



Bachelorarbeit im Studiengang Soziale Arbeit

Compassion Fatigue und Selbstfürsorge in der Sozialen Arbeit

Verfasserin: Elli Ludwig

Erstgutachterin: Dr. Rayla Metzner

Zweitgutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß

Betreuerin: Dr. Rayla Metzner

Eingereicht am: 17.07.2024

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abstract	5
Kurzzusammenfassung	5
1 Einleitung	6
2 Compassion Fatigue nach Charles R. Figley	8
2.1 Das Konzept Compassion Fatigue	9
2.2 Vertiefung: Primäre Traumatisierung	16
2.3 Vertiefung: Sekundäre Traumatisierung	19
2.3.1 Diagnostik	20
2.3.2 Symptomatik	21
2.3.3 Auswirkungen	22
2.4 Theoretische Erweiterung zum Konzept	24
2.5 Kritik am Konzept	27
3 Relevanz von Compassion Fatigue für die Soziale Arbeit in Deutschland	29
4 Selbstfürsorge	34
4.1 Selbstfürsorge als Prävention von Compassion Fatigue	38
5 Fazit	47
Literaturverzeichnis	50
Abkürzungsverzeichnis	56
Eigenständigkeitserklärung	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ein Modell für Compassion Stress / STS	13
Abbildung 2: Ein Modell für Compassion Fatigue / STSD	14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Typologie von Traumata	17
Tabelle 2: Schutz- und Risikofaktoren.....	19
Tabelle 3: Dimensionen der Selbstfürsorge	38
Tabelle 4: Professionelle Selbstfürsorge	40

Abstract

This bachelor's thesis addresses the question of how compassion fatigue can be prevented in social work through self-care measures. To this aim, the American concept of compassion fatigue was analysed, its relevance for social work in Germany was identified and preventive measures for individual and professional self-care were presented. As part of the literature research, primary literature in English by the researcher C. R. Figley was considered in particular.

As a result, it can be stated that compassion fatigue represents an accumulation of various stress factors and is made up of secondary traumatisation and burn-out, among other things. In Germany, compassion fatigue has not yet been statistically recorded among social workers. The international literature makes it evident that compassion fatigue is a serious occupational risk for social workers. Social workers should therefore be sensitised to the topic of compassion fatigue in their training and further education. Individual and professional self-care measures can help to maintain the biopsychosocial health of social workers.

Kurzzusammenfassung

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Frage, wie es gelingen kann, Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit durch Maßnahmen der Selbstfürsorge vorzubeugen. Hierzu wurde das amerikanische Konzept Compassion Fatigue untersucht, seine Relevanz für die Soziale Arbeit in Deutschland herausgearbeitet und präventive Maßnahmen der individuellen und professionellen Selbstfürsorge vorgestellt. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde insbesondere englischsprachige Primärliteratur des Forschers C. R. Figley berücksichtigt.

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass Compassion Fatigue eine Kumulation verschiedener Belastungsfaktoren darstellt und sich u.a. aus sekundärer Traumatisierung und Burnout zusammensetzt. In Deutschland wurde Compassion Fatigue bei Sozialarbeiter_innen bislang nicht statistisch erfasst. Die internationale Literatur verdeutlicht jedoch, dass Compassion Fatigue eine ernstzunehmende Berufsgefahr für Sozialarbeiter_innen darstellt. Sozialarbeiter_innen sollten daher in der Ausbildung und Weiterbildung für das Thema Compassion Fatigue sensibilisiert werden. Individuelle und professionelle Maßnahmen der Selbstfürsorge können dabei behilflich sein, die biopsychosoziale Gesundheit von Sozialarbeiter_innen zu erhalten.

1 Einleitung

„In keinem anderen Arbeitsfeld [psychosoziale Arbeit] werden so hohe Anforderungen an Sie als ganze Person mit Ihren vielen Facetten gestellt, an Ihre Werte und Haltungen, Ihre Empathie, Ihre Einsatzbereitschaft, Ihre Hingabe an den Beruf und an die Menschen, an Ihre Kompetenz, sich auf Menschen einzulassen, an Ihre emotionale Balance [und] an Ihre Fähigkeit, Grenzen zu setzen [.]. Sie sind zudem bei diesen Tätigkeiten überwiegend mit Leiden unterschiedlichster Art und Intensität konfrontiert, mit Suizidalität, Suchtproblemen, Depressionen, Wut und Hass, Perversionen und Missbrauch.“ (Lauterbach 2015: 153)

Dieses Zitat macht deutlich, mit welchen schwierigen Themen und Anforderungen Sozialarbeiter_innen in ihrer Arbeit konfrontiert werden. Sie stehen vor der Herausforderung, einerseits einfühlsam auf die Themen und Belange von Adressat_innen zu reagieren. Auf der anderen Seite müssen Sozialarbeiter_innen sich emotional abgrenzen, um ihre professionelle Distanz zu wahren und sich zu schützen. Ein Spagat, der nicht immer gelingt und der zu emotionaler Erschöpfung führen kann (vgl. Lauterbach 2015: 153f; Liel 2023: 492).

Der Begriff „compassion fatigue“¹ (Figley 1995 a: 2), übersetzt Mitgefühlsermüdung, bezeichnet einen Zustand der Erschöpfung, welcher auf verschiedene Formen von Belastungen in helfenden Berufen zurückgeführt werden kann (vgl. Rohwetter 2019: 31; Stoewen 2019: 1004f; Stamm 2010). Eine Belastung, die in diesem Kontext besondere Erwähnung finden sollte, ist die „sekundäre[] Traumatisierung“ (Schulten 2020: 173). Fachkräfte, die in regelmäßigen Kontakt mit traumatisierten Adressat_innen stehen, können durch die Schilderungen traumatischer Ereignisse selbst traumatisiert werden (vgl. Figley 1995 a: 4; Figley / Figley 2017: 389). Diese sekundäre Traumatisierung wird auch in der Sozialen Arbeit als eine mögliche Berufsgefahr thematisiert. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Sozialarbeiter_innen sich dieses Berufsrisikos nicht immer bewusst sind oder dieses oft nicht ernst nehmen. Dies kann zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Es zeigt sich die Notwendigkeit, angehende und praktizierende Sozialarbeiter_innen über die Risiken in der Sozialen Arbeit zu informieren und Maßnahmen der Prävention zu vermitteln (vgl. Moore et al. 2014: 237f; Sendera / Sendera 2013: 124f).

1. Für eine bessere Lesbarkeit werden die englischen Begriffe, nachdem sie zitiert wurden, groß geschrieben.

Diese Arbeit befasst sich daher mit der Frage, wie es gelingen kann, Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit durch Maßnahmen der Selbstfürsorge vorzubeugen.

Um einen Überblick zum Thema zu verschaffen, wurde diese Arbeit in drei Hauptteile untergliedert. Der erste Teil befasst sich mit C. R. Figleys Definition von Compassion Fatigue und deren Konsequenzen. Da die sekundäre Traumatisierung ein wesentlicher Bestandteil von Compassion Fatigue darstellt, wird diese gesondert aufgegriffen und anhand von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen erörtert. Nach diesem Exkurs wird wieder Bezug auf das Konzept von Figley genommen und werden theoretische Erweiterungen und Kritik zu Compassion Fatigue beleuchtet. Der zweite Teil erörtert die Frage, aus welchem Grund sich Sozialarbeiter_innen in Deutschland mit diesem Konzept auseinandersetzen sollten. Im dritten Teil wird die Selbstfürsorge in den Fokus gerückt und dargelegt, wie diese dazu beitragen kann, Compassion Fatigue vorzubeugen.

Ziel dieser Arbeit ist es, das amerikanische Konzept Compassion Fatigue vorzustellen und dessen Relevanz für die Soziale Arbeit in Deutschland offenzulegen. Zudem soll die Bedeutung von Selbstfürsorge für die Gesundheit sozialer Fachkräfte betont werden, insbesondere in Zeiten des Neoliberalismus (vgl. Behling / Hardering 2017: 409).

Im Rahmen dieser Arbeit wurden diverse Informationen zusammengetragen und Zusammenhänge dargelegt, es handelt sich hiermit also um eine Literaturarbeit. Da auf Deutsch zum Thema nur wenig Literatur zur Verfügung stand, wurde vor allem englischsprachige Primärliteratur berücksichtigt.

2 Compassion Fatigue nach Charles R. Figley

Erstmals wurde der Begriff „Compassion Fatigue“ von Carla Joinson 1992 in einem Pflegemagazin erwähnt. Sie wollte dort auf die Belastung von Pflegepersonal auf Notfallstationen aufmerksam machen (vgl. Figley 1995 a: 14; Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 40).

1995 griff Charles R. Figley den Begriff in seinem Buch ‚Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized‘ (1995) auf. Darin beschreibt er, wie helfende Professionen dadurch, dass sie mit traumatisierten Menschen zusammenarbeiten, Gefahr laufen, eine sekundäre traumatische Belastungsstörung (Compassion Fatigue) zu entwickeln (vgl. Figley 1995 a: 11). Besonders markant erscheint bereits der erste Satz im ersten Kapitel des Werkes: „There is a cost to caring“ (Figley 1995 a: 1). Figley geht der Frage nach, was Fürsorge für andere kostet (vgl. Schulten 2020: 176).

Es kann sich schön anfühlen, anderen Menschen zu helfen und sie zu unterstützen. Ein Begriff für die positiven Effekte, die mit Mitgefühl für andere einhergehen können, heißt „Compassion Satisfaction“ (Stamm 2010). Die Forscherin Beth Hudnall Stamm beschreibt damit das befriedigende Gefühl, das aufkommt, wenn eine Fachkraft einem_r Adressat_in weiterhelfen konnte und darin gute Arbeit geleistet hat. Eine Form der Selbstwirksamkeit in der Arbeit, die beflügelt. Compassion Satisfaction gilt außerdem als schützender Faktor, wenn es darum geht, Compassion Fatigue zu entwickeln (vgl. Sendera / Sendera 2013: 85; Figley / Figley 2017: 394).

Figley und andere Autor_innen befassten sich auch mit dem gegenteiligen Phänomen, den sogenannten Nebenwirkungen, die durch die Arbeit mit Menschen entstehen können. Dies gilt insbesondere für die Arbeit mit Menschen, die großes Leid erfahren haben und/oder traumatisiert worden sind. Opfer von Naturkatastrophen oder von Gewaltstraftaten wären als Beispiele zu nennen. Die Frage nach den Nebenwirkungen von helfenden Professionen für die helfenden Fachkräfte selbst wird selten gestellt (vgl. Figley / Figley 2017: 387). Es lohnt sich also, Figleys Theorie der Compassion Fatigue nähere Betrachtung zu schenken.

2.1 Das Konzept Compassion Fatigue

Nun soll es um das Konzept Compassion Fatigue gehen. Figley beschreibt:

„Professionals who listen to clients' stories of fear, pain, and suffering may feel similar fear, pain, and suffering because they care. Sometimes we feel we are losing our sense of self to the clients we serve.“ (Figley 1995 a: 1)

Figley weist hier daraufhin, wie sehr persönliche Geschichten von Leid oder anderen schmerzhaften Erfahrungen auch etwas in der Person auslösen können, die die betroffene Person begleitet. Dies zeigt sich darin, dass Gefühle von Angst, Schmerz und Leid übertragen werden können und das eigene Selbstverständnis verloren gehen kann (vgl. Figley 1995 a: 1). Als professionell Tätige werden in diesem Zusammenhang besonders Menschen gesehen, die im Gesundheits- und Gemeinwesen arbeiten (vgl. Figley / Figley 2017: 387). Die Berufsgruppen der „crisis workers“ (Beaton / Murphy 1995: 51) und „trauma workers“ (Figley 1995 a: 15) gelten als besonders gefährdet (vgl. Dutton / Rubinstein 1995: 91). Im folgenden Abschnitt soll erläutert werden, wer zu diesen Berufsgruppen gezählt wird und warum Compassion Fatigue dort ein besonderes Berufsrisiko darstellt.

Der Begriff „crisis worker“ kann mit professionelle_r Krisenhelfer_in übersetzt werden. Zu den Berufsgruppen, die diesem Bereich zugeordnet werden, gehören beispielsweise Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst, Kriseninterventionsteams und Strafverfolgungsbehörden. Menschen, die in den genannten Berufsgruppen arbeiten, sind laut Figley von Compassion Fatigue gefährdet, weil sie mit den direkten Folgen von Katastrophen in Berührung kommen. Dies umfasst den Einsatz an Orten, die ein Risiko für Trauma bergen, sowie den Erstkontakt mit traumatisierten Menschen wahrscheinlich machen (vgl. Beaton / Murphy 1995: 51; Schulden 2020: 173).

Zur zweiten Berufsgruppe zählen die sogenannten Trauma-Worker. Dies umfasst Fachkräfte, die traumatisierte Menschen beraten und begleiten, nachdem das traumatische Ereignis stattgefunden hat (vgl. Figley 1995 b: xiv; Dutton / Rubinstein 1995: 82). Darunter fällt insbesondere Fachpersonal aus dem Bereich der psychischen Gesundheit, Sozialarbeiter_innen, Anwälte_innen, Richter_innen, Ärzte_innen, sowie Forscher_innen, die sich auf dieses Gebiet spezialisiert haben (vgl. Dutton / Rubinstein 1995: 83; Schulden 2020: 173).

Nach Figley gibt es vier Gründe, warum die Berufe der Trauma-Worker als besonders anfällig für Compassion Fatigue gelten. An erster Stelle steht die Empathie der Trauma-Worker. Eine Fähigkeit, die Fluch und Segen zugleich darstellen kann. Durch Empathie kann es dem Trauma-Worker gelingen, die Situation von traumatisierten Menschen und deren Angehörigen besser nachzuvollziehen und die Unterstützung angemessen zu gestalten. Auf der anderen Seite laufen Trauma-Worker durch Empathie Gefahr, selbst Symptome einer sekundären Traumatisierung zu entwickeln (vgl. Figley 1995 a: 15). Oder um es mit Figleys Worten auszudrücken:

„Thus the process of empathizing with a traumatized person helps us to understand the person's experience of being traumatized, but, in the process, we may be traumatized as well.“
(Figley 1995 a: 15)

Als zweiten Grund verweist Figley darauf, dass Trauma-Worker selbst in ihrem Leben ein oder mehrere Trauma/ta erlebt haben können und das zu einer Art Befangenheit in der Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen führen kann. Wenn ein ähnliches Trauma geschildert wird, kann der neutrale Blick des Trauma-Workers verloren gehen. Das kann sich darin äußern, dass der Trauma-Worker unaufmerksam zuhört oder davon ausgeht, dass der betroffenen Person die eigenen Strategien weiterhelfen, obwohl dies nicht der Fall ist. Beim dritten Grund geht Figley darauf ein, dass dem Trauma-Worker die eigenen Themen bzw. erlebten Traumata nicht immer bewusst sein müssen. Die Erzählung eines ähnlichen traumatischen Ereignisses kann dementsprechend unerwartete Reaktionen im Trauma-Worker auslösen. Schließlich viertens: Trauma-Worker gelten als besonders anfällig, Compassion Fatigue zu entwickeln, wenn sie mit dem Leid von Kindern konfrontiert werden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Fachkräfte, die regelmäßig mit traumatisierten Menschen zusammenarbeiten, eine besondere Vulnerabilität für Compassion Fatigue aufweisen (vgl. Figley 1995 a: 15f).

Nachdem geklärt wurde, welche Berufe besonders anfällig für Compassion Fatigue sind, soll es nun um die Rolle des Mitgefühls gehen. Die American Psychological Association (APA) definiert Mitgefühl wie folgt: „a strong feeling of sympathy with another person's feelings of sorrow or distress, usually involving a desire to help or comfort that person“ (APA 2018). Hierbei wird neben der mitfühlenden Reaktion auf die Not und das Leid einer anderen Person auch das Bedürfnis beschrieben, der notleidenden Person zu helfen (vgl. APA 2018). Empathie und Mitgefühl gelten in helfenden Berufen als eine Voraussetzung, um eine gute Beziehung zu Adressat_innen aufbauen zu können - ein Vorgang, der

sich als komplex erweist, sich jedoch in Form von guter Zusammenarbeit auszahlen kann. Doch was passiert, wenn Fachkräften das Mitgefühl abhanden kommt? Wenn sie müde werden, jeden Tag mitfühlend zu sein? Figley beschreibt Compassion Fatigue als vermindertes Interesse, Adressat_innen mit Empathie und Mitgefühl zu begegnen sowie weitere Geschichten von Leid zu ertragen (vgl. Figley / Figley 2017: 387). Fatigue beschreibt hier den Zustand der Erschöpfung (vgl. Figley 1995 c: 253; Figley / Figley 2017: 389). Dieser Zustand tritt insbesondere bei Fachkräften ein, die sich übermäßig für ihre Adressat_innen engagieren und ihr eigenes Wohlbefinden vernachlässigen (vgl. Figley / Figley 2017: 387).

Bevor nun auf die Entstehung von Compassion Fatigue eingegangen werden kann, müssen drei Begriffe: „primary traumatic stress“ (Figley 1995 a: 8), „secondary traumatic stress“ (Figley 1995 a: 2) und „secondary traumatic stress disorder“ (Figley 1995 a: 2) geklärt werden.

Wenn eine Person durch ein Ereignis traumatisiert wird, löst das in ihrem Körper Primary Traumatic Stress aus, genauer, eine primäre traumatische Stressreaktion, die dazu bewegt zu handeln und als Überlebensmechanismus des Körpers fungiert (vgl. Figley 1995 a: 2).

Wenn ein traumatisches Ereignis einer Fachkraft berichtet wird, so kann das in ihr sekundären traumatischen Stress auslösen, auch Secondary Traumatic Stress (STS) genannt. Dieser wird bei Figley auch als „compassion stress“ (Figley 1995 a: 15) bezeichnet und darin begründet, dass die Fachkraft dem Trauma durch ihr Mitgefühl indirekt ausgesetzt ist (vgl. Figley / Figley 2017: 389). Das kann einerseits in der Arbeit mit traumatisierten Menschen der Fall sein. Doch auch in der Arbeit mit Menschen, die ein Trauma verursacht haben, kann sich STS als Reaktion bei den Fachkräften etablieren (vgl. Dutton / Rubinstein 1995: 83). Primary Traumatic Stress und Secondary Traumatic Stress werden hierbei als eine natürliche Reaktion auf nicht normale Begebenheiten angesehen (vgl. Figley 1995 a: 11; Figley / Figley 2017: 387). Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD) bezeichnet wiederum eine Störung, die aus STS resultiert. Das ist der Fall, wenn sich STS über die Zeit unkontrolliert anhäuft, wenn also Fachkräfte in ihrer Arbeit mit leidenden und/oder traumatisierten Menschen an ihre Belastungsgrenze gebracht werden und dieser Zustand für eine längere Zeit anhält (vgl. Figley / Figley 2017: 389). Zwei weitere Faktoren spielen in der Entstehung von STSD ebenfalls eine Rolle. Die Erinnerung an traumatische Ereignisse kann bei Fachkräften dazu führen, dass sich die gleichen Symptome wie bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ausbilden, eine Störung, die bei primär traumatisierten Menschen auftreten kann. Typische Symptome einer PTBS sind z.B. wiederholte Erinnerung an das traumatische Ereignis in Träumen oder Flashbacks,

Taubheitsgefühl und Vermeidung von Situationen, die diese Erinnerung auslösen und Übererregung in Form von Reizbarkeit, erhöhter Wachsamkeit und Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. Figley 1995 a: 8; APA 2023). Obwohl Fachkräfte die berichteten traumatischen Ereignisse nicht selbst erlebt haben, können diese Symptome auch bei ihnen zutreffen. Der einzige Unterschied besteht darin, dass sich die Erinnerungen auf diejenigen der Betroffenen beziehen (vgl. Figley 1995 c: 253; Figley / Figley 2017: 389).

Als dritter und letzter Einflussfaktor werden einschneidende Lebensereignisse im Privatleben von Fachkräften aufgeführt (vgl. Figley 1995 c: 253). Darunter zählen u.a. prägende Ereignisse, wie die Geburt eines Kindes, der Tod einer geliebten Person oder die Diagnose einer schweren Krankheit. Die sogenannten Life-Events können bei Fachkräften zusätzlichen Stress verursachen und somit zur Entstehung von STSD beitragen (vgl. Mandemakers 2014: 3560f; Figley 1995 c: 253).

Insgesamt wird STSD auch als „a state of exhaustion and disfunction [sic]“ (Figley 1995 c: 253) beschrieben. Demnach stellt STSD einen Zustand der Erschöpfung und eine Funktionsstörung dar. Diese kann sich auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene bemerkbar machen kann (vgl. Figley 1995 c: 253). Die Begriffe STSD und Compassion Fatigue werden bei Figley synonym verwendet (vgl. Figley 1995 a: 15).

Laut Figley beziehen sich die Begriffe STS und STSD in der Literatur vor allem auf die Belastung von Notfalleinsatzkräften, während die Begriffe Compassion Stress und Compassion Fatigue die Belastung von Krankenpfleger_innen beschreiben. Die Begriffe können jeweils jedoch auch synonym verwendet werden. Figley bevorzugt die Begriffe Compassion Stress und Compassion Fatigue, da sie seiner Meinung nach die Ursache besser beschreiben und weniger stigmatisierend sind (vgl. Figley 1995 a: 15). In dieser Arbeit werden bevorzugt die Begriffe STS und Compassion Fatigue verwendet, da diese sich im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs etabliert haben (vgl. Dowling 2018: 750; Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 40).

Nachdem wichtige Begriffe erklärt wurden, soll es nun um die Entstehung von STS und Compassion Fatigue im Detail gehen. Figley hat hierfür das „trauma transmission model“ (Figley 1995 c: 249) aufgestellt:

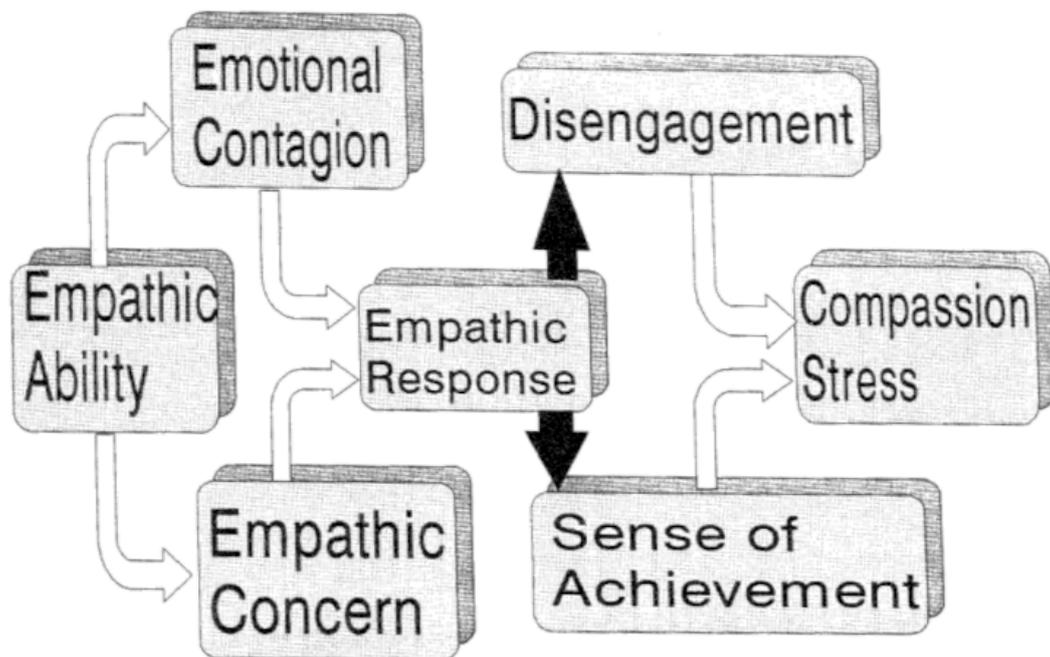


Abbildung 1

Ein Modell für Compassion Stress / STS

(Figley 1995 c: 250)

Für die Entstehung von STS spielen sechs Variablen eine Rolle, welche auf der Abbildung 1 zu sehen sind. Die erste Variable steht für die Fähigkeit, Empathie für andere Menschen zu empfinden (vgl. Figley 1995 c: 252). Es wurde bereits erwähnt, dass die Fähigkeit, Empathie mit anderen Menschen zu empfinden, eine Grundvoraussetzung in helfenden Berufen darstellt. Diese Fähigkeit ist dabei behilflich, auf die Not von Menschen aufmerksam zu werden und die Unterstützung sensibel zu gestalten (vgl. Figley 1995 a: 15). Wenn Menschen ihr Leid mit Fachkräften teilen, kann das zu zwei verschiedenen Reaktionen führen. Die eine Reaktion kann mit emotionaler Ansteckung („emotional contagion“) übersetzt werden. Darunter wird die Identifikation mit den Gefühlen von Betroffenen verstanden. Die andere Reaktion bedeutet sinngemäß einfühlsame Anteilnahme („empathic concern“). Hierbei steht das Bedürfnis, das Leid zu verringern, im Vordergrund. In der Arbeit mit Menschen, die großes Leid erfahren haben, können bei Fachkräften beide Reaktionen auftauchen. Daher werden diese als „empathic response“ (Figley 1995 c: 252) zusammengefasst (vgl. Figley 1995 c: 252). Wenn die Fachkraft das Gefühl hat, mit ihrer Hilfe etwas ausrichten zu können, stellt sich „sense of achievement“ (Figley 1995 c: 253) ein, ein Erfolgserlebnis, das motivieren kann, weitere Unterstützung zu leisten.

Emotionale Ansteckung kann in diesem Prozess dennoch vorkommen. Doch statt der Identifizierung mit dem Leid von Betroffenen gelingt hier die Abgrenzung. Folglich entwickeln Fachkräfte, die sich in ihrer Arbeit als selbstwirksam erleben, weniger STS. Wenn sich die Fachkraft hingegen zu sehr mit dem Leid anderer identifiziert, kann es dazu führen, dass sie das Bedürfnis nach Rückzug („disengagement“) entwickelt. STS wäre dann in besonderem Maße ausgeprägt (vgl. Figley 1995 c: 253).

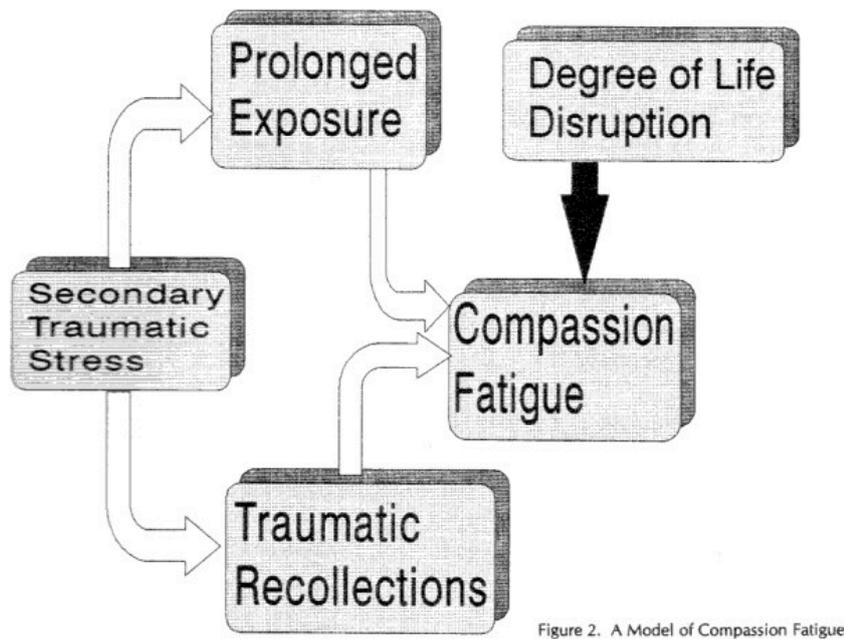


Figure 2. A Model of Compassion Fatigue

Abbildung 2

Ein Modell für Compassion Fatigue / STSD

(Figley 1995 c: 251)

Die zweite Abbildung zeigt die Entstehung von Compassion Fatigue. Hierbei geht es um Fachkräfte, die bereits STS entwickelt haben. „Prolonged exposure“ (Figley 1995 c: 253) beschreibt den anhaltenden Zustand von STS bei Fachkräften und kann sich beispielsweise darin äußern, dass Fachkräfte großes Verantwortungsbewusstsein für Adressat_innen entwickeln (vgl. Figley / Figley 2017: 389). Es kann jedoch problematisch werden, wenn Fachkräfte in ihrer Freizeit nicht mehr entspannen können und STS bestehen bleibt. „[T]raumatic recollections“ (Figley 1995 c: 253) bezeichnen die Erinnerungen an traumatische Ereignisse. Das bedeutet, dass die Fachkräfte die Schilderungen von traumatischen Ereignissen der Adressat_innen abspeichern und sich auch später daran erinnern können. Die Erinnerung an die traumatischen Ereignisse der Adressat_innen kann dazu führen, dass Fachkräfte selbst Symptome von Compassion Fatigue ausprä-

gen. Schließlich wird in der Graphik noch Bezug auf das „amount of life disruption“ (Figley 1995 c: 253) genommen. Darunter werden Lebensereignisse verstanden, die Fachkräfte in ihrem Privatleben beeinträchtigen können. Diese wurden bereits als Life-Events benannt (vgl. Figley 1995 c: 253; Mandemakers 2014: 3560f).

Es lässt sich also festhalten, dass verschiedene Stressoren an der Entstehung von Compassion Fatigue beteiligt sind (vgl. Figley / Figley 2017: 389). Die Entstehung von STS und Compassion Fatigue wird von Figley nicht notwendigerweise als ein Problem angesehen. Er betrachtet sie vielmehr als Nebenwirkungen, die durch die Arbeit mit leidenden und/oder traumatisierten Menschen auftreten können. Zukünftige Generationen von Fachkräften, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, sollten daher besser auf die Risiken ihres Berufes vorbereitet werden (vgl. Figley 1995 a: 11-16). Die Arbeit selbst sollte ethischen Standards entsprechen. Neben der Gesundheit der traumatisierten Adressat_innen muss auch der Gesundheit der helfenden Fachkräfte eine hohe Priorität eingeräumt werden (vgl. Figley / Figley 2017: 389).

2.2 Vertiefung: Primäre Traumatisierung

Figley beschreibt in seiner Theorie STS, der sich zu Compassion Fatigue entwickeln kann. Bevor auf die sekundäre Traumatisierung eingegangen wird, soll zum besseren Verständnis zunächst auf die Definition und Wirkungsweise einer primären Traumatisierung Bezug genommen werden. Bei der Vertiefung von primärer und sekundärer Traumatisierung wird insbesondere die aktuelle Literatur zum Thema berücksichtigt.

Ein oder mehrere belastende Ereignisse können sich zu einem psychischen Trauma entwickeln. Das Trauma stellt eine Konfrontation mit einer extremen Situation außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung dar, in der die Bewältigungsstrategien eines Menschen nicht ausreichen, um das Erlebte zu verarbeiten. Dieses Ereignis kann kurzzeitig auftreten (Trauma Typ I) oder lang andauern bzw. sich wiederholen (Trauma Typ II). Gefühle wie Hilflosigkeit, Ohnmacht, sich ausgeliefert fühlen und Angst können sich als Folgereaktion etablieren. Aber auch andere Symptome können sich daraufhin sowohl körperlich als auch psychisch entwickeln, darunter innere Abwesenheit, Traurigkeit, Nervosität, Unruhe, Angst und Unlust (vgl. Fritzsche / Wirsching 2020: 146). Diese Symptome werden bei Figley unter dem Begriff traumatische Stressreaktion („traumatic stress reaction“) zusammengefasst (vgl. Figley 1995 a: 2).

Trotzdem entwickelt nicht jeder Mensch, der ein katastrophales Ereignis erlebt bzw. überlebt, eine Folgestörung (vgl. Görge / Hantke 2010: 281). Vielmehr stellt jede psychische und körperliche Reaktion eine normale Reaktion auf eine nicht-normale Begebenheit dar (vgl. Wee / Myers 2002: 58). Von Traumatisierung ist erst dann die Rede, wenn die Symptome, die mit dem katastrophalen Ereignis in Verbindung stehen, nicht mehr abklingen. Dabei spielen auch die Risiko- und Resilienzfaktoren des Menschen eine Rolle. Diese beeinflussen, ob sich eine Erfahrung zu einem Trauma entwickelt oder nicht (vgl. Schulden 2020: 172). Letztendlich wirken alle Umgebungsfaktoren und Ressourcen in die Verarbeitung des Geschehenen mit hinein (vgl. Görge / Hantke 2010: 281). Verschlimmern sich die Symptome, die mit der traumatischen Erfahrung in Verbindung stehen, können sich Trauma-Folgestörungen entwickeln. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (ICD-11: 6B40) kann als eine Trauma-Folgestörung bezeichnet werden (vgl. Fritzsche / Wirsching 2020: 147; WHO 2024). Diese tritt am häufigsten nach einem menschengemachten Trauma („man-made trauma“) auf, wie beispielsweise eine Gewalterfahrung oder ein anderer Über-

griff, der die psychische und körperliche Integrität eines Menschen verletzt (vgl. Fritzsche / Wirsching 2020: 147; Figley 1995 a: 4). Neben dem menschengemachten Trauma gibt es noch das akzidentielle Trauma. Akzidentiell stammt von dem lateinischen Wort accidere ab und bezeichnet etwas, das sich ereignet (vgl. MLP o.J.). Darunter wird ein zufälliges, nicht-vorsätzliches Ereignis, wie ein Autounfall oder eine Naturkatastrophe, verstanden. In der folgenden Tabelle werden die Unterschiede zwischen akzidentiellem und menschengemachten Trauma sowie den Schweregraden verdeutlicht:

Tabelle 1

Typologie von Traumata

	Akzidentielle Traumata	Man-made Traumata
Typ-I-Traumata kurzandauernd	<ul style="list-style-type: none"> ● Verkehrsunfälle ● Arbeitsunfälle ● berufsbedingt (Feuerwehr, Polizei) ● kurzandauernde Naturkatastrophen (Wirbelsturm, Blitzeinschlag) 	<ul style="list-style-type: none"> ● kriminelle und körperliche Gewalt ● Vergewaltigung ● zivile Gewalterlebnisse (Banküberfall)
Typ-II-Traumata langandauernd wiederholend	<ul style="list-style-type: none"> ● langandauernde Naturkatastrophen (Erdbeben, Flut) ● technische Katastrophen (Giftgaskatastrophen) 	<ul style="list-style-type: none"> ● sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit ● Geiselhaf ● Kriegserlebnisse ● Folter und politische Inhaftierung ● Massenvernichtung (KZ/Vernichtungslager)

Quelle: In Anlehnung an Fritzsche / Wirsching 2020: 148.

In der Erinnerung unterscheiden sich die beiden Typen. Während bei einem Trauma des Typs I eine klare Erinnerung vorherrscht, gestaltet sich die Erinnerung bei einem Trauma des Typs II als diffus. Die Traumaerfahrung wird abgekapselt und unverarbeitet im impliziten Gedächtnis abgespeichert. „Das Erlebte

kann nicht mehr kommuniziert werden, es wird nicht mehr gefühlt und oft auch nicht mehr erinnert“ (Fritzsche / Wirsching 2020: 149). Dennoch kann die Erfahrung durch Trigger wieder hervorgerufen werden (vgl. Fritzsche / Wirsching 2020: 148f).

Die primäre Traumatisierung wird in diesem Kontext so ausführlich behandelt, da Fachkräfte in sozialen Berufen z.T. mit primär traumatisierten Adressat_innen zusammenarbeiten (vgl. Sendera / Sendera 2013: 124). Das Wissen um mögliche traumatisierende Ereignisse und deren Wirkung hilft dabei, Verhalten von Adressat_innen besser einordnen zu können. Andererseits hilft es auch, die Entstehung einer sekundären Traumatisierung besser nachzuvollziehen.

2.3 Vertiefung: Sekundäre Traumatisierung

Die sekundäre Traumatisierung resultiert aus dem Wissen um ein traumatisches Ereignis, welches einer anderen Person zugestoßen ist. Zu den Betroffenen einer sekundären Traumatisierung gehören Menschen, die der primär traumatisierten Person privat oder beruflich nahe stehen. Darunter befinden sich Familienmitglieder, Partner_in, Kinder und Freund_innen sowie Fachkräfte, die die traumatisierte Person in der Akut- und Verarbeitungsphase betreuen (siehe Kapitel 2.1) (vgl. Schulden 2020: 171f).

Die Übertragung einer Traumatisierung bezeichnen Reddemann et al. als einen „komplexe[n], psychosomatische[n] Kommunikations- und Wechselwirkungsprozeß [sic]“ (Reddemann et al. 2002: 7). Nach Schulden spielen im Prozess drei Faktoren eine besondere Rolle: die detaillierte Schilderung des traumatischen Ereignisses, die Empathiefähigkeit der Fachkraft sowie die eigene Betroffenheit der Fachkraft (vgl. Schulden 2020: 184). Die Aufzählung kann jedoch um weitere Schutz- und Risikofaktoren ergänzt werden:

Tabelle 2

Schutz- und Risikofaktoren

Schutzfaktoren	Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none">• Persönlichkeit• Resilienz	<ul style="list-style-type: none">• eigene frühere unzureichend, bearbeitete Traumata
<ul style="list-style-type: none">• Coping-Strategien• Ressourcen• Unterstützung im privaten und beruflichen Umfeld (Supervision, Intervention)	<ul style="list-style-type: none">• Parallelen zur eigenen Lebenssituation (z.B. bei Gewalt an oder Unfällen mit Kindern)
<ul style="list-style-type: none">• gute Ausbildung	<ul style="list-style-type: none">• zu hohe Erwartung an sich selbst
<ul style="list-style-type: none">• Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none">• aktuelle eigene Stress-Belastung, demographische Faktoren

Quelle: In Anlehnung an Sendera / Sendera 2013: 82.

Die Schutzfaktoren können in individuelle und professionelle Faktoren unterteilt werden. Als individuelle Faktoren gelten die Persönlichkeit, der Aufbau von Resilienz, die Coping-Strategien und die Ressourcen. Professionelle Faktoren beinhalten eine gute Ausbildung, die Unterstützung durch das berufliche Umfeld und die Berufserfahrung (vgl. Sendera / Sendera 2013: 82). Das Fachwissen stellt für Fachkräfte eine wesentliche Grundlage dar, um die Lebenslage ihrer Adressat_innen besser nachvollziehen zu können. Im Idealfall konnten die Fachkräfte im Laufe ihrer Ausbildung auch Strategien erlernen, die sie in herausfordernden Situationen mit Adressat_innen anwenden können (vgl. Sendera / Sendera 2013: 124; Reddemann 2001: 22). Die Risikofaktoren können dafür sorgen, dass die Entwicklung einer sekundären Traumatisierung befördert wird (vgl. Sendera / Sendera 2013: 82). Da diese bereits im Konzept der Compassion Fatigue benannt wurden, soll an dieser Stelle nicht noch einmal darauf eingegangen werden.

Zito und Martin beschreiben, dass die „Ereignis, Schutz- und Risikofaktoren“ (Zito / Martin 2016: 28) maßgeblich dazu beitragen, ob eine Fachkraft eine sekundäre Traumatisierung ausbildet. Ähnlich wie bei der primären Traumatisierung wird hierbei die anfängliche Reaktion auf die Schilderung eines traumatischen Ereignisses nicht als Traumatisierung betrachtet. Erst wenn die Symptome auch nach einiger Zeit nicht abklingen, kann von einer sekundären Traumatisierung ausgegangen werden (vgl. Valent 1995: 27).

Im Folgenden soll nun vorgestellt werden, inwiefern die sekundäre Traumatisierung bereits in der Diagnostik berücksichtigt wird, welche Symptome bei Fachkräften auftreten können und wie sich die sekundäre Traumatisierung auf das Privat- und Berufsleben von Fachkräften in sozialen Berufen auswirken kann.

2.3.1 Diagnostik

Sekundäre Traumatisierung wird von verschiedenen traumatherapeutischen Berufsverbänden als ein Berufsrisiko bewertet (vgl. Schulten 2020: 178). Darunter befindet sich die International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Hierbei handelt es sich um eine internationale Organisation, die sich für die Verbreitung von Wissen zu den Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten von Traumata einsetzt (vgl. ISTSS o.J. a). Auf der Webseite der Organisation finden sich Hinweise, wie sich Fachkräfte, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, vor einer sekundären Traumatisierung schützen können (vgl. ISTSS o.J. b).

Die DSM-V, das Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen aus den USA, erwähnt sekundäre Traumatisierung als einen Aspekt der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Dieser Aspekt wird wie folgt definiert: „Exposure to the traumatic event may be secondhand if the event happens to a loved one or if there is repeated exposure to aversive details [...]“ (APA 2023). Die traumatische Konfrontation kann demnach indirekt geschehen. Dies gilt insbesondere, wenn eine sehr nahestehende Person betroffen ist oder wiederholter Kontakt mit Details des Ereignisses besteht (vgl. APA 2023; Schnell 2014: 30). Das ist beispielsweise der Fall, wenn Ersthelfer_innen Leichenteile einsammeln oder Sozialarbeiter_innen wiederholt mit akuter Kindeswohlgefährdung konfrontiert werden (vgl. Schulden 2020: 178).

Die ICD-11 stellt die deutsche Ausgabe der statistischen Klassifikation von Krankheiten der WHO dar. In der Regel orientiert sich die ICD-11 an der DSM-V, da Letztere in der internationalen Forschung einen höheren Stellenwert aufweist (vgl. Taubner / In-Albon 2024: 149). Bei einer Gegenüberstellung der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung der ICD-11 mit der Diagnose der DSM-V wird ersichtlich, dass die Gefahr der sekundären Traumatisierung in der ICD-11 nicht berücksichtigt wird (vgl. APA 2023; WHO 2024). Das hängt möglicherweise damit zusammen, dass unter deutschen Psychotherapeut_innen Uneinigkeit darin besteht, inwieweit sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko angesehen werden kann (vgl. Sonnenmoser 2010: 117).

2.3.2 Symptomatik

Symptome von traumatisierten Menschen können nach außen hin ersichtlich werden und auch auf die helfende Person einen Effekt haben (vgl. Schulden 2020: 179). Die Psychotherapeutin Schulden beschreibt diese Wahrnehmung folgendermaßen:

„Wir können die Atmosphäre des Schreckens erfassen, die Körperspannung sehen, mit-schwingen, das Verhalten des Gegenübers erleben, und das alles kann Auswirkungen auf uns [...] haben.“ (Schulden 2020: 179)

Wie diese Auswirkungen sich konkret äußern können, wird im Folgenden näher betrachtet. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Anhören von emotional aufgeladenen Erzählungen traumatischer Erlebnisse, trauma-ähnliche Symptome hervorrufen kann, insbesondere dann, wenn die Arbeit regelmäßigen Kontakt mit traumatisierten Menschen mit sich bringt. Mögliche Symptome einer sekundären Traumatisierung lassen sich zunächst auf körperlicher Ebene bemerken: flache, schnelle Atmung, Schweißausbruch, Wahrnehmung der Herz-

frequenz und das Gefühl von emotionaler Erregung (vgl. Zito / Martin 2021: 29). Figley fasste diese Symptome auch unter dem Begriff Compassion Stress bzw. STS zusammen (vgl. Figley 1995 a: 1). Figley beobachtete außerdem, dass STSD zum Teil identische Symptome wie die PTBS aufweist. Der Unterschied zu einer sekundären Traumatisierung jedoch darin besteht, dass das traumatische Ereignis nicht selbst erlebt wird, die Erinnerung an das traumatische Ereignis also aus zweiter Hand erfolgt (vgl. Figley 1995 b: xv ; Figley 1995 a: 8). Diese Beobachtung konnte in der Studie „Sekundäre Traumatisierung - Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten“ (Daniels 2008) von Judith Daniels 2008 bestätigt werden. Sie untersuchte sekundäre Traumatisierung bei traumatherapeutisch arbeitenden Psychotherapeut_innen und gliederte die Symptomcluster mit denen der PTBS ab. Hierbei zeigte sich eine Übereinstimmung in der Trias: 1. Hyperarousal (Übererregbarkeit), 2. Intrusion (ungewollt wiederkehrende Erinnerungen) und 3. Konstriktion (Vermeiden) (vgl. Daniels 2008: 101f; Jegodtka 2016: 143). Zu Hyperarousal zählen Symptome wie Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Hypervigilanz und Albträume. Das Zweite, Wiedererleben, äußert sich in Form von Flashbacks und Albträumen. Das dritte Symptomcluster bezieht sich auf das Vermeiden von Reizen, die in Verbindung mit dem traumatischen Ereignis gebracht werden, zum Beispiel das Vermeiden des Ortes, an dem eine Person überfallen wurde. Dies kann soweit gehen, dass Therapeut_innen das Bedürfnis entwickeln, traumatisierte Menschen und ihre Themen zu meiden. Neben dieser Trias konnten in der Forschung von Daniels weitere Symptome ermittelt werden, die Auswirkungen auf emotionaler, kognitiver und körperlicher Ebene beinhalten. Gesundheitsschädigendes Verhalten sowie soziale und berufliche Beeinträchtigungen werden darin ebenfalls thematisiert (vgl. Schulten 2020: 180). Letztgenannte Beeinträchtigungen sollen im folgenden Kapitel gesondert betrachtet werden. Zu den Symptomen kann festgehalten werden, dass diese sich in der Regel schleichend entwickeln und erst mit der Zeit anhäufen (vgl. Schulten 2020: 180; Figley / Figley 2017: 389). Ob sich jedoch aus den Symptomen eine sekundäre Traumatisierung entwickelt, ist letztendlich abhängig von den „Ereignis-, Schutz- und Risikofaktoren“ (Zito / Martin 2016: 28).

2.3.3 Auswirkungen

Die Folgen einer sekundärer Traumatisierung können vielfältig sein. An dieser Stelle soll insbesondere auf die beruflichen und persönlichen Beeinträchtigungen eingegangen werden.

Sekundäre Traumatisierung im Beruf kann sich zunächst in Form von Überengagement gegenüber den Adressat_innen ausdrücken. Die private Telefonnummer wird herausgegeben, Termine werden überzogen, selbst von der Teilnahme an der Geburtstagsfeier der betroffenen Person wird berichtet. Durch die Überidentifikation mit dem erlebten Leid der Betroffenen werden professionelle Grenzen überschritten (vgl. Schulten 2020: 181). Schulten beschreibt diese Anfangsphase des Überengagements daher als „Teil von nicht adäquat steuerbarer Empathie“ (Schulten 2020: 181). Das Einfühlen in das Leid der Betroffenen kann Reaktionen wie Fürsorge und Verantwortungsgefühl hervorrufen (vgl. Valent 1995: 45). Es besteht die Gefahr, dass sich die Fachkraft als Retterfigur identifiziert und dadurch ihre professionelle Distanz verliert (vgl. Sendera / Sendera 2013: 82). Zu viel Empathie und Überidentifikation mit den Betroffenen wird in diesem Zusammenhang als hinderlich für die emotionale Abgrenzung angesehen. Weiterhin beschreibt Schulten die Phase des Unterengagements. Mit einem Mal setzt der Schutzmechanismus der Fachkraft ein. Dies kann sich in Form von Reizbarkeit, Desinteresse, Abgrenzung, verminderter Empathiefähigkeit und in innerer Abwesenheit äußern. In der Praxis kann dies bedeuten, dass sich die Fachkraft von der betroffenen Person bedroht fühlt und der Kontakt vorzeitig beendet wird (vgl. Schulten 2020: 180ff; Sendera / Sendera 2013: 85).

Neben dem Einzelkontakt kann die sekundäre Traumatisierung auch eine Herausforderung für ein Team darstellen. Während der Zusammenhalt im Team als Schutzfaktor angesehen wird, kann die wiederholte Konfrontation mit extremen Themen auch zu Konflikten im Team führen, insbesondere dann, wenn Misstrauen und Schuldzuweisungen im Team vorherrschen, sich Gruppen polarisieren und einzelne Teammitglieder isoliert werden (vgl. Sendera / Sendera 2013: 84f). Kommen zu den beruflichen Beeinträchtigungen durch sekundäre Traumatisierung noch prekäre Arbeitsbedingungen wie z.B. Überstunden oder ein hoher Betreuungsschlüssel hinzu, sind häufige Jobwechsel und eine hohe Burnout-Rate nicht verwunderlich. Dementsprechend zeigt sich die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen und sozialpolitischer Veränderungen, um den Auswirkungen sekundärer Traumatisierung und Burnout in helfenden Berufen zu begegnen (vgl. Sendera / Sendera 2013: 126f).

Eine sekundäre Traumatisierung wirkt sich nicht nur im Beruf, sondern auch im Privatleben negativ aus. Die Überforderung im Beruf kann dazu führen, dass sich die helfende Person nach Ruhe sehnt und sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückzieht. Die Konfrontation mit unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen anderer kann das Selbst- und Weltbild erschüttern (vgl. Schulten 2020: 182). Dies äußert sich im Verlust des Sicherheitsgefühls und des Vertrauens in die eige-

nen Fähigkeiten. Auch das Misstrauen gegenüber anderen Menschen und der Technik kann zunehmen (vgl. Sendera / Sendera 2013: 83). Streitlust, Zynismus und das Gefühl, nicht ausreichend unterstützt und verstanden zu werden, bergen Potenzial für Konflikte. Dies bekommen vor allem nahestehende Personen zu spüren. Die Vermeidung sozialer Kontakte und Beziehungsabbrüche können daher ebenfalls Folgen einer sekundärer Traumatisierung sein (vgl. Schulten 2020: 180).

2.4 Theoretische Erweiterung zum Konzept

Aus Platzgründen kann an dieser Stelle keine vollständige Aufzählung aller Theorieerweiterungen zum Thema Compassion Fatigue erfolgen. Es wird daher nur kurz dargestellt, wie erstens Burnout zur Entstehung von Compassion Fatigue beiträgt, zweitens, dass eine Form von Compassion Fatigue auch ohne sekundäre Traumatisierung beobachtet werden konnte und drittens, warum Compassion Fatigue in „empathic distress fatigue“ (Stoewen 2019: 1005) umbenannt werden sollte.

Figley beschrieb Compassion Fatigue zunächst in seiner ersten Arbeit zu Compassion Fatigue (1995) als Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD). Andere Konzepte wie Burnout oder Gegenübertragung, fanden darin auch Erwähnung. Doch obwohl Ähnlichkeiten zu Compassion Fatigue festgestellt wurden, grenzte Figley sowohl Burnout als auch Gegenübertragung klar von Compassion Fatigue ab (vgl. Figley 1995 a: 7-12). In seiner folgenden Arbeit ‚Treating Compassion Fatigue‘ (2002) ging Figley bereits darauf ein, wie Symptome von Compassion Fatigue und Burnout miteinander verwoben sein können und nennt Beispiele für Compassion-Fatigue-Burnout-Symptome. Allerdings erwähnt er diese nur am Rande und es bleibt unklar, wo er Burnout in Bezug auf Compassion Fatigue verortet (vgl. Figley 2002 a: 7).

Eine Erweiterung seines Modells wird in dem wissenschaftlichen Artikel ‚Moving from compassion fatigue to compassion resilience - Part 2: Understanding compassion fatigue‘ (2019) von Debbie Stoewen sichtbar. Stoewen bezieht sich auf Stamm, die u.a. zu traumatischen Stress geforscht hat. Sie verweist darauf, dass Burnout und STS zu Compassion Fatigue führen können. Burnout sollte demnach als Teil von Compassion Fatigue betrachtet werden, da die Überlagerung von verschiedenen Stressformen, darunter beruflicher Stress und STS,

einen Synergieeffekt entfalten kann, der letztlich zu Compassion Fatigue führt. Aber auch anderer Stress, z.B. durch eine primäre Traumatisierung, der auf Arbeit oder abseits dessen erlebt wurde, kann zur Entwicklung von Compassion Fatigue beitragen (vgl. Stoewen 2019: 1004f; Stamm 2010).

Dass Mitgefühlsmüdigkeit auch ohne sekundäre Traumatisierung entstehen kann, stellte die deutsche Psychotherapeutin Angelika Rohwetter fest. Als Beispiel führt sie eine Beratungssituation an, in der über einen längeren Zeitraum mit einem_r Adressat_in zusammenarbeitet wurde, sich jedoch kein Erfolg einstellte. Als Beispiel sei eine Patientin angeführt, die sich in Dauerpflege befindet und trotz aller Bemühungen keine Besserung ihres Gesundheitszustandes zu verzeichnen ist. Die beratende Person bringt dementsprechend für längere Zeit Mitgefühl auf, verliert jedoch mit der Zeit die Geduld, da der erwartete Erfolg durch die Unterstützung ausbleibt. Rohwetter schlussfolgert, dass Compassion Fatigue auch unabhängig von sekundärer Traumatisierung stattfinden kann (vgl. Rohwetter 2019: 24ff).

Tania Singer und andere Forscher_innen vom Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften in Berlin konnten nachweisen, dass nicht Mitgefühl, sondern Empathie zu Fatigue führt (vgl. Stoewen 2019: 1004). Da Empathie und Mitgefühl in der Umgangssprache meist synonym verwendet werden, soll kurz erklärt werden, wie diese miteinander in Zusammenhang stehen und worin der Unterschied besteht. Empathie ist die Fähigkeit mit den Gefühlen anderer Menschen in Resonanz gehen zu können. So wie die Freude eines anderen ansteckend sein kann, so können sich auch negative Gefühle übertragen. Ist Letzteres der Fall, führt das nicht zwangsläufig zu Sympathie und Mitgefühl der anderen Person gegenüber (vgl. Dowling 2018: 749f). Die Konfrontation mit dem Leid eines anderen kann laut dem Hierarchie-Modell von Singer und Klimecki zu zwei verschiedenen Reaktionen führen: „empathic concern“ (Dowling 2018: 749) oder „empathic distress“ (Singer / Klimecki 2014: 875). Empathic Concern kann mit empathischer Anteilnahme übersetzt werden und meint eine Reaktion aus altruistischer Motivation heraus. Diese steht häufig in Verbindung mit Sympathie und Mitgefühl für die leidende Person und wird mit positiven Emotionen und einer prosozialen Motivation verknüpft. Die Fachkraft möchte der anderen Person helfen und dafür sorgen, dass sich ihr Leid verringert. Laut Singer stellt Mitgefühl eine mögliche Reaktionsform auf das Leid anderer dar und baut auf die Empathie. Doch auf das Leid einer anderen Person ist auch eine andere Reaktion möglich. Empathic Distress kann mit empathischer Not, Leid und Schmerz übersetzt werden. Hier geht es um die Übernahme des emotionalen Schmerzes der anderen Person. Es erfolgt eine Gefühlsübertragung, die

überwältigt bzw. eine Überidentifikation mit der leidenden Person. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abgrenzung von dem durch die andere Person übertragenen Gefühl nicht gelingt (vgl. Dowling 2018: 749f). Bei Empathic Distress besteht daher die Gefahr, dass die Fachkraft sich von der notleidenden Person distanzieren, um sich selbst zu schützen. Er kann sich aber auch darin äußern, dass die Fachkraft deren Not nicht so ernst nimmt und sich wenig mitfühlend zeigt. Die Unterstützung notleidender Menschen kann zu einer Herausforderung werden, insbesondere in Berufen, in denen dies eine wesentliche Aufgabe darstellt. Besonders wichtig wäre daher die Fähigkeit der Selbst-Andere-Differenzierung. Diese bezeichnet die Kompetenz, negative Emotionen, die durch die Konfrontation mit dem Leid eines anderen ausgelöst werden, zu identifizieren und von eigenen Emotionen zu unterscheiden. Mangelnde Abgrenzung kann wiederum zu der Entstehung von Empathic Distress beitragen (vgl. Stoewen 2019: 1005). Anhand von Forschungsdaten, gewonnen durch Neuroimaging - bildgebende Verfahren der Neurowissenschaften, konnte belegt werden, dass bei Empathic Distress Gehirnareale aktiviert werden, die Bedrohung und Schmerz verarbeiten, beispielsweise die Amygdala (vgl. Dowling 2018: 749f). Hält Empathic Distress lange an, kann das zu einem Abbau von Dopamin in Gehirnregionen führen, die für Belohnung und Motivation zuständig sind. Dadurch kann es zu Burnout kommen. Einen gegenteiligen Effekt zu Empathic Distress konnte bei Mitgefühl bzw. Empathic Concern nachgewiesen werden (vgl. Stoewen 2019: 1005). Hier richtet sich die Aufmerksamkeit auf die andere Person. Die positiven Emotionen, die mit Mitgefühl einhergehen, regen an zu helfen, da Gehirnareale aktiviert werden, die mit der Belohnungsverarbeitung verbunden sind. Dort befinden sich Rezeptoren für Oxytocin und Vasopressin, welche für Bindung und Zusammengehörigkeitsgefühl entscheidend sind. Begegnet eine Fachkraft also einem notleidenden Menschen mit Mitgefühl, so kann das einen positiven Effekt auf sie selbst haben und den negativen Effekt von Empathic Distress entgegenwirken (vgl. Dowling 2018: 750). Klimecki und Singer merken daher an, dass Compassion Fatigue in Empathic Distress Fatigue umbenannt werden sollte (vgl. Stoewen 2019: 1004).

2.5 Kritik am Konzept

Mehrere Autor_innen, wie Beth Hudnall Stamm, Debbie Stoewen und Tania Singer, haben sich auf Compassion Fatigue bezogen und dahingehend weitere Forschung angestoßen. Daneben gibt es auch kritische Stimmen, die an dieser Stelle ebenso erwähnt werden sollen. Denn durch Kritik kann an einer Verbesserung des Konzepts gearbeitet und auf weiteren Forschungsbedarf hingewiesen werden. Im Folgenden wird daher eine Auswahl an wichtigen Kritikpunkten dargestellt.

Moore et al. kritisieren, dass es keine einheitliche Übersicht gibt, welche Konzepte an der Entstehung von Compassion Fatigue involviert sind (vgl. Moore et al. 2014: 234). Einige Konzepte, wie beispielsweise die stellvertretende Traumatisierung („vicarious traumatization“) nach McCann und Pearlman, werden ebenfalls als an der Entstehung von Compassion Fatigue beteiligt diskutiert (vgl. Figley 1995 a: 9). Doch die Uneinheitlichkeit an Definitionen, wie Compassion Fatigue entsteht, welche Konzepte bei der Entstehung beteiligt bzw. nicht beteiligt sind, sorgt für Verwirrung und Unübersichtlichkeit. Dies erschwert darüber hinaus eine einheitliche Forschung und Ausbildung in diesem Bereich (vgl. Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 40; Moore et al. 2014: 234).

Auf der anderen Seite steht der Anspruch, der Komplexität an Entstehungseinflüssen gerecht zu werden. Daher benennt Collins drei Kontexte, die in der Entstehung von Compassion Fatigue bisher vernachlässigt worden seien: „the service user’s environment, the worker’s organisational context, and the personal life of the worker“ (Collins 2023: 73). Ersteres, die Ausgangslage von Adressat_innen, kann in der Hilfe entscheidend sein. Verfügt ein_e Adressat_in über ein großes Hilfenetzwerk, Unterstützung durch enge Bezugspersonen und weitere Ressourcen, kann anders gearbeitet werden, als wenn die Fachkraft die einzige Bezugsperson darstellt und eine Vielzahl an Problemen bzw. Themen gleichzeitig bewältigt werden müssen. Der zweite Kontext betrifft die Arbeitsbedingungen, welche im Konzept von Compassion Fatigue nur unzureichend bzw. indirekt durch die Burnout-Theorie berücksichtigt werden, obwohl sie einen maßgeblichen Einfluss auf das Wohlbefinden haben können. Als Beispiele seien hier Stressfaktoren wie eine hohe Anzahl an zu betreuenden Personen in kurzer Zeit, wenig Unterstützung und Wertschätzung durch das Team/Vorgesetzte oder unzureichende Möglichkeiten der Supervision und Weiterbildung genannt. Als dritten Punkt nennt Collins das Privatleben der Fachperson. Hier können schwierige Situationen, Stress und Probleme ebenso Teil des Alltags sein. Collins

weist darauf hin, dass bei der Entstehung von Compassion Fatigue mehrere Faktoren in den Blick genommen werden und insbesondere strukturelle Rahmenbedingungen nicht vernachlässigt werden dürfen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass Compassion Fatigue als individuelle Schwäche von Arbeiternehmer_innen ausgelegt wird. Darüber hinaus sollte neben quantitativer auch qualitative Forschung auf diesem Gebiet erfolgen. Dadurch würden auch individuelle Wahrnehmungen berücksichtigt und strukturelle Einflussfaktoren identifiziert werden. Dabei könnte z.B. strukturelle (Mehrfach-)Diskriminierung als weiterer Einflussfaktor aufgedeckt werden. Diskriminierung, die u.a. aufgrund von Kultur, Ethnie, Klasse, Sexualität, Behinderung, Religion und Sprache stattfindet und ebenso zu der Entstehung von Compassion Fatigue beitragen kann. Genauso sollten in der Bewältigung von Compassion Fatigue weitere positive Einflussfaktoren untersucht werden, wie z.B. Optimismus oder die Entstehung und Aufrechterhaltung von Compassion Satisfaction. Stamm wies außerdem daraufhin, dass die negativen und positiven Faktoren sich gegenseitig bedingen. Demzufolge müssen Compassion Fatigue und Compassion Satisfaction zusammenhängend betrachtet werden, da Fachpersonal von sekundärer Traumatisierung, Burnout, aber auch Compassion Satisfaction gleichzeitig betroffen sein kann (vgl. Collins 2023: 72-76).

Somit lässt sich festhalten, dass neben STS und Burnout weitere Einflussfaktoren an der Entstehung von Compassion Fatigue beteiligt sein können. Hierbei sollten insbesondere negative strukturelle und positive Einflussfaktoren in Bezug auf Compassion Fatigue weiter erforscht werden. Zudem ist eine Übersichtlichkeit des Konzepts anzustreben, um eine bessere Verständlichkeit und einheitliche Forschung zu gewährleisten. Compassion Fatigue sollte dabei immer in Relation mit Compassion Satisfaction gesetzt werden.

3 Relevanz von Compassion Fatigue für die Soziale Arbeit in Deutschland

Bisher sind keine Erhebungen zur Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit in Deutschland auffindbar. Das kann mehrere Gründe haben. Zum Einen gestaltet es sich schwierig, deutschsprachige Literatur zu Compassion Fatigue zu finden. Daher kann davon ausgegangen werden, dass das Konzept in Deutschland noch kaum Beachtung gefunden hat. Zweitens ist davon auszugehen, dass die uneinheitliche Definition dazu führt, dass die Verbreitung und Forschung zu dem Konzept erschwert werden (vgl. Moore et al. 2014: 234).

Da Zahlen zur Verbreitung von Compassion Fatigue in Deutschland fehlen, soll der Blick auf Konzepte gerichtet werden, die an der Entstehung von Compassion Fatigue beteiligt sind. Das bedeutet, dass Erhebungen von sekundärer Traumatisierung und Burnout in der Sozialen Arbeit in Deutschland untersucht werden sollen.

Sekundäre Traumatisierung in der Sozialen Arbeit in Deutschland erscheint bisher als unzureichend erforscht, da statistische Daten bislang fehlen. Das kann einerseits daran liegen, dass sekundäre Traumatisierung in der Sozialen Arbeit erst in jüngerer Literatur als Berufsrisiko thematisiert wird. Andererseits erweist sich die statistische Erfassung von Sozialarbeiter_innen, die unter sekundärer Traumatisierung leiden, als schwierig (vgl. Zito / Martin 2021: 27). Dies kann damit zusammenhängen, dass Burnout von der Gesellschaft weniger stigmatisiert wird als Traumatisierung (vgl. Sendera / Sendera 2013: 86).

Burnout in der Sozialen Arbeit in Deutschland gilt hingegen als besser erfasst. Das Wissenschaftliche Institut der AOK veröffentlichte eine Studie zu „Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Burn-out-Erkrankungen nach Falldauer im Jahr 2022“ (Springer 2023). Besonders hohe Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) je Fall waren mit 37,6 AU-Tagen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe zu verzeichnen. Beschäftigte der Sozialarbeit und Sozialpädagogik wiesen je Fall durchschnittlich 29,3 AU-Tage aufgrund von Burnout-Erkrankung auf (vgl. Springer 2023). Anhand der Statistik lässt sich schlussfolgern, dass Burnout bereits als Berufsrisiko der Sozialen Arbeit angesehen und erfasst wird. Auch Martina und Alice Sendera beschreiben, wie Arbeitsbedingungen in der Sozialen Arbeit die Entstehung von Burnout begünstigen. Genannt werden Personalman-

gel, unzureichende finanzielle Mittel und die Tatsache, dass viele Menschen in möglichst wenig Zeit betreut werden müssen (vgl. Sendera / Sendera 2013: 125f). Das sind Arbeitsbedingungen, die der Ökonomisierung von Sozialer Arbeit geschuldet sind (vgl. Behling / Hardering 2017: 409).

An dieser Stelle lässt sich feststellen, dass Burnout bereits als anerkanntes Berufsrisiko der Sozialen Arbeit gilt und die Folgen sekundärer Traumatisierung und Compassion Fatigue im Bereich der Sozialen Arbeit in Deutschland weit weniger bekannt sind. Hier besteht dementsprechend Bedarf, auf die Gefahren von sekundärer Traumatisierung und Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit hinzuweisen mit dem Ziel, weitere Forschung auf diesem Gebiet anzuregen. Der britische Autor Collins stellte ebenfalls fest, dass Studien zu Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit bisher nur in geringer Zahl vertreten sind, da sich die Forschung von Compassion Fatigue vornehmlich auf die Belastung von Krankenpfleger_innen bezieht (vgl. Collins 2023: 76). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Compassion Fatigue insbesondere in Bezug auf Soziale Arbeit mehr internationaler Forschung bedarf (vgl. Figley 1995 a: 16).

Die Notwendigkeit weiterer Forschung zu Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit lässt sich jedoch auch über die Betrachtung von Entstehungsfaktoren, die an der Entwicklung von Compassion Fatigue beteiligt sind, feststellen. Diese werden im Folgenden näher ergründet und deren Zusammenhänge dargelegt werden.

Eine Voraussetzung für die Entwicklung einer sekundären Traumatisierung ist der Kontakt mit Menschen, die primär traumatisiert wurden. Ereignisse, die zu einer Traumatisierung führen können, wurden bereits in Kapitel 2.2 beschrieben. Katastrophen können überall auftreten und jeden Menschen betreffen (vgl. Bride / Figley 2007: 151; Wee / Myers 2002: 58). Naturkatastrophen ereignen sich fast täglich auf der ganzen Welt und auch „[m]an-made Traumata“ (Fritzsche / Wirsching 2020: 148), wie Verkehrsunfälle, Gewaltstraftaten und Krieg können jeden Menschen betreffen (vgl. Ranke 2023: 1; Heimann 2021; Bride / Figley 2007: 151). Wie ein Mensch mit einem belastenden Ereignis umgeht ist sehr individuell und ebenso, ob ein Mensch davon traumatisiert wird oder nicht. Entscheidend sind neben dem Ereignis auch die in Kapitel 2.3 definierten „Schutz- und Risikofaktoren“ (Zito / Martin 2016: 28).

Es gibt Professionen, die in ihrer Arbeit direkt vor Ort mit Katastrophen konfrontiert werden. Darunter befinden sich die professionellen Einsatzkräfte („crisis worker“) - Menschen, die Leben retten, Verletzte betreuen und Tote bergen. Daneben gibt es Professionen, die sich vermehrt mit den Folgen von Katastrophen für Betroffene auseinandersetzen, worunter auch die Soziale Arbeit gezählt wird (vgl. Wee / Myers 2002: 58).

Bride und Figley beschreiben in ihrem Artikel: ‚The Fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue‘ (2007) eine Reihe an Beispielen, bei denen Sozialarbeiter_innen von Compassion Fatigue betroffen sein können. Sozialarbeiter_innen, die mit Adressat_innen zusammenarbeiten, die schwerwiegende und traumatische Erfahrungen gemacht haben, gelten hierbei als besonders von Compassion Fatigue gefährdet. Der Artikel handelt vor allem von der Betreuung von Adressat_innen, die Extremsituationen überlebt haben, beispielsweise das Beiwohnen einer Schießerei in der Schule oder das Überleben eines Terrorangriffes (vgl. Bride / Figley 2007: 151ff). Doch auch andere Erfahrungen können zu einer Traumatisierung führen und betroffene Menschen in ihrer Lebensqualität einschränken (vgl. Fritzsche / Wirsching 2020: 148).

Laut Giacomucci treten Sozialarbeiter_innen häufig mit traumatisierten Menschen in Kontakt. Ein möglicher Grund dafür könnte darin liegen, dass die Erfahrung eines Traumas mit körperlichen, psychischen und verhaltensbedingten Problemen korreliert - Probleme, die für Menschen Beeinträchtigungen im Alltag darstellen können und die daher Angebote Sozialer Arbeit in Anspruch nehmen. Traumatisierung kann somit als Querschnittsthema der Sozialen Arbeit angesehen werden (vgl. Giacomucci 2021: 132).

Durch den Kontakt mit traumatisierten Menschen besteht die Gefahr, als Sozialarbeiter_in eine sekundäre Traumatisierung zu entwickeln. Burnout stellt ein weiteres Berufsrisiko in der Sozialen Arbeit dar. Im Folgenden soll eruiert werden, in welchen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit eine besonders hohe Gefahr besteht, an Burnout und sekundärer Traumatisierung zu erkranken. Dies ist insbesondere in Praxisfeldern der Fall, in denen über einen längeren Zeitraum eine Beziehung zu Adressat_innen aufgebaut wird und Akutsituationen auftreten können, beispielsweise bei der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Familien oder mit Menschen mit Substanzgebrauchsstörung (vgl. Sendera / Sendera 2013: 124). Auch bei der Arbeit mit Betroffenen von Gewaltstraftaten (Opferhilfe) werden Burnout und sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko genannt (vgl. Görge

/ Hantke 2010: 292ff). Die Arbeit mit Menschen, die Gewaltstraftaten begangen haben, kann ebenfalls zu einer erheblichen Belastung von Sozialarbeiter_innen führen, insbesondere, wenn das Tatmaterial gesichtet wird und die Auseinandersetzung mit der Tat erfolgt (vgl. Dutton / Rubinstein 1995: 91).

Die genannten Praxisfelder sollen veranschaulichen, dass der Kontakt mit traumatisierten Menschen in der Sozialen Arbeit als recht wahrscheinlich eingestuft werden kann. Es sei an dieser Stelle jedoch darauf verwiesen, dass die Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen auch in anderen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit erfolgen kann.

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass Sozialarbeiter_innen hohen Anforderungen unterliegen. Sie werden mit Geschichten von Leid in verschiedener Weise und Intensität konfrontiert. Adressat_innen jeden Tag mit Empathie zu begegnen und sich gleichzeitig emotional abzugrenzen, stellt eine große Herausforderung dar. Hinzu treten ökonomisierte Arbeitsprozesse, die eine effiziente Hilfe für Adressat_innen zum Ziel haben. Sozialarbeiter_innen sehen sich mit dem Problem konfrontiert, durch die hohe Arbeitsauslastung nicht den Qualitätsanforderungen der Sozialen Arbeit gerecht werden zu können (vgl. Lauterbach 2015: 152ff, Collins 2023: 73). Es zeigt sich, dass auf individueller und struktureller Ebene hinsichtlich dieser Berufsrisiken Maßnahmen ergriffen werden sollten.

Eine Maßnahme wäre es, auf die Gefahr der Entwicklung von Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit aufmerksam zu machen. Sozialarbeiter_innen, insbesondere angehende Sozialarbeiter_innen, sollten über die Berufsrisiken Burnout, sekundäre Traumatisierung sowie deren Konglomerat Compassion Fatigue aufgeklärt werden (vgl. Bride / Figley 2007: 153). Neben der Aufklärung sollten auch Maßnahmen der Prävention und der Intervention von Compassion Fatigue in den Blick genommen werden (vgl. Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 39). Bride und Figley betonen, dass Unkenntnis von Compassion Fatigue nicht vor dieser schützt. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall. Sozialarbeiter_innen, die nicht von Compassion Fatigue wissen, sind einem höheren Risiko ausgesetzt, Compassion Fatigue zu entwickeln, da sie keine präventiven Maßnahmen ergreifen konnten (vgl. Bride / Figley 2007: 153).

Moore et al. verweisen darauf, dass Student_innen, Professor_innen und Praktiker_innen der Sozialen Arbeit sich meist der Risiken ihres Berufes nicht bewusst sind oder diese nicht ernst nehmen. Besonders bei Student_innen und Berufsanfänger_innen sei die Gefahr daher groß, in psychologische Not zu geraten. Trotz großer Motivation kann es zu einer Überforderung kommen, da sie noch nicht

die entsprechenden Fähigkeiten ausgebildet haben, um erfolgreich mit traumatisierten Menschen zusammen zu arbeiten. Diese Überforderung kann sich in Angst, Selbstzweifeln, Stress und emotionaler Erschöpfung ausdrücken (vgl. Moore et al. 2014: 237f).

Auch Sozialarbeiter_innen mit eigener Trauma-Erfahrung gelten als besonders gefährdet, sekundäre Traumatisierung und Burnout zu entwickeln. Als Ursache kann die mangelnde Abgrenzung aufgrund der Über-Identifikation mit Adressat_innen gesehen werden (vgl. Sendera / Sendera 2013: 84; Zito / Martin 2021: 29).

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass angehende Sozialarbeiter_innen besser auf Berufsrisiken vorbereitet werden müssen (vgl. Moore et al. 2014: 237f). Compassion Fatigue sollte daher im Lehrplan des Studiums der Sozialen Arbeit aufgegriffen werden. Für Praktiker_innen sollten Weiterbildungen zu diesem Thema angeboten werden (vgl. Bride / Figley 2007: 153). Auch für Sozialarbeiter_innen kann traumabezogenes Training („trauma-informed practice“) hilfreich sein, um einerseits einen traumasensiblen Umgang mit traumatisierten Menschen zu erlernen und sich andererseits selbst besser vor den Folgen einer sekundären Traumatisierung zu schützen (vgl. Giacomucci 2021: 132; University of Calgary o.J.).

4 Selbstfürsorge

Seit einigen Jahren werden vermehrt Ratgeber und Bücher zum Thema Selbstfürsorge veröffentlicht. Daran lässt sich ein wachsendes gesellschaftliches Interesse an dem Thema ablesen (vgl. Dahl / Dlugosch 2020: 28). Warum sich Menschen zunehmend mit Selbstfürsorge auseinandersetzen, kann auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden. Verdichtete Arbeitsbedingungen, daraus resultierende gesundheitliche Probleme oder der Wunsch nach Selbstverwirklichung sind mögliche Beweggründe, sich mit dem Thema Selbstfürsorge zu beschäftigen (vgl. Dahl 2019: 69). Es erweist sich jedoch schwierig, auf wissenschaftlich fundierte Literatur Zugriff zu erhalten, da die meisten Veröffentlichungen zur Selbstfürsorge auf Erfahrungswissen basieren. In diesem Kapitel werden daher neben der Selbstfürsorge zwei weitere Konzepte vorgestellt, die bereits besser erforscht worden sind (vgl. Liel 2023: 495; Miksch 2024).

Für den Begriff Selbstfürsorge liegt in der Fachöffentlichkeit bisher keine einheitliche Definition vor. Dahl und Dlugosch haben daher verschiedene Definitionsansätze zu Selbstfürsorge studiert und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. Daraus haben sie ihre eigene Definition von Selbstfürsorge entwickelt, welche lautet:

„Selbstfürsorge heißt, sich selbst liebevoll und wertschätzend zu begegnen, das eigene Befinden und die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen und aktiv zum eigenen Wohlergehen beizutragen.“ (Dahl / Dlugosch 2020: 29)

Selbstfürsorge besteht demnach aus drei Aspekten, die nun einzeln betrachtet werden. Der erste Aspekt bezeichnet den liebevollen und wertschätzenden Umgang mit sich selbst (vgl. Dahl / Dlugosch 2020: 29). Das kann z.B. bedeuten, dass negative Gedanken identifiziert werden und ihnen nicht so viel Wert beigemessen wird (vgl. Liel 2023: 497). Der zweite Aspekt bezieht sich auf das eigene (Wohl-)Befinden. Dafür bedarf es des Innehaltens und Spürens. Die Wahrnehmung des Körpers und das Ernstnehmen seiner Bedürfnisse stehen hier im Vordergrund. Körperliche Bedürfnisse werden im Alltag häufig übergangen, daher sollte in diesem Bereich die Wahrnehmung besser geschult werden. Der dritte Aspekt beschreibt, wie das eigene Wohlbefinden beeinflusst werden kann. Das bedeutet, dass Belastungsfaktoren ausfindig gemacht werden und ein veränderter Umgang mit diesen stattfindet. Auch das Vergegenwärtigen eigener Ressourcen kann sich positiv auf das Wohlergehen eines Menschen auswirken. Hierbei besteht die Annahme, dass jeder Mensch am besten weiß, was ihm gut tut (vgl. Dahl / Dlugosch 2020: 29).

Selbstfürsorge wird demnach in Haltung und Handlungsweisen unterteilt. Beide gehen mit dem Ziel einher, das eigene Wohlbefinden zu fördern (vgl. Zito / Martin 2021: 44; Dahl / Dlugosch 2020: 29f). Die Haltung beschreibt hierbei die Einstellung zum eigenen Selbst. Dies äußert sich in einem wohlwollenden, freundlichen, liebevollen, mitfühlenden und wertschätzenden Umgang mit sich selbst (vgl. Liel 2023: 497; Dahl / Dlugosch 2020: 29f). Die Entwicklung einer selbstfürsorglichen Haltung setzt das Wissen voraus, dass jeder Mensch selbst für die eigene Gesundheit Verantwortung trägt und seine Lebensweise der eigenen Gesundheit förderlich ist oder schadet. Das Konzept der Selbstfürsorge zielt darauf ab, den Erhalt der biopsychosozialen Gesundheit zu fördern (vgl. Liel 2023: 495).

In diesem Zusammenhang soll die Theorie der Salutogenese von Aaron Antonovsky näher erläutert werden. Salutogenese beschreibt den Prozess der Gesundheitsentstehung. Sie wird als einen Zustand begriffen, der immer wieder neu hergestellt wird. Gesundheit wird also nicht auf die Abwesenheit von Krankheit reduziert (vgl. Fritzsche 2020: 18). Antonovsky untersuchte, welche Faktoren dazu beitragen, dass Menschen trotz widriger Umstände gesund bleiben. Widrige Umstände bezeichnen schwierige Lebensphasen bzw. traumatische Erfahrungen. Laut Antonovsky beeinflussen drei Faktoren den Umgang eines Menschen mit belastenden Erlebnissen. Die Faktoren sind Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Mit den jeweiligen Begriffen geht eine Weltsicht einher. Verstehbarkeit bezieht sich darauf, ob ein Mensch seine Lebenswelt als geordnet erlebt. Belastungen, mit denen er konfrontiert wird, kann er in seine Lebenswelt einordnen und bewältigen. Ressourcen helfen dem Menschen, einen besseren Umgang mit Belastungen zu finden. Handhabbarkeit bezieht sich darauf, wie gut Probleme durch die zur Verfügung stehenden Ressourcen gelöst werden können. Ein Mensch verfügt über innere und äußere Ressourcen, auf die im weiteren Verlauf noch einmal Bezug genommen wird. Der Begriff Sinnhaftigkeit verweist auf das Ziel, das ein Mensch zu erreichen sucht. Er fragt sich, ob die Anstrengungen und Mühen das Ziel wert sind. Im besten Fall sieht er im Erreichen des Ziels einen Sinn (vgl. Schiffer 2001: 29). Die drei Faktoren fasst Antonovsky als „Sense of Coherence“ (Fritzsche 2020: 18) zusammen. Übersetzt wird dieser Begriff mit Kohärenzsinn oder Kohärenzgefühl. Er stellt als solches keine Ressource dar, sondern beschreibt das Bedürfnis, mit sich und seiner Umwelt im Reinen zu sein (vgl. Schiffer 2001: 28-31). Störungen wie Krankheiten oder negative Gefühle können einen Menschen davon abhalten, sich wohl mit sich selbst zu fühlen. Anhand von entwickelten Ressourcen sucht er daher diese Störung zu beseitigen (vgl. Rohwetter 2019: 42f). Inwieweit das Kohärenzgefühl ausge-

prägt ist, hängt wiederum mit den Kindheitserfahrungen zusammen. Ein Kind, das mit der Zeit viele innere und äußere Ressourcen ansammeln konnte, verfügt demnach über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Zu den inneren Ressourcen zählt, dass das Kind gute Erfahrungen gemacht hat und gelernt hat, sich auf seine eigenen Coping-Strategien zu verlassen. Zu den äußeren Ressourcen zählt auch die soziale und räumliche Umgebung. Das kann z.B. ein Ort sein, an dem sich das Kind geborgen fühlt. Wichtig ist außerdem, dass das Kind über ein unterstützendes soziales Umfeld verfügt, z.B. Familie, Freund_innen, Nachbar_innen, Gemeinde, Chor, Peergroup und andere wichtige soziale Bezugssysteme. Die Erfahrung, wegen seiner_ihrer selbst geliebt und anerkannt zu werden, wird ebenfalls als äußere Ressource bewertet. Wenn das Kind jedoch die Erfahrung macht, sich über seine Leistung oder Schönheit behaupten zu müssen, wirkt sich das negativ auf die Entwicklung des Kohärenzgefühls aus. Das Kohärenzgefühl wird bei diesem Kind meist schwächer ausgeprägt sein. Das kann sich daran zeigen, dass es schlechter auf vorhandene Ressourcen zugreifen kann. Laut Antonovsky entscheidet die Ausprägung des Kohärenzgefühls maßgeblich, wie mit Belastungen im späteren Leben umgegangen wird (vgl. Schiffer 2001: 30).

Nachdem erklärt wurde, welche Faktoren Menschen in ihrem Umgang mit belastenden Ereignissen beeinflussen, soll es nun um erlernbare Handlungsweisen gehen. Dazu zählen u.a. Dankbarkeit, Selbstmitgefühl und Achtsamkeit (vgl. Liel 2023: 496ff). Da in der Literatur zum Thema Selbstfürsorge die Haltung der Achtsamkeit wiederholt thematisiert wird, soll dieses Konzept näher betrachtet werden.

Dahl beschreibt Achtsamkeit mit den folgenden Worten: „Achtsamkeit ist die Kunst, die eigene Wahrnehmung zu schärfen und in jeder Situation präsent zu sein“ (Dahl 2019: 70). Das bedeutet, dass die Aufmerksamkeit des Verstandes auf den gegenwärtigen Augenblick gerichtet wird. Gefühle und vorüberziehende Gedanken werden in diesem Moment wahrgenommen, allerdings nicht gewertet. Das Ergründen des eigenen Wohlbefindens kann ebenfalls als Bestandteil von Achtsamkeit betrachtet werden (vgl. Dahl 2019: 70). Eine achtsame Haltung kann durch Übungen erlernt werden. Dies erweist sich besonders in stressigen Situationen als hilfreich. Verschiedene Studien belegen, dass achtsamkeitsbasierte Verfahren wie Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) effektiv dazu beitragen, Stress zu reduzieren (vgl. Liel 2023: 496; Miksch 2024). Das hängt damit zusammen, dass eine achtsame Haltung es ermöglicht, Belastungen früh-

zeitig zu erkennen und in diesem Moment Maßnahmen zu ergreifen, die das eigene Wohlbefinden fördern (vgl. Dahl 2019: 70). Eine achtsame Haltung erweist sich sowohl im privaten als auch im beruflichen Umfeld als vorteilhaft. Das soll anhand eines kleinen Fallbeispiels veranschaulicht werden.

Eine Sozialarbeiterin erhält von einer Adressatin eine aggressiv geschriebene E-Mail. Anstatt im selben Tonfall zu antworten, entscheidet sich die Sozialarbeiterin, zunächst innezuhalten. Nachdem sie die E-Mail gelesen hat, spürt sie zunächst in ihren Körper. Sie bemerkt, wie sie sich aufregt und ihr Herz schneller schlägt. Um sich zu beruhigen, setzt sie sich auf den Balkon und holt mehrfach tief Luft. Im Gespräch mit einer Kollegin macht sie ihrem Ärger über die E-Mail Luft. Langsam beruhigt sie sich. Danach setzt sie sich an ihren Computer und beantwortet die E-Mail in einem freundlichen, aber bestimmten Ton.

An diesem Fallbeispiel wird verdeutlicht, wie Achtsamkeit in der Praxis umgesetzt werden kann. Die achtsame Haltung hat der Sozialarbeiterin geholfen, die E-Mail als Stressor zu identifizieren. Als nächstes hat sie sich mit ihrem eigenen Befinden auseinandergesetzt. Hierbei nimmt sie einerseits ihren Körper und ihre Gedanken wahr, andererseits stellt sie eine Distanz zu diesen her. Sie beobachtet ihre Situation von außen. Dadurch erweitert sich ihr Blick für verschiedene Handlungsoptionen, die ihr zur Verfügung stehen. Statt die E-Mail direkt zu beantworten, legt sie eine Pause ein und sorgt für ihr eigenes Wohlbefinden (vgl. Liel 2023: 496; Miksch 2024).

Hierin zeigt sich, dass die Konzepte der Achtsamkeit und der Selbstfürsorge gut miteinander verknüpft werden können. In der Regel weiß jeder Mensch, was ihm gut tut. In stressigen Momenten fällt es jedoch schwer, dieses Wissen abzurufen und auf vorhandene Ressourcen zurückzugreifen. Achtsamkeit trägt somit dazu bei, Maßnahmen der Selbstfürsorge besser in den Alltag zu integrieren und eine nachhaltige Verhaltensänderung anzuregen (vgl. Miksch 2024).

Neben der Haltung werden nun auch Handlungsweisen der Selbstfürsorge betrachtet. Dies umfasst Maßnahmen, die dem Wohlbefinden eines Menschen dienlich sind. Dazu zählt u.a. die Befriedigung von Grundbedürfnissen, wie Schlaf, Ernährung und Bewegung (vgl. Dahl 2019: 70). Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die verschiedenen Dimensionen der Selbstfürsorge, die zur Aufrechterhaltung der biopsychosozialen Gesundheit eines Menschen beitragen. Für die Darstellung dieser Tabelle wurde auf die Übersichten von Dahl, Reddemann, Schulten und Yassen zurückgegriffen.

Tabelle 3

Dimensionen der Selbstfürsorge

Körperliche Selbstfürsorge	Schlaf, Ernährung, Bewegung, Entspannung, Körperpflege, Intimität, Wahrnehmung des Körperbefindens
Emotionale Selbstfürsorge	Gefühle wahrnehmen, Zeit für sich, soziale Unterstützung, Momente der Lebensfreude
Kognitive Selbstfürsorge	Zeit zum Innehalten und Nachdenken, dysfunktionale Gedanken unterbrechen, Offenheit bzgl. neuer Erkenntnisse
Soziale Selbstfürsorge	Kontakt zu persönlich wichtigen Menschen und Tieren, Erleben von sozialer Unterstützung, Bearbeitung von Konflikten, gemeinsame Erlebnisse
Spirituelle Selbstfürsorge	Glaube, Meditation, Naturverbundenheit, Leben nach eigenen Werten

Quelle: In Anlehnung an Dahl 2019: 70; Reddemann 2001: 22; Schulten 2020: 185; Yassen 1995: 205.

Diese Übersicht kann nach Belieben um weitere Maßnahmen der Selbstfürsorge erweitert werden. Die Pflege von Interessen und Hobbys dient ebenfalls als Selbstfürsorge, sofern diese nicht zu zusätzlichem Stress führt (vgl. Schulten 2020: 185). Auch Humor und Kreativität können einem Menschen helfen, einen guten Umgang mit stressigen Lebensphasen zu finden (vgl. Reddemann 2001: 22; Schulten 2020: 185). Letztendlich sollte jeder Mensch für sich herausfinden, welche Aktivitäten und Verhaltensweisen seinem Wohlbefinden zuträglich sind. Auch eine gewisse Experimentierfreude kann nicht schaden (vgl. Zito / Martin 2021: 44). Neben der individuellen Selbstfürsorge sollte auch die Selbstfürsorge im beruflichen Kontext betrachtet werden. Diese wird daher im folgenden Kapitel behandelt.

4.1 Selbstfürsorge als Prävention von Compassion Fatigue

Zunächst muss auf ein ethisches Dilemma hingewiesen werden, welches Fachkräfte in sozialen Berufen daran hindert, Selbstfürsorge für sich in Anspruch zu nehmen. Im Anschluss werden Maßnahmen der professionellen Selbstfürsorge vorgestellt, welche unter anderem dazu beitragen, der Entstehung von Compassion

sion Fatigue entgegenzuwirken. Hierbei sollen die betrieblichen Maßnahmen der Selbstfürsorge in sozialen Berufen am Anfang stehen. Da die sekundäre Traumatisierung als ein wesentlicher Bestandteil von Compassion Fatigue gilt, erweist es sich als sinnvoll, Selbstfürsorge in Bezug auf sekundäre Traumatisierung zu betrachten. Dies erfolgt aus der Perspektive der Sozialen Arbeit. Abschließend werden das Konzept Compassion Satisfaction und ein Fragebogen zur Erfassung von Compassion Fatigue und Compassion Satisfaction vorgestellt.

In sozialen Berufen besteht ein ethisches Dilemma. Wenn eine Fachkraft Rücksicht auf ihre Gesundheit nehmen will, muss sie diese Entscheidung gut abwägen. Das eigene Wohl auf der einen Seite und das Wohl der Adressat_innen und der Kolleg_innen auf der anderen Seite stehen in einem gewissen Konflikt. Beschließt sie sich, um ihr Wohl zu kümmern oder wird sie krankgeschrieben, kann das damit einhergehen, dass sie ein schlechtes Gewissen gegenüber Adressat_innen und Kolleg_innen entwickelt. Adressat_innen würden für die Zeit der Krankheit ihre Bezugsperson verlieren und Kolleg_innen müsste eine höhere Arbeitslast zugemutet werden. Aus diesem Grund neigen Fachkräfte in sozialen Berufen dazu, ihre eigene Gesundheit zu vernachlässigen oder erst dann Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sich ihr Gesundheitszustand erheblich verschlechtert hat (vgl. Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 41f).

Mangelnde Selbstfürsorge macht sich in sozialen Berufen auf vielfältige Weise bemerkbar. Kurzfristig können Fachkräfte leichte körperliche und psychische Beschwerden entwickeln. Langfristig kann mangelnde Selbstfürsorge jedoch zu Substanzmissbrauch, Burnout, Depression und anderen psychosomatischen Krankheiten führen (vgl. Scherm 2020: 32-54; Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 41). Bei Fachkräften, die durch ihre Arbeit in regelmäßigen Kontakt mit traumatisierten Menschen stehen, besteht zusätzlich die Gefahr, Compassion Fatigue zu entwickeln (vgl. Dutton / Rubinstein 1995: 85).

Fachkräfte sollten sich daher mit ihrer eigenen Haltung kritisch auseinandersetzen und ihre Gesundheit nicht aus dem Blick verlieren (vgl. Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 43). Liel beschreibt dies mit den Worten: „[N]ur wer gut auf sich selbst und die eigene Gesundheit achtet, kann auch langfristig für andere tätig werden“ (Liel 2023: 490). Daher kann festgehalten werden, dass Selbstfürsorge nicht nur den Fachkräften selbst zugute kommt. Auch die Adressat_innen profitieren davon, wenn Fachkräfte weniger gestresst sind und seltener aufgrund von Überlastung ausfallen (vgl. Scherm 2020: 2).

Daher rückt nun professionelle Selbstfürsorge in den Fokus. Sechs Voraussetzungen fördern das Wohlbefinden der Angestellten in sozialen Berufen:

Tabelle 4

Professionelle Selbstfürsorge

- Arbeitsplatz: Wertesystem
 - Unterstützung im Team
 - Kollegiale Beratung
 - Einzel- und Teamsupervision
 - Weiterbildungen
 - Fachgesellschaften, Netzwerktreffen
-

Quelle: In Anlehnung an Reddemann 2001: 22; Yassen 1995: 205; Scherm 2020: 16-23.

Die Punkte benennen zentrale Maßnahmen der professionellen Selbstfürsorge und Qualitätssicherung in sozialen Berufen (vgl. Liel 2023: 497f). Auf die einzelnen Punkte wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

Arbeitsplatz

Die Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen ist wesentlich für das Wohlbefinden der Angestellten in sozialen Berufen. Hierbei geht es um eine angemessene Arbeitsbelastung und Aufgabenverteilung sowie eine wertschätzende Arbeitsatmosphäre (vgl. Yassen 1995: 205; Collins 2023: 72). Standards sollten hierbei nicht nur für Adressat_innen geregelt sein. Auch das Wohlergehen der Fachkräfte sollte in einem sozialen Betrieb anhand von Richtlinien gesichert sein (vgl. Bride / Figley 2007: 153). Diese können beispielsweise Häufigkeit und den finanziellen Rahmen von Supervisionen festlegen.

Unterstützung im Team

Fachkräfte fühlen sich von ihrem Team unterstützt, wenn sie Rückhalt erfahren und in regelmäßigem Austausch mit ihren Kolleg_innen stehen (vgl. Sendera / Sendera 2013: 125). Besonders wichtig ist dabei eine ehrliche und wertschätzende Kommunikation (vgl. Liel 2023: 497f). Die Fachkräfte sollten sich sicher fühlen, um die mit ihrer Arbeit verbundenen Belastungen ansprechen zu können (vgl. Tüllmann 2016: 271). Eine berufliche Belastung kann u.a. die sekundäre Traumatisierung darstellen. Diese kann dazu führen, dass eine Fachkraft nur noch das Schlechte in der Welt sieht. Erhält diese Fachkraft jedoch soziale Unterstützung, sei es durch das Team oder auch von außerhalb, kann diese Sicht korrigiert werden (vgl. Munroe et al. 1995: 212).

Kollegiale Beratung

Die Methode der Kollegialen Beratung stammt aus der systemischen Therapie (vgl. Scherm 2020: 17). Fachkräfte finden sich hierfür in regelmäßigen Abständen zusammen, um über Fallsituationen zu beraten. Eine oder mehrere Fachkräfte können hierbei ihre individuellen Anliegen präsentieren (vgl. Tietze 2019: 440f). Ziel der Beratung ist es, in kurzer Zeit Ideen auszutauschen und die ratsuchende Person in ihrer Lösungsfindung zu unterstützen (vgl. Scherm 2020: 17). Diese Methode wird auch als „Peer-Supervision[.]“ (Tietze 2019: 440) bezeichnet. Die Peer-Group besteht aus Fachkräften, die sich gegenseitig bei der Reflexion ihres Handelns unterstützen (vgl. Scherm 2020: 17). Die Fallberatung kann auch die Gelegenheit sein, an dem eine Fachkraft über ihre STS-Symptome spricht und Rat von ihren Kolleg_innen einholt (vgl. Valent 1995: 46).

Supervision

Supervision stellt ebenfalls einen wichtigen Bestandteil professioneller Selbstfürsorge dar. Fachkräfte neigen dazu, Probleme mit ihren eigen-entwickelten Strategien und Sichtweisen zu begegnen. In der Supervision erhalten sie die Möglichkeit, neue Impulse für ihre Arbeit zu entwickeln. Hierfür kommt ein_e externe_r Supervisor_in in die Einrichtung und unterstützt bei der Bearbeitung von Themen. Themen können u.a. Unstimmigkeiten im Team oder Herausforderungen in der Arbeit mit Adressat_innen darstellen (vgl. Liel 2023: 497f). In Bezug auf Compassion Fatigue kann ein Thema z.B. die Überidentifikation mit einem_r traumatisierten Adressaten_in sein (vgl. Sendera / Sendera 2013: 84). Da es sich um eine belastende Situation für eine einzelne Fachkraft handelt, sollte in diesem Fall auf die Einzelsupervision zurückgegriffen werden.

Weiterbildungen

Die Teilnahme an Weiterbildungen ist unerlässlich um sicherzustellen, dass Fachkräfte stets über aktuelles Fachwissen verfügen (vgl. Collins 2023: 72). Weiterbildungen können zudem dazu dienen, Fachkräfte auf Berufsgefahren aufmerksam zu machen und sie mittels Prävention vor diesen zu schützen. Für Fachkräfte, die in besonderem Maße mit traumatisierten Adressat_innen in Kontakt stehen, ist eine Weiterbildung zu sekundärer Traumatisierung empfehlenswert. Diese Weiterbildung unterstützt Fachkräfte darin, besser mit beruflichen Belastungen umzugehen und das Risiko einer sekundären Traumatisierung zu verringern (vgl. Reddemann et al. 2002: 8).

Fachgesellschaften und Netzwerke

Durch den Kontakt zu Fachgesellschaften wird den Fachkräften die Möglichkeit gegeben, sich über ihre Arbeit hinaus mit weiteren Fachkräften auszutauschen und sich zu engagieren. Dies geht oft mit dem Gefühl von Verbundenheit und Sinnhaftigkeit einher, insbesondere wenn gemeinsame Interessen auch auf politischer Ebene durchgesetzt werden können (vgl. Liel 2023: 497; DBSH o.J.).

Der Begriff Netzwerk bezeichnet die „Beziehungsstruktur[]“ (Quilling et al. 2024) zu Fachkräften innerhalb und außerhalb der eigenen Profession. Dies lässt sich gut am Beispiel der Sozialen Arbeit verdeutlichen. Als ein Teil der Aufgaben von Sozialarbeiter_innen wird u.a. das Vermitteln von Hilfen angesehen. Hierfür sollten Sozialarbeiter_innen ihre Zuständigkeiten und die Zuständigkeiten von anderen professionellen (Hilfs-)Systemen kennen (vgl. Zipperle et al. 2016: 2). Fachkräfte, die von Compassion Fatigue betroffen sind, können von deren Wissen profitieren und sich geeignete Unterstützung suchen.

Nachdem betriebliche Maßnahmen der Selbstfürsorge benannt wurden, soll es nun darum gehen, wie Maßnahmen der Selbstfürsorge in der Sozialen Arbeit als Prävention von sekundärer Traumatisierung angewandt werden können. Es geht um die Frage, wie sich Sozialarbeiter_innen vor einer Übertragung traumatischer Inhalte schützen können und welche konkreten Maßnahmen der Selbstfürsorge dabei behilflich sein können.

Zuerst sollte darauf hingewiesen werden, dass Sozialarbeiter_innen nicht für die Traumabearbeitung von Adressat_innen zuständig sind. Dennoch kann es vorkommen, dass sich Adressat_innen mit ihren Traumata an Sozialarbeiter_innen wenden. In verschiedenen Berufsfeldern der Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 3) werden Sozialarbeiter_innen mit schweren Themen konfrontiert. Darunter befinden sich Geschichten von Missbrauch, Gewalt- und Fluchterfahrung (vgl. Zito / Martin 2021: 68f).

Die primäre Aufgabe der Sozialarbeiter_innen besteht jedoch darin, Betroffene in ihren Anliegen zu unterstützen. Dies umfasst die Recherche spezialisierter Hilfsangebote und Vermittlung von Hilfe. Mögliche Anlaufstellen sind z.B. fachspezifische Beratungseinrichtungen (z.B. Frauenschutzhäuser) oder Kliniken. Hilfe zu vermitteln kann auch darin bestehen, Kontakt zum_r Rechtsanwält_in oder zur Polizei aufzunehmen. Nicht immer kann der Kontakt zu der spezialisierten Einrichtung jedoch hergestellt werden. Das ist beispielsweise der Fall, wenn nicht ausreichend Therapieplätze zur Verfügung stehen. Es kann also sein, dass ein_e

Sozialarbeiter_in in einer Einrichtung die einzige Ansprechperson für eine_n betroffene_n Adressat_in darstellt. In dieser Situation ist es wichtig, dass der_die betroffene Adressat_in sich dem_r Sozialarbeiter_in anvertrauen kann und nicht allein mit seiner_ihrer traumatischen Erfahrung bleibt (vgl. Zito / Martin 2021: 69f). Im Umgang mit dem_r betroffenen Adressat_in sollte ein_e Sozialarbeiter_in jedoch auch gut auf sich selbst achten, da die Schilderung des traumatischen Ereignisses auch eine schmerzhaft Reaktion in der Sozialarbeiterin hervorrufen kann und die Gefahr besteht, dass diese handlungsunfähig wird (vgl. Schulten 2020: 187).

Die Frage lautet daher, wie es Sozialarbeiter_innen gelingen kann, sich mit traumatischen Inhalten zu befassen, ohne zu sehr darin einzutauchen. Im nächsten Fallbeispiel wird daher beschrieben, welchen Effekt die traumatische Erzählung auf eine Sozialarbeiterin haben kann und mit welchen Strategien sie sich vor der Trauma-Übertragung schützen kann. Diese Strategien können auch als Selbstfürsorge-Strategien bezeichnet werden, da sie der Sozialarbeiterin helfen, ihre psychische Gesundheit zu bewahren.

Wenn eine Adressatin von dem traumatischen Ereignis berichtet, verfällt diese in eine Anspannung. Diese Anspannung kann eine Reaktion in der Sozialarbeiterin auslösen. Wenn die Sozialarbeiterin bereits gestresst ist, läuft in ihr eine Art Notfallprogramm ab. Sie reagiert auf die Erzählung mit ihrer jeweiligen Überlebensstrategie, die sie sich im Lauf ihres Lebens angeeignet hat. Das kann Kampf, Flucht oder der Totstellreflex sein. Dieses Verhalten hängt damit zusammen, dass durch Stress das Großhirn und das limbische System nicht gut miteinander kooperieren. Die Sozialarbeiterin entwickelt daher eine körperliche Reaktion, die sie kognitiv schwer beeinflussen kann. Damit die Sozialarbeiterin in dieser Situation jedoch handlungsfähig bleibt, sollte sie sich emotional von der traumatisierten Adressatin distanzieren (vgl. Schulten 2020: 187). Um emotionale Distanz herzustellen, stehen der Sozialarbeiterin verschiedene Techniken zur Verfügung: Sie kann sich auf ihren Atem konzentrieren und sich dabei vorstellen, wie sie im Boden verwurzelt ist. Das kann ihr dabei helfen, eine standfeste Haltung beizubehalten und sich nicht von der Erzählung mitreißen zu lassen. Zudem kann sie zwischen sich und der Adressatin eine hohe Panzerglaswand imaginieren. Diese Vorstellung kann ihr dabei helfen, nicht selbst emotional zu tief in die Erzählung einzusteigen (vgl. Zito / Martin 2021: 70).

Nach dem Kontakt kann die Sozialarbeiterin weitere Schritte unternehmen, um sich vom geschilderten traumatischen Inhalt abzugrenzen. Dafür sollte sie sich zunächst bewusst machen, dass sie mit traumatischen Material in Kontakt gekommen ist (vgl. Zito / Martin 2021: 70). Anschließend sollte sie nachspüren, wie es ihr geht. Wenn sie angespannt ist, kann es ihr helfen, tief zu atmen. Alles, was sie in dem Gespräch in sich aufgenommen hat, kann sie durch die Ausatmung bewusst von sich lösen (vgl. Schulten 2020: 187). Falls das Gespräch in einem geschlossenen Raum stattgefunden hat, kann sie die Fenster und Räume öffnen und so dafür sorgen, dass frischer Wind die traumatischen Inhalte davon weht. Die beschriebenen Imaginationsübungen können ihr helfen, eine Distanz zu den gehörten Inhalten zu bewahren. Dabei sollte sie, nachdem sie in ihren Körper hineingespürt hat, sich fragen, was ihr in diesem Moment gut tun würde. Das kann ein entlastendes Gespräch mit einer Kollegin sein (vgl. Zito / Martin 2021: 70). Oder sie entscheidet, sich das Thema bei der nächsten Fallbesprechung / Supervision anzusprechen (vgl. Tüllmann 2016: 270). Wenn bei der Sozialarbeiterin das Bedürfnis nach Ruhe besteht, sollte sie eine Pause einlegen und sich bewusst Zeit für sich nehmen. Das kann z.B. auch ein Spaziergang in der Natur sein (vgl. Zito / Martin 2021: 70). Während ihrer Pause sollte sie sich daran erinnern, was ihr hilft Stress abzubauen. Hierbei können sich Sport-, aber auch Entspannungsübungen als hilfreich erweisen. Sie kann auch eher Feierabend machen und sich von ihrer Arbeit abgrenzen, in dem sie ihr Diensthandy ausschaltet oder indem sie ein anderes Ritual bewusst vollzieht (vgl. Tüllmann 2016: 269ff). Nach ihrer Arbeit kann die Sozialarbeiterin angenehmen Aktivitäten und Hobbys nachgehen und sich ausreichend Zeit zur Erholung einplanen (vgl. Cohen-Serrins 2023: 397). Die Kunst besteht darin, eine ausgewogene Balance zwischen Arbeit, Freizeitaktivitäten und Erholungsphasen zu finden (vgl. Tüllmann 2016: 270).

Reichen die Selbstfürsorge-Strategien nicht aus, sollte die Sozialarbeiterin unbedingt kollegiale Fallbesprechungen und Supervision für sich in Anspruch nehmen, bis sie einen besseren Umgang mit den traumatischen Inhalten gefunden hat (vgl. Tüllmann 2016: 271). Auch eine Therapie kann sich als sinnvoll erweisen, insbesondere, wenn bei der Sozialarbeiterin eigene traumatische Erfahrungen vorliegen (vgl. Valent 1995: 46; Rohwetter 2019: 57).

Nachdem geschildert wurde, wie es einer Sozialarbeiterin gelingt, sich von einer traumatischen Erzählung abzugrenzen, soll es nun um Compassion Satisfaction gehen. Ein Konzept, das laut Stamm als Gegenspieler zu Compassion Fatigue betrachtet wird.

Compassion Satisfaction kann auf Deutsch mit „Mitgefühl-Zufriedenheit“ (Sendera / Sendera 2013: 85) übersetzt werden. Dieses Konzept setzt sich mit den Vorteilen sozialen Engagements auseinander. Denn obwohl Fachkräfte in sozialen Berufen an ihre Grenzen geraten und mit sehr viel Leid konfrontiert werden, gibt es Faktoren, die Fachkräfte in ihrer Arbeit motivieren können (vgl. Collins 2023: 93). Darunter zählen u.a. das bewusste Wahrnehmen von schönen Momenten auf Arbeit, das Gefühl von Selbstwirksamkeit in der Unterstützung von Adressat_innen sowie ein gutes Arbeitsverhältnis zu Team und Geschäftsleitung (vgl. Bride / Figley 2007: 153; Collins 2023: 104). Die positive Einstellung, die Fachkräfte zu ihrer Arbeit entwickeln, kann mit Motivation und Zuversicht ein-

hergehen. Mit dieser Haltung erreichen Fachkräfte positive Ergebnisse, was sie wiederum in ihrer Arbeit und Einstellung bestärkt. Ein gesteigertes Selbstwertgefühl kann ebenfalls als positiver Nebeneffekt von Compassion Satisfaction bezeichnet werden (vgl. Collins 2023: 89). Dies lässt sich damit erklären, dass sich die Fachkräfte gemeinsam für bessere Verhältnisse einsetzen und dabei das kollektive Gefühl von Sinnhaftigkeit entwickeln (vgl. Collins 2023: 104). Compassion Satisfaction könnte also auch als „the benefits of caring“ umschrieben werden, was das Gegenteil zu „[t]here is a cost to caring“ (Figley 1995 a: 1) darstellt. Es besteht jedoch noch Forschungsbedarf hinsichtlich dieses Konzepts, da die Faktoren, die zur Entwicklung von Compassion Satisfaction beitragen, bislang nicht ausreichend erforscht sind (vgl. Collins 2023: 104).

Damit Fachkräfte sich darüber informieren können, in welchem Ausmaß Compassion Fatigue und Compassion Satisfaction bei ihnen ausgeprägt ist, hat Stamm einen Fragebogen entwickelt (vgl. Collins 2023: 93). Dieser Fragebogen heißt ‚Professional Quality of Life Scale‘ (Pro QOL) (Stamm 2010) und umfasst 30 Fragen. „Pro QOL“ ist im Internet kostenlos verfügbar und kann in verschiedenen Sprachen heruntergeladen werden, darunter auch in Deutsch (vgl. Stamm 2021). Fachkräfte in sozialen Berufen, z.B. Sozialarbeiter_innen, können mit Hilfe dieses Fragebogens leicht ermitteln, wie sehr sie zu Compassion Fatigue (und Compassion Satisfaction) neigen (vgl. Collins 2023: 93). Das Ergebnis des Fragebogens ist ein Indiz dafür, ob Fachkräfte mehr Selbstfürsorge in ihren Arbeitsalltag integrieren sollten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass Maßnahmen individueller und professioneller Selbstfürsorge dazu beitragen können, die biopsychosoziale Gesundheit von Fachkräften in sozialen Berufen zu erhalten. Fachkräfte sollten hierfür gut in sich hineinhören und ihre Bedürfnisse ernstnehmen (vgl. Liel 2023: 497-500). Eine achtsame Haltung unterstützt Fachkräfte darin, Maßnahmen der Selbstfürsorge nachhaltig in ihr Arbeits- und Privatleben zu integrieren (vgl. Tüllmann 2016: 271). Doch auch Arbeitgeber_innen tragen eine Verantwortung, wenn es um das Wohl ihrer Angestellten geht. Genug Zeit und finanzielle Mittel sollten daher für Teambuilding-Events, Fallberatungen, Supervisionen und Weiterbildungen zur Verfügung gestellt werden (vgl. Liel 2023: 490; Scherm 2020: 16-23). Daneben können Fachkräfte sich einem Berufsverband anschließen und sich so auf politischer Ebene für eine faire Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen einsetzen (vgl. Sendera / Sendera 2013: 127; DBSH o.J.). Engagement in Berufsverbänden ist ebenso eine Form von Selbstfürsorge auf übergeordneter Ebene. Nun handelt diese Arbeit jedoch von Compassion Fatigue und von der

Frage, wie dieser mittels Selbstfürsorge vorgebeugt werden kann. Laut Schwanz und Paiva-Salisbury sollten Fachkräfte, die in besonderem Maße mit traumatisierten Menschen in Kontakt stehen, regelmäßig überprüfen, inwieweit Compassion-Fatigue-Symptome bei ihnen auftreten (vgl. Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 43). Der Pro-QOL-Fragebogen von Stamm stellt hierfür ein nützliches Instrument dar (vgl. Collins 2023: 93). Je nach Ergebnis kann es für diese Fachkräfte sinnvoll sein, Selbstfürsorgemaßnahmen verstärkt in den Arbeitsalltag zu integrieren oder sich diesbezüglich weiterzubilden. Wenn dies nicht ausreicht, sollte der Betrieb zusätzliche Unterstützung anbieten, z.B. in Form von Supervision (vgl. Paiva-Salisbury / Schwanz 2022: 43). Die Wirksamkeit verschiedener Präventionsmaßnahmen sollte in der Forschung besser untersucht werden (vgl. Reddemann et al. 2002: 8).

5 Fazit

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Fragestellung, wie Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit durch Maßnahmen der Selbstfürsorge vorgebeugt werden kann. Zu Beginn wurde das Konzept Compassion Fatigue anhand der Definition von Charles R. Figley untersucht. Im Anschluss wurde der Bezug zur Sozialen Arbeit in Deutschland hergestellt. Des Weiteren wurden präventive Maßnahmen der Selbstfürsorge von Compassion Fatigue erörtert.

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass es eine statistische Erfassung von Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit in Deutschland bisher nicht gibt. Da verschiedene Stressoren an der Entstehung von Compassion Fatigue beteiligt sind, u. a. Burnout und sekundäre Traumatisierung, wurde überprüft, inwieweit diese Belastungen in der Sozialen Arbeit in Deutschland statistisch erhoben werden. Es zeigte sich, dass Burnout bereits anhand von AU-Tagen quantitativ erfasst wird. Burnout kann in der Sozialen Arbeit in Deutschland als Berufsrisiko bezeichnet werden.

Die Literaturrecherche hat zudem ergeben, dass Sozialarbeiter_innen neben Burn-out auch von sekundärer Traumatisierung betroffen sein können. Das liegt an der hohen Wahrscheinlichkeit, mit der sie mit Adressat_innen zusammenarbeiten, die in ihrem Leben großes Leid bzw. eine Traumatisierung erfahren haben. Sozialarbeiter_innen, die über längere Zeit eine Beziehung zu traumatisierten Adressat_innen aufbauen und diese in Akutsituationen begleiten, gelten als besonders gefährdet. Die sekundäre Traumatisierung wird an dieser Stelle so ausführlich thematisiert, weil sich Figley 1995 in seinem Konzept Compassion Fatigue besonders auf die sekundäre Traumatisierung bezogen hatte. Er berichtete, wie die Schilderungen traumatischer Ereignisse auch bei den Fachkräften Reaktionen hervorrufen. Fachkräfte entwickeln demnach STS, da sie mit den traumatisierten Adressat_innen mitfühlen. Die Anhäufung dieses Stresses, wiederholte Erinnerungen an die Schilderungen traumatischer Ereignisse und einschneidende Lebensereignisse der Fachkraft führen laut Figley zu der Entstehung von Compassion Fatigue. Infolgedessen entwickeln Fachkräfte Symptome, die der PTBS in diesem Symptomcluster gleichen: Hyperarousal, Intrusion und Konstriktion. Compassion Fatigue beschreibt im Wesentlichen eine Funktionsstörung sowie einen Zustand der Erschöpfung. Dies kann zur Folge haben, dass soziale Fachkräfte Geschichten von Leid nicht mehr ertragen können und es ihnen schwerfällt, Mitgefühl für die Adressat_innen aufzubringen. Desinteresse, Abgrenzung, sozialer Rückzug, Misstrauen in andere Menschen und Erschüt-

terung des Selbst- und Weltbildes können als weitere Folgen benannt werden. Figley bezeichnet die Entstehung von STS und Compassion Fatigue auch als natürliche Nebenwirkungen von helfenden Berufen. Damit Fachkräfte nicht in ihrer Gesundheit gefährdet werden, sollten daher ethische Standards in diesen Berufen etabliert und Maßnahmen der Prävention ergriffen werden.

Um Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit in Deutschland vorbeugen zu können, ist es notwendig, das Konzept bekannt zu machen. Für praktizierende Sozialarbeiter_innen sollte die Möglichkeit bestehen, Weiterbildungen zum Thema Compassion Fatigue in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus können angehende und praktizierende Sozialarbeiter_innen, bei denen die genannten Kriterien in besonderem Maße zutreffen, weitere Schritte unternehmen, um sich vor Compassion Fatigue zu schützen. Sie können den Fragebogen „Pro QOL“ von Stamm in regelmäßigen Abständen ausfüllen und auf Symptome von Compassion Fatigue achten. Der Fragebogen kann ein Hinweis sein, ob Sozialarbeiter_innen mehr individuelle und professionelle Maßnahmen zur Selbstfürsorge einsetzen sollten. Sozialarbeiter_innen, die dazu neigen, ihre Gesundheit zugunsten anderer zu vernachlässigen, sollten besonders auf sich achten und ihre Haltung hinterfragen. Jede_r Sozialarbeiter_in trägt die Verantwortung für seine_ihre eigene Gesundheit. Das gilt bereits in der Befriedigung der Grundbedürfnisse: ausreichend Schlaf, eine ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung. Außerdem sollte ein_e Sozialarbeiter_in über ein unterstützendes soziales Umfeld verfügen und neben der Arbeit ausreichend Zeit für Freizeitaktivitäten und Erholung einplanen. Die Tabelle ‚Dimensionen der Selbstfürsorge‘ verschafft einen Überblick, womit Sozialarbeiter_innen individuell zu ihrem Wohlbefinden beitragen können.

Da Compassion Fatigue durch die Arbeit entsteht, sollte auch die professionelle Selbstfürsorge betrachtet werden. Die Bearbeitung von Traumata gehört grundsätzlich nicht in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit. Allerdings können Sozialarbeiter_innen erste Ansprechpersonen darstellen. Ihre Aufgabe ist es demnach, den Kontakt zu spezialisierten Fachkräften zu vermitteln. Falls Sozialarbeiter_innen mit Details traumatischer Ereignisse konfrontiert werden, sollten sie Techniken der Abgrenzung anwenden. Auf der anderen Seite ist der_die Arbeitgeber_in dazu verpflichtet, für die Gesundheit seiner Arbeitnehmer_innen zu sorgen. Es sollten finanzielle Mittel und ausreichend Zeit für Teambuilding-Events, Kollegiale Beratung, Supervision und Weiterbildungen zur Verfügung gestellt werden. Netzwerktreffen und der Austausch mit Fachgesellschaften stellen Selbstfürsorge auf übergeordneter Ebene dar. In Bezug auf die Forschungs-

frage lässt sich festhalten, dass Selbstfürsorge als Maßnahme zur Prävention von Compassion Fatigue dann gelungen ist, wenn die biopsychosoziale Gesundheit von Sozialarbeiter_innen trotz der beruflichen und privaten Belastungen erhalten bleibt.

Danach wurde das Konzept Compassion Fatigue in den Forschungsstand eingeordnet. Es wurde nachgewiesen, dass das Konzept Compassion Fatigue nicht auf die sekundäre Traumatisierung reduziert werden kann. Vielmehr entwickelt sich Compassion Fatigue, wenn verschiedene Stressoren aufeinandertreffen und einen Synergieeffekt entfalten. Nach der Definition von Stamm setzt sich Compassion Fatigue aus Burnout und sekundärer Traumatisierung zusammen. Stamm weist außerdem darauf hin, dass Compassion Fatigue und Compassion Satisfaction zueinander ins Verhältnis gesetzt werden müssen, da sie sich wie Yin und Yang gegenseitig beeinflussen. Des Weiteren konnte eine Form von Compassion Fatigue beobachtet werden, die nicht auf die sekundäre Traumatisierung zurückzuführen ist. Die neurologische Forschung hat herausgefunden, dass nicht das Mitgefühl, sondern die Empathie ermüden kann. Aus diesem Grund raten Singer und Klimecki Compassion Fatigue in Empathic Distress Fatigue umzubenennen.

Abschließend stellte sich die Frage, in welchen Bereichen noch weiterer Forschungsbedarf zu Compassion Fatigue besteht. Denn einerseits besteht die Forderung, das Konzept Compassion Fatigue einheitlich zu definieren. Dadurch soll das Konzept einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und einheitliche Forschung und Ausbildung zu diesem Konzept erleichtert werden. Andererseits soll das Konzept die Realität von Fachkräften in helfenden Berufen abbilden und dabei verschiedene Belastungsfaktoren berücksichtigen. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der strukturellen Rahmenbedingungen, z.B. Rahmenbedingungen, die die Entstehung von Burnout begünstigen. Die qualitative Forschung soll es u.a. ermöglichen, weitere Belastungsfaktoren zu identifizieren, die im Zusammenhang mit Compassion Fatigue stehen. Darüber hinaus sollten auch die positiven Einflussfaktoren besser untersucht werden. Dazu zählt die Entstehung und Aufrechterhaltung von Compassion Satisfaction.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Thema Compassion Fatigue in der Sozialen Arbeit in Deutschland bisher wenig Aufmerksamkeit erhalten hat und daher weiterer Forschungsbedarf besteht.

Literaturverzeichnis

- American Psychological Association (APA) (2018): Dictionary of Psychology: compassion. In: <https://dictionary.apa.org/compassion>, zugegriffen am: 20.06.2024.
- American Psychological Association (APA) (2023): Dictionary of Psychology: Post-traumatic stress disorder (PTSD). In: <https://dictionary.apa.org/posttraumatic-stress-disorder>, zugegriffen am: 21.06.2024.
- Beaton, Randal D.; Murphy, A. Shirley (1995): Working with People in Crisis: Research Implications. In: Figley, Charles R. (Hg.): Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized. New York, USA: Routledge, S. 51-81.
- Behling, Lina; Hardering, Friedericke (2017): Verweigerte Anerkennung und Emotionen in der Sozialen Arbeit. Anerkennungsdynamiken im Kontext organisationalen Wandels. In: Soziale Passagen [Journal], Band 9, S. 405-422. In: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12592-017-0267-0#Sec8>, zugegriffen am: 01.07.2024.
- Bride, Brian E.; Figley, Charles R. (2007): The Fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue. In: Clinical Social Work Journal, Band 35, S. 151-153. In: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-007-0093-5>, zugegriffen am: 30.05.2024.
- Cohen-Serrins, Julian (2023): Der Covid-19-Leitfaden für die Selbstfürsorge: Ein Rahmen für Kliniker zur Kategorisierung und Anwendung von Selbstfürsorgestrategien. In: Tosone, Carol (Hg.): Covid-19: Gemeinsames Trauma, gemeinsame Resilienz. Soziale Arbeit während der Pandemie, Cham, Schweiz: Springer, S. 387-399.
- Collins, Stewart (2023): Social Workers and Compassion. London, England: Routledge.
- Dahl, Christina (2019): Warum es sich lohnt, gut für sich zu sorgen. Über den langfristigen Nutzen der Selbstfürsorge. Ergebnisse zweier empirischer Studien. In: Prävention und Gesundheitsförderung [Journal], Band 17, S. 69-78. In: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-018-0650-5>, zugegriffen am: 25.06.2024.
- Dahl, Christina; Dlugosch, Gabriele E. (2020): Besser leben! Ein Seminar zur Stärkung der Selbstfürsorge von psychosozialen Fachkräften. In: Prävention und Gesundheitsförderung [Journal], Band 15, S. 27-35. In: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-019-00735-2>, zugegriffen am: 25.06.2024.

- Daniels, Judith (2008): Sekundäre Traumatisierung: Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. In: *Psychotherapeut [Journal]*, Band 53, S. 100- 107. In: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-008-0585-y>, zugegriffen am: 10.06.2024.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (o.J.): Über uns. In: <https://www.dbsh.de/der-dbsh.html>, zugegriffen am: 03.07.2024.
- Dowling, Trisha (2018): Compassion does not fatigue! In: *The Canadian veterinary journal*, Band 59, S. 749f. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6005077/>, zugegriffen am: 01.06.2024.
- Dutton, Mary Ann; Rubinstein, Francine L. (1995): Working with People with PTSD: Research Implications. In: Figley, Charles R. (Hg.): *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York, USA: Routledge, S. 82-100.
- Figley, Charles R. (Hg.) (1995): *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York, USA: Routledge.
- Figley, Charles R. (1995 a): Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder. In: Figley, Charles R. (Hg.): *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York, USA: Routledge, S. 1-20.
- Figley, Charles R. (1995 b): Introduction. In: Figley, Charles R. (Hg.): *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York, USA: Routledge, S. xiii-xxii.
- Figley, Charles R. (1995 c): Epilogue. The Transmission of Trauma. In: Figley, Charles R. (Hg.): *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York, USA: Routledge, S. 249-254.
- Figley, Charles R. (Hg.) (2002): *Treating Compassion Fatigue*. New York, USA: Brunner-Routledge.
- Figley, Charles R. (2002 a): Introduction. In: Figley, Charles R. (Hg.): *Treating Compassion Fatigue*. New York, USA: Brunner-Routledge, S. 1-14.
- Figley, Charles R.; Figley, Kathleen R. (2017): Compassion Fatigue Resilience. In: Seppälä, Emma M.; Simon-Thomas, Emiliana; Brown, Stephanie L.; Worline, Monica C.; Cameron, C. Daryl; Doty, James R. (Hg.): *The Oxford Handbook of Compassion Science*. Oxford, England: Oxford University Press, S. 387-397.
- Fritzsche, Kurt (2020): Psychosomatische Medizin. In: Fritzsche, Kurt; Wirsching, Michael (Hg.): *Basiswissen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Berlin, Deutschland: Springer-Verlag, S. 3-22.

- Fritzsche, Kurt; Wirsching, Michael (2020): Traumafolgestörungen. In: Fritzsche, Kurt; Wirsching, Michael (Hg.): Basiswissen Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie, Berlin, Deutschland: Springer, S. 146-152.
- Giacomucci, Scott (2021): Social Work, Sociometry, and Psychodrama. Experiential Approaches for Group Therapists, Community Leaders, and Social Workers. Singapore, Commonwealth: Springer.
- Görges, Hans-Joachim; Hantke, Lydia (2010): Supervision der professionellen Opferhilfe: Traumatisierung vermeiden helfen. In: Hartmann, Jutta (Hg.): Perspektiven professioneller Opferhilfe. Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfeld, Wiesbaden, Deutschland: Springer, S. 281-298.
- Heimann, Rudi (2021): Der Weg zum Opfer. Viktimologische Aspekte. In: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-33375-1_4, zugegriffen am: 16.06.2024.
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (o.J. a): About ISTSS. In: <https://staging.istss.org/about-istss>, zugegriffen am: 19.06.2024.
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (o.J. b): Vicarious Trauma Toolkit. In: <https://staging.istss.org/clinical-resources/treating-trauma/vicarious-trauma-toolkit>, zugegriffen am: 19.06.2024.
- Jegodtka, Renate (2016): Sekundäre Traumatisierung. Existenzielle Berührung und Selbstfürsorge in pädagogischen Arbeitsfeldern. In: Gahleitner, Silke B. (Hg.): Handbuch Traumapädagogik, Basel, Schweiz: Beltz, S. 139-151.
- Lauterbach, Matthias (2015): Engagiert und gesund bleiben. Kluge Selbstsorge in der psychosozialen Arbeit. Köln, Deutschland: Balance Buch + medien verlag.
- Liel, Katrin (2023): Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung. In: Bischof, Jeanette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch, Köln, Deutschland: Psychiatrie Verlag, S. 490-509.
- Mandemakers, Jornt (2014): Life Events. In: Michalos, Alex C. (Hg.): Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Dordrecht, Niederlande: Springer, S. 3560-3563.
- Metzler Lexikon Philosophie (MLP) (o.J.): Akzidens, akzidentell. In: <https://www.spektrum.de/lexikon/philosophie/akzidens-akzidentell/79>, zugegriffen am: 03.06.2024.
- Miksch, Antje (2024): Achtsamkeit und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. In: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/achtsamkeit-und-gesundheitsfoerderung>, zugegriffen am: 27.06.2024.

- Moore, Brenda; Riley, Kelly; Brice, Tanya S.; Harr, Cynthia Rae (2014): The Impact of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction on Social Work Students. In: Journal of the Society for Social Work and Research, Band 5, Heftnummer 2, S. 233-251. In: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/676518>, zugegriffen am: 03.06.2024.
- Munroe, James F.; Shay, Jonathan; Fisher, Lisa; Makary, Christine; Rapperport, Kathryn; Zimering, Rose (1995): Preventing Compassion Fatigue. A Team Treatment Model. In: Figley, Charles R. (Hg.): Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized. New York, USA: Routledge, S. 209-231.
- Paiva-Salisbury, Melissa L.; Schwanz, Kerry A. (2022): Building Compassion Fatigue Resilience: Awareness, Prevention, and Intervention for Pre-Professionals and Current Practitioners. In: Journal of Health Service Psychology 2022, Band 48, S. 39-46. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8812061/>, zugegriffen am: 06.06.2024.
- Quilling, Eike; Brähler-Dieling, Niklas; Kuchler, Maja; Trojan, Alf (2024): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. In: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-netzwerke-und-netzwerkfoerderung/>, zugegriffen am: 03.07.2024.
- Ranke, Ulrich (2023): Naturkatastrophen und Risikomanagement. Geowissenschaften und soziale Verantwortung. Heidelberg, Deutschland: Springer Spektrum.
- Reddemann, Luise (2001): Psychohygiene in der Traumatherapie. Ein Erfahrungsbericht. In: Psychotraumatologie [Journal], Band 4, S. 22, In: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2001-18453#top>, zugegriffen am: 12.06.2024.
- Reddemann, Luise; Hofmann, Arne; Gast, Ursula (2002): Vorwort der Reihen-Herausgeber. In: Stamm, Beth Hudnall (Hg.) (2002): Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn, Deutschland: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, S. 7f.
- Rohwetter, Angelika (2019): Wege aus der Mitgeföhls-müdigkeit. Erschöpfung vorbeugen in Psychotherapie und Beratung. Weinheim, Deutschland: Beltz.
- Scherm, Nicole (2020): Psychohygiene in der Sozialen Arbeit. Methoden zur Prävention von psychischen Erkrankungen. München, Deutschland: Social Plus.
- Schiffer, Eckhard (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Basel, Schweiz: Beltz.

- Schnell, Thomas (2014): *Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen. Lösungswege für die Psychotherapie schwieriger Patienten*. Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Schulten, Andrea (2020): *Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko: Prävention-Schutz-Heilung*. In: Riffer, Friedrich; Sprung, Manuel; Kaiser, Elmar; Streibl, Lore (Hg.): *Therapeutische Beziehungen. Aktuelle Konzepte im Kontext der Behandlung psychisch kranker Menschen*. Berlin, Deutschland: Springer, S. 169-191.
- Sendera, Alice; Sendera, Martina (2013): *Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills*. Wien, Österreich: Springer.
- Singer, Tania; Klimecki, Olga M. (2014): *Empathy and compassion*. In: *Current Biology [Journal]*, Band 24, Heftnummer 18, S. 875-878. In: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>, zugegriffen am: 15.07.2024.
- Sonnenmoser, Marion (2010): *Sekundäre Traumatisierung: Mythos oder Realität?* In: *Deutsches Ärzteblatt PP [Journal]*, Heftnummer 3, S. 117. In: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/68022/Sekundaere-Traumatisierung-Mythos-oder-Realitaet>, zugegriffen am: 19.06.2024.
- Springer, Axel (2023): *Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Burn-out-Erkrankungen nach Falldauer im Jahr 2022 (AU-Tage je Fall)*. Statista GmbH. In: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/507553/umfrage/berufsgruppen-mit-hohen-fehlzeiten-aufgrund-von-burn-out-erkrankungen-nach-falldauer/>, zugegriffen am: 28.05.2024.
- Stamm, Beth Hudnall (2010): *The Concise ProQOL Manual*. In: <https://proqol.org/proqol-manual>, zugegriffen am: 30.06.2024.
- Stamm, Beth Hudnall (2021): *ProQOL Measure*. In: <https://proqol.org/proqol-measure>, zugegriffen am: 30.06.2024.
- Stoewen, Debbie L. (2019): *Moving from compassion fatigue to compassion resilience. Part 2: Understanding compassion fatigue*. In: *The Canadian veterinary journal*, Band 60, S. 1004-1006. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6697064/>, zugegriffen am: 22.05.2024.
- Taubner, Svenja; In-Albon, Tina (2024): *Klassifikation und Neuerungen in der ICD-11*. In: *Die Psychotherapie [Journal]*, Band 69, S. 149-150. In: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-024-00720-x>, zugegriffen am: 19.06.2024.

- Tietze, Kim-Oliver (2019): Kollegiale Beratung – einfach aus der Ferne, komplex aus der Nähe. In: *Organisationsberatung, Supervision, Coaching [Journal]*, Band 26, S. 439-454. In: <https://doi.org/10.1007/s11613-019-00622-x>, zugegriffen am: 03.07.2024.
- Tüllmann, Tanja (2016): Selbstfürsorge als Schlüssel zur Gesundheit. In: Baierl, Martin; Frey, Kurt (Hg.): *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche*, Göttingen, Deutschland: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 264-275.
- University of Calgary (o.J.): Trauma-Informed Practice. Clinical Social Work Specialization. In: <https://socialwork.ucalgary.ca/trauma-informed-practice>, zugegriffen am: 17.06.2024.
- Valent, Paul (1995): Survival Strategies: A Framework for Understanding Secondary Traumatic Stress and Coping in Helpers. In: Figley, Charles R. (Hg.): *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York, USA: Routledge, S. 21-50.
- Wee, David F.; Myers, Diane (2002): Stress Response of Mental Health Workers Following Disaster: The Oklahoma City Bombing. In: Charles R. Figley (Hg.): *Treating Compassion Fatigue*, New York, USA: Brunner-Routledge, S. 57-83.
- World Health Organization (WHO) (2024): *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Post traumatic stress disorder*. Genève, Schweiz: World Health Organization.
- Yassen, Janet (1995): Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder. In: Figley, Charles R. (Hg.): *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York, USA: Routledge, S. 178-208.
- Zipperle, Mirjana; Treptow, Rainer; Bauer, Petra; Stauber, Barbara (2016): Einleitung. In: Zipperle, Mirjana; Treptow, Rainer; Bauer, Petra; Stauber, Barbara (Hg.): *Vermitteln. Eine Aufgabe von Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*, Tübingen, Deutschland: Springer VS, S. 1-12.
- Zito, Dima; Martin, Ernest (2016): *Traumasesibler Umgang mit geflüchteten Menschen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche*. Weinheim, Deutschland: Beltz Juventa.
- Zito, Dima; Martin, Ernest (2021): *Selbstfürsorge und Schutz vor eigenen Belastungen für Soziale Berufe*. Weinheim, Deutschland: Beltz Juventa.

Abkürzungsverzeichnis

DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Revision - Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen in den USA, herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der WHO
ICD-11	Deutsche Modifikation der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
STS	Secondary Traumatic Stress, Compassion Stress
STSD	Secondary Traumatic Stress Disorder, Compassion Fatigue
WHO	World Health Organization

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Ludwig, Elli

Matr.-Nr.: 27695

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel:

Compassion Fatigue und Selbstfürsorge in der Sozialen Arbeit

selbstständig angefertigt und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen und dem Internet) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos als solche kenntlich gemacht.

Ich versichere, sämtliche mittels Künstlicher Intelligenz generierten Inhalte und Ergebnisse markiert zu haben. Eine Dokumentation der Verwendung liegt der Arbeit bei (Nennung der Zugriffsquelle, Datum und Eingabeparameter [Prompts]).

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift