hat in den letzten drei Jahren an einem europäischen Forschungsprojekt teilgenommen an dem sechs Zentren beteiligt waren welche alle therapeutische Arbeit leisten mit Menschen die Folter und andere Menschenrechtsverletzungen überlebt haben und nun im Exil in Europa leben.

Dieses Forschungsprojekt sollte die verschiedenen therapeutischen Ansätze der beteiligten Institutionen analysieren um so etwas wie ein "best practice" Modell zu entwickeln.

Einer der Aspekte dieses Forschungsprojekts beschäftigte sich auch mit der Dimension von "staff care" - ein Begriff den man meist mit "**Sorge**" oder "**Fürsorge**" übersetzt, d.h. die Fürsorge für das Wohlergehen der Angestellten, Mitarbeiter, und Behandelnden die in diesen Zentren arbeiten. Es stellte sich im Laufe der Projektarbeit heraus daß die Art und Weise wie jedes einzelne Zentrum diesen Begriff von "staff care" für sich selbst übersetzt hatte eine wesentliche Rolle nicht nur dafür spielt welche spezifischen Aktivitäten in punkto "Angestelltenfürsorge" die jeweiligen Institutionen eingerichtet hatten, sondern, vor allem auch auf welchen Ebenen - personal-individuell, gruppenspezifisch, institutionell/strukturell, und/oder politisch - der Begriff von "staff care" analysiert und in eine institutionelle Praxis umgesetzt wurde.

Nur um das kurz vorweg zu erwähnen - "**staff care**" betrifft ja nicht nur die Frage wie eine Institution für das Wohlergehen ihrer Angestellten Sorge trägt sondern es betrifft auch die sogenannte "**self care**" - d.h. die Art und Weise wie das Individuum, der

Mitarbeiter sich selbst gegenüber Sorge trägt, und fürsorglich oder aufmerksam mit sich und, vor allem, mit seinen Ressourcen und Grenzen umgeht.

Unser Thema könnte also ungefähr so umrissen werden:

- Welches sind die Bedingungen die eine solche Aufmerksamkeit für das Wohlergehen jedes einzelnen Mitarbeiters und des gesamten Teams erlauben?
  - Auf welchen Ebenen und auf welche Weise soll dieses "caring" für die Mitarbeiter stattfinden ?
- 
- und in wessen Verantwortung steht es ?
  - Welches sind die Faktoren die eine solche "staff care" notwendig machen ?
  - und welches sind die Störfaktoren die von einer solchen "fürsorglichen Aufmerksamkeit" ablenken oder sie gar verhindern können?

Man könnte diese Fragen auf verschiedene Weisen beantworten (von denen wir ja gestern abend von Michaela Huber schon ausführlich gehört haben), einmal indem man zusammenfasst in welcher Art und Weise Institutionen, Teams und Mitarbeiter von der Dynamik der politischen Gewalt - die die Patienten mit sich bringen - erfasst werden – das würde wohl die "Störfaktoren" betreffen - und welche Massnahmen sich als hilfreich bewiesen haben um diese destrukturierenden, fragmentierenden, und regressiven Kräfte einzubinden und umzuwandeln; und zum anderen indem man einige der Begriffe die in der Diskussion von "staff care" eine Rolle spielen - wie z.B. den der Traumatisierung, der primären und der sogenannten sekundären, des Phänomens des "burnout", usw. - kritisch hinterfragt – das betrifft die Faktoren die "staff care" notwendig machen. Als ich sah daß Dr. Pross gleich nach mir sprechen wird, und zwar über das Thema "Verletzte Helfer" über das er ja ausführlich recherchiert hat, - und wo er viele dieser Faktoren analysiert, - dachte ich mir ich sollte mich vielleicht eher auf dieses kritische Hinterfragen einiger Begriffe einlassen, zumal es das ist was meine Mitarbeiter im Primo Levi Zentrum gerne tun, und zumal auch da unsere europäische Forschungsstudie die Sie bald in der Veröffentlichung lesen können im Grossen und Ganzen bestätigt was Dr. Pross und andere in ähnlichen Untersuchungen über "staff care" bereits gefunden haben - nämlich dass die Patienten, die schwerste Grenzverletzungen von Seiten eines staatlichen, autoritären, totalitären Regimes erlebt haben und die weiterhin in prekärsten Bedingungen leben, auch eben ständig die Grenzen der Institution und die der individuellen Begleiter herausfordern und zu überschreiten suchen, und natürlich dabei auch die Funktion der Autorität - desjenigen der die Grenzen wahrt, auf den Grenzen besteht - ständig in Frage stellen.

Kehren wir also zu dem zurück was uns - den Mitarbeitern im Primo Levi Zentrum - problematisch erschien in einigen der Begriffe die in der "staff care" Diskussion immer wieder auftauchen, und weshalb wir dem Wort "care" gerne einen Buchstaben hinzufügen möchten - was dann "cadre" ergibt, d.h. auf französisch der Rahmen, das was einrahmt, das was Grenzen abzeichnet und somit unterscheidet, zwischen verschiedenen Räumen (z.B. dem Innen und Aussen, dem individuell Psychischen und dem Sozial-Politischen, dem Privaten und dem Beruflichen), oder auch zwischen verschiedenen Funktionen und Rollen (wie professionelle Rollen (*die in unserer Arbeit besser unterschieden werden sollten da ihre Vermischung – der Psychotherapeut will auch Sozialarbeit machen, meist zu Konflikt und Chaos fuehrt*) und zwischen verschiedenen Zugehörigkeitsgruppen; hier denke ich vor allem an die des "staff" – der Angestellten, Helfer – und die der Patienten. Es schien uns sinnvoll daß die Geste der Fürsorge angesichts dessen was hier ein Problem darstellt - das Grenzverletzende - etwas mit dem Grenz-Setzenden und - Bewahrenden, dem Unterscheidenden, zu tun haben müsste.

Denn die erste Hürde in dieser Diskussion betrifft unserer Ansicht nach die Konfusion verschiedener Zugehörigkeitsgruppen, und die impliziten Parallelen oder Symmetrien die verschiedene, dieser Diskussion zugrunde liegenden Begriffe postulieren, ohne diese Parallelen oder Gleichsetzungen irgendwie in Frage zu stellen. – Hier wird unserer Ansicht nach bereits in der Begriffsverwendung einiges vermischt was denjenigen von uns die von der Psychoanalyse her denken auffällt da wir den Worten, der Sprache, grosse Aufmerksamkeit schenken. Für uns beginnt "staff care" – und das mag seltsam klingen – mit der **Sorge für die Worte und Begriffe** die wir verwenden, da sie uns wie auch unsere Patienten<sup>1</sup> betreffen .

Ein Beispiel: uns fiel auf dass der Begriff "staff care" sozusagen als Spiegelbild zu "patient care" - Patientenfürsorge – funktioniert, wobei er impliziert dass beide, Patienten und Behandelnde, sozusagen in symmetrischer Weise, sorge-bedürftig seien, da sie ja angeblich beide, wiederum in paralleler Weise, entweder "primär" oder, möglicherweise, "sekundär", d.h. "stellvertretend" (in Anführungsstrichen) "traumatisiert" seien oder "traumatisiert" werden könnten. Diese impliziten Parallelen zwischen Patienten und

<sup>1</sup> Erklærung warum wir von « Patienten » anstatt von « Klienten » sprechen. Der Begriff des "Patienten" leitet sich ab vom Lateinischen "pati", leiden. Es scheint uns in unserer klinischen Praxis angemessener von Menschen die leiden zu sprechen anstatt von « Klienten », ein Begriff der an einen Konsum gebunden ist. Wir betrachten unsere Patienten nicht als Konsumenten.

Behandelnden erschienen uns als fragwürdig, sowie auch die Annahme dass das Trauma der einen, der Patienten, sich - sozusagen spiegelbildlich - auf die anderen, die Helfer, übertragen könnte.

Wir werden später einzelne Punkte dieser Diskussion näher untersuchen denn ich denke sie sind entscheidend nicht nur dafür wie wir mit dem Trauma und den traumatischen Folgeerscheinungen der Patienten umgehen, sondern auch dafür wie wir die Beziehungen zwischen den Behandelnden, den Patienten, der Institution und dem Trauma selbst betrachten, insbesondere an welchen (symbolischen, imaginären, und realen) Orten und in welchen Rollen wir die verschiedenen Akteure ansiedeln und welche Funktionen wir ihnen zuschreiben (z.B. Sehen wir die Institution als Elternfigur die auf das Wohlergehen der Angestellten aufpassen und es schützen muss? Oder betrachtet die Institution ihre Angestellten als selbstverantwortlich und imstande ihren Stresspegel allein zu überwachen? Das verändert ganz wesentlich nicht nur die psychologische, sondern auch die politische Dimension von "staff care". Ein Beispiel für das was ich mit "politischer Dimension" meine:

Eine Institution in unserem Forschungsprojekt hatte ein "staff care" Programm entwickelt das vorsah alle Angestellten zweimal im Jahr einem Test zu unterziehen der Symptome des sogenannten "burnout" messen sollte. Diese Institution dachte somit ihre Angestellten prophylaktisch gegen "burnout" schützen zu können. Andere Studienteilnehmer fanden diese Maßnahme ziemlich infantilisierend und lehnten sie ab mit dem Argument dass diese institutionelle Befragung und – wenn auch gut gemeinte, sorgenvolle – Ueberwachung ihrer Angestellten dieselbe infantilisierende Abhängigkeitsdynamik induziert die der Staat beispielsweise mit dem Arbeitsverbot den Asylbewerbern aufoktroziert. Das betrifft die politische Dimension des "staff care" Modells die vielleicht nicht immer genügend in unsere Diskussionen miteinbezogen wird. Denn die Bestimmung der Orte an dem die Institution die Ursachen für die psychische Belastung ihrer Angestellten lokalisiert wird institutionspolitische Konsequenzen haben die die therapeutische und die politische Arbeit - und die Verbindungen und Trennungen zwischen beiden - betreffen. Eine Institution die ihr Hauptaugenmerk auf die psychischen Störungen der Patienten oder die Belastungserscheinungen bei den Helfer legt wird sich vielleicht weniger im politischen Lobbying investieren, um das zu verändern was Teilnehmer in unserer Studie fast durchgehend als Hauptstressfaktoren der Helfer betrachteten, nämlich die Präkarität der sozialen, politischen und ökonomischen Lebensbedingungen der Asylbewerber welche die Erfolge der Behandlungen mehr als

fraglich machten, und, die präkäre finanzielle Situation der meisten therapeutischen Institutionen selbst.

Stellen wir also zunächst einmal fest daß die Diskussion über "staff care" all diese Bereiche des Sorgens und Für-Sich-Sorgens, der Abhängigkeit und der Autorität, der Fremd- und der Selbstbestimmung, die Dimensionen des Infantilen und des Erwachsenen in uns berührt die ja in der therapeutischen Arbeit mit politisch Verfolgten, Überlebenden und Opfern, in komplexer Weise miteinander verflochten sind.

Ich möchte auch gleich sagen dass ich nicht denke dass es ein statisches, für alle passendes oder ideales "staff care" Konzept gibt, weder in der Assoziation Primo Levi noch anderswo, und es wäre meiner Meinung auch nicht sehr relevant da jede Institution, ihrer eigenen Kultur und Behandlungsphilosophie entsprechend, dynamische Konzepte entwickeln muss die sich dann auch wieder verändern können, je nach Entwicklung der Institution.

Das hindert uns allerdings nicht daran uns einige fundamentale Fragen in Bezug auf "staff care" zu stellen :

1) die **erste** - denn von ihr hängt vieles andere ab - beschäftigt sich mit dem was wir unter "**traumatisch**" verstehen : was ist "traumatisch" an dem was unsere Patienten mit sich bringen und wie betrifft es uns - Mitarbeiter in den Zentren - was macht es mit uns? Ich werde dieser Antwort etwas Raum geben da ich glaube dass sie wesentlich ist nicht nur dafür wie wir - Mitarbeiter in Behandlungszentren - den Patienten begegnen sondern auch dafür wie wir das verstehen zu suchen was sich in jedem einzelnen und unter den Mitarbeitern als Team abspielt.

- Also zunächst, welche Art von Traumatisierung kennzeichnet unserer Meinung nach Menschen die politisch motivierten Gewaltakten zum Opfer gefallen sind und die diese Gewalt überlebt haben?
- Sicherlich gehen die Interpretationen des "Trauma"-begriffes der uns ja heute wegen seiner zunehmenden Mediatisierung fast banalisiert erscheint weit auseinander. Die Definition des PTSD oder "posttraumatischen Belastungsstörung" wie es im DSM heisst hat mit der ursprünglichen Definition von "Trauma" in Freud's « traumatischer Neurose » nicht mehr viel gemein. Die "posttraumatische Belastungsstörung" ist heute Diagnose für denjenigen der, nach einer entweder

persönlichen oder bezeugten Begegnung mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, einerseits tiefe Ängste und ein Gefühl der Hilflosigkeit erleben muss, und der dann in der Folge - "post"-traumatisch eben - unter einer bestimmten Anzahl von Symptomen aus drei verschiedenen Kategorien leidet. Die Aufmerksamkeit liegt hier hauptsächlich auf den Symptomen, und viele für traumatische Störungen angeblich "spezialisierte", therapeutische Ansätze suchen deshalb hauptsächlich danach die traumatischen Symptome zu reduzieren.

Etwas anders sieht das die Psychoanalyse. Sie versteht die Traumatisierung als eine Art Verschränkung oder Verknötung von verschiedenen Ebenen und verschiedenen Ereignissen die sich in getrennten Zeiträumen im Leben des Betroffenen abgespielt haben, und die nur, in gegenseitiger Resonanz und retroaktiv, "nachträglich" wie Freud sich ausdrückte, eine **traumatische** Wirkung annehmen.

In dieser Sicht von Trauma - die die Arbeitshypothese im Primo Levi Zentrum darstellt - ist die postulierte Wechselwirkung zwischen Phantasie- und Realitätselementen, zwischen bewussten und unbewussten Inhalten, und zwischen Kindheits-, Adoleszenz- und Erwachsenenenerlebnissen wesentlich, und das Symptom das sich zusammensetzt aus Geschichtelementen des gesamten Menschenlebens (oder sogar mehrerer wenn wir von generationsübergreifenden Traumata sprechen ...) wird zu einem Bedeutungsträger, der, einem Hieroglyphen gleich, in der Therapie aufgeschlüsselt und entziffert werden muss.

Dies fuhrt uns zu unserer zweiten, fundamentalen Frage :

2.) Die Tatsache dass das Trauma mit dem wir es hier zu tun haben im Kontext politischer Gewalt entsteht bedeutet für uns dass wir es als ein spezifisches ansehen; spezifisch nicht deshalb weil wir es als "schwerer" oder "tiefgreifender" als andere Traumata betrachten – ein Trauma ist entweder ein Trauma oder es ist keines – sondern weil die politische Gewalt die Eigenart hat dass sie den Betroffenen **zum Schweigen bringen und ihn oder sie als Subjekt – als Traeger und Sprecher einer Differenz, einer Andersartigkeit – ausloeschen und vernichten will**. Aus diesem Grunde bestehen wir auf der Bedeutung des Wortes, des Sprechens, das dem Betroffenen aus dem aufoktroierten Schweigen heraus wieder in die Sprache zurueckverhelfen soll, damit vielleicht eine Symbolisierung

und auch eine Mitteilung des Unsagbar Schrecklichen – des Traumatischen eben - moeglich wird.

- Dieses unser Verstaendnis von **Trauma** im Kontext politischer Gewalt hat somit weitere Konsequenzen für die Weise wir "staff care" als "cadre" - interpretieren:

1.) Als **Sorge fuer das Sprechen und seine Raeume**: So wie es für Patienten wesentlich ist dass wir für sie geschützte Räume schaffen in denen sie wieder im Vertrauen, in der Anonymität, frei sprechen können (und in denen sie auch schweigen dürfen, da das Schweigen ja auch eine erste Form sein kann psychischen Innenraum, da wo Intimes geheim gehalten werden darf, wieder herzustellen), so ist es auch wesentlich für die Helfer Räume herzustellen, in denen sie über Intimes, Belastendes und Schmerzhaftes geschützt sprechen können. (Das betrifft all die Orte an denen Helfer sich austauschen können, sei es die Supervision oder Intervision, oder die Falldiskussionen, Besprechungen, aber auch den Raum der notwendigen Selbsterfahrung in persönlicher Therapie, die der Anstellung eines Therapeuten wenn möglich vorausgehen sollte. Diese Räume muss sowohl der einzelne Helfer für sich selbst bilden und schützen, wobei aber auch die Institution – das ist wesentliche "**staff cadre**" – den schützenden zeitlichen Rahmen dieser Räume bewahren muss).

(Bemerkung: 30% der therapeutischen Begleiter in europäischen Zentren für Politisch Verfolgte, nach Pross<sup>2</sup> und Gurriss<sup>2</sup> Studien, verfügen weder über therapeutische Berufsausbildung noch über Eigentherapieerfahrung. <sup>2</sup>)

2.) Als **Sorge fuer das Gesprochene, die Worte und Begriffe**

Das betrifft zum Beispiel: Wie sprechen wir die Patienten an - wir sprechen wir über sie zu anderen - und welche Wirkungen haben diese Sprechweisen auf uns?

Wir haben vorhin von problematischen Parallelen und Verwechslungen zwischen Patienten und Helfern gesprochen:

Wenn wir - wozu die PTSD Diagnose auch beiträgt - unsere Patienten hauptsächlich als Träger von traumatischen Symptomen sehen , betonen wir dann ihre Hilflosigkeit und

<sup>2</sup> Cf. Pross, C., pp. 30-31. Gurriss, N.

Passivität gegenüber dem traumatischen Schrecken und seinen Folgen - und werden sie infolgedessen "Opfer" nennen, - oder, kritisieren wir die "Opferkultur" und unterstreichen dagegen ihre Widerstandskraft (heute ist der Begriff "Resilienz" modern) und ihr aktives "Sich-ueber-Lebensbedrohliches- hinweg-Setzen" und nennen sie "Ueberlebende"?

Hat es eine Bedeutung welches Wort wir als Benennung wählen, und verändert die Benennung etwas in unserer Art und Weise diese Menschen zu behandeln, uns in der Arbeit mit ihnen zu positionieren? Sicherlich ja. Denn wir begegnen meiner Meinung nach einem "Opfer" nicht in der gleichen Weise wie einem "Überlebenden". Einen Menschen als "Opfer" zu bezeichnen unterstreicht ja eben seine Hilflosigkeit, seine passive Position (ein Opfer ist das Objekt eines Täters, ausser es hat sich jemand selbst geopfert, was in der Folter selten der Fall ist), während der "Überlebende" eine aktive Position einnimmt, er hat "über-lebt", und sich somit "über" etwas Lebensbedrohendes hinweggesetzt, die Hilflosigkeit also zumindest teilweise überwunden.

- Ich denke in einem Helfer der sich einem "Opfer" gegenüber sieht werden andere Projektionen und Identifikationen mobilisiert als in demjenigen der dem "Überlebenden" begegnet. Kompliziert und komplex ist hier natürlich die Tatsache daß beide Erlebnisse, das "Zum-Opfer-Gefallen-Sein" und das "Überlebt-Haben" benannt und anerkannt werden müssen, damit neben der momentanen Hilflosigkeit das Widerstehen, das "Sich-Darüber-Hinweg-Retten" und neben dem Objekt-Sein das Subjekt-Sein ihren Platz und Ausdruck finden können.

Wir sehen, unser zweiter Punkt, die Sorge für die Worte und Begriffe, konfrontiert uns mit der Komplexität der Erfahrungen die wir vielleicht nicht so schnell in Dichotomien zwingen sollten. Daß das im Kontext politischer Gewalt erlebte Trauma **komplex**<sup>3</sup> und kumulativ ist, ist bekannt. Komplex schon einmal deshalb weil es nicht nur eingreifende psychische und physische Verletzungen beinhaltet sondern auch weil es andauernde Identitäts- und Körperbildstörungen, immense, oft unvorstellbare Verluste im Beziehungsleben, im

<sup>3</sup> siehe Judith Herman. Die Komplexität des Traumas betrifft auch die zeitlichen Dimensionen: Der Zeitbegriff ist im psychoanalytischen Verständnis von Trauma nicht linear, sondern eher diskontinuierlich und von Latenz-Perioden gekennzeichnet. Diese Latenzperioden kennen wir ja aus unserer Praxis mit politisch Verfolgten und traumatisierten Menschen überhaupt. Manchmal kommen politisch verfolgte Menschen die gefoltert wurden erst Jahre nach ihrer Freilassung zur Behandlung, weil in einem bestimmten Moment - dem Tod eines Geliebten, einem Unfall, oder einer chirurgischen Intervention - eine in der Haft oder Folter erlebte Einzelheit - die ganz banal sein kann - plötzlich "traumatische" Wirkung annimmt, in dem Sinne dass dem Betroffenen ein Weiterleben wie bisher unmöglich wird. (Manche Kritiker die das Leben von Primo Levi genau studiert haben behaupten, dass Primo Levi bei einem chirurgischen Eingriff ein solch nachträgliches, traumatisches Erlebnis gehabt hätte das ihn dann letztlich zum Selbstmord veranlasst hätte, - so als wäre durch diesen Eingriff etwas Traumatisches freigesetzt worden das er vorher in seinem Körper- und Selbstbild eingebunden hatte, und das beim Aufwachen nach dem Eingriff als etwas nicht Integrierbares plötzlich auftauchte und sein Weiterleben unmöglich machte.

sozialen, ökonomischen, und politischen Status, aber auch in der gesamten Weltanschauung des Betroffenen nach sich zieht.

- Diese Komplexität der traumatischen Folgeerscheinungen und die Tatsache daß unsere Patienten extremen Formen von Sadismus und Gewalt - und zwar politisch sanktionierter Gewalt - unterworfen waren - bedeuten sie nun daß die therapeutische Arbeit mit ihnen tatsächlich "schwieriger", anspruchsvoller, "stressbeladener" und "extremer" ist als die mit anderen Patientengruppen, - Psychotikern, Drogenabhängigen, Anorektikern - so extrem dass sie die Helfer "sekundär" traumatisieren kann?
- Wenn wir diesen Begriff akzeptieren, wie wollen wir ihn erklären? Nehmen wir das von einigen Experten (McCann und Pearlman) vorgeschlagene "Ansteckungsmodell" an das postuliert daß Helfer von der Traumatisierung ihrer Patienten sozusagen "angesteckt" werden können, so als handle es sich bei dem Trauma um einen Bazillus der sich von der Psyche des Patienten auf die Psyche des Behandelnden überträgt, sie "infiziert" und "krank" macht ?<sup>4</sup> Und was bedeutet es für unsere Deontologie, für unsere berufliche Ethik und vor allem für unsere therapeutische Praxis wenn wir dieses biologistische Denkmodell akzeptieren? Rücken wir damit nicht in bedenkliche Nähe zu anderen biologistischen Denkweisen, der nazistischen Ideologie zum Beispiel, die mit dem Ansteckungsmodell ihre antisemitische Propaganda untermauerte, in dem Sinne daß der Jude als "schädlicher Bazillus" betrachtet wurde der den deutschen Volkskörper sozusagen "anstecken" und zugrunde richten würde ?<sup>5</sup> Wollen wir uns ernsthaft mit dieser Analogie zufrieden geben welche psychische Vorgänge mit biologischen Prozessen gleichsetzt, so als spielte die Sprache in der Kommunikation zwischen Patient und Helfer überhaupt keine Rolle der Symbolisierung, der Transformation, und der Distanzierung zu physiologischen Prozessen und affektiven Inhalten ? Das erscheint mir ebenso problematisch, und

<sup>4</sup> z.B. Mc Cann und Pearlman, die Urheber des Begriffs "vicarious traumatization" postulieren daß die "quälenden überschwemmenden Erinnerungen der Patienten, ihre Alpträume, Ängste, ihre Verzweiflung und ihr Misstrauen auf den Therapeuten "ansteckend" wirken. Cf. Mc Cann, L., and Pearlman, L.A. (1990), Vicarious Traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. In Journal of Traumatic Stress, vol. 3, pp 131-149. Zitiert in Pross, C., Verletzte Helfer, Klett Cotta, Stuttgart, 2009, p. 31.

<sup>5</sup> „Er ist und bleibt der ewige Parasit, ein Schmarotzer, der wie ein schädlicher Bazillus sich immer mehr ausbreitet, sowie nur ein günstiger Nährboden dazu einläßt. Die Wirkung seines Daseins aber gleicht ebenfalls der von Schmarotzern: wo er auftritt, stirbt das Wirtsvolk nach kürzerer oder längerer Zeit ab.“ Zitiert in: Karl-Volker Neugebauer (Hrsg.): Grundkurs deutsche Militärgeschichte. Bd. 2: Das Zeitalter der Weltkriege. München / Oldenbourg 2007, S. 210, ISBN 3-486-58099-X. (Quelle: Hitler: Mein Kampf. München 1942, S. 333 ff.)

von enormer politischer Relevanz da hier politisch Verfolgte, traumatisierte Menschen nicht nur auf ihre "kranke" Körperlichkeit reduziert werden – eine andere Weise sie zum Schweigen zu bringen, sondern weil dieselben Menschen als potentielle Krankheitsträger betrachtet werden die für die Helfer angeblich gefährlich werden können, weil sie oder ihre Geschichte das destruktive Potential besitzen, die Helfer berufsunfähig zu machen. Ist diese Denkweise nicht eine Weiterführung der vom totalitären Regime forcierten Diskriminierung und Stigmatisierung der politisch verfolgten Traumapatienten die ihre weitere soziale Isolierung und Degradierung rechtfertigen würde? Es liegt nahe diesen Schluss zu ziehen.

- Denn wenn wir von einer "primären" Traumatisierung (hier, durch politische Gewalt) unserer Patienten auf eine "sekundäre Traumatisierung" der Helfer kurzschliessen dann nehmen wir an 1) erstens, dass die beiden Traumatisierungen vergleichbar sind und sich ähneln (was meiner Meinung nach ein Unding ist, nachdem wir gerade die Komplexität und den kumulativen Charakter des Traumas der Folter und politischen Verfolgung festgestellt haben), 2) zweitens dass die Folgeerscheinungen des "sekundären" Traumas, das sog. "burnout" oder Erschöpfungssyndrom vergleichbar wäre mit den traumatischen Folgen der Folter und politischen Gewalt, und 3) drittens, dass wir es in beiden Fällen mit "Tätern" und "Opfern" zu tun hätten, wobei im Falle der "sekundären" Traumatisierung die Traumatisierten selbst, die Patienten, zu potentiellen "Tätern" werden, und zwar dadurch daß das von ihnen Getragene - die traumatische Geschichte von Verfolgung, Gewalt, und Bedrohung - zum "agens" wird dem die Helfer, nun ihrerseits "traumatisiert", zum "Opfer" fallen koennen.
- Diese Denkweise in der wir Helfer und Patienten als respektive "Opfer" – d.h. als (meist hilflose) Objekte eines oder mehrerer "Täter"- betrachten müssen wir meines Erachtens ablehnen da es bedeuten würde dass wir die Dimension des handelnden Subjekts ausklammern.
- Ich denke wir müssten in dieser Diskussion im Grunde - jenseits von "Opfern" und "Überlebenden" - einen neuen Namen finden der beiden Aspekten Raum gibt - sowohl dem dass der Mensch, in einem bestimmten Moment seines Lebens, einem politischen Gewaltakt zum Opfer gefallen ist, in dem er sich momentan als hilfloses oder vielleicht sogar entseeltes und zum Schweigen gebrachtes Objekt erlebt haben mag, und davon Spuren in sich traegt, auf der anderen Seite aber daß er

ein handelndes Subjekt geblieben ist, ein Mensch mit Eigenverantwortung und der Freiheit der Selbstentscheidung der sich zumindest soweit psychisch und physisch mobilisieren konnte um es fertig zu bringen sein Heimatland zu verlassen und in einem anderen Land um Asyl zu bitten .....

- Und ich denke auch wir sollten uns bei jedem helfenden Akt daran erinnern dass der uns gegenüberstehende Mensch obzwar einst vielleicht hilfloses Objekt einer massiven Vergewaltigung jetzt und heute **auch** Subjekt ist, d.h. subjektiv - wenn auch zum Teil unbewusst - beteiligt nicht nur in der sinngebenden Ausformung seiner Symptome, Leiden und Alpträume, sondern auch natürlich an der Gesamtheit seiner Lebensgeschichte, die sich auch jenseits von Trauma und Gewalt abgespielt hat und abspielen kann...
- In ähnlicher Weise sind wir, die Behandelnden dieser Menschen - wenn zwar auch den manchmal archaisch und desorganisiert anmutenden Formen der Mitteilung oder des Verschweigens dieser Gewaltakte "ausgesetzt" - doch auch aktiv teilnehmend und agierend, und sei es "nur" in der Form unseres Zuhörens, unseres inneren Ordnen und Verstehens der oft chaotischen psychischen Inhalte welches schon den Beginn einer Antwort auf dieses unser dem Unnennbaren "Ausgesetzt-Sein" beinhaltet.
- Wir kehren also zu der fundamentalen Frage zurück die uns heute hier versammelt:

### **Wo bleiben die Helfer - in dieser manchmal etwas überdimensional anmutenden und in Extremen artikulierten Arbeit?**

Das erinnerte mich an Bertolt Brecht, der liess seinen "Lesenden Arbeiter" in den "Kalendergeschichten" auch schon die Frage nach den Helfern stellen:

*Wer baute das siebentorige Theben ?*

*In den Büchern stehen die Namen von Königen.*

*Haben die Könige die Felsbrocken herbeigeschleppt?*

*Und das mehrmals zerstörte Babylon,*

*Wer baute es so viele Male auf? In welchen Häusern*

*Des goldstrahlenden Lima wohnten die Bauleute?*

*Wohin gingen an dem Abend, wo die chinesische Mauer fertig war,*

*Die Maurer?*

.....

## **Wo also bleiben die Helfer nach vollbrachter Tat?**

Bertolt Brecht antwortete selbst darauf ja nur lakonisch:

.....  
 So viele Berichte,  
 So viele Fragen.

Diese Frage nach dem "WO" als Titel der Konferenz hat mich stutzig gemacht:

"Wo"? - ist ja die Frage nach einem Ort, - hier vielleicht nicht so sehr die Frage nach dem physischen, äusseren Ort (obwohl der sicher auch eine Rolle spielt, z.B. der Raum im Behandlungszentrum wo der "Helfer" "bleiben", "verweilen", nachdenken und sich wieder sammeln kann, und auch die "Zeit-Räume" in der Institution und im Aussen, in denen sich die Helfer über ihre Erfahrungen austauschen können) - sondern eher die Frage nach dem **Ort im Innen**. WO BLEIBEN DIE HELFER? Und dieses "**Bleiben**" - was hat es damit eigentlich auf sich?

Die deutsche Sprache, wie auch manche andere Sprachen, hat diese Besonderheit dass sie uns manchmal mit merkwürdigen Paradoxen konfrontiert: wie Freud uns schon in seinem Text "Der Gegensinn der Urworte" erklärte zeichnen sich diese Urworte in der Sprache oft damit aus daß sie neben der einen, bestimmten Bedeutung auch noch ihr genaues Gegenteil beinhalten - z.B. das deutsche Wort "Boden" das in einem Haus das Oberste und das Unterste bezeichnet, oder das lateinische Wort *altus* das sowohl "hoch" als auch "tief" bedeutet.

So ist es auch mit dem im Althochdeutschen wurzelnden Wort "**bleiben**" (in unserem Titel "Wo bleiben die Helfer?") das uns mit einem ähnlichen Gegensinn konfrontiert. "Bleiben" heißt nämlich einerseits "Sein Daseyn behalten, und fortfahren zu existiren", bedeutet jedoch andererseits und gleichzeitig auch "Vergehen. Sterben, und umkommen": z.B: *Es sind in diesem Gefechte viele tapfere Leute geblieben.*

Wenn wir also nach dem **Bleiben der Helfer, der Mitarbeiter** fragen - fragen wir dann im Grunde nicht nach der Beschaffenheit dieses inneren Ortes an dem die Behandelnden nicht nur ihr "Daseyn" behalten und fortsetzen können, sondern an dem sie sich eben gleichzeitig auch dem "Vergehen", dem "Umkommen" und dem "Tödlichen" aussetzen können mit dem sie die therapeutische Praxis mit Folteropfern und Überlebenden unweigerlich und immer wieder konfrontiert?

Diese Frage beinhaltet im Grunde die absolut essentielle persönliche und berufliche Vorbereitung und Ausbildung aller Mitarbeiter - die eigentlich alle etwas darüber wissen sollten - zum einen, aus welchen persönlichen Motiven sie sich an einen solchen Ort begeben wollen (wo Bleiben und Sterben, das Lebendige und das Tödliche so radikal ineinander verschränkt sind und eine so zentrale Rolle spielen), zum anderen, was sie dazu befähigt und wie sie diesen inneren Ort angelegt und vorbereitet haben an dem sie sich solchen Prozessen und Erlebnissen aussetzen können - das geht wohl selten ohne therapeutische Selbsterfahrung, d.h. einer Erfahrung unserer eigenen kreativen **und** destruktiven Impulse, und einer kritischen Hinterfragung unserer Motivationen inklusive des sog. "Helfersyndroms", und, zum dritten, wie sie selbst feststellen ob und wann dieser innere Ort ausgelastet ist und wie sie ihn, falls ueberlastet, wieder herstellen und aufnahmefähig machen können - das sind die Fragen die die Dimension von "self care" betreffen, aber denen die Institution vielleicht auch Rechnung tragen sollte.

Es ist sicherlich an dieser zentralen Frage des "Bleibens" - ihrer lebenspendenden, kreativen, und gleichzeitig potentiell destruktiven, "tödlichen" Aspekte - dass die Unterschiede in den Örtlichkeiten die die Helfer einerseits und die Patienten andererseits bewohnen deutlich werden.

Für den im Exil Überlebenden ist das "Bleiben-Können", z.B. das im Gastland Bleiben Können lebenswichtig, d.h. die vom Staat erteilte Erlaubnis des Aufenthalts entscheidet oft in ganz realer Weise über wirkliches (nicht symbolisches) Leben oder Sterben. Auf der anderen Seite jedoch beinhaltet für den Exilanden dieses reale "Bleiben-Können" auch ein Sterben, im metaphorischen Sinne einerseits (das Heimatgefühl "stirbt", die Hoffnung jemals nach Hause zurückkehren zu können wird begraben), aber eventuell ein Sterben auch im realen Sinne: ein Flüchtling der sich entscheidet im Exil zu bleiben und dessen Familie noch im Heimatland lebt und verfolgt wird - wie das oft geschieht - riskiert es dass sie, ohne seinen Schutz, der Verfolgung und dem möglichen Umkommen vielleicht hilflos ausgeliefert ist. Aus diesem Widerspruch - der dem Gegensinn im Urwort "Bleiben" entspricht - erklärt sich übrigens die manchmal extrem melancholische Reaktion des Fluechtlings im Moment der Mitteilung dass er tatsächlich "bleiben" darf: sie kann ihn in eine tiefe Trauer stürzen.

Das Tödliche im "Bleiben" hat also für die im Exil Überlebenden oft eine ganz konkrete, reale Dimension. Ist der Behandelnde hingegen, der doch normalerweise abends nach Hause, in seine "Bleibe", gehen kann, ist er dadurch vor dem "Tödlichen" mit dem sein Patient ihn konfrontiert, geschützt? .

Die dringliche Notwendigkeit mit der die Frage nach "staff care" gestellt wird scheint diese Frage mit einem "nein" zu beantworten. Es scheint dass wir für diesen inneren Ort Sorge tragen oder um ihn sogar besorgt sein müssen, daß wir ihm Aufmerksamkeit schenken müssen (denn "care" heißt ja nicht nur "Fürsorge" sondern auch "Aufmerksamkeit") - da er, wie wir wissen, in der Arbeit in unseren Institutionen immer wieder angegriffen und bedroht wird. Unter der ständigen Bedrohung seines Verlustes müssen wir ihn immer wieder aufs Neue konstituieren und auch reflektieren. "Staff care" Konzepte sollten also etwas zu tun haben mit der Aufmerksamkeit für diesen inneren Ort an dem wir "verweilen" können - ohne wegzulaufen - und uns zugleich dem zuwenden können was danach sucht uns vor Bedrohung vergehen, umkommen, oder sogar sterben zu lassen, so wie man sagt "Ich sterbe vor Angst".

Warum nun, so könnte man fragen, ist denn dieser innere Ort so ungeheuer stark bedroht? Ist er tatsächlich im Realen so bedroht oder entspricht die Bedrohung einer Fantasie, einer Projektion die sich allmählich über das Feld der Traumarbeit gebreitet hat wie ein unsichtbarer Schleier - und der da alle möglichen anderen Fantasien verdeckt?

Was bricht denn da herein oder droht einzubrechen oder soll einbrechen daß die Fachleute - ein Psychoanalytiker sogar! - zu der Metapher des "Ausbrennens" gegriffen haben, "burn out" - was kann oder soll denn so allmächtig bedrohend werden daß es uns ganz und gar "ausbrennen" könnte?

Und wie sollen wir dieses "Ausbrennen" verstehen, was geschieht da mit uns und in uns wenn wir uns vom "Ausbrennen" ("burn out") oder von einem "Zusammenbrechen" wie es früher hiess ("nervous break down") bedroht fühlen, oder wenn wir den Eindruck haben dem "Ausbrennen" zu unterliegen, zum Opfer gefallen sind?

Die Metapher des "Brennens" oder "Ausbrennens" ist uns hierzulande nicht unbekannt, denn sie liegt, was vielleicht nicht immer offenbar ist, dem Wort "holocaust" zu Grunde das im Griechischen bedeutet "ganz und gar verbrennen". Die Tatsache dass der

Begriff "Holocaust" als Bezeichnung des millionenfachen Mordes an Juden und anderen verfolgten Bevölkerungsgruppen im Dritten Reich eine grundlegende Perversion der ursprünglichen Bedeutung des Begriffes darstellt kann hier leider nicht debattiert werden. Denn im Alten Testament bezeichnet dieses Wort "olocauston" das Brandopfer, das Yahwe von Abraham verlangt in Bezug auf seinen Sohn Isaak. Den Genozid als Brandopfer zu bezeichnen würde ja nur die nazistische Ideologie fortsetzen, derzufolge – so Hitlers Worte - das deutsche Volk ein "Opfer" bringen müsste um sich des "juedischen Bazillus" zu entledigen.

Es geht hier allerdings nicht darum die nazistische "Sprache des Dritten Reiches" (LTI – *lingua tertii imperii* – siehe Viktor Klemperer) zu analysieren, sondern eher darum das vielleicht nicht ganz zufällige Auftauchen der Metapher des "Ausbrennens" in einem Bereich zu verstehen wo sich Menschen - Helfer - anbieten sich aufzuopfern für andere die sehr viel gelitten haben, die gefoltert und gequält wurden.

Die Frage hier ist wie es dazu kommt dass sich diese Helfer in solchem Masse für ihre Patienten aufopfern, dass sie im Prozess des Helfens davon bedroht sind sich sozusagen "auszubrennen" und damit arbeitsunfähig zu werden. (Wir hörten gestern dass überhöhte Selbsterwartungen eine wichtige Rolle für den Erschöpfungs-Zusammenbruch spielen.) Die Frage nach den verschiedensten Bedeutungen und Ursprüngen unserer Hilfs- und Opferbereitschaft wäre von Interesse, und sicher aufklärend, besonders in Zeiten wenn sie droht uns zu erschöpfen. In solchen Augenblicken dürfen dann vielleicht auch die weniger heldenhaften Fragen gestellt werden, zum Beispiel, warum tue ich eigentlich diese doch oft sehr schwierige und wenig Anerkennung bringende Arbeit (für wen, um welchen Wunsch, welche Fantasie von mir selbst, welches Selbstbild, zu realisieren, um welchen Reparationswunsch zu erfüllen, um was auszugleichen, welche Familiengeschichte wieder gut zu machen, welche Verletzung oder Wut abzureagieren, welcher Faszination mit dem Tödlichen Genüge zu leisten, oder welche Grenzerfahrung zu machen, etc.) - das sind einige der Fragen die wir uns in punkto "burn out" stellen können und stellen sollten - und zwar vielleicht nicht erst beim Bewerbungsgespräch in einem Behandlungszentrum für Folteropfer.

Wir haben jetzt nicht davon gesprochen dass dieser vielleicht ganz insgeheime, oder oft auch ganz unbewusste Wunsch nach Grenzerfahrung, der einen Menschen bis zum "burnout" gehen lassen kann, dass dieser Wunsch ein Wissen enthaelt, naemlich darum dass radikale Verwandlung eine Neu-Formung eines Lebens – ein psychischer und geistiger Sprung in vorher nie Erlebtes – oft nur dann moeglich ist wenn das Alte voellig

zusammenbricht. Das ist die Idee, die dem Brandopfer innewohnt, naemlich dass sich ein Phoenix nur aus der Asche erheben kann.

Wir kehren damit, wie Brechts "Lesender Arbeiter", zu den Fragen des Anfangs zurück. "Wo bleiben die Helfer?"

*In welchen Häusern*

*Des goldstrahlenden Lima wohnten die Bauleute?*

*Wohin gingen an dem Abend, wo die chinesische Mauer fertig war,*

*Die Maurer?*

.....

.....

*So viele Berichte,*

*So viele Fragen.*