



Resource Handbook

Working with displaced people for teaching and support teams

edited by the
Media Governance and
Industries Research Lab
2017



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



universität
wien

This handbook contains

1. *Informationen über Traumatisierung* by refugee trauma help
2. *Flucht und Asyl* by Diakonie Wien
3. *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims* by Lisa McCann & Laurie Anne Pearlman
4. *Working with refugees and asylum seekers* by Stuart W. Turner & Jane Herlihy
5. *Secondary Trauma: How working with trauma survivors affect therapists* by Amy R. Hesse
6. *Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review* by S. Collins & A. Long
7. *Sexuelle Belästigung an der Universität Wien* by Arbeitskreis für Gleichberechtigungsfragen

This handbook is intended as a resource for information about working with and teaching specific vulnerable populations and in particular adult refugees. The texts provide only a selection of scientific and practitioner derived advice and overview that may prove helpful for everyone involved with the OLIve Programmes. This is a first attempt to provide teams with resources from which they can expand their knowledge and understanding and from which they can seek out more academic and professional input.

The handbook is not intended to replace any form of professional support and counseling but merely to expand the set of tools of individuals in support roles. A list of further resources is offered as well as information about seeking professional support.

We advise all teams to alert the core OLIve team immediately to any issues and not be hesitant to seek out help.

Trauma: useful websites

<http://www.refugee-trauma.help>

A guide to working with young people who are refugees

<http://www.foundationhouse.org.au/wp-content/uploads/2014/07/WorkingwithYoungPeoplewhoareRefugees.pdf>

Teaching information

<https://sharemylesson.com/immigration>

Focus on children

<http://www.nctsn.org/trauma-types/refugee-trauma>

Helplines

<http://www.hilfe-in-der-krise.at/index.php/notrufnummern.html>

Informationen über Traumatisierung

Inhalt

1. Etwas Theorie über Trauma
2. Mögl. traumatische Erfahrungen von Menschen mit Kriegs- und Fluchterfahrung
3. Lebensalltag der geflüchteten Menschen heute
4. Welche Symptome können die traumatisierten Menschen zeigen?
5. Wie helfen Sie Menschen aus dem traumatischen Wiedererleben heraus, zurück in die Realität?
6. Wie können Sie helfen diese Menschen zu unterstützen und zu stabilisieren?

☞ **Hinweis:** Es wird hier bewusst auf Fachbegriffe verzichtet. Stattdessen wird versucht die Thematik für Sie als Laien verständlich darzustellen, damit Sie in Ihrer Arbeit mit Menschen nach Kriegs- und Fluchterfahrung handlungsfähiger werden (nach dem Motto „was muss man vom Auto wissen, um zu fahren“)

Was ist eigentlich ein Trauma?

Versuch einer Definition: Eine überwältigende, lebensbedrohliche, furchtbare und ängstigende Erfahrung, die außerhalb der „normalen“ menschlichen Erfahrungsbereichs liegt.

- Mit dem Gefühl der Ohnmacht, des Ausgeliefertseins, des Kontrollverlustes verbunden.
- Mit enormen seelischen und / oder körperlichen Schmerzen verbunden.
- Etwas das von unserem Gehirn abgespalten, der Erinnerung nur teilweise zugänglich ist oder ganz verdrängt wird.
- Was ein Mensch als traumatisch erlebt, ist auch von der subjektiven Wahrnehmung abhängig. Z.B. kann es für ein Kind traumatisch sein, wenn es nur denkt, die Eltern seien im eingestürzten Haus ums Leben gekommen, auch wenn es die Eltern nach einigen Stunden wieder sieht.

Einteilung unterschiedlicher Trauma-Typen

- **Kurz, dauernd und einmalig oder langanhaltend, mehrfach sich wiederholend**
- **Schicksalhaft**, zufällig oder durch **Menschen** verursacht
- **kollektives Trauma** (z. B. Krieg).

☞ **Hinweis:** Sich wiederholende von Menschen verursachte Traumen sind in ihren Auswirkungen auf die Opfer meist schwerer als zum Beispiel eine Naturkatastrophe.

Erfahrungen, die am häufigsten schwere Traumatisierungen auslösen, sind Krieg, Vergewaltigung und körperliche / seelische / sexuelle Gewalt in der Kindheit! Genau dies kann Menschen, die Krieg und Flucht überstanden haben, betreffen!!

Typische Lebenseinstellung NICHT-traumatisierter Menschen

- ☺ Hat die Überzeugung „unverletzlich“ zu sein
- ☺ Nimmt die Welt als bedeutungsvoll, verständlich und kontrollierbar wahr.
- ☺ Sieht sich Selber als positiv und wertvoll

Typische Lebenseinstellung traumatisierter Menschen

- ☹ Sieht sich selber als verletzt und zukünftig verletzbar
- ☹ Sieht die Welt als feindlich, unverständlich und unkontrollierbar an
- ☹ Sieht Sich selber als beschädigt und wertlos

Fazit: Eine schwere traumatische Erfahrung kann die Sicht auf das Leben und die Welt und damit das eigene Handeln dramatisch verändern!

Was passiert im Gehirn bei einer traumatischen Erfahrung?

Ein **normales Ereignis** wird im „normalen“ Gedächtnisspeicher abgelegt. Man kann es dann selbst zeitlich einordnen und als zu sich selbst zugehörig erleben. Es kann erzählt werden, Gefühle und Gedanken können dabei wieder aktiviert werden („Dort und damals geschah mir das und das...ich dachte Folgendes und fühlte dabei...“)

Ein **traumatisches Erlebnis** überflutet die normale Stressverarbeitung („Sicherung“ schaltet ab), die Erinnerung an das Trauma wird aufgespalten in verschiedenen Hirnarealen abgelagert, die Erinnerung ist nicht zeitlich eingebunden, es existiert eine Blockade zum Sprachzentrum. Erinnerungsfragmente können leicht „angestoßen“ und von der Person als jetzt real wieder erlebt werden (einzelne Gerüche, Gefühle etc.). Manchmal erleben Traumatisierte die schlimmen Erinnerungen als Film wieder (Flashback), als würden sie ‚Jetzt und Hier‘ wieder geschehen (So, als wenn man nachts einen Albtraum erlebt).

- 👉 **Unter Stress ist unsere Großhirnfunktion** durch den Einfluss der Stresshormone **stark eingeschränkt** (z.B. Gedächtnisfunktionen wie das Speichern und Erinnern von Wissen und Erlebnissen, Lernen)

Das war in früheren Zeiten der menschlichen Entwicklung durchaus sinnvoll, (körperliche Reaktionen wie Fliehen und Kämpfen standen anfänglich im Vordergrund z.B. Kampf um Nahrung, Flucht vor den Bären).

Für Kampf und Flucht sind sehr schnelle Reflexe notwendig, welche durch eine Beeinflussung durch das Großhirn geringfügig verlangsamt wurden. Vielleicht ist dies heute vergleichbar mit einem Computer der langsamer arbeitet sofern viele Programme gleichzeitig laufen. So hat sich ein „Abschalten“ oder „Herunterregeln“ des Großhirns unter den damaligen Bedingungen als Überlebensvorteil dargestellt.

In unserer heutigen Welt bedeutet dies jedoch oft einen Nachteil, wenn man um Entscheidungen zu treffen, komplexere Vorgänge berücksichtigen muss, bei denen man auf eine volle Funktion des Großhirns angewiesen ist um optimal zu reagieren

Untersuchungen weisen darauf hin, dass Mütter die während der Schwangerschaft massivem Stress (Flucht, Gewalt, Angst etc.) ausgesetzt sind, durch die Nabelschnur auch vermehrt Stresshormone auf das Baby übertragen! Dort regen diese dann das Wachstum des „Stresshormonzentrums“ an. Dieses produziert dann seinerseits automatische im Kind mehr Stresshormone, möglicherweise ein Leben lang. Die betroffene Person gerät dann in seinem Leben selber schneller als andere in „Stress“, sie verspürt z.B. mehr und schneller Angst als andere oder reagiert schneller reizbarer oder explosiver als andere.

Fazit: Hier kann direkt positiv und präventiv eingewirkt werden, indem die schwangeren geflüchteten Frauen möglichst auch im „sicheren“ Gastland besondere Unterstützung erhalten!

Körperliche Reaktionen bei extremer Belastung / Traumatisierung

1. Flucht oder Kampf

(Kreislauffunktionen und Stresshormone etc. „laufen auf Hochtouren“)

2. Erstarren (Freeze), der sogenannte Totstellreflex,

um so eventuell doch noch eine Chance der Flucht zu bekommen

3. Unterwerfung (Submit) „inneres Aufgeben“,

die Körperfunktionen, Kreislauf etc. „fahren herunter“, inneres „Wegtreten“

Nehmen wir das Beispiel der Katze und der Maus. Eine Katze hat eine Maus entdeckt, diese versucht zu fliehen. Die Katze fängt die Maus hält sie zwischen ihren Pfoten. Sie wirkt wie tot obwohl ihr noch keine großen Verletzungen zugefügt wurden (Totstellreflex). Wie Katzen so sind, spielt sie mit ihrer Beute, die Maus regt sich nicht. Die Katze wird kurzzeitig von etwas anderem abgelenkt und plötzlich rennt die Maus davon.

Während der Flucht oder Kampfphase arbeiten im Körper die Stresssysteme auf Hochtouren. Es wird „Energie“ bereitgestellt, um kämpfen oder fliehen zu können, der Körper ist angespannt, Herz, Blutdruck und Muskelkraft sind maximal aktiviert.

Kann weder gekämpft oder geflohen werden kommt es zur „Schreckstarre“. Der Körper wirkt äußerlich wie erstarrt, im Inneren sind die Stresshormone aber noch voll aktiv. Noch besteht innerlich die Fähigkeit zu kämpfen oder zu fliehen, sofern sich eine Möglichkeit bietet.

Halten die äußeren Umstände, welche diese Anspannung auslösen weiter an, kommt es zu einer veränderten Reaktion der Stresssysteme: Körpereigene Opiate werden freigesetzt, das Schmerzempfinden wird gehemmt, Blutdruck und Herzfrequenz sinken, die Muskulatur wird schlaff. Es kommt insgesamt zu einer Art Betäubung, die es ermöglicht eine überwältigende Erfahrung nicht bei vollem Bewusstsein zu erleben. Allerdings werden dann auch die Ereignisse in dieser Zeit nicht genau abgespeichert. Körpergefühle, Gefühle, Gedanken und Handlungsabläufe können dann nicht im Zusammenhang mit dem Erlebten erinnert werden.

- 👉 **Hinweis:** Einzelne Elemente dieser körperlichen Reaktionen können sich im Verhalten der traumatisierten Menschen später plötzlich zeigen, z.B. körperliche Anspannung, Überwachtheit, schlecht schlafen, Reizbarkeit Aggression, Verlangsamung, emotionale oder körperliche Erstarrung, „weggetreten“ sein, wie Roboter wirken, sich energielos und schlapp fühlen oder ihre Gefühle nicht mehr wahrnehmen können. Dies ist dann für die Betroffenen nicht steuerbar.
- 👉 Je gefestigter ein Mensch (reifer / erwachsener die Persönlichkeit) ist, desto eher hat er die Chance, schlimme Erfahrungen besser einzuordnen und zu verkraften – daraus folgt:
Kinder haben es besonders schwer (auch und gerade wenn sie unbeschwert und fröhlich wirken!)

Mögliche traumatische Erfahrungen von Menschen mit Kriegs- und Fluchterfahrung

- ❖ Bedrohung, Körperliche Gewalterfahrung, Folter, Schmerz, Angst
 - Im familiären Umkreis, der community oder Bedrohungen durch Täter oder im politisch/religiösem Umfeld im Herkunftsland oder bei uns
 - Sexuelle Gewalt (Vergewaltigung), Zwangsprostitution
 - Vertreibung, Flucht

- ❖ In Kriegs- oder Krisengebieten leben, Miterleben / Schilderungen (Sekundäre Traumatisierung) von Bombenangriffen, Kämpfen, Gewalt, mitansehen, wie Menschen grausam sterben
- ❖ Gewaltsamer Tod von Eltern, Kindern, Ehepartnern, Geschwistern, Freunden
- ❖ Selbst (freiwillig oder gezwungen) TäterIn (z.B. Kindersoldaten) gewesen zu sein
- ❖ Häufiger Umgebungswechsel / Beziehungsabbrüche (auch hier bei uns)
- ❖ Verloren gehen (Viele unbegleitete Kinder werden derzeit weltweit betreut), allein zurückgelassen werden, nicht wissen wie es weitergeht
- ❖ Verlust von Sicherheit, Armut, Hunger, Durst, Kälte, Krankheit, Naturkatastrophen, Verrohung
- ❖ Ohnmacht, als einer der wichtigsten Entstehungsfaktoren für eine Traumatisierung
- ❖ Schuld-oder Schamgefühle bezgl. bedrohlicher Erlebnisse, auch wenn das Opfer völlig unschuldig ist (z.B. „wenn ich nicht spielen gewesen wäre, hätte mein Vater mich nicht im Keller gesucht, als eine Bombe auf das Haus fiel...“)

Lebensalltag der geflüchteten Menschen heute

- ❖ Die Menschen sind von der Flucht und den derzeitigen Lebensbedingungen geschwächt, erschöpft, möglicherweise auch krank.
- ❖ auf ‚Überleben‘ programmiert – (Gefühle müssen unterdrückt werden) möglicherweise wie Roboter funktionieren, apathisch wirken
- ❖ oder eben genau das Gegenteil: sie können sich nicht steuern oder kontrollieren, explodieren leicht, sind dünnhäutig, leicht ablenkbar, weinen rasch
- ❖ Je nach Unterbringung / Unterbringungsland: Belastungen durch komplizierte Verfahren der Behörden, keine ausreichende Versorgung mit Nahrung, sauberem Trinkwasser, Kleidung, Medikamenten, Schlafgelegenheiten
- ❖ Sie sind oder fühlen sich noch nicht in Sicherheit (Zuverlässige Bezugspersonen / Kontinuität sind wichtig!!)
- ❖ Keine Privatsphäre, keine Rückzugsmöglichkeit, oft massive räumliche Enge
- ❖ Misstrauen, Angst vor dem Fremden = **Feind?** (z.B. Security-Dienst, in der Heimat waren Polizei und Behörden oft Täter...), Übersetzer aus „anderem“ Zusammenhang in der Heimat bekannt, Homosexualität in Heimat und Community geächtet, Gefürchtete / erlebte Fremdenfeindlichkeit z.B. in Deutschland).
- ❖ Die Geflüchteten verstehen die Sprache des Gastlandes nicht (der Übersetzer „zensiert“ vielleicht) und werden ausgelacht oder angefeindet wegen ihren schlechten Sprachkenntnisse oder ihres Verhaltens

- ❖ Für Kinder kann der Weg allein zur Schule (Trennung von der Familie) starke Ängste auslösen
- ❖ Schlechter Schlaf in Gemeinschaftsräumen (z B. man hört die Anderen schreien, weil sie Albträume haben)
- ❖ Weiterhin bestehende Angst – evtl. um die Familienmitglieder, Freunde in der Heimat)
- ❖ Trauerprozess wegen des Verlustes von Angehörigen (und eigentlich allem, was die gewohnte Welt war)
- ❖ Eventuell hohe Verantwortung (auch schon bei kleinen Kindern): „Ich muss es schaffen, hier zu bleiben, damit meine Familie zu Hause versorgt ist oder nachziehen darf
- ❖ Kinder und Frauen haben es in den Heimen deutlich schwerer. Es geschehen sehr häufig sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen in den Heimen. Es gibt häufig keine abschließbaren oder getrennten Duschen oder Toiletten. Die Frauen und Kinder müssen oft mit fremden Männern im selben Zimmer schlafen.
- ❖ Alleinreisende Frauen mussten sich auf der Flucht und eventuell auch hier unter den Schutz von Männern stellen („Onkel“, sich prostituieren)
- ❖ Die Flucht selber hat die Menschen auch verändert – sie haben Grausamkeiten erlebt, mussten selber vielleicht Dinge tun, die grausam waren und nicht „moralisch“, um selber zu überleben.
- ❖ Häufig unterstützen diese Bedingungen eine weitere Traumatisierung und die Betroffenen werden von den erlebten traumatischen Erinnerungen überflutet (= Flashback).
- ❖ Stress und Traumatisierung können Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen zur Folge haben (die Betroffenen „begreifen“ nicht, vergessen was schon erklärt wurde, kommen nicht pünktlich oder gar nicht zu Terminen => GEDULDIG SEIN!)
- ❖ Traumatisierte Eltern können ihre Elternfunktion nicht richtig übernehmen, bieten keinen „sicheren Hafen“ (Gefahr der Vernachlässigung!!), was die Kinder stresst und ängstigt. (Die Eltern verhalten sich depressiv oder apathisch, zeigen selber Aggressionsausbrüche, die sie nicht steuern können. Als Reaktion darauf können die Kinder aggressiv werden (häufig die Jungen) oder „überkompensieren (häufig die Mädchen) angepasst oder sehr lebenslustig wirken, um die Eltern zu stützen und zu entlasten.

Fazit: Die Menschen, die Krieg und Flucht überstanden haben, sind möglicherweise traumatisiert, jedoch sicherlich weiterhin in einer Ausnahmesituation, die sie verunsichert und häufig ängstigt und in jedem Fall massiv fordert und oft überfordert.

Welche Symptome können die traumatisierten Menschen zeigen?

- Szenisches Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses (=Flashbacks) Dies wird z.B. durch bestimmte Geräusche (als Trigger) ausgelöst. Als Beispiel: ein Mann wirft sich beim Mittagessen unter seinen Esstisch, weil draußen ein Flugzeug vorbeifliegt und er mit einem Bombenangriff rechnet obwohl er seit langem in Deutschland lebt. Er wirkt wie erstarrt, braucht sehr viel Zuspruch bis er wieder im „hier und jetzt“ ansprechbar ist und sich wieder in Sicherheit fühlt und weiß. **Mögliche Trigger-Situationen in den Wohnheimen:** enger laute Essenausgabe, Aufenthaltsräume, emotional aufgeheizte Situationen z. B beim Sport, Schulhof, Streitigkeiten.
- Wiedererleben (von Teilen) der belastenden Erinnerung in Form von Gedanken, Albträumen, Flashbacks (= plötzlich intensives Wahrnehmen von Trauma Bestandteilen), Pseudohalluzinationen (z.B. eine dunkle Gestalt aus den Augenwinkeln wahrnehmen, die bedrohlich auf einen zukommt etc.)
- Anhaltende Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern;
- Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern;
- Gefühl der Entfremdung von der Umgebung, die verändert und möglicherweise unwirklich erscheint (Derealisierung) bzw. Gefühl der Entfremdung vom Körper, der einem fremd erscheint (Depersonalisierung).
- Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden zu sich und zu anderen, Gefühl einer eingeschränkten Zukunft zu haben, verminderter Interesse am sozialen Leben, Verlust von Spiritualität;
- Erhöhte Erregung: Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz (übermäßige Aufmerksamkeit), Schreckreaktionen,
- Aggressionsausbrüche gegen andere Menschen ohne aktuellen Grund
- Müdigkeit, Passivität, Rückzug, Erstarrung, Schüchternheit
- Ängstlichkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsunfähigkeit
- Bei Kindern auch: häufiges Nachspielen der belastenden Szenen, ohne dass Erleichterung eintritt; viele Albträume mit stark ängstigenden Inhalten
- Bei Kindern: Weinen, Schreien, Zittern auch ohne jeden aktuellen Grund, Einnässen, Zahneknirschen, Nägel beißen, Selbstverletzung

Wie helfe ich Menschen aus dem traumatischen Wiedererleben heraus, zurück in die Realität?

👉 **Hinweis:** Auch wenn man noch so engagiert ist, den Geflüchteten maximale Unterstützung und Hilfe bieten möchte, ist es doch extrem wichtig, sich bewusst zu machen, unter welchen Bedingungen die Menschen derzeit leben. Auch wenn keine akute Lebensbedrohung mehr besteht, gibt es für meisten Geflüchteten noch kein dauerhafte, verlässlichen Bleibe-bzw. Zukunftsperspektive.

Unter den Bedingungen einer unsicheren Umgebung und unklaren Zukunftsperspektiven kann **keine Therapie** stattfinden. Sie ist erst möglich, wenn jemand sich sicher fühlt, die Lebensbedingungen stabil sind, um die Gefühle und Erinnerungen aus den traumatischen Erlebnissen, die dann erneut belastend sein können, zulassen zu dürfen und verarbeiten zu können. (Traumatherapie braucht einen sicheren Rahmen, Zeit und speziell geschulte TherapeutInnen.)

Wir können aber in dieser Zeit den Geflüchteten helfen, die schlimmen Erinnerungen und Gefühle „wegzupacken“, um so vorerst funktionieren und überleben zu können?

Bei Auftreten von akuten, die Opfer massiv beeinträchtigenden, Trauma-Symptomen wie z.B. Flashbacks sind Sie wie bei einem Autounfall ein Notfallhelper, der die Aufgabe hat den Menschen aus der (inneren) Gefahrensituation herauszuholen und (in der Gegenwart) Sicherheit zu geben.

Flashbacks sind innere Notfallsituationen! Nicht alleinlassen oder nachfragen, was denn gerade erlebt wird. Dies gibt den „schlimmen“ Bildern und Gefühlen die Möglichkeit aktiv zu bleiben oder wieder aktiv zu werden und führt abermals zu Ohmachtsgefühlen. Der Traumatisierte erlebt erneut einen Kontrollverlust fühlt sich handlungsunfähig und wird damit vielleicht retraumatisiert.

Konkrete Tipps

1. „**LOT**“: **L**agewechsel – **O**rtswechsel – **T**hemenwechsel (durch unterschiedliche Reize / Anforderungen auf den Körper und das Gehirn von außen, ist es für das Gehirn leichter möglich, das emotionale Erleben wieder „herunterzuregeln“ und das logische Denken und Funktionieren im aktuellen Alltag wieder in den Vordergrund zu bringen. Das bedeutet, z.B. sofern der Betroffene sitzt, ihm helfen sich hinzustellen, dann den Ort der Auslösersituation verlassen und versuchen die Aufmerksamkeit der Person auf andere Dinge zu lenken, die nicht angsteinflößend sind.

2. Beim Namen ansprechen, sofern bekannt.
(Nicht einfach anfassen, da die Person innerlich vielleicht gerade eine ganz andere Szene erlebt, wie im Alptraum. Sie könnten möglicherweise mit einem früheren Täter verwechselt werden und abgewehrt und dabei verletzt werden!!)
3. Herausnehmen aus der Auslösersituation!
4. Beruhigende Stimme
5. Sicherheit vermitteln
6. Bewegung initiieren (lenkt die Gehirnaktivität um)
7. Etwas zu trinken anbieten (lenkt die Gehirnaktivität um)
8. Tresorübung, nach Alter und Sprachkenntnis abgewandelt (s. Imaginationsübungen)
9. Anschließend durch andere Tätigkeit und anderes Thema ablenken

Wie kann ich helfen, diese Menschen zu unterstützen und zu stabilisieren?

(Wichtig: Den „GUTEN“ Grund für jedes Verhalten suchen, um zu verstehen!)

Für den Betroffenen Verlässlichkeit schaffen

- ☺ Dem Menschen das Gefühl geben angenommen zu werden, auch wenn er „komische“ Verhaltensweisen zeigt.
- ☺ Wenn Schlimmes erinnert wird, erzählen lassen, ruhig zuhören, Anteilnahme zeigen (aber nicht aktiv nach Details fragen!) aber eventuell auch behutsam ablenken, je nach eigenen Möglichkeiten (habe ich Zeit und Raum dafür, habe ich gerade selber ausreichend innere Stabilität?)
- ☺ Gelassenheit, Sicherheit ausstrahlen
- ☺ Freundlichkeit, Lächeln,
- ☺ Emotional berechenbar sein, eigene emotionale Spitzen zurücknehmen
- ☺ konsequent (= verlässlich) sein, (was ich sage setzte ich möglichst um)
- ☺ Hilfe geben, wenn nötig beruhigen
- ☺ Kontinuität der Bezugspersonen, der Räumlichkeiten, der Wege
- ☺ verlässliche Alltagsstruktur

Und

- ☺ Das Gefühl von Kontrolle und Wahlmöglichkeiten geben
- ☺ Erfolgserlebnisse vermitteln
- ☺ Möglichkeiten für Sport / Tanzen und Bewegung zum Stressabbau schaffen
- ☺ Ablenkung (Mandalas malen, Musik machen Kreativität zulassen und fördern)
- ☺ Möglichkeiten schaffen positive (innere) Gegenbilder zu bilden

Flucht und Asyl

Über 60 Millionen Menschen sind weltweit unterwegs. Gezwungener Maßen. Sie suchen in anderen Landestälern oder in anderen Ländern Schutz vor Verfolgung durch totalitäre Systeme und vor Gewalt, bedingt durch Kriege, Bürgerkriege oder den Zerfall staatlicher Ordnungen. **>> Daten und Trends!** Die Fluchtbewegungen haben zum einen weitreichende Konsequenzen für die Lebensverhältnisse der Geflüchteten. Zum anderen resultiert aus ihnen sozialer Wan- del in den Aufnahmeländern. Obwohl sie hauptsächlich den globalen Süden betreffen, halten sie Politik, Medien und Zivilgesellschaft hierzulande in Atem. Und so sind sie auch Thema geworden für jede Wissenschaft, welche die moralische Praxis reflektiert: die Ethik. Was sollen wir tun – und warum? Wie sollen wir gut (mit Blick auf Haltungen und Prinzipien) und richtig (mit Blick auf Ergebnis und Folgen) handeln? Wozu sind wir als einzelne (Individualmoral) und als Gesellschaft (Sozialethik) verpflichtet?

Offene Fragen

Zweifelsohne stellen die aktuellen Fluchtbewegungen Österreich und Europa vor große Herausforderungen. Und sie werfen Fragen auf.

Viele ÖsterreicherInnen reagieren empathisch auf das Leid der ankommenden Geflüchteten und helfen. Für die unmittelbare Hilfe wurde im Herbst 2015 der Begriff „Willkommenskultur“ geprägt. Das Klima war zuversichtlich. Doch 2016 ist die Zuversicht gewichen. Ein Gefühl der Überforderung und Skepsis hat sich breit gemacht: Ist das nicht zuviel? Schaffen wir das wirklich? Ist die Willkommenskultur nicht eine Einladung, Größere Fluchtdistanzen sind seitens 95% der aus Afghanistan geflüchteten leben in den Nachbarländern Pakistan und Iran. 7,6 Millionen syrische Kriegsflüchtlinge sind彬nenvertrieben, 2,7 Millionen sind in die Türkei geflochen, 1,1 Millionen in den Libanon und 640.000 nach Jordanien. Ob Menschen größere Distanzen überwinden, hängt von mehreren Faktoren ab: von finanziellen Ressourcen, persönlichen Netzwerken, natürlichen Hindernissen und Grenzregimen. Viele hält auch der Wunsch nach rascher Rückkehr davon ab, sich zu weit von zu Hause zu entfernen. Muster von (mehrfacher) Rückkehr und erneuter Flucht finden sich oft. Die Fokussierung auf den Pull-Faktor so genannter „Anreize“ im europäischen Zielland greift zu kurz.

Daten und Trends

Seit Ende des Kalten Krieges gab es zwei Hochphasen im **globalen Fluchteschein:** Anfang der 1990iger Jahre (21,3 Millionen Flüchtlinge 1992 und Mitte der 2010er Jahre (21,2 Millionen Ende 2015). Stärker als die Zahl der Flüchtlinge, die Landesgrenzen überwinden, wuchs die Zahl der Binnenflüchtlinge: von 21,2 Millionen im Jahr 2000 auf 40,8 Millionen 2015.

Flucht ist selten ein linearer Prozess. Menschen auf der Flucht bewegen sich meist in Etappen. Zunächst suchen sie nahe gelegene Zufluchtsorte und wandern dann weiter zu Verwandten oder Bekannten. Wenn Kontakt- und Sicherheitslager sowie Versorgungs- und Erwerbsmöglichkeiten es nötig machen, ziehen sie in benachbarte Regionen oder Nachbarstaaten.

Die Zahlen zeigen, dass nicht die wohlhabenden Industrieländer – Europa, die USA, Australien – die Hauptverantwortung für Geflüchtete schultern: Die Staaten des globalen Südens beherbergen 86% aller weltweit registrierten Flüchtlinge und Binnenvertriebenen (mit seit Jahren steigender Tendenz, 2003 waren es 70%).

In **Österreich** war der Zuzug aus dem Ausland 2015 zwar höher als in den Vorjahren, aber nicht so hoch wie die öffentliche Diskussion insinuiert – das öffentliche Bewusstsein ist stärker durch die Bilder von Geflüchteten auf der Durchreise geprägt, denn durch die tatsächlichen Zahlen. 2015 waren 199.000 Zuzüge von ausländischen

Staatsangehörigen zu verzeichnen, davon haben 88.340 einen Asylantrag gestellt; 2014 waren es 154.000 Zuzüge, davon 28.000 Asylanträge. Mit 44% im Jahr 2015, 18% 2014 und um die 13% in den Jahren davor, machen AsylwerberInnen den geringeren Teil des Zuzugs ausländischer Staatsangehöriger aus. Nach dem Ausnahmejahr 2015 ist die Zahl der Asylanträge 2016 wieder auf 42.073 gesunken. Die Zahl der AsylwerberInnen ist – anders wie die andere Zuzug – durch ein starkes Auf und Ab geprägt. Welkenkämme und Wellentäler treten seit 1945 mit erstaunlicher Regelmäßigkeit auf. Daran haben auch die diversen Asylrechtsverschärfungen nichts geändert. ☐

Getröhrt der Überforderung hinzuhalten?

Wie den Herausforderungen begegnen, die eine größere Zahl an Geflüchteten für die Aufnahmegesellschaft – für ihr Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystem, ihren Arbeitsmarkt, ihre Sicherheit, ihre kulturelle Identität, den gesellschaftlichen Zusammenhalt – mit sich bringen? Durch Hilfe vor Ort und weniger

tatsächlich stoppen? Gibt es nicht anderes, bessere Lösungen für die anstehenden Probleme – etwa gute Integrationsbedingungen?

>> Ein Flüchtlings ist eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen seiner Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will.“

(Art. 1 GFK)

Flüchtling bei uns, meinen nicht wenige PolitikerInnen. Sie schlagen restriktive Maßnahmen vor: Obergrenzen für Asylanträge per Notverordnung werden diskutiert. Wobei auffällt: Auf dem so genannten Asylfestival der Bundesregierung im Jänner 2016 wurde ausdrücklich ein Richtwert beschlossen. Das Dokument spricht an keiner Stelle von einer Obergrenze). Grenzen werden durch Zäune befestigt, die Fluchtwege nach Europa abgeriegelt. Österreich soll als Zielland unattraktiv gemacht werden, etwa durch die Kürzung der Mindestsicherung für Asylberechtigte. Doch halten diese Maßnahmen Menschen wirklich davon ab, bei uns Schutz vor Krieg und Terror zu suchen? Können sie den Rechtsstuck

?

der Evangelischen Kirchen in Österreich

>> Vorschläge der Diakonie

Das Argumentarium dient der Orientierung in einem Diskurs mit vielen Ebenen. Es will den Lesern und Leserinnen eine Grundlage gebieten, auf der sie sich selbst eine wohl begründete Meinung bilden können. Die ethische Urteilsbildung steht in komplexen Spannungsfeldern. In der Spannung zwischen der Notwendigkeit unmittelbarer Hilfe und angestrebten Zielen politischer Natur,

- zwischen persönlichem Engagement seines Helfenden und strukturell-politisches Fragen, mit denen jeder karitative Einsatz früher oder später konfrontiert ist;
- zwischen dem Individuum und seinen Ansprüchen und den Staaten bzw. Gemeinschaften und ihren Ansprüchen;
- zwischen globalen und nationalstaatlichen Überlegungen.

Um eine Schneise ins Dickicht der Fragestellungen zu schlagen, fokussiert das Argumentarium auf die Frage: Wozu sind die Mitgliedstaaten der EU angesichts der aktuellen Fluchtbewegungen moralisch verpflichtet? Ausgangspunkt bildet eine Unterscheidung des Soziologen Max Weber, an die ethische Debatten zu Asyl aktuell anknüpfen: die Unterscheidung zwischen Gesinnungs- und Verantwortungsseit. Wie funktionieren verantwortungsseitische Argumente einerseits und gesinnungsseitische andererseits? >> **Gesinnung & Verantwortung** Das führt uns zum einen zu einer genaueren Betrachtung des Zueinanders von Menschen-

Was sind ethische Argumente?

Dieses Argumentarium greift die ethischen Versatzstücke in der Asyl-Debatte auf und ordnet sie ein. Welche ethischen Positionen gibt es überhaupt, wie argumentieren sie? Wie positionieren sich Theologie, Kirchen und Diakonie? >> **Christliche Perspektiven >> Die Position**

rechten und staatlicher Souveränität

Wer ist ein Flüchtling?

Eine Grundfrage in all diesen Debatten ist: Wer ist ein Flüchtling? Soll zwischen Flucht und Zuwanderung, zwischen Asyl und Migration unterschieden werden? Derartige Problembeschreibungen sind nie neutral. Sie sind selbst Teil einer Argumentationsweise, die auf der theologisch-ethischen Überlegungen der ethischen Diskussion. Wir treffen

in diesem Argumentarium eine Grundsatzentscheidung: Wir unterscheiden zwischen Asyl und Migration, nehmen im Völkerrecht gesetzten Definitionen (>> **Rechtslage**). Diese Skizze ethischer Argumentationswege wird abgerundet durch eine Darstellung spezifisch theologisch-ethischer Überlegungen.

Rechtslage

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948) kennt ein Recht auf grenzüberschreitende Bewegungsfreiheit. Art. 13 verbietet das Recht jedes Menschen, sein Land zu verlassen. Allerdings korrespondiert dem kein Recht, in ein bestimmtes Land einzuzwandern. In Art. 14 wird das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen „Asyl“ zu suchen und zu gewähren“ formuliert, und Art. 15 garantiert das Recht auf Staatsangehörigkeit, diese Rechte tatsächlich zu gewähren, sieht die AEMR jedoch nicht vor.

Die Verpflichtung zur Gewährung des Rechts auf Asyl ist in der zweitwichtigsten Rechtsvereinbarung zu dieser Frage kodifiziert: in der Gender Flüchtlingskonvention (1951). Sie ist für Unterzeichnerstaaten bindend, ihre Verbindlichkeit wird auch in Art. 18 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2009) bestätigt. AEMR, GFK, Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) und europäische Grundrechtscharta bilden die völkerrechtliche Basis für nationale Asylgesetzgebung. Sie können durch nationale Gesetze nicht außer Kraft gesetzt werden.

Die Mitgliedsstaaten der EU sind außerdem verpflichtet, sich in ihrer Gesetzgebung an die Richtlinien, welche die Minimalbedingungen für Asyl in Europa festlegen, zu halten: die Asylaufnahmerichtlinie (Mindeststandards für Versorgung), die Qualifikationsrichtlinie (Normen für die Anwendung als Flüchtling) und die Asylverfahrensrichtlinie (Verfahrensgarantie).

Die GFK definiert jene Personen als Flüchtlinge, die aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder politischen Überzeugung Schutz außerhalb ihres Heimatstaates suchen. Im Asylverfahren wird geprüft, ob tatsächlich ein Asylgrund vorliegt. Darüber entscheidet Gerichte. Das Menschenrecht auf Asyl bedeutet also das Recht auf ein rechtsstaatliches Verfahren in einem der 147 Staaten, welche die GFK ratifiziert haben. Es ist keine Garantie, auch wirklich Asyl zu bekommen.

Dem eigentlichen Asylverfahren vor dem Bundesamt für Asyl und Fremdenwesen ist ein Zulassungsverfahren vorgesetzt, in dem geklärt wird, ob Österreich zuständig ist. Grundlage dafür ist das so genannten **Dubliner Übereinkommen**, das vorsieht, dass jenes Land das Verfahren durchführt, in dem der Asylwerber nachweislich zuerst in die EU eingereist ist.

Gesinnungs- und Verantwortungsethik

Während des Verfahrens sind AsylwerberInnen in der so genannten **Grundversorgung**; sie bekommen Unterkunft, Essen, Bekleidungshilfe (max. € 150,- im Jahr), € 40,- monatliches Taschengeld und sind krankenversichert. Wer Geld hat, muss einen finanziellen Beitrag leisten oder sich ganzlich selbst versorgen.

Bei positivem Abschluss des Asylverfahrens werden Asylwerber zu **Asylberechtigte** bzw. anerkannten Flüchtlingen. Dieser Status ist in Österreich auf drei Jahre befristet. Nach drei Jahren muss die Asylbehörde prüfen, ob sich die Situation im Aufnahmeland verbessert hat. Wenn ja, kann ein Anerkennungsverfahren eingeleitet werden. Wenn nein, erhält die Behörfung. Der Asylstatus kann dennoch aber kaum werden, wenn eine Rückkehr in Würde ins Heimatland möglich wird. Nach fünf Jahren kann Asylberechtigten, die unbeschritten sind, allerdings das Aufenthaltsrecht nicht mehr entzogen werden. Asylberechtigte haben Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Sozialleistungen, Recht auf Familienzusammensetzungsführung sowie den Anspruch auf einen Sonstigen sich verpflichtet. Die Unterzeichnerstaaten der GFK haben sich gleich zu behandeln.

Personen, deren Asylantrag mangels Verfolgung abgewiesen wurde, deren Leben und Unversehrtheit im Herkunftsland aber bedroht sind, erhalten **subsidiären Schutz** – zunächst auf ein Jahr, mit der Möglichkeit der mehrmaligen Verlängerung um jeweils zwei Jahre. Dann der volkerrechtliche Grundsatz des **non-refoulement** (Art. 33 GFK und Art. 3 EMRK) verbietet es, Personen in Städten rückzuführen, in denen ihnen Folter oder andere schwere Menschenrechtsverleidungen drohen. Das **non-refoulement**-Prinzip verlangt eine Einzelfallprüfung.

Die GFK ist kein Asylgrund im Sinne der GFK, begründet aber den Anspruch auf subsidiären Schutz. Subsidiär schützberechtigte haben Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Sozialleistungen sowie die Möglichkeit, einen Fremdenpass zu bekommen. Familienmitglieder dürfen sie erst nach drei Jahren nachholen.

Sowohl Asyl als auch subsidiärer Schutz können aber kaum werden, wenn der Republik Gefährdung der Sicherheit durch den Betreffenden droht oder er/sie wegen eines schweren Verbrechens rechtskräftig verurteilt wurde.

Die Hrkunt der Geflüchteten aus autoritären regierten Ländern bis hin zur Gefährdung kultureller und nationaler Identität. Das Spektrum an Positionen

Der Soziologe Max Weber hat 1919 in seinem berühmten Vortrag „Politik als Beruf“ zwischen **Gesinnungs-** und **Verantwortungsethik** unterschieden.

- **Gesinnungsethik** misst die moralische Qualität einer Handlung an den Absichten bzw. ethischen Prinzipien, die ihr zugrunde liegen.
- **Verantwortungsethik** bewertet eine Handlung aufgrund der (absehbaren) Folgen.

In der Weber'schen Unterscheidung zwischen **Gesinnung** und **Verantwortung** spiegelt sich die Unterscheidung zwischen deontologischen und teleologischen Ethikansätzen, die sich durch die Geschichte der Moralphilosophie zieht:

- **Teleologische** (von griech. telos = Ziel) bzw. **konspezialistische Konzepte** nehmen das Ergebnis einer Handlung in den Blick. Sie arbeiten nach dem Muster „Wenn die Folgen y zu erwarten sind, dann sollst du x“ und wägen unterschiedliche Folgen einer Handlung gegeneinander ab.



Gesinnung und Verantwortung

Gesinnung vs. Verantwortung

- In der Asyl-Debatte greifen jene EthikerInnen die Unterscheidung zwischen **Gesinnungs- und Verantwortungsethik** auf, die sich verbindet, um auf die Folgen der Flüchtlings- und migrationspolitischer Entscheidungen zu reagieren. Das ethische Kampfproblem sehen sie im „Unterschied zwischen dem universellen Recht auf Asyl und seinem Umsetzbarkeit auf einer zentralstaatlicher Ebene“ (Ulrich Körtner). Sie fragen: Welche Folgen hat die hohe Zahl von Geflüchteten für das politische Gemeinwohl im Aufnahmeland? Je nach Autoren werden verschiedene mögliche Folgen ins Treffen geführt: Überlastung des Sozialstaats, Verteilungskampf im unteren Bereich der Gesellschaft, rückläufige Solidarität seitens der BürgerInnen aufgrund knapper Ressourcen, die neu verteilt werden müssen, Überforderungskapazitäten, Infragestellung „westlicher Werte“ durch die Hrkunt der Geflüchteten aus autoritären regierten Ländern bis hin zur Gefährdung kultureller und nationaler Identität. Das Spektrum an Positionen
- Ohne funktionierenden Rechtsstaat gibt es kein Asylsystem. Zum funktionierenden Rechtsstaat gehört die Kontrolle über Grenzen und Personen, die über die Grenze kommen. Wir sehen: Mit Blick auf die Folgen im Aufnahmeland wird zwar nicht das Menschenrecht auf Asyl an sich, wohl aber seine universale Geltung zur Debatte gestellt. Auch diejenigen, die verantwortungsethisch argumentieren, meinen: Geflüchtete sollen Schutz bekommen. Gleichzeitig halten sie Obergrenzen für legitim oder sprechen sich für die weichere Form von Richtweisen aus. Die Legitimität von Begrenzungen wird zudem begründet mit dem rechtsethischen Grundsatz: *ulta posse nemō obligatur* – niemand kann zu etwas verpflichtet werden, das seine Möglichkeiten und Kräfte übersteigt. Um die Frage nach unseren Möglichkeiten können wir nicht herum, meinen verantwortungsethisch Argumentierende. Allerdings bleibt offen, nach welchen Kriterien die Grenzen des Möglichen näherin zu bestimmen sind.
 - Ein genauerer Blick auf die Argumente zeigt auch, dass verantwortungsethische Positionen eine philosophische Diskussion rezipieren, die seit einigen

ist weit. Keinesfalls können alle Ansätze, die sich als verantwortungsethisch deklarieren, über einen Kamm geschoren werden. Was sie aber verbindet, ist ein staatstheoretischer Ansatz, wie eine kurze Skizze der Argumentationen zeigt:

- Geflüchtete haben moralische Ansprüche (auf Schutz, Versorgung etc.). Aus diesen Ansprüchen erwachsen dem Aufnahmeland Verpflichtungen. Damit dessen BürgerInnen bereit sind, diesen Verpflichtungen nachzukommen, braucht es eine stärkere Bindung der Menschenrechte an die politische Gemeinschaft, die sie garantiert. Das Recht der Geflüchteten und Migranten ist gegen das Recht einer Gesellschaft auf demokratische Selbstbestimmung abzuwagen.
- Nur in einem geschlossenen Staat ist Umverteilung möglich. Nationale Souveränität behält auch unter der Voraussetzung der universalen Gültigkeit der Menschenrechte ihre Geltung.
- Kontrolle über Staatsgebiet, Zusammensetzung der Bevölkerung und einheitliche Staatsgewalt sind wesentlich, damit Zusammerleben gelingen kann.

- Deontologische (von griech. deon = Pflicht) oder Pflichtethiken arbeiten nach dem Muster „Du sollst x“. Sie betrachten das Prinzip bzw. die Absicht, der eine Handlung folgt, und beurteilen Handlungen kategorisch, d.h. unbedingt und unabhangig von ihren Folgen. Ein berühmter Vertreter einer Pflichtethik ist Immanuel Kant. Er argumentiert beispielweise, dass die Pflicht, die Wahrheit zu sagen, unbedingt besteht. Auch wenn ich einen anderen ausgeht – ich darf nicht lügen, denn ich kann nicht wollen, dass die Maxime der Lüge zum allgemeinen Gesetz werde (kategorischer Imperativ).
- Max Weber ging es darum, dass Handlungsweisen nicht kategorisch, sondern unter Rücksicht auf ihre Folgen (und damit hypothetisch) als ethisch geboten oder verboten gelten. Gestimmungs- und Verantwortungsethik sind für Weber nicht absolute Gegensätze, sondern ergänzen einander.



Jahren v.a. im angloamerikanischen Raum geführt wird: Welche Berechtigung hat der Staat, seine Grenzen zu öffnen oder zu schließen? Haben Staaten ein moralisches Recht, Einwanderungswillige nach Belieben aufzunehmen oder abzuweisen? Fragen, die weit über die Universalität des Menschenrechts auf Asyl hinausgehen. So Legitimität von (Staats)Grenzen sein mag – dieses Argumentarium greift sie nicht auf, sondern konzentriert sich auf die spezifische Frage von Flucht und Asyl.

Wir haben den verantwortungsethischen Zugang ausführlich dargestellt, nicht aber den gesinnungsethischen. Denn wir stehen hier vor einem Problem: Niemand bezeichnet seine Position als gesinnungsethisch. Der gesinnungsethische Zugang zu Flucht und Asyl lässt sich nur einholen über die Darstellungen jener, die sich im Zuge ihrer verantwortungsethischen Argumentation gegen Gesinnungsethik abgrenzen. Sie erkennen gesinnungsethische Handlungsperspektive in Schlagworten wie „refugees welcome“ oder „kein Mensch ist illegal“, hinter dem Festhalten an der universalen und kategorischen Geltung des Menschenrechts auf Asyl und – kirchlicherseits – in der Bezugsnorm. Das ist das Gebot der Nächstenliebe. Vor allem aber erkennen sie einen gesinnungsethischen Zugang in der mangelnden Bereitschaft, über Begrenzungen des Zuflugs von Flüchtlingen und sonstigen MigrantInnen sowie über die Folgen für die Aufnahmegesellschaft zu diskutieren.

Menschenrechte vs. staatliche Souveränität

Es ist das große Verdienst einer fortgeschrittenen ethischen Position, die Folgerichtige ins Bewusstsein gerufen zu haben. Gleichwohl zeigt sich: In der ethischen Begründungen der Begründung des Rechts auf Asyl wird mit der staatlichen Souveränität argumentiert – und die ist ein normatives Prinzip. Eine weitere ethische Problembeschreibung neuen Verantwortung vs. Gestaltung lautet also: Prinzip der universalen Menschenrechte vs. Prinzip der staatlichen Souveränität.

Eine staatliche Autorität übt die Jurisdiktion über ein fest umrissenes Gebiet aus. Das ist der Kern des Souveränitätskonzepts, wie es sich im 19. Jh. herausgebildet hat. Souveränität ist ein partikuläres und exklusives Konzept. Das

> jeder Mensch hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgungen Asyl zu suchen und zu genießen.“

(Allgemeine Erklärung der Menschenrechte Art. 14)

heißt: Es basiert auf Begrenzungen. Zur Souveränität gehört zum einen die Kontrolle eines Staates über sein Territorium und dessen physische Grenzen. Zum anderen setzt Souveränität das Volk als begrenztes demos voraus, dessen Angehörige ein Mitspracherecht haben bei der Formulierung von Gesetzen, mittels derer das demos sich selbst regiert.

Souverän ist ein Volk aber nie bloß für sich selbst, sondern immer auch gegenüber anderen. Deshalb ist die Souveränität auch gegenüber anderen Staaten rechtstümig gebunden – durch das Völkerrecht.

Das Prinzip der „souveränen Gleichheit“

(Art. 2 UN-Charta von 1945) besagt, dass die Souveränität des einen Staates nie zulasten eines anderen ausgedehnt werden darf. Das allgemeine Gewaltverbot schränkt die „klassische Souveränität“ ein, gegen einen anderen Staat aus freien Stücken Krieg zu führen.

Die Menschenrechte schützen das Individuum gegen staatliche Willkür. Staaten haben sich ihrerseits verpflichtet, die Menschenrechte ihrer BürgerInnen zu schützen (durch Verfassung und Ratifizierung von Menschenrechtskonventionen). Dies gehört, gemeinsam mit der Sorge um die Sicherheit seiner BewohnerInnen, zu den wichtigsten Aufgaben des Staates. Kann ein Staat den Schutz vor Verfolgung eines seiner Bürger nicht garantieren oder verfolgt er ihn gar selbst aktiv, muss ein anderer Staat einspringen. Denn jeder Mensch hat das Recht, Rechte zu haben (Hannah Arendt). Jeder Mensch besitzt ungeachtet seiner Staatsangehörigkeit unveräußerliche Rechte. Die Menschenrechte sind vorstaatliche Rechte. Hier liegt für die Prinzipiethik die Begründung, warum

die Geltung der Menschenrechte im Völkerrecht verankert. Das Völkerrecht dient nun den Interessen des Individuums. Rechte des Individuums haben Vorrang vor Rechten der Gemeinschaft. Die Menschenrechte

setzen der Souveränität Grenzen, damit aus staatlicher Souveränität nicht staatliche Allmacht wird. Kein Staat kann uneingeschränkt über Leben, Freiheit und Eigentum seiner BewohnerInnen verfügen.

Wir sehen: Es gibt Fälle, in denen die Einhaltung von Menschenrechtsnormen höher bewertet wird als die staatliche Souveränität. Es gehört zu den Argumenten der Ethik, das partikulare Prinzip der Souveränität und das universale Prinzip der Menschenrechte im jeweiligen Fall gegeneinander abzuwägen. Die Einschränkung des einen Prinzips zugunsten des anderen muss begründet werden. Wie sind diese beiden Prinzipien im Fall von Asyl gegeneinander abzuwegen?

Menschenrecht Asyl

Die Menschenrechte schützen das Individuum gegen staatliche Willkür. Staaten haben sich ihrerseits verpflichtet, die Menschenrechte ihrer BürgerInnen zu schützen (durch Verfassung und Ratifizierung von Menschenrechtskonventionen). Dies gehört, gemeinsam mit der Sorge um die Sicherheit seiner BewohnerInnen, zu den wichtigsten Aufgaben des Staates. Kann ein Staat den Schutz vor Verfolgung eines seiner Bürger nicht garantieren oder verfolgt er ihn gar selbst aktiv, muss ein anderer Staat einspringen. Denn jeder Mensch hat das Recht, Rechte zu haben (Hannah Arendt). Jeder Mensch besitzt ungeachtet seiner Staatsangehörigkeit unveräußerliche Rechte. Die Menschenrechte sind vorstaatliche Rechte. Hier liegt für die Prinzipiethik die Begründung, warum

das Menschenrecht, Asyl zu suchen und zu genießen (> **Rechtslage**), kategorisch gilt und nicht durch Obergrenzen – Erreichen, kein einziger Antrag auf internationalem Schutz mehr geprägt würde – eingeschränkt werden darf.

Über Zuwendung entscheidet politische Mehrheiten, das gehört zur demokratischen Deliberation. Über Asyl als

> Wir werden durch das Asylrecht zu nichts genötigt, was unsere Kraft übersteigt. Für uns gilt eher: Wer mehr kann, ist auch zu mehr verpflichtet. Wie der Lateiner sagt: Magis potens, magis obligatur.“
(Michael Chretien)

Grundrecht entscheiden gerade nicht Mehrheiten. Grund- und Menschenrechte Mehrheitsentscheidungen anheim zu stellen, würde sie ihres Sinns beraubten. Denn der liegt ja gerade darin, dass sie Minderheiten vor Mehrheitsdespotie und das Individuum gegen den Staat schützen.

Das heißt allerdings nicht, dass der souveräne Staat seine Grenzen bzw. die Personen, die sie überschreiten wollen, nicht kontrollieren dürfte. Das Recht auf Asyl verlangt nicht offene Grenzen, sondern seit im Gegenteil die Grenze, an der man Asyl sagen und hinter der man Schutz finden kann, voraus. Die Aufnahmestaaten haben das Recht zu prüfen: Liegt die Verfolgung tatsächlich vor? Ist die betreffende Person tatsächlich an Leib und Leben bedroht? Die Gewährung des Menschenrechts auf Asyl ist also keine Frage offener oder geschlossener Grenzen, sondern eine Frage des Zugangs zu fairen rechtsstaatlichen Verfahren. Aus moralischer Sicht umfasst dies auch die Möglichkeit, die Grenze, an der man Asyl sagen kann, sicher zu erreichen – ohne unterwegs sein Leben zu riskieren. Daher fordern NGOs wie die Diakonie > legale Einstrommöglichkeiten.

Folgen abwägen
Auch die Betrachtung der Folgen asylpolitischer Maßnahmen, die aus ver-

Wer sich also der Herausforderung, auf die Folgen von Asylpolitik zu schauen, stellt, steht vor einer Dilemmasituation. Sie kann der Form nach so beschrieben werden: Sowohl Maßnahme A als auch Maßnahme B wäre zu treffen, für beide gibt es gute Gründe. Doch A und B sind nicht gleichzeitig möglich. Man muss sich entweder für A oder für B entscheiden. Jede Entscheidung hat ihren Preis, die eine geht auf Kosten der anderen. Egal, wie man sich entscheidet – immer sind negative oder zumindest problematische Nebenfolgen in Kauf zu nehmen.

Das allein beeinträchtigt die EthikerIn noch nicht. Das Nachdenken über Dilemmaentscheidungen gehört so zusagen zu ihrem Tagesschäft. Dilemmastationen stellen immer vor das Problem der Abwägung zwischen konfigurierenden Optionen: Welche problematischen Folgen können um der positiven Folgen willen in Kauf genommen werden? Was den Ethiker im Fall von asylpolitischen Maßnahmen allerdings beunruhigen muss, ist, dass die Folgen so schwer einzuschätzen sind. Das hat mehrere Gründe:

- Es geht um zu erwartende Folgen. Und die Antwort auf Fragen nach der Zukunft ist immer ungewiss. Mit dieser Unsicherheit muss umgegangen werden. Vor allem muss sie bewusst gehalten werden. Eine Möglichkeit des bewussten Umgangs ist, die bekannten Fakten aus der Gegenwart sorgfältig aufzubereiten. Nicht selten erwachsen schreckliche Zukunftsprognosen aus falsochen Eindrücken. Ein faktensorientierter Umgang mit der Gegenwart ist hier einzufordern.
- Für einen fakturbasierten Umgang mit der Gegenwart fehlt eine verlässliche empirische Basis. Es gibt keine belastbaren empirischen Studien über aktuelle Auswirkungen der so genannten Flüchtlingskrise in Österreich, lediglich punktuelle Aussagen. Zum Beispiel rechnet der IWF aufgrund der Aufnahme von Flüchtlingen mit einem zusätzlichen Wirtschaftswachstum von 0,5 bis 1,1 % auch für Österreich. Das WIFO wiederum rechnet zwei Drittel des Anstiegs der

Arbeitslosigkeit hierzulande den Flüchtlingen zu. In welchem Zusammenhang stehen diese beiden Folgen? Wie sind sie zu gewichten? Ein weiteres Problem liegt darin, dass manche Daten, wie namhafte Sozialexperten bemängeln, gar nicht erhoben werden.

- Selbst wenn es ausreichend empirische Daten gäbe – Fakten allein sagen noch wenig. Wie die Sprachwissenschaftler Elisabeth Wehling zeigt, werden Fakten immer innerhalb so genannter *Frames* (Deutungskontexten) verarbeitet. „Nicht Fakten, sondern Frames sind die Grundlage unserer alltäglichen sozialen, ökonomischen und politischen Entscheidungen.“ So hat die Zahl von 88.240 Asylanträgen im Jahr 2015 an sich noch keine Bedeutung. Ihre Bedeutungen hängen ab, wie die Geflüchteten ein geordnet werden: als Chance oder Bedrohung.
- An den *Frames* hängt auch die Einschätzung von Kausalzusammenhängen: Es gibt Stimmen, die argumentieren, es sei die hohe Zahl an AsylwerberInnen, die der Bevölkerung Angst mache. Man muss daher um des sozialen Zusammensetzens im Lande willen Obergrenzen einführen. Werde eine geringere Zahl von Geflüchteten tatsächlich zu höherer Akzeptanz in der Bevölkerung führen? Es ist bekannt, dass die Ängste und die Ablehnung gegenüber AsylwerberInnen in jenen Gegenenden, die keine oder wenige Geflüchteten aufgenommen haben, besonders hoch sind.

Christliche Perspektiven

Biblisches Ethos ...

- Die Bibel wird immer wieder als „Buch von Flüchtlingen für Flüchtlinge“ bezeichnet. Tatsächlich erzählen viele biblische Geschichten von Flucht erfahrung:
- **Flikt aufgrund familiärer Konflikte:** Hagar flieht vor der schlechten Behandlung durch ihre Herrin Sara, Abrahams Frau. Nachdem er seinen Bruder Esau um den Erstgeborenen segen betrogen hat, flieht Jakob für Esaus Rache.
 - **Wirtschaftsflüchtlinge:** Wegen einer Hungersnot zieht Abraham mit Sara nach Ägypten. Isaak und seine Kinder Rebekka ziehen aus gleichem Grund ins Gebiet der Philister. Ihr Sohn Jakob wiederum muss mit seiner ganzen Familie nach Ägypten umsiedeln, weil der Hunger „immer drückender auf der ganzen Erde“ (1 Mose 41,57) wurde.

Folgen von vielen miteinander verbundenen und teilweise variablen Faktoren ab. Wie viel die Grundversorgung den Staat Österreich kosten wird, hängt z.B. daran, wie schnell Asylverfahren abgewickelt werden. In welchem Ausmaß anerkannte Flüchtlinge das Sozialbudget belasten, hängt daran, wie rasch diese in den Arbeitsmarkt integriert werden. Das wiederum hängt zum einen an integrations- und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und zum anderen an der

>> Wir glauben. Gott hat den Menschen nach seinem Ebenbild geschaffen. Wer die Würde von Fremden in Frage stellt, würdigt Gottes Ebenbild herab und beschädigt seine eigene Würde. Der Glaube steht auf dem Spiel!



(Erklärung der Generalsynode der Evangelischen Kirche A. und H.B. 1999)

>> Ihr, die sogenannten illegalen Ausländer, solltet wissen, dass kein Mensch „illegal“ ist. Das ist ein Widerspruch in sich. Menschen können schön sein oder schöner, sie können gerecht sein oder ungerecht, aber illegal? Wie kann ein Mensch illegal sein?

(Elfie Wiese)

die Menschenrechte historisch relativ kreativ, wehlos Handeln christlich sind. Nur ihre jeweilige Entdeckung war historisch bedingt, abhängig von konkreten Erfahrungen, die die Menschen auf bestimmte Überzeugungen und bestimzte Auswirkungen von staatlicher und nichtstaatlicher Macht aufmerksam gemacht hat.“ (Ernst Tugendhat) Es fällt auf, dass das biblische Ethos den Umgang mit den Fremden eng mit der Identität Israels als Volk Gottes verknüpft. Das stellt uns vor die Frage, ob die Angehörigen biblischer Religionen nicht in Sachen Flucht und Umgang mit Fremden besonders in die Pflicht genommen sind. >> **Die Position der Evangelischen Kirchen in Österreich**

An welche biblischen Prinzipien ließe sich eine ethische Position zu Asyl zurück binden?

Goldene Regel
Sowohl das alttestamentliche Fremdenrecht als auch das moderne Grund- und Menschenrecht auf Asyl sind begründet ihre Forderung nach Ge-

te bauen das soziale Schutzrecht der Fremden auf: Das Deuteronomium erweitert das „Abwehrrecht“, das verlangt, den Fremden nicht zu unterdrücken, zu einem Anspruchsrecht und entwirft ein umfassendes soziales Programm, das die wirtschaftliche Versorgung der Fremden sicherstellen will. Das Heiligekeitsgesetz, der dritte und jüngste Rechtskorpus im AT, formuliert schließlich die völige Gleichberechtigung von Fremden und Einheimischen: „Es soll ein und dasselbe Recht unter euch sein für den Fremdling wie für den Einheimischen; ich bin der HERR, euer Gott.“ (3 Mose 24,22)

... und seine Bedeutung heute

Welche Bedeutung hat das biblische Ethos für die ethische Urteilsbildung heute? Gewiss darf man das normative Gewicht biblischer Aussagen für Gegenwartssagen nicht überschätzen. Je konkreter die aktuelle moralische Fragestellung, desto weniger kann die Bibel dazu sagen. Es kann nicht darum gehen, mit der Bibel in

Auf, dass sie zwar von verschiedenen Fluchtgründen erzählen, diese aber nicht bewerten. Historische Faktizität können die einzelnen Geschichten nicht für sich beanspruchen. Sie sind literarisch verdichtete Grunderfahrungen. Diese Erfahrungen schließen sich in Israel's Gesetzgebung: „Einen Fremding sollst du nicht bedrücken und bedrängen“ (2 Mose 22,20a), heißt es in der ältesten alttestamentlichen Rechstsammlung, im Bundesbuch. Es regelt sie konkret soziale und rechtliche Praxis im Umgang mit Fremden. Die Rechtsnorm wird begründet mit der Erfahrung Israels in Ägypten, einer Erfahrung, die das Selbstverständnis Israels als Volk Gottes zutiefst prägt: „denn ihr seid auch Fremdlinge in Ägyptenland gewesen.“ (2 Mose 22,20b)

Das AT wendet alles theologische Gewicht auf, wenn es darum geht, den

neue erschöpfenden Handlungsempfehlungen für Fragen einer langfristigen Migrationspolitik ableiten“ (Ulrich Körber). Die goldene Regel erlaubt den Übergang auf die sozialethische Ebene. Sie geht zwar zunächst auch vom Individuum und seinen Bedürfnissen aus. Aber sie regt zum Weiterdenken an. Ein möglichen Denkweg hat der Philosoph John Rawls aufgezeigt: Er hat ein Gedankenexperiment vorgeschlagen. Stellen wir uns vor, wir sind hinter einem „Schleier des Nichtwissens“. Wir wissen nichts über unser Heimatland, unsere Haupttarife, unser Geschlecht, unsere Religion, unsere Einkommens- und Vermögenslage, unsere persönlichen Stärken und Schwächen. Wie würden wir den Zugang zu Rechten, Pflichten, Lebenschancen und sozialen Grundgütern gestalten, wenn wir nicht wissen, in welcher Lage wir persönlich uns befinden? Konkreter gefragt: Welchen Regulierungen zu Asyl würden wir zustimmen, wenn wir nicht wüssten, ob wir selbst in der Lage eines Geflüchteten sind? Diese Fragen können im Prozess der politischen Willensbildung herange-

theologischen Ursprungsgeschichte Israels.

- **Politische Flüchtlinge:** Bevor er sein Volk hinaustürmt aus Ägypten muss Moses nach Midian fliehen – nachdem er gesehen hatte, wie ein ägyptischer Aufseher einen Israeliten misshandelt, erschlug er ihn. Die bekanntesten politischen Flüchtlinge in der Bibel ist die Familie Jesu, die wegen drohender Verfolgung durch Herodes flieht.

An den biblischen Geschichten fällt

auf, dass sie zwar von verschiedenen

Fakten, sondern Frames sind die Grundlage unserer alltäglichen sozialen, ökonomischen und politischen Entscheidungen.“ So hat

die Zahl von 88.240 Asylanträgen im Jahr 2015 an sich noch keine Bedeutung. Ihre Bedeutungen hängen davon ab, wie die Geflüchteten eingruppiert werden: als Chance oder Bedrohung.

• An den *Frames* hängt auch die Einschätzung von Kausalzusammenhängen: Es gibt Stimmen, die argumentieren, es sei die hohe Zahl an AsylwerberInnen, die der Bevölkerung Angst mache. Man muss daher um des sozialen Zusammensetzens im Lande willen Obergrenzen einführen. Werde eine geringere Zahl von Geflüchteten tatsächlich zu höherer Akzeptanz in der Bevölkerung führen? Es ist bekannt, dass

die Geflüchteten in jenen Gegenenden, die keine oder wenige Geflüchteten aufgenommen haben, besonders hoch sind.

Schließlich hängen zu erwartende

Folgen von vielen miteinander verbundenen und teilweise variablen Faktoren ab. Wie viel die Grundversorgung den Staat Österreich kostet wird, hängt z.B. daran, wie schnell Asylverfahren abgewickelt werden. In welchem Ausmaß anerkannte Flüchtlinge das Sozialbudget belasten, hängt daran, wie rasch diese in den Arbeitsmarkt integriert werden. Das wiederum hängt zum einen an integrations- und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und zum anderen an der

rechtfertigkeit und Solidarität gegenüber Fremden mit der Erinnerung an das eigene Leben als Fremdling und Flüchtling in Ägypten: „Die ethnische Norm lebt aus dieser Erinnerung.“ (Jürgen Ebach) Israel soll das eigene Geschick, als Fremde unterdrückt zu werden, nicht wiederholen.

Ähnlich verdanken sich die Artikel 13-15 der AEMR den Erfahrungen des 2. Weltkriegs. Keinen Zugang zu Asyl zu bekommen, kam für jüdische Flüchtlinge einer Vervielfältigung des Lebensrechts gleich. Die Genfer Flüchtlingskonvention sollte nach dem Krieg Lösungen für die 50-60 Millionen Flüchtlinge und Zwangsverschickten bringen und ihren Rechtsstatus regeln. An der Formulierung beider menschlichen Dokumente waren Personen beteiligt, die ein Flüchtlingsschicksal erlebt hatten. In der Perspektive einer „Ethik aus Erinnerung“ ist das Recht auf Asyl (wie alle Menschenrechte) historisch und durch soziale Interaktion gewachsen. Es wäre jedoch „irrig“ daraus zu folgern, dass

>> Ihr, die sogenannten illegalen Ausländer, solltet wissen, dass kein Mensch „illegal“ ist. Das ist ein Widerspruch in sich. Menschen können schön sein oder schöner, sie können gerecht sein oder ungerecht, aber illegal? Wie kann ein Mensch illegal sein?

(Elfie Wiese)

die Menschenrechte historisch relativ kreativ, wehlos Handeln christlich sind. Nur ihre jeweilige Entdeckung war historisch bedingt, abhängig von konkreten Erfahrungen, die die Menschen auf bestimmte Überzeugungen und bestimzte Auswirkungen von staatlicher und nichtstaatlicher Macht aufmerksam gemacht haben.“ (Ernst Tugendhat) Es gehört zur Eigenart von Grundrechten, dass sie, wenn man einmal auf ihre Bedeutung aufmerksam geworden ist, nicht mehr rückgängig zu machen sind. Menschenrechte haben universale Gel- tung.

Goldene Regel

Sowohl das alttestamentliche Fremdenrecht als auch das moderne Grund- und Menschenrecht auf Asyl sind

Zogen werden. Bürger und Bürgerinnen können sie an verschiedene Vorschläge seitens der Politik herantragen und überlegen, ob sie der vorgeschlagenen Maßnahme zustimmen sollen oder nicht.

Die goldene Regel sozialethisch weitergedacht sagt: Eine Gesellschaft soll die Rechte, die ihre Mitglieder in einem anderen Staat in Anspruch nehmen wollen würden, wenn sie auf der Flucht wären, auch anderen gewähren.

Katholische Soziallehre

Über biblische Orientierungen hinaus,

hat die römisch-katholische Kirche

in ihrer Soziallehre so genannte Vor-

rangregeln entwickelt. Sie können he-

rangezogen werden als Kriterien, um bei Konflikten zwischen verschiedenen

moralischen Prinzipien bzw. bei unter-

schiedlichen zu erwartenden Folgen

abzuwägen. Für asyl- und migrations-

ethische Fragen sind nach Marianne

Heimbach-Steins drei aufeinander auf-

bauende Regeln bedeutsam:

• Die **gleiche Würde aller Menschen**

und menscherechtliche Anerken-

nung haben Vorrang vor allen Dif-

ferenzen. Alle Menschen haben als

Geschöpf und Ebenbild Gottes die

gleiche Würde und sind einander

geschiwistlich verbunden. Der ge-

gensatzspruch als „Kinder des ei-

nen Vaters“ geniest ethisch Priorität

vor allem Trennenden.

• Die **Person** hat Vorrang vor jeder

gesellschaftlichen Institution. Als

„Ursprung, Träger und Ziel aller ge-

gesellschaftlichen Institutionen“ (Gau-

dium et spes 25) geht die Person

den Strukturen der Vergesellschaftung systematisch voraus. Institu-

zis bereits 1965: „Aus der immer engeren und allmählich die ganze Welt erfassenden gegenseitigen Abhängigkeit ergibt sich als Folge, daß das Gemeinwohl ... heute mehr und mehr einen weltweiten Umfang annimmt und deshalb auch Rechte und Pflichten in sich begreift, die die ganze Menschheit betreffen. Jede Gruppe muß den Bedürfnis-

grenzen von Gemeinschaften und Zugehörigkeit durchbricht.“ (Johannes Fischer u.a.) Den Menschenrechten des geflüchteten Individuums hohes normatives Gewicht beizumessen, ist auch

» Auf jeder Seite aller möglichen Grenzen befinden sich - in erster Linie - Menschen. Keine wie auch immer geartete Grenze legitimiert die Missachtung der Menschenwürde. Sie muss durch grundlegende Menschenrechte geschützt werden. «

(Marianne Heimbach-Steins)

aus evangelischer Sicht begründet Gleichwohl sind viele evangelische EthikerInnen zurückhaltender mit prinzipiellen Argumenten. Sie betrachten stärker das Dilemma, den Konflikt zwischen dem Wohl der Geflüchteten und dem Wohl der Bürger und Bürgerinnen im Aufnahmeland. Sie wägen ab zwischen der moralischen Verpflichtung gegenüber Flüchtlingen und jener gegenüber anderen, zu denen wir in einer engen Beziehung stehen.

Worin sich die evangelische von der katholischen Position unterscheidet, ist, dass sie dem Staat, seiner Rolle und seiner Eigensäindigkeit ein höheres Gewicht beimisst. Die reformatorische Zwei-Reichs-Lehre differenziert deutlich zwischen Kirche und Staat. Sie weist beiden verschiedenen Aufgaben zu. Aufgabe des Staates ist es, für Recht und Frieden zu sorgen. In Bezug auf das Thema Flucht und Asyl folgt daraus Erstens eine deutlichere Unterscheidung zwischen dem Menschenrecht auf Asyl, das universale Gültigkeit hat, und Zuwendung, die der demokratischen Deliberation unterworfen ist. Zweitens räumt protestantische Ethik dem Souveränitätsprinzip in der Zuwendungs politik einen größeren Spielraum ein. Drittens nimmt sie den Staat explizit in die Pflicht, Menschen auf der Flucht Schutz und menschenwürdige Behandlung zu gewähren. >> [Die Position der Evangelischen Kirchen in Österreich](#)

Protestantische Geschichtspunkte

Die evangelischen Kirchen kennen keine vergleichbare kirchliche Sozialenre mit ausgearbeiteten Vorrangregeln. Doch kann evangelische theologische Ethik an verschiedenen Punkten an die Grundidee hinter den genannten Regeln anknüpfen: Alle Menschen sind von Gott geschaffen und daher gleichermassen wertvoll. Die gleiche Menschewürde aller gründet in der Gottesebenbildlichkeit des Menschen. Mit der Gottesebenbildlichkeit kommt die Würde jedes Einzelnen in den Blick. Auch aus evangelischer Sicht lässt sich sagen: Alle gesellschaftlichen Einrichtungen müssen dem Wohl des Einzelnen dienen.

Vorschläge der Diakonie

Wie in anderen Bereichen diakonischen Engagements (etwa der Alten- und Behindertenarbeit) auch, stellt die Diakonie in der Flüchtlingsarbeit die individuelle Würde des Menschen in den Mittelpunkt. Diakonische Flüchtlingsarbeit ist Menschenerbeitsarbeit. Sowohl durch die direkte Betreuung in Unterkünften und in Wohnraumvermittlungs-, Bildungs-, Gesundheitsprojekten als auch durch Rechtsberatung unterstützt die Diakonie Geflüchtete darin, ihre Rechte in Anspruch zu nehmen. Die soziale Arbeit geht Hand in Hand mit öffentlichen Stellungnahmen. Die Stellungnahmen stehen auf dem Boden der aktuellen > [Rechtslage](#) und mahnen die Einhaltung rechtsstaatlicher Standards sowie menschen-, völker- und EU-rechtlicher Normen ein. Auf dieser Basis argumentiert die Diakonie gegen die Einführung einer Obergrenze per Notverordnung >> [Menschenercht Asyl](#).

Die Position der Evangelischen Kirchen in Österreich

Die Evangelischen Kirchen in Österreich äußern sich – sowohl durch ihre Gremien, allen voran die Synode, als auch durch ihre gewählten Repräsentativen – regelmäßig zum Thema Flucht und Asyl. Die Stellungnahmen wurzeln in der konkreten kirchlichen Arbeit für und mit Geflüchteten in Pfarrgemeinden wie organisierte Diakonie und sind jeweils auf die konkrete Situation bzw. Problemlage bezogen. Als durchgängige Charakteristika lassen sich ausmachen:

- Die evangelischen Kirchen verweisen auf Asyl als **Menschenerrecht**, das zu gewähren sich die Länder Nothilfe und Hilfe, sondern auch Freundschaften der Dublin-Verordnung in angeblich sichere Staaten zurückgeführt werden sollen, dann würden ehrenamtliche HelferInnen demotiviert, frustriert und ihre Arbeit ad absurdum geführt, so die Generalynode der Evangelischen Kirche A. und H.B. jüngst in einer Resolution. Die Synode fordert die Bundesregierung auf, zur Vermeidung unnötiger Härten die in der Dublin-Verordnung vorgesehene Möglichkeit in Anspruch zu nehmen, das Asylverfahren an sich zu ziehen und in Österreich durchzuführen.
- In den angesprochenen Punkten wird deutlich, dass die evangelischen Kirchen den **Staat** in die Pflicht nehmen und an seine Verantwortung erinnern. ▶

Vorschläge der Diakonie

Wie in anderen Bereichen diakonischen Engagements (etwa der Alten- und Behindertenarbeit) auch, stellt die Diakonie in der Flüchtlingsarbeit die individuelle Würde des Menschen in den Mittelpunkt. Diakonische Flüchtlingsarbeit ist Menschenerbeitsarbeit. Sowohl durch die direkte Betreuung in Unterkünften und in Wohnraumvermittlungs-, Bildungs-, Gesundheitsprojekten als auch durch Rechtsberatung unterstützt die Diakonie Geflüchtete darin, ihre Rechte in Anspruch zu nehmen. Die soziale Arbeit geht Hand in Hand mit öffentlichen Stellungnahmen. Die Stellungnahmen stehen auf dem Boden der aktuellen > [Rechtslage](#) und mahnen die Einhaltung rechtsstaatlicher Standards sowie menschen-, völker- und EU-rechtlicher Normen ein. Auf dieser Basis argumentiert die Diakonie gegen die Einführung einer Obergrenze per Notverordnung >> [Menschenercht Asyl](#).

Das universalistisch-menschenerichtliche Argument gegen eine Obergrenze ergänzt die Diakonie durch Folgerückschlüsse: „Aus Sicht der Diakonie ist die aktuelle hohe Zahl an Asylwerbenden zwar eine Herausforderung für Österreich, aber weit davon entfernt, die öffentliche Ordnung und die innere Sicherheit zu gefährden. Denn die sind nach Judikatur des Europäischen Gerichtshofs erst dann gefährdet, wenn die Existenz eines Staates in Hinblick auf das Funktionieren seiner Einrichtungen und seiner öffentlichen Dienste sowie das Überleben seiner Bevölkerung bedroht ist.“

• Dem **frame** der Bedrohung und Überforderung setzt die Diakonie den **frame** der Chancen und des proaktiven Handelns entgegen. „Wenn Österreichs Politik die gleiche Energie, die sie derzeit in Abschottung und Konstruktion unmittelbar Zustände steckt, in die Schaffung von guten Integrationsbedingungen und europäischen

Lösungen – einheitliches europäisches Asylsystem, Umsetzung des im Türkideal versprochenen Relativitätsprinzips, schnellere Familienzusammenführung – stecken würde, wären wir einige Schritte weiter.“ (Michael Chalupka)

- In Ihren Stellungnahmen macht die Diakonie auch konkrete Vorschläge, was zu tun ist, um problematische Folgen zu vermeiden. Die Diakonie hat dabei sowohl das Wohl der Flüchtlinge selbst, als auch das Wohl der österreichischen Bevölkerung im Blick.

Die folgenden zwei Beispiele zeigen, wie die Diakonie in ihren Vorschlägen das universale Menschenrecht auf Asyl mit Verantwortung für die Folgen verbindet. Legalen Einreisemöglichkeiten

Derzeit gibt es für Flüchtlinge keinen legalen Weg, um nach Europa zu kommen. Das fördert das Schleppenwesen. Damit sich Menschen nicht Schleppern ausliefern und ihre Leben auf überfüllten Booten riskieren müssen, schlägt

- Theologisch begründen die Kirchen ihre Forderungen in all diesen Punkten mit der **Gottesherrlichkeit**: Weil jeder Mensch Ebenbild Gottes ist, müssen die Würde rechte Chancen eingeräumt werden.
- Selbstverpflichtung** aus. Sie erinnern an die Bedeutung, die Freunden und Menschen auf der Flucht in der biblischen Tradition zukommt, und sehen im Umgang mit diesen eine „Nageprobe für unseren Glauben“. Flüchtlinge gelten den Kirchen als „Nächste“, denen sie Hilfe zuteil

werden lassen wollen. Die gastfreundliche Aufnahme von Menschen, die Schutz suchen, gilt ihnen als zentrales christliches Gebot. Auch haben sich die Evangelischen Kirchen verpflichtet, „jeder Form des Fremdenhasses und des Rassismus zu wehren. In Gedanken, Worten und Werken“ (Erklärung der Generalsynode 1999). Hezparolen wollen sie entschieden entgegentreten, und sie kritisieren, wenn Parteien aus den Sorgen und Ängsten der Bevölkerung politisches Kapital zu schlagen versuchen. Zum Abbau von Ängsten setzen die evangelischen Kirchen auf Gespräch und Begegnung. ☐

Zum Weiterlesen

Michelle Becka/Albert-Peter Reithmann (Hg.), Ethik und Migration. Gesellschaftliche Herauforderungen und soziethische Reflexion, Paderborn 2010.

die Diakonie verschiedene Möglichkeiten zur legalen Einreise vor:

- Botschaftssayl:** Die Möglichkeit, Asylanträge in den Botschaften und europäischen Vertretungsbehörden zu stellen, wie es in der österreichischen Asylpolitik früher gute Tradition war, soll wieder eingeführt werden.
- Resettlement:** Um die Erstzulassungsländer zu entlasten und Menschen in den großen Flüchtlingsländern in der Türkei, im Libanon oder in Jordanien eine Aussicht zu bieten, sollen das Resettlement-Programm des UNHCR konsequent umgesetzt und ausgebaut werden. Das humanitär ausgerichtete Programm sieht die Neuansiedlung besonders schutzbefürdiger Flüchtlinge, die in abschatter Zeit nicht in ihre Heimatländer zurückkehren werden können, vor. Ziel ist, sie in einem aufnahmebereiten Staat dauerhaft aufzunehmen und zu integrieren. Resettlement ist sowohl ein Schutzinstrument als auch eine dauerhafte Lösung für Flüchtlinge.
- Humanitäre Visa und Korridore:** Bereits im Mai 2015 hat die Diakonie versucht, die österreichische Bundesregierung für ein Modellprojekt zu gewinnen, wie es der Evangelische Kirchenbund Italiens und die Gemeinschaft Sant’Egidio gestartet haben. In Marokko und im Libanon haben die kirchlichen Träger Anlaufstellen eingerichtet, die der italienischen Botschaft besonders venitizische Menschen für die Ausstellung eines humanitären Visums, das in diesem Fall nur für

Italien gilt, vorschlagen. Die Entscheidung über die Ausstellung des Visums liegt bei der Botschaft. Mit diesem Visum können etwa alleinerziehende Frauen mit Kindern oder alte und kranke Menschen sicher nach Italien reisen, wo ein Asylverfahren durchgeführt wird. Die Reise sowie Unterkunft in Italien und Hilfe im Asylverfahren organisieren und bezahlen die Kirchen.

Legale Einreisemöglichkeiten sind ein Schlüssel im Zugang zum Menschenrecht auf Asyl. Alle drei Vorschläge ermöglichen Flüchtlingen, auf einem sicheren und menschenwürdigen Weg nach Europa zu gelangen, ohne ihrerwegs traumatisiert zu werden. Gleichzeitig achten sie das Prinzip staatlicher Souveränität – die Entscheidung, ob eine Einreiseerlaubnis erteilt und ob nach einem geordneten Verfahren Asyl gewährt wird, liegt bei den jeweiligen staatlichen Behörden. Drittens sind sie Ausdruck internationaler Solidarität. Und viertens wirken sie sich positiv auf die Folgen im Aufnahmeland aus: Menschen, die unterwegs nicht Gewalt, Betreuung durch Schlepper oder der lebensbedrohlichen Situation in einem gefährlichen Boot am Meer ausgesetzt sind, brauchen in Österreich weniger Betreuung. Da sie nicht (oder zumindest weniger) traumatisiert sind, können sie hierzulande schneller Fuß fassen und sich leichter integrieren.

Keine halben Kinder
Junge Flüchtlinge machen vielen Angst. Berichte von Raufereien, sexuellen Übergriffen, Klein- und Drogen-

kriminalität nähren diese Angst. Das alles kann natürlich vorkommen – bei geflüchteten Jugendlichen genauso wie bei Jugendlichen, die hier geboren sind. Diese Gefahr lässt sich am besten bannen, wenn man jungen Geflüchteten gewahrt, wasTeenager eben brauchen: ein liebevolles Umfeld, Bezugspersonen, sinnvolle Beschäftigung, Erziehung und Bildung.

Für die Betreuung eines unbegleiteten minderjährigen Flüchtlings (UMF) stehen nur halb so viele Ressourcen zur Verfügung wie für einen österreichischen Jugendlichen, der psychosoziale Betreuung braucht und in einer Einrichtung lebt. Nicht wenige sind in Unterkünften untergebracht, die auf Erwachsene ausgelegt und nicht jugendadäquat sind. Nur ein Bruchteil der älteren UMFs kann nach der Schulpflicht eine Ausbildung absolvieren, nur 31% besuchen eine Schule. Unter dem Motto „keine halben Kinder“ fordern Diakonie und andere NGOs, dass die Kinderrechtskonvention für geflüchtete Kinder und Jugendliche genauso gilt wie für in Österreich geborene. Alle Kinder und Jugendliche sollen den gleichen Zugang zu Erziehung und Bildung haben, unabhängig von ihrer Herkunft. Weiters schlägt die Diakonie vor: Für UMFs sollen die gleichen Unterbringungsstandards gelten wie für österreichische Kinder und Jugendliche, die Tagstätzen für UMFs müssen an das Niveau der Kinder- und Jugendhilfe angepasst werden. Wo es notwendig ist, sollen UMFs über die Volljährigkeit hinaus bis 21 in jugendadäquaten Einrichtungen betreut werden. Die Ausbil-

dungsgarantie soll bis zu einem Alter von 25 Jahren gelten. Wenn junge Geflüchtete adäquat betreut und gezielt gefördert werden, hilft

zai junger hoch motivierter Menschen, die künftig als qualifizierte Arbeitskräfte und engagierte Mitglieder der Gesellschaft ihren Beitrag leisten können.

Jürgen Ebach, Ethik aus Erinnerung. Biblische Perspektiven auf Flüchtlinge und Fremde, in: Kursbuch 1983 (2015) 89-100.

Europäische Kommission. Das Gemeinsame Europäische Asylsystem, Luxemburg 2014, abrufbar unter: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/ceas-fact-sheets/ceas_factsheet_de.pdf

Johannes Fischer u.a., Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik, Stuttgart 2008.
Marianne Hembach-Steins (Hg.), Begrenzt verantwortlich? Soziethische Positionen in der Flüchtlingskrise, Freiburg i.Br. 2016.

Dies., Grenzverläufe gesellschaftlicher Gerechtigkeit. Migration – Zugehörigkeit – Beteiligung, Paderborn 2016.
Ulrich Körther, Gesinnungs- und Verantwortungsethik in der Flüchtlingspolitik, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 60 (2016) 282-296.

Walter Lesch, Kein Recht auf ein besseres Leben? Christlich-ethische Orientierung in der Flüchtlingspolitik, Freiburg i.Br. 2016.

Konrad Ott, Zuwanderung und Moral, Stuttgart 2016.
Ernst Tugendhat, Asyl: Gnade oder Menscherecht?, in: ders. Ethik und Politik, Frankfurt a.M. 3/2015, 66-75.
UN und Menschenrechte, APuZ 46/2008, abrufbar unter: <http://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/30855/un-und-menschenrechte>

Elisabeth Wehling, Politisches Framing. Wie eine Nation sich ihr Denken einredet – und daraus Politik macht, Elie Wiesel, Der Flüchtlings, in: Wolf-Dieter Just (Hg.), Asyl von unten, Reinbeck bei Hamburg 1993, 14-21.
Stellungnahmen der Evangelischen Kirchen im Ö unter „Flüchtlinge“ auf: <https://evang.at/themen/a-bis/z/>

Positionen der Diakonie auf: <http://blog.diakonie.at/tags/fluechtlinge>

Impressum:

ÖTHE Argumentarium Nr. 3 (2017)
Medieninhaber: Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie
Herausgeber: o. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körner, Autorin: Dr. Maria Katharina Moser
Redaktionskontakt: ethik@diakonie.at

<http://ethik.diakonie.at>

Joan, a single parent and mother of two school-aged daughters, often attended school functions with other parents in the community. During one event, she observed a father stroking the hair of his young daughter, an exceptionally beautiful little girl. Suddenly, she experienced a vivid image of the father forcibly sodomizing the child, an image associated with feelings of disgust and anxiety. She quickly found a friend to talk to and consciously pushed the ugly image out of her mind. She reflected later that she often found herself distrustful of other people's motives, particularly where the potential abuse of children was involved.

Ann, a single woman in her 30's, would awaken in a cold sweat after experiencing a vivid, recurrent nightmare of being raped brutally at knife point. She would turn on all the lights and lie awake until the dawn broke. After these nightmares, she reported feeling vulnerable and exposed. Over the subsequent weeks she experienced intrusive thoughts about knives and became fearful of being around knives.

What do these three people have in common? Are they experiencing the psychological aftereffects of incest, rape, or some other traumatic violation? Indeed, these people are evidencing some of the cardinal signs and symptoms of the aftermath of a serious victimization. The nightmares, fearful thoughts, intrusive images, and suspicion of other people's motives are common among persons who have been victimized. However, neither Tom, Joan, nor Ann has directly experienced a victimization or catastrophe. What they do have in common is that they are all mental health professionals who spend a significant proportion of their professional time doing therapy with or studying persons who have been victimized. Although all of them have advanced degrees and training, including supervision in the treatment of victims, they are not immune to the painful images, thoughts, and feelings associated with exposure to their clients' traumatic memories. These reactions can occur as a short-term reaction to working with particular clients, as described in the literature on countertransference in work with victims (e.g., Blank, 1987; Daniell, 1981; Lindy, 1988) or as a long-term alteration in the therapist's own cognitive schemas, or beliefs, expectations, and assumptions about self and others.

Therapists who work with victims may find their cognitive schemas and imagery system of memory (Paivio, 1986) altered or disrupted by long-term exposure to the traumatic experiences of their victim clients. In this paper, we describe this transformation and provide a new theoretical context for understanding this complex phenomenon. Through the explication of the trauma-related alterations in the therapist's cognitive schemas, we build upon the existing literature to provide a systematic basis for assessing and understanding therapists' unique responses to clients' traumatic material. Our work at The Traumatic Stress Institute, a private mental health or-

Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims

I. Lisa McCann and Laurie Anne Pearlman¹

Within the context of their new constructivist self-development theory, the authors discuss therapists' reactions to clients' traumatic material. The phenomenon they term "vicarious traumatization" can be understood as related both to the graphic and painful material trauma clients often present and to the therapist's unique cognitive schemas or beliefs, expectations, and assumptions about self and others. The authors suggest ways that therapists can transform and integrate clients' traumatic material in order to provide the best services to clients, as well as to protect themselves against serious harmful effects.

KEY WORDS: countertransference; post-traumatic stress disorder; contact victimization; trauma; therapy with victims; burnout.

INTRODUCTION

Tom, a married man in his late 20's and father of two young children, was frequently disturbed by intrusive images involving danger befalling his loved ones. He became obsessed with safety precautions and was hypervigilant about strange noises in his house. As a result, he often woke up suddenly in the middle of the night, fearing that a prowler was in the house. Despite the absence of evidence of immediate danger, he would lie vigilant in his bed for several hours before finally dropping off to sleep. These recurrent feelings of impending danger disrupted his sleep pattern and left him with a pervasive sense of anxiety and vulnerability.

¹The Traumatic Stress Institute, 22 Morgan Farms Drive, South Windsor, Connecticut 06074.

ganization devoted to the treatment of trauma survivors, has shaped our thinking about this issue as well as providing the case material presented in this paper.

In the past two decades, mental health professionals have shown an unprecedented interest in the psychological aftermath of victimization (e.g., Figley, 1985, 1988; Horowitz, 1976; Lifton, 1973; van der Kolk, 1987). This interest has extended to a wide variety of victimizing events. While an extensive knowledge base exists on the psychological consequences of traumatic experiences for victims, less attention has focused on the enduring psychological consequences for therapists of exposure to the traumatic experiences of victim clients. Persons who work with victims may experience profound psychological effects, effects that can be disruptive and painful for the helper and can persist for months or years after work with traumatized persons. We term this process "vicarious traumatization."

First, we review previous conceptualizations of the client's impact on the psychotherapist and the psychotherapeutic process. Next, we apply our constructivist self-development theory to understanding the psychological impact of working with victims. Finally, we discuss the implications of this theory for clinicians who work with trauma victims.

PREVIOUS CONCEPTUALIZATIONS

Burnout

Working with victims clearly has much in common with working with any difficult population, such as seriously ill persons, victims of poverty, or persons with very severe psychiatric or social problems. Burnout refers to the psychological strain of working with difficult populations. From a social learning theory (Rotter, 1954) point of view, burnout might be conceptualized as the state in which one's minimal goals are too high and are not changed in response to feedback.

The symptoms of burnout have been described as depression, cynicism, boredom, loss of compassion, and discouragement (Freudenberger and Robbins, 1979). The research on burnout among therapists suggests the following as contributing factors: professional isolation, the emotional drain of always being empathetic, ambiguous successes (Bermak, 1977); lack of therapeutic success, nonreciprocated giving and attentiveness (Farber and Heifetz, 1982); and failure to live up to one's own (perhaps unrealistic) expectations, leading to feelings of inadequacy or incompetence (Deutsch, 1984). Although the burnout literature has not specifically ad-

dressed the effects of working with victims, these concepts are clearly relevant.

Working with victims may produce symptoms of burnout in mental health professionals for a number of reasons. Victims of undisclosed traumas may present with chronic, entrenched symptoms that are difficult to treat and require long-term therapy. Furthermore, trauma victims may be reluctant to focus on traumatic memories, a source of potential frustration for the therapist. Finally, helpers who understand victimization as a reflection of social and political problems may feel hopeless about the potential impact of individual psychotherapy upon the root causes of crime and violence.

We believe that burnout among therapists who work with victims has special meanings. That is, symptoms of burnout may be the final common pathway of continual exposure to traumatic material that cannot be assimilated or worked through. The symptoms of burnout may be analogous to the trauma survivor's numbing and avoidance patterns in that each reflects an inability to process the traumatic material.

Although the burnout literature is relevant to working with trauma victims, we concur with others (e.g., Danieli, 1981; Haley, 1974) that the potential effects of working with trauma survivors are distinct from those of working with other difficult populations because the therapist is exposed to the emotionally shocking images of horror and suffering that are characteristic of serious traumas.

Countertransference

The countertransference literature provides additional useful background for understanding this complex phenomenon. Countertransference traditionally has referred to the activation of the therapist's unresolved or unconscious conflicts or concerns. Freudenberg and Robbins (1979) write: "(in therapy), the therapist's old scars and injuries are constantly rubbed anew" (p. 287). Similarly, Farber (1985) suggests that the work of psychotherapy may reactivate therapists' early experiences and memories.

Within the victimization literature, countertransference has more broadly incorporated the painful feelings, images, and thoughts that can accompany work with trauma survivors. Haley (1974) originally described the intense and sometimes overwhelming emotions that can be evoked by exposure to images of atrocities or abusive violence reported by Vietnam veterans. In reporting her own reactions to hearing about atrocities experienced by her clients, Haley describes feeling "numbed and frightened" and cautions therapists to confront their own sadistic and retaliatory wishes. Blank (1984) states that persons who work with Vietnam veterans must face the

darkest side of humanity and forever be transformed by it. Scurfield (1985) suggests that work with these clients may stir up ambivalent, negative, or moral/judgmental feelings in the therapist and suggests the importance of confronting one's own feelings of aggression, rage, grief, horror, loss of control, and vulnerability. Margolin (1984) describes therapists' reactions to Vietnam veterans as centering around existential anxiety about death and non-being. Furthermore, Blank (1987) describes cases in which therapists experience an intrusion of their own unresolved traumatic experiences, including unresolved Vietnam experiences. With regard to work with incest survivors, Herman (1981) suggests the danger for female therapists of over-identification with the victim and rage at the perpetrator. In contrast, male therapists may experience overidentification with the aggressor.

The most comprehensive models of countertransference reactions among therapists who work with victims cite the following issues and themes. In her work with therapists who work with Holocaust survivors, Danieli (1981) found empirical validation for some of the following themes: guilt, rage, dread and horror, grief and mourning, shame, inability to contain intense emotions, and utilization of defenses such as numbing, denial, or avoidance. In a similar model, Lindy (1988) identified a number of symptom patterns that emerged in therapists in their work with Vietnam veterans. These included nightmares, intrusive images, reenactments, amnesia, estrangement, alienation, irritability, psychophysiological reactions, and survivor guilt.

Finally, within the area of victimization, there is evidence that persons close to the victim, such as family members, may suffer signs and symptoms of traumatization similar to those of the victim. This concept has been described by Figuey (1983) as secondary victimization. For example, there is evidence that children of Nazi concentration camp survivors (Danieli, 1985; Freyberg, 1980) and Vietnam combat veterans (Kehle and Parsons, 1988) may experience social and psychological difficulties. Critical incident stress, an acute type of post-traumatic stress disorder (PTSD), has also been observed in emergency workers who are at the scene of environmental disasters or accidents involving loss of life (Mitchell, 1985).

Overall, the above writings suggest that exposure to the traumatic experiences of victims may be hazardous to the mental health of people close to the victim, including therapists involved in the victim's healing process. These different literatures parallel the two lines of thinking in the field of traumatic stress which place different emphases on whether characteristics of the stressor or individuals' personal characteristics determine their responses to trauma. That is, the literature on burnout parallels the focus on characteristics of the stressor in that it suggests that the therapist is distressed because of the nature of the external event (isolation, difficult client population, and so forth). On the other hand, the countertransference liter-

ature parallels the focus on preexisting personal characteristics to the extent that it attempts to explain the individual's responses as a function of his or her previous unresolved psychological conflicts. Constructivist self-development theory is interactive in that it views the therapist's unique responses to client material as shaped by both characteristics of the situation and the therapist's unique psychological needs and cognitive schemas.

In addition, we understand the effects on therapists as pervasive, that is, potentially affecting all realms of the therapist's life; cumulative, in that each client's story can reinforce the therapist's gradually changing schemas; and likely permanent, even if worked through completely. This notion has been written about somewhat more broadly in the past. Jung (1966) originally conceived that an "unconscious infection" may result from working with the mentally ill. English (1976) describes this process as follows: "As the emotional needs and distresses of people in difficulty were presented to me, I not only felt them through a process of empathy, but I also found I tended to absorb them within myself as well" (p. 193). Chessick (1978) also hypothesizes that conditions of depression and despair in one's clients (which he calls "soul sadness") can be contagious. Farber (1985) cites evidence that the client can transfer his or her pathology to the therapist. Finally, in a recent book on the personal impact of doing psychotherapy, Guy (1987) cites research which supports the notion that doing psychotherapy can be dangerous to the psyche of the therapist.

Within the area of victimization, others (Blank, 1987; Danieli, 1981; Lindy, 1988) have described a similar phenomenon, generally using the rubric of countertransference, while also raising questions about the adequacy of that construct to explain the phenomenon. Our notion of vicarious traumatization is somewhat broader than countertransference, as it implies that much of the therapist's cognitive world will be altered by hearing traumatic client material. It is our belief that all therapists working with trauma survivors will experience lasting alterations in their cognitive schemas, having a significant impact on the therapist's feelings, relationships, and life. Whether these changes are ultimately destructive to the helper and to the therapeutic process depends, in large part, on the extent to which the therapist is able to engage in a parallel process to that of the victim client, the process of integrating and transforming these experiences of horror or violation.

CONSTRUCTIVIST SELF-DEVELOPMENT THEORY

The material we present here expands upon our previous work and provides a new theoretical perspective for understanding and working with therapists' reactions. In previous papers (McCann *et al.*, 1988a,b), we described a new theoretical model for understanding psychological responses to victimization. That work focused on the complex relation among tra-

matic life events, cognitive schemas about self and world, and psychological adaptation. We have elaborated that model into a theory of personality we call "constructivist self-development theory," described more fully elsewhere (McCann and Pearlman, 1990b). In this paper, we focus primarily on the portion of the theory that describes psychological needs and cognitive schemas. The cognitive portion of the theory is built upon a constructivist foundation. The underlying premise is that human beings construct their own personal realities through the development of complex cognitive structures which are used to interpret events (e.g., Epstein, 1989; Mahoney, 1981; Mahoney and Lyddon, 1988). These cognitive structures evolve and become increasingly complex over the life span as individuals interact with their meaningful environment. Piaget (1971) described these cognitive structures as schemas. These schemas or mental frameworks include beliefs, assumptions, and expectations about self and world that enable individuals to make sense of their experience. Some of these basic schemas for experience involve beliefs and assumptions about causality, the trustworthiness of sense data, identity, and self-world relations (Mahoney, 1981).

An extensive review of the literature on adaptation to trauma (McCann *et al.*, 1988b) revealed five fundamental psychological needs: safety, dependency/trust, power, esteem, and intimacy. In later elaborations of our work (McCann and Pearlman, 1990b), we have expanded the needs of interest to include independence and frame of reference.

The cognitive manifestations of psychological needs are schemas. Our major hypothesis is that trauma can disrupt these schemas and that the unique way that trauma is experienced depends in part upon which schemas are central or salient for the individual. In this paper, we assert that working with trauma survivors can also disrupt the therapist's schemas in these areas. The therapist's unique reactions will be determined by the centrality or salience of these schemas to himself or herself. In addition to the focus on schemas, our current work (McCann and Pearlman, 1990a,b) includes more emphasis on the imagery system of memory, as well as ego resources and self-capacities. In this paper, we will focus primarily on changes in cognitive schemas and in the imagery system, both areas particularly relevant to understanding vicarious traumatization.

Cognitive Schemas

Beliefs, expectations, and assumptions about the world are central to many current notions about the effects of victimization. Janoff-Bulman (1985) asserts that victimizing life events challenge three basic assumptions or beliefs about the self and the world: the belief in personal invulnerability; the view of oneself in a positive light; and the belief in a meaningful, orderly world. Similarly, Taylor and Brown (1988) have reviewed the evidence that illusions about self and world are adaptive and enhance self-esteem and

mental health. Epstein (1989) presents four basic assumptions which he asserts are disrupted by trauma. These include the beliefs that the world is benign, the world is meaningful, the self is worthy, and people are trustworthy. The work of Roth and her colleagues (Roth, 1989) draws upon and provides empirical support for Epstein's conceptualization. Our work is consistent with this thinking.

Therapists may experience disruptions in their schemas about self and world when they work with trauma victims. These changes may be subtle or shocking, depending upon the degree of discrepancy between the client's traumatic memories and the therapist's existing schemas. Below, we describe how disruptions in these schemas may be associated with certain emotions or thoughts in the helper.

Dependency/Trust

Through their clients, therapist who work with victims are exposed to the many cruel ways that people deceive, betray, or violate the trust of other human beings, as well as the ways people can undermine those who depend upon them, as is often the case with child victims. This may well disrupt the therapist's schemas about trust. As a result, therapists may become suspicious of other people's motives, more cynical, or distrustful. In the case example of Joan, presented above, we find a helper who works with many incest survivors questioning the motives of parents at her child's school function. In our case conferences about victims, we sometimes observe ourselves expecting the worst from people in our clients' interpersonal worlds. For example, a therapist reporting on a new intake said, "I bet I know how this case is going to come out. The father is probably molesting the daughter, the mother has abandoned her emotionally, and everyone else is looking the other way." Startled by what she had just said, this therapist reflected, "I can't believe I'm saying this. I used to believe that most people are trustworthy and that some people are not. Now I believe just the opposite."

Safety

Images involving a loss of safety, including threats or harm to innocent people, may challenge the therapist's schemas within the area of safety. This will be particularly disruptive if the helper has strong needs for security. The case example of Tom, the therapist who awoke one night with fearful images of being violated by a prowler, involves a therapist who works with many victims of acute traumas, such as crime or rape. In this instance, the therapist strongly identified with his middle class suburban clients who

were victims of a burglary. His own fearful images closely corresponded to the images they reported in therapy. In other instances, the connection between the client's images and the therapist's response is not as readily apparent. For example, the helper might experience increased thoughts and images associated with personal vulnerability, such as loved ones being killed in a car accident. Therapists who work with victims of rape or other crime may experience a greater need to take precautions against such a violation. Overall, clinicians who work with victims of random violence or accidents may experience a heightened sense of vulnerability and an enhanced awareness of the fragility of life.

Power

Persons who have been victimized often find themselves in situations of extreme helplessness, vulnerability, or even paralysis. Exposure to these traumatic situations through the client's memories may evoke concerns about the therapist's own sense of power or efficacy in the world. In our experience, helpers with high needs for power are likely to be greatly impacted by the powerlessness reported by their clients. This can at times lead therapists to urge clients inappropriately to take action rather than to help clients understand the meanings of their responses. It is not uncommon to hear rape counselors report that they are taking self-defense classes, no doubt to increase their own sense of power as well as safety. In addition, therapists whose power needs are threatened may find themselves becoming more dominant in social or work situations. One therapist who works with crime victims states that he often fantasizes about how he would protect his family in the event of a criminal victimization. Sometimes these fantasies are brutal or retaliatory, expressing his need to reaffirm his beliefs in his own personal power. Another therapist spoke of wondering how she would respond if she were raped. Sometimes these thoughts became obsessional, as she would replay various rape scenarios over and over in her mind. To the extent that this leads to constructive self-protective action, whether by client or therapist, it is positive. Yet it can become dysfunctional if it leads to inappropriate attempts to control others or anger about one's inability to do so.

Alternatively, a therapist may express a heightened awareness of the illusory nature of control over capricious or unexpected life events. One therapist expressed this by stating, "I realize now how little control I really have over life or death. All that I have worked for can be destroyed in an instant and nothing I do now can prevent that from happening." In extreme cases, a therapist may find himself or herself experiencing feelings of helplessness, depression, or despair about the uncontrollable forces of nature or human violence.

Independence

Trauma survivors, such as victims of rape or other crime, often experience a disruption in their need for independence, such as restriction in their freedom of movement and a diminishment in personal autonomy. One of the therapists in our setting works with many rape and other crime victims. Several of her clients are women with high needs for independence who have experienced a profound diminishment in personal freedom since the victimization. One survivor continues to be terrorized by her assailant, resulting in her decision to move back into her family's home, an event that profoundly disrupted her independence. Her therapist found herself identifying with her client's loss of independence and described experiencing dreams in which she was similarly trapped and confined. While discussing these clients in a case conference, she reflected on how painful it would be "to lose my sense of personal control and freedom in my life" while another therapist, for whom safety was a more salient issue, focused on the sense of personal vulnerability this case elicited in her. For the therapist with strong needs for independence, the identification with clients who have lost a sense of personal control and freedom can be especially painful.

Esteem

We use esteem to refer to the need to perceive others as benevolent and worthy of respect. Persons who are violated or harmed through the uncaring, cruel, or malicious intentions and acts of other human beings may experience diminished esteem for other people or the human race in general.

The helper may also find his or her own view of human nature becoming more cynical or pessimistic. A therapist who had previously held an idealistic view of human nature, reflecting her training in humanistic psychology, experienced a painful shattering of her belief systems after working at the Institute for a year. In case conferences, she would often comment "I can't believe that people treat each other like this" and describe how distressing it was to encounter so much human cruelty. The discrepancy between her own positive schemas about human beings and the reality of the terrible abuses people perpetrate made this a particularly salient and painful issue for her. This diminished view of humanity may be associated with feelings of bitterness, cynicism, or pessimism. Therapists may experience a sense of anger at other people and the world in general as they reflect on the potential malevolence of others. This is a very painful experience as it involves a loss of youthful idealism. On an existential level, therapists may find themselves reflecting on the problem of human perversity and pondering the fate of the human race.

Intimacy

Trauma victims often experience a profound sense of alienation from other people and from the world in general. This experience is most often described in Vietnam veterans who found themselves at odds with a world to which they no longer feel connected (Lifton, 1973). Therapists who work with victims may experience a sense of alienation that results from exposure to horrific imagery and cruel realities. This alienation may be reinforced by other professionals who view the work they are doing with disdain or repulsion. Too often, therapists are asked "How can you listen to such terrible things day after day?" We met a rape crisis counselor at a professional meeting; when asked what kind of work she did, she paused briefly, told us, then pulled in her breath and pulled back slightly, as if waiting for a shocked response. Indeed, she eventually explained with some relief, that was the type of response she ordinarily received. Just as the victim often feels stigmatized (Bard and Sangrey, 1985), so too may the therapist exposed to these horrors experience an uncomfortable sense of separateness from family, friends, or coworkers. This sense of separateness is compounded by the requirement for confidentiality in psychotherapy, which precludes one's ability to reveal the disturbing traumatic material. This of course stands in the way of a sense of connection with others, and, unchecked, may grow into a deep sense of alienation. Finally, other professionals may assume that the therapist chose this particular field of study because of his or her own unresolved conflicts. This too can contribute to a sense that one is stigmatized because of one's association with the field of traumatic stress.

Frame of Reference

The need to develop a meaningful frame of reference for experience is a fundamental human need (Epstein, 1989; Fromm, 1955; Lecky, 1945; Rogers, 1951; Snygg and Combs, 1949). This need is represented cognitively in part in schemas related to causality, or individuals' attributions about why events occur. Traumatized individuals often reflect repeatedly upon the question, "Why did this happen to me?" Similarly, therapists may try to understand why an individual experienced a traumatic event. This can become destructive if it takes the form of victim-blaming. For example, a client reported that her previous therapist of several years minimized the importance of her incest experience, focusing instead on why she had allowed the incest to continue into young adulthood. Therapists can commit another serious therapeutic error by focusing on the possible motives of the assailant or perpetrator. A woman whose former boyfriend tried to murder her reported that her therapist asked her many more questions about the boy-

friend, his family, and his history, than about herself. This seems to reflect the therapist's rather than the client's need to assign causality. The client interpreted the therapist's behavior as the latter's unwillingness to hear her pain, and terminated therapy prematurely.

Another, perhaps more subtle, alteration in frame of reference schemas can also be quite distressing. If therapists' schemas are continuously challenged by clients' reports of traumatic experiences, they can experience an overall sense of disorientation. Without the opportunity to process their experiences, therapists, like clients, can respond to this with a pervasive and unsettling sense of uneasiness.

The Memory System

Therapists who listen to accounts of victimization may internalize the memories of their clients and may have their own memory systems altered temporarily or permanently. The following sections describe how the therapist's memory system may be affected by exposure to the traumatic memories of clients. These alterations in memory may become intrusive or disruptive to the helper's psychological and interpersonal functioning.

Disruptions in Imagery

The imagery system of memory (Pavio, 1986) is most likely to be altered in vicarious traumatization. Like the trauma victim, therapists may experience their clients' traumatic imagery returning as fragments, without context or meaning. These fragments may take the form of flashbacks, dreams, or intrusive thoughts (Horowitz, 1976) and constitute what some believe to be the hallmark of PTSD (Brett and Ostroff, 1985). These images may be triggered by previously neutral stimuli that have become associated with the clients' traumatic memories. In the case of Ann, presented earlier, the therapist experienced a nightmare that replicated the rape of one of her clients. Another clinician reported the uncanny experience of having a "flashback" that replicated that of one of her clients. This therapist, who works with many Vietnam veterans, found herself staring at a young Vietnamese waitress while ordering food in a restaurant. She described the following experience: "I found myself experiencing a vivid image of hiding in a rice paddy, watching for the enemy. Suddenly, a young Vietnamese girl spotted me and I knew, with horror, that I would have to kill her." The therapist recalls experiencing this as her own memory because the image was so vivid and powerful. These examples suggest that the client's memories may

become incorporated into the memory system of the therapist. The images can then be triggered by what previously was a neutral stimulus.

We also believe that the imagery that is most painful to therapists often centers around the schemas related to the therapist's salient need areas. That is, a therapist for whom safety is salient will likely recall those images that are associated with threat and personal vulnerability, while another, for whom esteem is more central, may focus in on images involving extreme degradation or cruelty at the hands of others. Likewise, the imagery that is recollected can produce a temporary state of disequilibrium as the schemas accommodate or change. Thus, what is recollected in the imagery system of memory is colored by schemas, which are encoded in the verbal representation system of memory (Paivio, 1986). Likewise, the memories (both imagery and verbal components) produce changes in the schemas as the latter accommodate to new realities.

Disruption in the imagery system of memory is often associated with powerful affective states (Bower, 1981; Paivio, 1986). Therapists may report a variety of uncomfortable emotions resulting from their work with victims, including sadness, anxiety, or anger. These feeling states may be activated and within conscious awareness or they may be repressed and out of conscious awareness. Some therapists, particularly those who are unable to process their emotional reactions, may experience denial or emotional numbing. These latter reactions may occur when therapists are exposed to traumatic imagery that is too overwhelming, emotionally or cognitively, to integrate. These feelings may be too overwhelming because the therapist's own capacities for affect regulation or self-soothing are overtaxed or because the traumatic experiences are too discrepant with the therapist's own meaning systems or schemas.

In brief, therapists may experience alterations in their own imagery system of memory through their work with traumatized clients in which they reexperience or avoid various components of their client's traumatic memories. For the most part, alterations in one's memory system are probably transient in nature. However, we believe that these traumatic memories can become permanently incorporated into the therapist's memory system. This is likely to occur when the material is particularly salient to the therapist, relating closely to his or her psychological needs and life experience, and when the therapist does not have the opportunity to talk about his or her experiences of the traumatic material.

SUMMARY

In the previous sections, we provided a theoretical conceptualization of the profound psychological impact of working with trauma victims,

which we refer to as vicarious traumatization. Elsewhere we apply constructivist self-development theory to the conceptualization of unique human beings who experience trauma (McCann and Pearlman, 1990b). Just as trauma alters its victims, therapists who work with victims may find themselves permanently altered by the experience. The unique effects on therapists can be more fully understood within this theoretical framework.

The Transformation of Vicarious Traumatization

In *Civilization and Its Discontents*, Freud (1961) expresses a dim view of human nature that reflects the painful awareness of the cruelty of the world and human beings:

... (people) are not gentle creatures who want to be loved, and who at most can defend themselves if they are attacked; they are, on the contrary, creatures among whose instinctual endowments is to be reckoned a powerful share of aggressiveness. As a result, their neighbor is for them not only a potential helper or sexual object, but also someone who tempts them to satisfy their aggressiveness on him, to exploit his capacity to work without compensation, to use him sexually without his consent, to seize his possessions, to humiliate him, to cause him pain, to torture and to kill him. *Homo homini lupus*. (Man is a wolf to man) (p. 58).

Is it inevitable that helpers who work with victims adopt this grim view of Freud's, a view that is both realistic and despairing? Is it possible to have a more optimistic view of humanity than Freud, without denying the harsh reality of violence and aggression? How can the helper be aware of and ameliorate these potential harmful effects, transforming images of horror and violence through his or her own healing process?

Therapists may experience painful images and emotions associated with their clients' traumatic memories and may, over time, incorporate these memories into their own memory systems. As a result, therapists may find themselves experiencing PTSD symptoms, including intrusive thoughts or images and painful emotional reactions. The helper must be able to acknowledge, express, and work through these painful experiences in a supportive environment. This process is essential if therapists are to prevent or ameliorate some of the potentially damaging effects of their work. If these feelings are not openly acknowledged and resolved, there is the risk that the helper may begin to feel numb or emotionally distant, thus unable to maintain a warm, empathetic, and responsive stance with clients.

Helpers must understand how their own schemas are disrupted or altered through the course of this work and also shape they way they respond to clients. Our theory can be helpful in identifying the areas within the therapist where disturbances might exist. For example, therapists for whom safety schemas are salient or disturbed may find it very anxiety-provoking to work with crime, rape, or accident victims. This work can challenge their

own beliefs in personal safety, resulting in a tuning out or avoidance of the client's memories. It is thus important for the helper to assess which of the seven need areas are particularly salient for him or her. This is important because the therapist's reactions to trauma survivors will be shaped by his or her own schemas.

It is important to tap into potential sources of support in one's professional network. The helper should first avoid professional isolation by having contact with other professionals who work with victims. These contacts can provide opportunities for emotional support for one's work in addition to the professional and intellectual support they offer. Professionals within a geographical area might organize support groups for helpers who work with victims. These support groups can be facilitated by experienced professionals who are sensitive to the personal effects of working with victims. Such groups can be focused around three major issues: normalizing the reactions helpers experience in the course of this work; applying constructivist self-development theory to understanding one's specific reactions; and providing a safe environment where helpers feel free to share and work through reactions that are painful or disruptive.

In our two-hour weekly case conference, we spend the first hour discussing and conceptualizing difficult victim cases (with client consent). In the second hour, we move into more personal discussions about what this means to us and how each of us responds to the painful experiences of victims. We refer to this as "feelings" time. As we have grown to trust each other and to allow ourselves to be vulnerable with one another, we have found this time together powerful and meaningful. At times, we have had to process not only our own individual reactions, but also the way in which particularly traumatic cases can affect the entire organization. At times, we struggle with two competing needs: the need to verbalize the traumatic imagery we are attempting to work through and the need to protect our colleagues from the stress of assimilating new traumatic material. The way we have attempted to resolve this is to talk openly about this dilemma and attempt to find a balance between the two needs. At times, we have had to tell each other that we cannot handle hearing details of a particular case because our own personal resources are at a low ebb or because we have particular difficulty assimilating certain types of traumatic material, such as serious violence against children. Fortunately, because the group is large enough, there is usually at least one other clinician who can listen and talk about any particular case. Providing a safe, supportive context for processing these issues is clearly essential to making this format positive and productive.

To this end, it is important that the group members avoid pathologizing the responses of helpers. Just as PTSD is viewed as a normal reaction to an abnormal event, we view vicarious traumatization as a normal reaction to the stressful and sometimes traumatizing work with victims.

While there is no doubt that countertransference reactions that arise from the therapist's own psychic conflicts are also important, we do not presume that the therapist's own unresolved issues always underlie these reactions. On the other hand, therapists' own unresolved victimizations of early childhood experiences can contribute to the process of vicarious traumatization. These reactions should not be viewed necessarily as a sign of psychopathology, but rather as an area of potential growth for the helper. Over the course of this personal exploration, the helper may conclude that he or she needs to work through these more personal issues in his or her own therapy.

Finally, the theory states that individuals will experience and construe events according to their own needs and schemas. As therapists learn more about their own psychological needs, they will be able to process traumatic material more effectively and limit its impact upon their schemas.

In essence, the process of working through vicarious traumatization is parallel to the therapeutic process with victims. We do not offer a quick fix approach to psychological issues that will require continual awareness, monitoring, and processing for those who work with many victims. As the authors were finishing the final touches on this manuscript in an office at home, workers were in the house installing a burglar alarm system. We reflected on the irony of writing an article on this topic while this was happening, as the need for the alarm system was a direct result of disruptions in safety schemas in our work with many crime victims. That our lives have changed in permanent ways must be acknowledged, along with the inherent losses and pain associated with this process.

We have found it useful to share with each other coping strategies that help us ameliorate some of the potential hazards of this work. The coping strategies that have emerged from our weekly discussions include: striving for balance between our personal and professional lives; balancing a clinical caseload with other professional involvements such as research and teaching that can replenish us; balancing victim with nonvictim cases; being aware of and respecting our own personal boundaries, such as limiting evening or weekend work; developing realistic expectations of ourselves in doing this type of work; giving ourselves permission to experience fully any emotional reactions of which we are aware; finding ways to nurture and support ourselves; engaging in political work for social change; and seeking out non-victim-related activities that provide hope and optimism. Furthermore, it has been important for us to be aware of our conflict areas or unresolved traumas that are reactivated by the therapeutic process.

In a recent article on how mental health professionals cope with working with difficult cases, Medeiros and Prechaska (1988) found evidence that the coping strategy "optimistic perseverance" is adaptive. We concur that maintaining optimism and hopefulness in the face of tragedy is an essential

pathway to personal growth and resilience.

Finally, the theory states that individuals will experience and construe events according to their own needs and schemas. As therapists learn more about their own psychological needs, they will be able to process traumatic material more effectively and limit its impact upon their schemas.

In essence, the process of working through vicarious traumatization is parallel to the therapeutic process with victims. We do not offer a quick fix approach to psychological issues that will require continual awareness, monitoring, and processing for those who work with many victims. As the authors were finishing the final touches on this manuscript in an office at home, workers were in the house installing a burglar alarm system. We reflected on the irony of writing an article on this topic while this was happening, as the need for the alarm system was a direct result of disruptions in safety schemas in our work with many crime victims. That our lives have changed in permanent ways must be acknowledged, along with the inherent losses and pain associated with this process.

We have found it useful to share with each other coping strategies that help us ameliorate some of the potential hazards of this work. The coping strategies that have emerged from our weekly discussions include: striving for balance between our personal and professional lives; balancing a clinical caseload with other professional involvements such as research and teaching that can replenish us; balancing victim with nonvictim cases; being aware of and respecting our own personal boundaries, such as limiting evening or weekend work; developing realistic expectations of ourselves in doing this type of work; giving ourselves permission to experience fully any emotional reactions of which we are aware; finding ways to nurture and support ourselves; engaging in political work for social change; and seeking out non-victim-related activities that provide hope and optimism. Furthermore, it has been important for us to be aware of our conflict areas or unresolved traumas that are reactivated by the therapeutic process.

In a recent article on how mental health professionals cope with working with difficult cases, Medeiros and Prechaska (1988) found evidence that the coping strategy "optimistic perseverance" is adaptive. We concur that maintaining optimism and hopefulness in the face of tragedy is an essential

component to making our work with victims possible. To this end, we also try to acknowledge and confirm the many positive experiences in our work as well as the positive impacts this has had on ourselves and our lives. It is important to remind ourselves and others that this work has enriched our lives in countless ways. In our case conferences, we also share the many personal rewards that are inherent in this work. There is a tremendous sense of personal meaning that evolves from knowing that we are involved in an important social problem by making a contribution toward ameliorating some of the destructive impact of violence on human lives. For some of us, an outcome of our enhanced awareness of social and political conditions that lead to violence has been greater social activism. Other positive effects include a heightened sensitivity and enhanced empathy for the suffering of victims, resulting in a deeper sense of connection with others; increased feelings of self-esteem from helping trauma victims regain a sense of wholeness and meaning in their lives; a deep sense of hopefulness about the capacity of human beings to endure, overcome, and even transform their traumatic experiences; and a more realistic view of the world, through the integration of the dark sides of humanity with healing images. Although we may be sadder but wiser, it is important to acknowledge the many ways this important work has enriched our own lives as well as countless others.

REFERENCES

- Bard, M., and Sangrey, D. (1985). *The Crime Victim's Book* (second edition), Basic Books, New York.
- Bernak, G. E. (1977). Do psychiatrists have special emotional problems? *Am. J. Psychoanal.* 37: 141-146.
- Blank, A. S. (1984). *Psychological Treatment of War Veterans: A Challenge for Mental Health Professionals*. Paper presented at the ninety-second annual convention of the American Psychological Association, Toronto, August, 1984.
- Blank, A. S. (1987). Irrational reactions to post-traumatic stress disorder and Vietnam veterans. In Sonnenberg, S. M. (ed.), *The Trauma of War: Stress and Recovery in Vietnam Veterans*, American Psychiatric Association Press, Washington, D.C.
- Bower, G. (1981). Mood and memory. *Am. Psychologist* 36: 129-148.
- Brett, E. A., and Ostroff, R. (1985). Imagery and post-traumatic stress disorder: An overview. *Am. J. Psychiatry* 142: 417-424.
- Chestick, R. D. (1978). The sad soul of the psychiatrist. *Bull. Mem. Clin.* 42: 1-9.
- Danieli, Y. (1981). Therapists' difficulties in treating survivors of the Nazi Holocaust and their children. *Dis. Abstr. Int.* 42: 4947-B.
- Danieli, Y. (1983). The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization. A lesson for Holocaust survivors and their families. In Figueley, C. R. (ed.), *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, New York, Brunner/Mazel, pp. 295-313.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Prof. Psychol.* Res. Pract. 15: 833-845.
- English, O. S. (1976). The emotional stress of psychotherapeutic practice. *J. Acad. Psychoanal.* 4(2): 191-201.
- Epstein, S. (1989). The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In Ozer, D., Healy, J. M., Jr., and Stewart, A. J. (eds.), *Perspectives on Personality* (Vol. 3), JAI Press, Greenwich, Conn.
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness among psychotherapists. *Psychotherapy* 22: 170-177.
- Farber, B. A., and Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Profess. Psychol.* 13: 293-301.
- Figueley, C. R. (1983). Catastrophes: An overview of family reaction. In Figueley, C. R., and McCubbin, H. I. (eds.), *Stress and the Family: Coping with Catastrophe* (Vol. 2), Brunner/Mazel, New York, pp. 3-20.
- Figueley, C. R. (ed.), (1985). *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, Brunner/Mazel, New York.
- Figueley, C. R. (1988). Toward a field of traumatic stress. *J. Traum. Stress* 1: 3-16.
- Freud, S. (1930/1961). In Strachey, J. (ed.), *Civilization and Its Discontents*, Norton, New York.
- Freudenberg, H., and Robbins, A. (1979). The hazards of being a psychoanalyst. *Psychanal. Rev.* 66(2): 275-296.
- Freyberg, J. T. (1980). Difficulties in separation-individuation as experienced by offspring of Nazi Holocaust survivors. *Am. J. Orthopsychiatry* 50: 87-95.
- Fromm, E. (1955). *The Sane Society*, Rinehart, New York.
- Guy, J. D. (1987). *The Personal Life of the Psychotherapist*, Wiley, New York.
- Haley, S. A. (1974). When the patient reports atrocities: Specific treatment considerations in the Vietnam veteran. *Arch. Gen. Psychiat.* 30: 191-196.
- Herman, J. L. (1981). *Father-Daughter Incest*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress Response Syndromes*, Jason Aronson, New York.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In Figueley, C. R. (ed.), *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, Brunner/Mazel, New York, pp. 15-35.
- Jung, C. J. (1966). Psychology of the transference. *The Practice of Psychotherapy* (Vol. 16, Bollingen Series), Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Kehle, T. J., and Parsons, J. P. (1988). *Psychological and Social Characteristics of Children of Vietnam Combat Veterans*. Paper presented at the Annual Meeting of the National Association of School Psychologists, Chicago, April, 1988.
- Lecky, P. (1945). *Self-Consistency, A Theory of Personality*, Island Press, New York.
- Lifton, R. J. (1973). *Home from the War*, Simon and Schuster, New York.
- Lindy, J. D. (1988). *Vietnam: A Casebook*, Brunner/Mazel, New York.
- Mahoney, M. J. (1981). Psychotherapy and human change processes. In Harvey, J. H., and Parks, M. M. (eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change*, Master lecture series, American Psychological Association, Washington, D.C., pp. 73-122.
- Mahoney, M. J., and Lyddon, W. J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *Counsel. Psychologist* 16(2): 190-234.
- Margolin, Y. (1984). *What I Don't Know Can't Hurt Me: Therapist Reactions to Vietnam Veterans*. Paper presented at the ninety-second annual convention of the American Psychological Association, Toronto, August, 1984.
- McCann, L., and Pearlman, L. A. (1990a). Constructivist self-development theory as a framework for assessing and treating victims of family violence. In Stith, S., Williams, M. B., and Rosen, K. (eds.), *Violence Hits Home*, Springer, New York, In press.
- McCann, L., and Pearlman, L. A. (1990b). *Through a Glass Darkly: Understanding and Treating the Adult Trauma Survivor through Constructivist Self-Development theory*, Brunner/Mazel, New York, In press.
- McCann, L., Pearlman, L. A., Sakhneim, D. K., and Abrahamson, D. J. (1988a). Assessment and treatment of the adult survivor of childhood sexual abuse within a schema framework. In Sgroi, S. M. (ed.), *Vulnerable Populations: Evaluation and Treatment of Severely Abused Children and Adult Survivors*, Vol. 1, Lexington Books, Lexington, Mass., pp. 77-101.
- McCann, L., Sakhneim, D. K., and Abrahamson, D. J. (1988b). Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. *Counsel. Psychologist* 16: 531-594.

- Medeiros, M. E., and Prochaska, J. O. (1988). Coping strategies that psychotherapists use in working with stressful clients. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 1: 112-114.
- Mitchell, J. T. (1985). Healing the helper. In National Institute of Mental Health (ed.), *Role Stressors and Supports for Emergency Workers*. NIMH, Washington, D.C., pp. 105-118.
- Pavio, A. (1986). *Mental Representations: A Dual Coding Approach*, Oxford University Press, New York.
- Piaget, J. (1971). *Psychology and Epistemology: Toward a Theory of Knowledge*, Viking, New York.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*, Houghton Mifflin Co., New York.
- Roth, S. (1989). *Coping with sexual trauma*, Manuscript submitted for publication.
- Rotter, J. B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Scurfield, R. M. (1985). Post-trauma stress assessment and treatment: Overview and formulations. In Figueley, C. R. (ed.), *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, Brunner/Mazel, New York, pp. 219-256.
- Snygg, D., and Combs, A. W., (1949). *Individual Behavior*, Harper and Row, New York.
- Taylor, S., and Brown, J. D. (1988). Illusions and well-being: A social-psychological perspective on mental health. *Psychological Bull.* 103: 195-210.
- van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological Trauma*, American Psychiatric Press, Inc., Washington, D. C.

Working with refugees and asylum seekers

Stuart W Turner

Jane Herlihy

Abstract

This is not an article about a psychiatric condition, but rather one about a particular population of people, some of whom may present with special needs whereas others may have no psychiatric problems at all. This article begins with the legal definition of a refugee, an account of the scale of the problem worldwide and in the UK, and proceeds to consider mental health and cultural implications. Assessment and diagnosis should be undertaken in the usual way, but there may be a need to learn more about diverse cultural backgrounds and to work with interpreters in assessment and treatment. In the intervention, a phased approach is often appropriate, engaging different professionals at different stages of treatment.

Keywords assessment; asylum; culture; depression; phased interventions; PTSD; refugees; reports; torture; treatment

Introduction

A refugee is someone who, '*...owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country...*'¹ Their fear usually derives from personal experiences or threats of persecution (including torture) by officials of their own state.

Worldwide, the numbers are staggering. The United Nations High Commission for Refugees in its most recent statistical report² indicates that at the start of 2007 there were 32.9 million people of concern worldwide, comprising 9.9 million refugees, 12.8 million internally displaced people (IDPs), 5.8 million stateless people, 2.6 million returned refugees and IDPs, 740,000 asylum seekers, and 1 million others of concern. Afghanistan (more than 2.1 million) and Iraq (estimated at over 2 million by

Stuart W Turner MD FRCP FRCPsych is a Consultant Psychiatrist in private practice with a special interest in helping people facing emotional reactions to adversity. He is Immediate Past President of the International Society for Traumatic Stress Studies, and Chair of Trustees of the Centre for the Study of Emotion and Law, UK. Conflicts of interest: none declared.

Jane Herlihy MPhil DClinPsych is a Chartered Clinical Psychologist. She qualified in clinical psychology at University College, London, and works at the Trauma Clinic, London, UK. She is also director of the Centre for the Study of Emotion and Law, which undertakes and disseminates research into the asylum decision-making process. Conflicts of interest: none declared.

September 2007) were the two largest source countries for refugees, whereas Pakistan (estimated at over 1 million) and Iran (968,000) were the two largest host countries.

In the UK between 1990 and 1998, around 33,700 people applied for asylum each year; this number then increased, peaking at 84,130 in 2002, before falling off again to an average of 24,250 between 2005 and 2007. It is hard to estimate the cumulative total number of refugees remaining in the UK. (For more statistical information, see the Information Centre about Asylum and Refugees: <http://www.icar.org.uk>).

Mental health implications

Because refugees may have been tortured, sexually assaulted, threatened, or harmed in some other way, they are at increased risk of a number of physical and psychiatric conditions. However, it would be quite wrong to make the assumption that all refugees, even those newly arrived, have mental health problems.

It is especially important not to over-simplify what is often a very complex history of fear and escape. Different aspects will assume greater importance in some than others. It has been suggested that post-traumatic stress disorder (PTSD) is probably most likely to be a result of specific trauma (including torture); depression a result of the many consequential loss events; somatization phenomena a result of the use of physical violence for its psychological effects; and, importantly, the 'existential dilemma' a result of facing a world in which torture is demonstrably real.³

PTSD and depression are the two most common conditions identified in surveys. However, care is required in the interpretation of this evidence, especially if based on self-report measures. In a 2003 study of 842 adult Kosovan newly arrived programme refugees in the UK, Turner and colleagues⁴ included interviews for a subset of participants. They found that self-report measures tended to over-estimate the prevalence of PTSD compared with interview assessments. When this effect was taken into account, fewer than 50% probably had a diagnosis of PTSD; all but one of the 16% with major depressive episode at interview also had comorbid PTSD. The effects of trauma may persist over the long term. In 2002, Steel et al.⁵ reported an investigation of a community sample in Australia of 1413 Vietnamese adults, 82% completing the interview. The sample had a mean length of residence in Australia of 11.2 years; the mean time since the most severe traumatic event was 14.8 years. Absolute rates of psychiatric disorder had declined, but trauma exposure was still found to be the most important predictor of mental health status.

These data, emphasizing the importance of emotional reactions, are supported in an open survey of the main concern(s) identified by refugees themselves.⁴ Grouping together responses using the words 'anxiety', 'tension', 'nervous', 'stress' and 'trembling' as indicating likely anxiety symptoms, these were the most frequent of the first priority problems and overall were reported by 21% (of 509 people who responded). Sleep disturbance was reported by 16%, and a combination of the words 'depression', 'hopeless', 'sadness', 'mental problems', and (concern about) 'concentration' by 8%. Headaches were reported by 13%. Worries about family and friends were reported by 17%. (By contrast, concern about immigration status was reported by fewer than 11%, practical concerns about work/economy by 6%, and concern about school/language by 3%).

Assessment and diagnosis

Refugees presenting to mental health services should receive exactly the same assessment as anyone else. There should be careful attention to common problems such as PTSD and depression, but equally these should not be over-diagnosed (possibly an increasing problem over recent years). Further work to evaluate and implement the routine screening of new arrival refugee populations is required.⁶

Despite suggestions that PTSD is limited to Western communities,⁷ there is increasing epidemiological evidence of PTSD across cultures. For example, de Jong and co-workers⁸ studied community samples in four low-income countries that had recently been experiencing internal conflict and reported prevalence rates for PTSD of 37.4% in Algeria, 28.4% in Cambodia, 15.8% in Ethiopia, and 17.8% in Gaza. In all cases, a history of torture was significantly related to risk of PTSD.

Nonetheless there are cultural variations in the experience and expression of reactions to adversity. These range from obvious differences, such as occur in patterns of use of alcohol as a way of coping with painful emotions in different cultures, to more subtle cultural variation, such as variations in the use of physical symptoms to express emotions. The National Institute for Clinical Excellence (NICE) also points out that '*In all cases, healthcare professionals must familiarise themselves with the cultural background*'.⁶ It is essential that those working regularly with refugees seek to gain an awareness of cultures in their local refugee communities, especially an understanding of the differences between neighbouring communities in conflict areas, and the ways in which it is usual for them to respond to violence, including sexual assault.

Usually diagnosis is reasonably straightforward, using standard approaches. However, there are some areas that may occasionally prove difficult. For example, there is at least a potential overlap between marked hypervigilance to danger on the one hand (a PTSD symptom) and the possibility of persecutory delusions, based on descriptions of continued persecution by others within their own community or by local security services. As always, in such situations, it is important to seek culturally informed background information. Other problems may arise in drawing out the distinctions between dissociative and hallucinatory phenomena, or in considering the effects of multiple head injuries or other physical sequelae of torture (including sexual torture). This calls for an informed multi-professional response, considering physical, emotional, social, and legal aspects of the presentation and how they interact.

Management

This should typically involve a multiprofessional approach. The emphasis should always be on accurate assessment of physical, emotional, social, and legal aspects, and the application of appropriate guidelines as far as possible.

Usually an appropriate model to use to explain emotional symptoms to refugees is the injury paradigm. Just as a range of adverse events may cause physical harm or injury, they may also cause emotional injury. Treatment can be framed in that context. However, this is a matter for each clinician to consider. Often a phased treatment approach is required, such as that of Herman⁹ (Box 1).

Example of a three-phase intervention model for refugees with mental health problems (Herman 1997)⁹

- Safety, trust, and stabilization
- Specific therapies (as appropriate)
- Support with integration in a new social world

Box 1

Safety, trust, and stabilization: when refugees first arrive, they may face substantial periods of uncertainty and family separation as their asylum claims are considered. During this period, the main focus is often on safety for themselves and their families. It may be too difficult to contemplate a difficult trauma-focused psychological intervention for PTSD, for example.

Thus, one of the first priorities for many newly arrived refugees is to achieve asylum. They need good legal advice. Mental health professionals may be asked to present evidence to the courts in relation to these applications. In a brief review such as this, there are probably two key points to emphasize. First, it is important to recognize the differences between a professional report (prepared by a practitioner engaged in treatment) and an independent expert report. Second, especially in the independent expert reports, there should be a familiarity with current evidence concerning issues likely to be relevant to the judicial determination.¹⁰

Regardless of any diagnosis, refugees find themselves in a new country and face issues to do with adaptation. In one survey, the quality of social support networks of refugees in London was found to be a more important predictor of current depressive morbidity than past trauma history.¹¹ Policies that lead to relocation of refugees on arrival to other parts of the country, away from family members or friends, may lead to increased mental health problems. Social interventions designed to help achieve social support may have positive therapeutic value.

Unfortunately, many asylum seekers still report difficulties registering with a general practitioner. They are also vulnerable to unstable or unsuitable housing, particularly those who have been placed in hostels. Noisy or frightening home environments may exacerbate symptoms of PTSD or depression. The system of benefits is often, understandably, poorly understood by people unfamiliar with it. In particular at times of change, for example when gaining recognition as a refugee, specialist welfare advice may be appropriate.

Especially where there is marked depression or where a psychological approach, beyond supportive therapy, is too difficult, there may be a place for pharmacological approaches. For the treatment of co-morbid PTSD and depression, the focus will usually be on the antidepressants, possibly with adjunctive low-dose olanzapine if hyperarousal and/or agitation are serious problems. Potentially addictive drugs such as the benzodiazepines should be avoided.

Admission of a newly arrived refugee to hospital should be undertaken with special care. It can be frightening for anyone to find themselves on an admission ward, but if the refugee has little common language with other patients or staff it may be particularly disturbing. The emphasis should be on social support within their own setting as far as possible.

Specific therapies: once people have achieved a sufficient sense of safety and security, the work of applying a psychological therapy may be possible, using one of the standard techniques.⁶ This should be undertaken in conjunction with attempts to habilitate the refugee in their new world. Recently, there has been considerable interest in the use of narrative exposure therapy in this population,¹² drawing on some of the work on testimony therapy.¹³

Support with integration into a new social world: finally, the third phase of intervention may be longer term and draw on support from other agencies. The focus is on integration into a new social and cultural environment. For some refugees this is a very long-term process and may never be completed as they may remain torn between missing their country of origin, hoping it will change and they may return, and endeavouring to adjust to and settle in their new host country.

Follow-up in mental health services depends on the nature of the diagnosis, the outcome of treatment, and the assessment of risk.

There is often a need to work with an interpreter. NICE includes the following advice: '*People with PTSD treated in the NHS come from diverse cultural and ethnic backgrounds and some have no or limited English, but all should be offered the opportunity to benefit from psychological interventions. This can be achieved by the use of interpreters and bicultural therapists.*'⁶ There is no reason why complex therapies should be denied to refugees who wish to receive these treatments on the basis of differences of language or culture. Clinicians should be prepared to advocate for the provision of appropriate interpreter and bicultural services. Guidelines are available for working with interpreters, and clinicians should follow these.¹⁴

Prognosis

Realistically, many refugees with mental health problems present with complex symptoms in the setting of cultural and family dislocation and uncertainty about status, which may persist for many years. It is hardly surprising that in such cases there is no quick fix. Both for the individual refugee and for the practitioner, it is helpful to identify which problem to focus on at different phases of the intervention. This also guides the decision about the most appropriate professional to take the lead role. However, in treatment, it is certainly reasonable to expect useful symptomatic relief and ultimately better adaptation or recovery.

Prevention

The avoidance of the need for people to move as refugees rests on changes to the world order and is beyond this article. Clinicians, who hear accounts of events that others never do, however, may have a special role to communicate their knowledge, although of course in ways that respect confidentiality. ♦

REFERENCES

- 1 United Nations High Commission for Refugees. Convention and protocol relating to the status of refugees. Geneva: UNHCR; 2007.
- 2 United Nations High Commission for Refugees. Protecting refugees & the role of the UNHCR. Also available at: <http://www.unhcr.org/basics/BASICS/4034b6a34.pdf> (accessed 5 May 2009).
- 3 Turner S, Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture. A descriptive model. *Br J Psychiatry* 1990; **157**: 475–80.
- 4 Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *Br J Psychiatry* 2003; **182**: 444–8.
- 5 Steel Z, Silove DM, Phan T, Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population based study. *Lancet* 2002; **360**: 1056–62.
- 6 National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: NICE, 2005.
- 7 Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med* 1999; **48**: 1449–62.
- 8 de Jong JTVM, Komproe IH, Van Ommeren M, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 2001; **286**: 555–62.
- 9 Herman J. Trauma and recovery: the aftermath of violence from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1997.
- 10 Herlihy JH, Turner SW. Asylum claims and memory of trauma: sharing our knowledge. *Br J Psychiatry* 2007; **191**: 3–4.
- 11 Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq: trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry* 1998; **172**: 90–4.
- 12 Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy (NET): a short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. Gottingen: Hogrefe & Huber, 2005.
- 13 Weine SM, Dzubur KA, Pavkovic I, Gibbons R. Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1998; **155**: 1720–6.
- 14 Tribe R, Raval H. Working with interpreters in mental health. London: Routledge, 2003.

FURTHER READING

- Steel Z, Frommer N, Silove D. Part I — The mental health impacts of migration: the law and its effects failing to understand: refugee determination and the traumatized applicant. *Int J Law Psychiatry* 2004; **27**: 511–28.
- Wilson JP, Drozdek B, eds. Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, and war and torture victims. New York: Brunner-Routledge, 2004.

Practice points

- Refugees are at increased risk of a number of physical and psychiatric disorders, although many survive without any psychiatric diagnosis
- It is important to understand the complexity of the experience for many refugees
- Self-report measures may over-estimate the prevalence of psychiatric disorders
- It is important for practitioners to familiarize themselves with the cultural background
- Multiprofessional interventions (social, legal, medical, and therapeutic) are appropriate
- Phased interventions, geared to the needs of the refugee at the time, are appropriate
- Practitioners should be aware of the issues involved in preparing reports
- All refugees, regardless of language skills, should be offered the opportunity to benefit from psychological interventions

While explaining to her the purpose of the screen in a private room, the woman was very quiet. During the course of the 40-question screen, the woman admitted that she had been emotionally and physically abused recently. When asked by whom, she refused to say. Slowly I came to realize that her abuser was the man sitting out in the waiting area. When I gently presented this question to her, she told me that it was indeed he who was abusing her. A sense of shock overcame me, as I had never encountered such a situation in the few months that I had been screening women. About halfway through the screen, she asked to stop and became visibly upset. I asked if it was safe for me to give her a packet of information with useful phone numbers and resources that could help her and she nodded. She took the envelope, folded it up very small, and shoved it in her back pocket. I thanked her and saw her back to the waiting room.

My heart was racing and my head was telling me that something more needed to be done to ensure this woman's safety. I alerted the manager of social services and met with the treatment team who was working with the family. They all agreed that a social worker needed to speak with her about her safety and options. The team also noted that it was difficult to separate the young woman from the man, since he wanted to be included in every part of the children's interview, and often spoke for her and the children. They agreed that, since I was successful at separating the woman from the man once already, I should do it again because I was a familiar face, and it would not seem suspicious to him. Immediately, I felt incredibly fearful and panicky. My heart was racing and my palms became sweaty. I was initially afraid for myself—would this man become suspicious and possibly become angry or upset and try to hurt me? Sensing my trepidation, the manager of social services reminded me that the real concern for the team was what may happen to the woman when she returned home with him.

There was some confusion in the hallway and ultimately, the manager of social services was able to separate the young woman from the man. All three of us went into a private room, and the manager spoke with the woman about what I had learned during the screen, whether she felt she was in imminent danger, and what her options were. The woman maintained that she was not ready to deal with her own abuse. We emphasized our ability to help her when she was ready. After the children's evaluations were complete, she left with them and the young man.

I left the center shortly after this incident to go home. On my way home, I stopped at the grocery store. As I was shopping, I kept turning my head to see who was around me. I felt extremely anxious and hypervigilant. I finished my shopping quickly and rushed home. Once inside my apartment, I locked the door and broke down crying. Later that night, as I was explaining the incident to a close friend, I sobbed uncontrollably. For weeks, I could not talk about what happened, not even to my field instructor, because I feared it would make me too upset.

What was my reaction all about? For the next several weeks, I kept asking myself why this incident affected me so strongly. In the end, from a social service point of view, I did all that I could do to help this young woman—I quickly assessed her situation, identified the danger to her, offered her resources, and ultimately, deferred to an experienced social worker who could provide a more skillful intervention. I could not find a hard and fast explanation for the feelings of fear and anxiety that the situation invoked in me.

SECONDARY TRAUMA: HOW WORKING WITH TRAUMA SURVIVORS AFFECTS THERAPISTS

Amy R. Hesse, C.S.W.

ABSTRACT: Secondary trauma, a relatively recent topic that has emerged in the field of social work, includes the emotional and psychological effects that working with traumatized clients has on therapists. Secondary trauma can seriously impact therapists' personal and professional well-being. Trauma therapists face major ethical dilemmas if their reactions to being traumatized enter into the therapeutic relationship, exposing clients to psychological harm or possibly re-traumatization. As many graduate programs in social work and social service agencies are still unaware of this phenomenon, recommendations are made for how to introduce the topic as priority and how to cope with and prevent secondary trauma.

KEY WORDS: trauma; secondary trauma; vicarious trauma; compassion fatigue; post-traumatic stress disorder.

INTRODUCTION

Personal Case Vignette

As a social work student at a nationally recognized child protection center in the Bronx, one of my major assignments was to screen the women caretakers of the children evaluated at the center to assess their history of and current experience with domestic violence. It took me many weeks to feel comfortable and confident approaching the women caretakers in the waiting area, introducing myself, asking them to join me in a private room for a few minutes, and then explaining to them the nature of the questionnaire and the center's concerns about their safety and that of their families. One afternoon I approached a young woman in the waiting area who was sitting with a young man and two small children. I introduced myself to her and the young man and asked if I could speak with her alone in the back for a few minutes. She looked at him, looked at me, and asked if he could join us. I said that this part of the interview was just for mothers and that it would only take a few minutes. She looked back at him as if to ask for permission, and he said to her, "Go ahead, I'll wait here with the boys."

When I was finally able to process the situation with my field instructor, she explained to me that somehow the trauma that this woman had experienced by being in an abusive relationship and the feeling I had that she was in imminent danger had, in effect, traumatized me. This phenomenon—that working with clients who have suffered from trauma can cause therapists to become traumatized themselves—is most often referred to as secondary or vicarious traumatization. This idea was not new to me in theory; I had learned about it during my first year field placement in a trauma-focused program. However, it occurred to me that students of social work were not being taught in the classroom about this very serious and inevitable effect of working with trauma survivors. The more I asked around, the more I learned that not only were students not aware of what secondary or vicarious traumatization is, but also that many faculty members and agency workers were also not aware of the term and what it means.

Secondary or vicarious traumatization is a relatively recent topic that has emerged in the field of mental health work with survivors of trauma. In the wake of the recent terrorist attacks on our nation, secondary trauma desperately needs to move to the forefront of American consciousness, as hundreds of rescue workers and mental health providers who have worked with traumatized victims have undoubtedly been victims of secondary trauma themselves. This paper will focus on two primary areas of concern: practice considerations, including manifestations of secondary trauma on both mental health workers and clients; and coping with and preventing secondary trauma on both an individual (micro) level and an organizational (macro) level. Close attention will be paid throughout this paper to ethical concerns regarding secondary trauma. Key observations will be noted and recommendations will be made for continuing to study and raise awareness of secondary trauma and its effects on social workers and clients.

When I was finally able to process the situation with my field instructor, she explained to me that somehow the trauma that this woman had experienced by being in an abusive relationship and the feeling I had that she was in imminent danger had, in effect, traumatized me. This phenomenon—that working with clients who have suffered from trauma can cause therapists to become traumatized themselves—is most often referred to as secondary or vicarious traumatization. This idea was not new to me in theory; I had learned about it during my first year field placement in a trauma-focused program. However, it occurred to me that students of social work were not being taught in the classroom about this very serious and inevitable effect of working with trauma survivors. The more I asked around, the more I learned that not only were students not aware of what secondary or vicarious traumatization is, but also that many faculty members and agency workers were also not aware of the term and what it means.

Secondary or vicarious traumatization is a relatively recent topic that has emerged in the field of mental health work with survivors of trauma.

In the wake of the recent terrorist attacks on our nation, secondary trauma desperately needs to move to the forefront of American consciousness, as hundreds of rescue workers and mental health providers who have worked with traumatized victims have undoubtedly been victims of secondary trauma themselves. This paper will focus on two primary areas of concern:

practice considerations, including manifestations of secondary trauma on both mental health workers and clients; and coping with and preventing secondary trauma on both an individual (micro) level and an organizational (macro) level. Close attention will be paid throughout this paper to ethical concerns regarding secondary trauma. Key observations will be noted and recommendations will be made for continuing to study and raise awareness of secondary trauma and its effects on social workers and clients.

Trauma's Effects on Mental Health Workers

Researchers have compared the effect of a client's trauma on his or her mental health worker to the symptoms of PTSD described above (Conrad & Perry, 2000). Most agree that working with clients who have been traumatized has inevitable, long-lasting, and often detrimental effects on therapists (Herman, 1992), and that these reactions may occur regardless of race, gender, age, or level of training (Edelwich & Brodsky, 1980). However, the researchers examining this issue do not all agree on what to call this phenomenon or how to define it. Charles Figley (1993a) defines secondary traumatic stress as "the natural consequent behaviors and emotions resulting from knowing about a traumatizing event experienced by a significant other—the stress resulting from helping or wanting to help the traumatized or suffering person." Figley (1995) suggests the term "compassion fatigue" as an alternative name for secondary traumatic stress that is the equivalent of PTSD. Some researchers believe that secondary trauma can result from exposure to a single traumatic experience (Conrad & Perry, 2000). Many use the terms "secondary trauma" and "vicarious trauma" interchangeably to mean the effects on a therapist of any work with traumatized clients, and throughout this paper both terms will be used. However, Pearlman and Mac Ian (1995) define vicarious traumatization as the *cumulative* effects on a therapist of engaging in therapeutic relationships with trauma victims. According to Pearlman and Saakvitne (1995), long-term empathic engagement with traumatized clients can transform the therapist's ways of experiencing the self, others, and the world.

Many researchers assert that secondary or vicarious traumatization should not be confused with burnout or countertransference. Courtois

DEFINITIONS AND DISTINCTIONS

Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder

There are several different terms in the literature on trauma that describe its effects on therapists. In order to understand them, it is best first to understand what trauma is and whom it affects. A traumatic event typically involves the actual or threatened death or injury to one's self or others, around which feelings of fear, helplessness, or horror were present (Baldwin, 1995). These events can include things like war, natural disasters, accidents, rape or sexual assault, physical or emotional abuse, or the death of a loved one, to name only a few. No person is immune to

(1993) posits that vicarious traumatization overlaps to some degree with burnout and countertransference. Burnout is defined as "a state of physical, emotional, and mental exhaustion caused by long-term involvement in emotionally demanding situations" (Pines & Aronson, 1988). Burnout may include exhaustion, depersonalization, and a reduced feeling of accomplishment (Conrad & Perry, 2000); it can become progressively worse, is fairly predictable, and can often be remedied by a vacation or changing jobs (America's Continuing Education Network, 1999). Although trauma workers can experience burnout, secondary or vicarious trauma differs from burnout in that it specifically involves exposure to emotionally trying images and descriptions of suffering (McCann & Pearlman, 1999). It also involves patterns of reexperiencing clients' trauma, avoidance, and numbing, and persistent arousal (America's Continuing Education Network, 1999). Although burnout is a gradual effect of emotional exhaustion, secondary trauma can emerge rapidly with little warning and can cause helplessness and confusion (Figley, 1995).

Countertransference is also closely associated with secondary or vicarious traumatization. Although countertransference and secondary trauma can both involve a therapist's emotional reactions to material presented by a client, countertransference has traditionally been viewed as the therapist's reaction to or distortion of client material based on unconscious or unresolved conflicts from the therapist's own life experiences (Freud, 1959; McCann & Pearlman, 1999). Although some admit that secondary or vicarious traumatization can include or be considered a special form of countertransference, most also agree that secondary trauma is a unique situation in which there may be no pre-existing personal characteristics or unresolved psychological conflicts to explain therapists' reactions (Figley, 1995; Courttois, 1993; McCann & Pearlman, 1999). According to McCann and Pearlman (1999), vicarious traumatization also differs from countertransference in that it can seriously alter the therapist's 'cognitive schema' and have long lasting effects on the therapist's feelings, relationships, and life.

to see how such changes in a therapist can seriously affect his or her therapeutic relationships and even cause harm to clients. In order to understand the full implications of secondary trauma on clients and the ethical issues involved, it is first important to see exactly what happens to a therapist who is exposed to accounts of trauma on a daily basis.

Manifestations of Secondary Trauma on Therapists

Understanding the reactions of therapists who work with traumatized populations has its foundation in a model called constructivist self-development theory (CSDT) (McCann & Pearlman, 1991b). CSDT states that human beings construct their own personal realities that develop into ever-evolving and complex cognitive structures, which Piaget described as 'schemas.' These schemas include beliefs, assumptions, and expectations about the self and the world and enables people to make sense of both. McCann and Pearlman (1991a) hypothesize that a traumatic experience can cause serious disruption of certain aspects of a person's schema, and that working with trauma survivors can have the same effect for therapists. The beliefs, assumptions, and expectations that are disrupted or changed are different for each therapist, and depend on two factors: aspects of the work and aspects intrinsic to the individual therapist. Aspects of the work include that nature of the clientele, specific facts of the event, organizational factors, and social/cultural issues. Aspects of the therapist include personality, personal history, current personal circumstances, and level of professional development. Pearlman and Saakvitne (1995) base their understanding of vicarious traumatization on their own research and personal experiences working with trauma survivors, on established research in the field, and on discussions with trauma therapists and others who work with trauma victims (police, journalists, emergency room personnel, etc.).

Seven major schema have been identified as the most prone to being altered by experiences with trauma: 1) frame of reference about the self and the world; 2) trust; 3) safety; 4) power and control; 5) independence; 6) esteem; and 7) intimacy. An individual's *frame of reference* refers to his or her identity, world view, and spirituality. Vicarious traumatization causes trauma therapists to question their own identity, role, and self worth ("Am I competent enough to do this work?"). Preoccupation with client's traumatic material often interferes with a therapist's ability to be fully conscious and involved in his or her own life experiences—causing dissociation from the self and creating distance from others. As the therapist hears tales of horrific incidents or re-enactments, his or her view of the world and values change. He or she can become extremely cynical and lose a sense of hope and optimism in humanity ("Why are people so cruel?"). The emotional numbing that can occur as a result of feeling grief, shock, anger, or terror can affect a therapist's spirituality. Awareness of

Researchers have shown that hearing stories or re-enactments of multiple clients' traumatic incidents can cause many of the same symptoms as post-traumatic stress disorder, including disturbed sleep, anger, fear, suppression of emotions, nightmares, flashbacks, irritability, anxiety, alienation, feelings of insanity, loss of control, and even suicidal thoughts (Hodgkinson & Shepherd, 1994; O'Rear, 1992). The therapist may become increasingly serious or cynical, develop an increased sensitivity to violence, or be overcome by grief and despair (Pearlman & Saakvitne, 1995). It is not hard

PRACTICE CONSIDERATIONS

oneself and of something beyond oneself become closed off as the therapist experiences these profound feelings and loses hope in the self and the world around the self. As the therapist experiences trauma second-hand, defenses such as denial, intellectualization, isolation of affect, dissociation, and projection are employed. These defenses serve to protect the self from harmful material, but can also seriously alter a therapist's identity, world view, and sense of spirituality (Pearlman & Saakvitne, 1995; McCann & Pearlman, 1999).

Therapists who work with trauma survivors may also learn of other people's acts of cruelty, deception, betrayal, or violation of trust towards their clients. This can cause therapists to have their own serious issues of trust, making them cynical, suspicious of people's motives, or perceiving others as untrustworthy. This can affect therapists' personal lives by causing them to view intimate partners, friends, and family with the same mistrustful eye. In addition, just as a trauma survivor almost always feels a loss of safety, the therapist's sense of vulnerability and fear for themselves and others may also increase. Therapists in this situation may become hypervigilant, expect to be victimized, or lose trust in their instincts. Along with this vulnerability comes a sense of helplessness as clients share stories of incidents in which they had little or no power or control. Trauma therapists may feel that they have to have control over the client's recovery, which is an unreasonable expectation. This can sometimes lead therapists to give clients advice instead of helping clients understand their reactions to situations. The need for power and control in the face of feelings of helplessness that come with hearing about trauma on a daily basis also leads therapists to try to control their own personal relationships. This can backfire and cause even more distress and dysfunction in the therapists' social systems. Victims of trauma as well as trauma therapists may also feel a loss of independence as a result of feeling personally vulnerable and out of control (Pearlman & Saakvitne, 1995; McCann & Pearlman, 1999).

Other effects of vicarious traumatization include loss of esteem, both of the self and of others. In addition to devaluing, criticizing, and being cynical about the capabilities of others, the therapist may question self-worth ("What good am I if I can't help other people?"). In the extraordinarily difficult world of trauma therapy, progress often comes slowly and the therapist may feel they are doing more harm than good. The loss of faith in humanity that leads a trauma therapist to become cynical also leads him or her to block against feelings of intimacy with oneself and others. Therapists may become emotionally unavailable from him or her self or others as a result of feeling too emotionally invested in lives of traumatized clients (Pearlman & Saakvitne, 1995; McCann & Pearlman, 1999).

In addition to these cognitive schema that are most often affected by vicarious traumatization, Pearlman and Saakvitne (1995) discuss other effects on the therapist, including impairments in self-capacities (the

ability to maintain a positive sense of self and an inner sense of connection with others), ego resources, and the sensory system. Changes in self-capacities include an inability to maintain positive self-esteem while modulating strong affect. This leads to numbing and behaviors that promote numbing, including alcohol consumption, overeating, overspending, overworking, etc. Vicarious traumatization can also impair certain ego resources, most commonly, the ability to make sound judgments, to be introspective, and to maintain boundaries. As in impairments to self-capacities, difficulties with managing ego resources can lead to overworking or becoming overly absorbed in the trauma work; decision-making difficulties; a lack of insight into process in therapeutic relationships; and a lack of interest in others needs (Pearlman & Saakvitne, 1995). These effects can be particularly harmful to the client as well as the therapist, as will be discussed in a later section.

Therapists suffering the effects of vicarious traumatization quite often become haunted by the imagery of the client being involved in the traumatic event. These intrusive thoughts can stay with the therapist long after the session and can emerge at the most unexpected times. For example, a trauma therapist working with a survivor of rape or sexual assault may be flooded with painful thoughts about the incident. Just as a rape survivor may have flashbacks of the incident during later sexual experiences, so the therapist may find that these images are interrupting his or her own moments of intimacy. It is also not uncommon for therapists to experience strange, painful, or unfamiliar physical sensations, such as numbness or sharp pains in certain body parts. Certain noises or smells may also trigger intrusive imagery in the therapist and client alike (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Special attention must be given to trauma therapists who are themselves trauma survivors. If the therapist is still recovering from his/her own traumatic experience, there are risks of overidentifying with clients or confusing personal healing with clients' healing (Yussen, 1995). This may be harmful to both the therapist and the client (harm to the client will be discussed later). Studies have shown that survivor therapists are at a higher risk for vicarious traumatization; Pearlman and Mac Ian (1995) found much higher rates of psychological disturbance in the 60% of therapists who stated they had a history of trauma. Survivor therapists may hear a client's experience and relive memories and feelings associated with their own traumatic experience. Trauma therapists who have gone through similar experiences as their clients may begin to dissociate during sessions, causing serious disruption in the therapeutic process (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Manifestations of Secondary Trauma on Clients

If material that clients present to trauma therapists can cause such a range of painful experiences and feelings for these therapists, it seems

logical to infer that such feelings will emerge in the therapeutic relationship. Even well-trained and skilled therapists may not be able to remain empathetic towards clients if they are suffering from secondary trauma. Reactions to secondary trauma that are manifested in sessions as counter-transference pose a serious ethical dilemma for therapists, as clients can actually be harmed or possibly even re-traumatized by such reactions (Pearlman & Saakvitne, 1995).

A therapist whose identity as an effective helper has been challenged by vicarious traumatization may have many potentially harmful counter-transferrential reactions. He or she may project shame onto clients who are "narcissistically vulnerable"—that is, clients who point out the therapist's shortcomings directly or with symptoms of depression or despair. Therapists in such situations may inappropriately seek praise from clients as a way to restore his notion that he is a competent therapist. Trauma therapists who feel incompetent as a result of vicarious traumatization may have feelings of guilt, shame, or envy that may lead him or her to accept clients' negative transference as truth. Alternatively, if clients idealize the therapist whose identity and self-esteem are impaired, the therapist may fail to perceive this or work through it. Therapists who feel incompetent also sometimes try new, often inappropriate treatment modalities without fully understanding the modality or the client. If the therapist is not trained in a modality and how to identify clients suited to it, the treatment may be harmful to the client (i.e. cause flooding of emotions, flashbacks, etc.) (Pearlman & Saakvitne, 1995).

A therapist who overidentifies with a client's experiences can, for example, express so much rage for the client's perpetrator that the client avoids mentioning possible positive experiences with the perpetrator or times that the client was abusive towards her own children (Pearlman & Saakvitne, 1995). The therapist whose world view has been changed as a result of vicarious traumatization may blame the victim or join together with the client to avoid working through the trauma (Astin, 1997). The therapist may fail to hear or allow clients to speak about things that challenge the therapist's beliefs about the world or people. On the other hand, the therapist may unwittingly prompt the client to discuss that which will restore his or her "shattered" world view, but may not allow the client to express and process his or her own feelings or views of the world (Pearlman & Saakvitne, 1995). These defenses against vicarious traumatization used by therapists to seek protection or to rebuild their compromised identities can be self-serving, and can cause clients to withhold material. This may seriously inhibit the treatment process and the clients' ability to heal from trauma.

Other ways that secondary trauma affects clients is when the therapist tries to avoid feelings or topics that produce anxiety, anger, fear, or other strong feelings in him or her. The therapist may become authoritarian, adversarial, or argumentative with clients, which can confuse or hurt

the client, causing him or her to disconnect from the therapist. If the therapist's self-capacities become impaired, the therapist may become emotionally unavailable to a client at a crucial time when the client for some reason feels the need to distance him or herself from the therapist. This point in the treatment is critical to helping survivors gain trust in the therapist, become connected with others, and work through traumatic material. If the therapist cannot be empathic towards a client, he or she can retraumatize a client by failing to notice attempts to distance him or herself. The therapist may further withdraw from the client by canceling appointments, not returning calls, responding irritably, or tuning out during sessions (Pearlman & Saakvitne, 1995).

When a therapist begins to lose trust in his or her professional capabilities as a result of vicarious trauma, he or she may over-medicate or over-hospitalize clients who evoke feelings of anxiety in the therapist. Conversely, if the therapist begins mistrusting others, he or she may not make use of helpful referral sources, supervision, or consultation with co-workers and encourage the client to only trust the therapist. The most harmful trust scenario is when a therapist blames the client for the traumatization and views him or her as manipulative rather than placing trust in the client. As a result, the therapist rejects or encourages the client's dependency needs, and may retraumatize the client.

Therapists whose sense of control has been altered due to secondary trauma may reject or be unable to tolerate client's "out of control" feelings. The therapist may try to give the client directives that are inappropriate, or may establish unreasonable or rigid boundaries. These attempts to gain some form of control on behalf of the therapist takes the essential technique of self-exploration out of the therapeutic relationship. The therapist who has been secondarily traumatized may also have boundary difficulties; for instance, he or she may seek intimacy within the therapeutic relationship since their personal intimate relationships may have suffered due to secondary trauma. The most severe and unethical form of this boundary violation is when a therapist enters into a sexual relationship with a client. While this kind of intimacy may help alleviate therapists' and possibly clients' pain, it is extremely unprofessional and can deeply hurt or confuse clients (Pearlman & Saakvitne, 1995).

The National Association of Social Workers' Code of Ethics (1996) reads, "social workers should be alert to and avoid conflicts of interest that interfere with the exercise of professional discretion and impartial judgment," and, "social workers should not take unfair advantage of any professional relationship or exploit others to further their personal, religious, political, or business interests" (p. 9). Therapists who are affected by vicarious traumatization quite often do not realize the potentially harmful, destructive, and traumatic effects they can have on clients. Many of the defenses mentioned above prevent therapists from using their "pro-

fessional discretion" and therapists may not realize that they are "taking unfair advantage" of the "professional relationship" to protect or heal themselves from the trauma that they are experiencing. The Code of Ethics also states "social workers should not allow their personal problems, psychological distress . . . or mental health difficulties to interfere with their professional judgment and performance or to jeopardize the best interests of people for whom they have a professional responsibility" (p. 23). Social workers who provide treatment to traumatized individuals and who subsequently become traumatized have a moral and ethical imperative to acknowledge and address the secondary trauma *before* they "jeopardize the best interests" of clients.

COPING AND PREVENTION

Individual Methods

Almost all researchers in the area of secondary or vicarious traumatization agree that individual therapists' coping and prevention tactics should include a balance of work and 'play' (Yassen, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995; Conrad & Perry, 2000; Astin, 1997). Physical and psychological self-care is key to working with trauma victims, whether as a way to cope with existing symptoms of secondary trauma, or as a way to prevent it. Some personal tactics for preventing secondary trauma include making adequate time for rest and relaxation; eating right and exercising, common ways of reducing stress and improving overall health, and taking time for self-reflection and creative expression, such as writing, drawing, painting, sculpting, dancing, or cooking (Conrad & Perry, 2000). Yassen (1995) suggests that having regular contact with nature, including taking trips to the park, hiking, boating, camping, or even simply caring for pets or plants, can be restorative and help us consider the entire world and our place in it.

Several researchers suggest spirituality as a way of regaining meaning, hope, and awareness. Examples of becoming spiritually connected include meditation and yoga, becoming part of a religious group, or participating in community activities or revitalization projects (Pearlman & Saakvitne, 1995; Yassen, 1995). Spending time with friends and family is critical to remaining connected to one's identity. In addition, Conrad and Perry (2000) emphasize spending time alone, praising yourself, allowing yourself to cry, and finding things to laugh about.

Another excellent way of dealing with the effects of secondary or vicarious traumatization is seeking personal psychotherapy. "Psychotherapy is a way of understanding and nurturing oneself, a gift one can give oneself whose benefits also ripple outward to family, friends, clients, and

colleagues" (Pearlman & Saakvitne, 1995). Yassen (1995) considers getting professional help a sign of personal strength on the part of the trauma therapist—that any therapist who is willing to process the effects of traumatic stress will be a more responsible, effective helper to his or her client. Trauma therapists who are themselves survivors of trauma can benefit tremendously from psychotherapy and support groups for survivors, in which they can safely explore feelings, reactions, and experiences—a necessary part of healing and of continuing to work with clients who have been traumatized.

In addition to developing a healthy personal life outside of work, trauma therapists need to pay equal attention to professional strategies of coping with and preventing secondary trauma. Perhaps the most important step is recognizing and accepting that secondary or vicarious trauma is a normal part of doing trauma work (Pearlman & Saakvitne, 1995). If a trauma therapist is ashamed, embarrassed, or in denial of painful feelings that emerge when hearing clients' stories, he or she is not likely to take measures that can reduce the pain or stress. As illustrated earlier, vicarious trauma that goes untreated can be dangerous for the mental health of both the therapist and the client.

Most experts agree that one of the easiest ways of preventing secondary trauma in the workplace is by limiting exposure to traumatized clients (Cerney, 1995; Yassen, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995; Conrad & Perry, 2000). This can be done in a number of ways: by 'diversifying' a caseload (including some non-trauma clients); or, if it is not possible to see non-trauma clients, then by limiting one's caseload. If the therapist only sees clients who have experienced trauma, then other tactics include leaving as close as possible to the agreed upon time, taking regular breaks, taking a full hour for lunch, and taking regular vacations (Yassen, 1995; Conrad & Perry, 2000). Pearlman and Saakvitne (1995) note that, when a trauma therapist overworks, he or she sends the conflicting message to their clients that they need to set limits in relationships, but that the therapist does not need to do so. In addition, many agree that it is crucial for therapists to 'know their limits'—that is, for therapists to understand that no amount of work is going to permanently 'erase' the trauma for the client. Maintaining a realistic view of which goals are achievable with which clients helps the therapist appreciate progress at any level and restores faith in his or her ability to be helpful (Cerney, 1995; Yassen, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995).

Maintaining professional connection is another key way to cope with and prevent secondary trauma. Professional training or development, staff or peer support groups, supervision and consultation can help any social worker grow as a professional and process the effects of the daily work. Pearlman and Saakvitne (1995) emphasize that trauma therapists need to be trained in both trauma and non-trauma issues so that they can

remain connected both to their present field of work and also to broader areas of therapeutic training. Yassen (1995) mentions membership and participation in professional affiliations or associations as another way for trauma therapists to feel connected and feel like they are affecting change.

Regular and adequate supervision can help the trauma therapist discuss his or her reactions to client material and pay closer attention to how his or her feelings may be affecting the therapeutic relationship. Conrad and Perry (2000) state that supervisors can be a primary way to cope with and prevent secondary trauma if they can recognize and accept the phenomena, while effectively handling their own stress. Understanding and supportive supervisors can also play a key role in modifying caseloads and assisting workers in setting limits and establishing boundaries in their professional and personal lives. Cerney (1995) stresses the importance of group supervision as a way of providing added insight and learning. Astin (1997) asserts that having other trauma therapists and colleagues to speak with informally about how she is being affected by clients' stories is the most powerful and important way she handles secondary trauma. Group methods of dealing with secondary trauma will be further explored in the following section.

Organizational Methods

Any social worker should make conscious efforts to safeguard their worldview, as well as their professional and personal identity. The tactics suggested previously are especially important for the therapist whose physical and emotional resources have been tapped or depleted as a result of secondary trauma. Trauma therapists who work in organizations and are affected by secondary trauma should not be alone in the areas of coping and prevention. In addition to having understanding and supportive supervisors, agencies that deal with issues of trauma need administrators who not only recognize and accept that secondary trauma exists among their workers, but that there are steps that can be taken by the organization to help prevent it. On the most simplistic level, this means providing therapists with safe, private, and comfortable space in which to have sessions (Pearlman & Saakvitne, 1995; Yassen, 1995). An extension of this would be for agency leaders to decorate or to allow their staff or clients to decorate the common areas of the office in a way that is safe, attractive, and comforting. In addition, administrators should ensure that therapists have adequate benefits, staff development opportunities, and the chance to express themselves in staff meetings or by implementing an open-door policy in which administrators are accessible to staff (Pearlman & Saakvitne, 1995; Yassen, 1995). Some organizations in which I have worked have made it a point to celebrate staff birthdays, taking

some time out of the day every month or so to eat some cake and socialize with other staff. Creating a climate that is warm, friendly, and supportive sends the message to both therapists and clients that they are valued and respected. As illustrated above, when therapists feel valued and connected to others, their identity and self-esteem is restored and they are less likely to suffer from secondary trauma.

There are several organizational and team approaches to coping with and preventing secondary trauma. Cathárrail (1995) developed a five step plan for institutions to use in dealing with secondary trauma that includes 1) identifying staff level of exposure to secondary trauma, 2) developing a plan with the staff for dealing with secondary trauma, such as highlighting avenues for discussion and staff responsibilities, 3) psychoeducation for staff on secondary trauma, 4) handing out a "preparedness structure" to staff that highlights the agency's philosophy and plan in dealing with secondary trauma, and 5) evaluating the effectiveness of the plan and making necessary changes. Other approaches are treatment team oriented and involve "identifying and altering trauma engagement patterns" (Munroe et al., 1995). In their team treatment model, Munroe et al. (1995) posit that there are 3 basic tenets to dealing with secondary trauma in a team setting: 1) acceptance of the reality of secondary trauma, 2) acceptance of the fact that secondary trauma is a "natural and valuable process," rather than a defect, and 3) that others can accurately observe workers' responses to secondary trauma. "A community absorbs the traumatic experience of an individual by diffusing its effects among many people and demonstrating that the survivor's feelings are understood" (Munroe et al., 1995). This team approach involves regular meetings to cover administrative and clinical issues, with particular emphasis on commitment to attendance, participation, and confidentiality. Team members help each other consider their feelings about traumatic material, clients, and other team members (Munroe et al., 1995). According to McCann and Pearlman (1999), group approaches to dealing with secondary trauma help normalize therapists' reactions and provide a safe environment for therapists to diffuse painful or disruptive feelings.

CONCLUSION

"Just as no survivor can recover alone, no therapist can work with trauma alone" (Herman, 1992). With this in mind, how can we 'manage' secondary trauma? First, further research needs to be conducted and widely published that fills in the gaps on secondary trauma. The more that professionals in the field know about how secondary trauma specifically affects them and their clients, with consideration given to factors such as particular types of trauma, or to factors such as race, age, gender, sexual

orientation, or disability, the more prepared they will be to appropriately address these issues.

Organizations can become involved in social action that works to end or decrease our clients' victimization, increasing the rights of victims, developing community education programs, and working to raise awareness of trauma issues (Pearlman & Saakvitne, 1995). These measures would serve to support trauma therapists in their work. In addition, policies can be written that provide benefits and rights to workers who experience secondary trauma—for example, organizations can provide insurance coverage that would include mental health issues, so that workers are encouraged to address the effects of secondary trauma. Government institutions that provide large grants to mental health or non-profit agencies can adopt policies whereby grant recipients must either provide or seek out training on the issues associated with secondary trauma. By helping workers understand how their work can be affected and made more effective through prevention, this would increase the accountability of the institutions making the grants and of the organizations providing the services.

Education is key to raising awareness about what secondary trauma is and how professionals can deal with it. This kind of education should ideally begin in the undergraduate and graduate programs where trauma workers receive their primary training. It seems inevitable that every social worker will, at some point in their careers, encounter clients who have experienced trauma. Secondary trauma and its effects on therapists and organizations should be included as part of the curriculum of the foundations of social work course or any of the first level practice method courses—casework, groupwork, community organizing, administration, or research. In addition, organizations should be committed to providing ongoing training and supervision that deals with issues of secondary trauma, as mentioned earlier.

It is no wonder that many people ask, "How can you do this work?" When I tell friends and family members who are in the corporate or blue-collar world about my work in the fields of child abuse and domestic violence, many of them shake their heads, cringe, or ask me how I do it. My response is, "how can I not?" Trauma work, although often the most difficult work, can also be the most rewarding form of help and support we can give to clients. The connections trauma therapists make with clients who have experienced trauma are often the strongest that people make, involving an intimacy and a trust that our clients may have lost as a result of the trauma. When trauma therapists witness even minor transformations in their clients' identification of their needs, feelings, judgments, and choices, hope in the therapeutic process can be strengthened or restored. Their belief in their ability as therapists and in the world in general is also renewed. Trauma work can provide therapists

with a chance to grow personally and professionally in a way that few other professions can. For therapists, organizations, and institutions, the key to successfully working with trauma victims is understanding secondary trauma and the risks associated with hearing traumatic material and finding ways to process and cope with it. Addressing secondary or vicarious trauma is, without a doubt, in the best interests of the recipients of our services—our clients.

REFERENCES

- America's Continuing Education Network (1989). Compassion fatigue: The stress of caring too much. <http://ace-network.com/cfspotlight.htm>
- Astin, M. (1987). Traumatic therapy: How helping rape victims affects me as a therapist. *Women and Therapy*, 20 (1), 101–109.
- Baldwin, D.V. (1995). David Baldwin's trauma information pages. <http://www.trauma-pages.com/>
- Catherall, D.R. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Cerny, M.S. (1995). Treating the "heroic treaters." In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* (pp. 131–149). New York: Brunner/Mazel.
- Conrad, D.J. and Perry, B.D. (2000). The cost of caring. *Child Trauma Academy's Interdisciplinary Education Series*, http://www.benn.thu.edu/Cost_of_Caring.htm
- Courtous, C.A. (1993). Vicarious traumatization of the therapist. *NCP Clinical Newsletter*, 3(2), 1–4.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press. In J. Yassein (1995), Preventing secondary traumatic stress disorder. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* (pp. 178–208). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1993a). Compassion stress and the family therapist. *Family Therapy News*, 1–8. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* (p. 7). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (Ed.) (1995). *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Freud, S. (1959). Future prospects of psychoanalytic psychotherapy. In J. Strachey (Ed., Trans.), *The standard edition of complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 139–151). London: Hogarth Press. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* (p. 9). New York: Brunner/Mazel.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. U.S.A.: Basic Books. In J. Ruzek (1993). Professionals coping with vicarious trauma. *NCP Clinical Newsletter*, 3(2), 1–5.
- Hodgkinson, P. & Shepherd, M. (1994). The impact of disaster support work. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 587–600. In T.A. Cormile & T.W. Meyers (1999). Secondary traumatic stress among child protective workers: Prevalence, severity, and predictive factors. *TRAUMATOLOGY*, 5(1), 1–21.
- Maxmen, J.S. & Ward, N.G. (1995). *Essential psychopathology and its treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
- McCann, L. & Pearlman, L.A. (1991b). *Through a glass darkly: Understanding and treating the adult trauma survivor through constructivist self-development theory*. New York: Brunner/Mazel. In L. McCann & L.A. Pearlman (1999). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. In M.J. Horowitz (Ed.), *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp. 498–517). New York: New York University Press.

- McCann, L. & Pearlman, L.A. (1999). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. In M.J. Horowitz (Ed.), *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp. 498–517). New York: New York University Press.
- Munroe, J.F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rappaport, K., & Zimmerling, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* (pp. 209–231). New York: Brunner/Mazel.
- National Association of Social Workers. (1996). *Code of Ethics*. Washington, D.C.: NASW.
- O'Rear, J. (1992). Post traumatic stress disorder: When the rescuer becomes the victims. *JEMS: A Journal of Emergency Medical Services*, 30, 30–38. In T.A. Cornille & T.W. Meyers (1999). Secondary traumatic stress among child protective workers: Prevalence, severity, and predictive factors. *TRAUMATOLOGY*, 5(1), 1–21.
- Pearlman, L.A. & Mac Ian, P.S. (1995). Vicarious trauma: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565.
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton.
- Pines, A.M. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- In C.R. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* (p. 11). New York: Brunner/Mazel.
- Yussen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* (pp. 178–208). New York: Brunner/Mazel.

AMY R. HESSE, C.S.W.
30-41st Street, #2R
Astoria, NY 11103
amyhesse@juno.com

Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review

S. COLLINS¹ RMN BSc(Hons) DMS DipHE(CBT) PGDip MSc MCGI & A. LONG² D.Phil MSc RMN BSc(Hons)

¹Senior Cognitive Behavioural Nurse Therapist, Centre for Trauma and Transformation, Omagh, Co. Tyrone, N. Ireland, and ²Senior Lecturer, University of Ulster, Jordanstown, Co. Antrim, N. Ireland, UK

Correspondence:

S. Collins
Centre for Trauma and
Transformation
2 Retreat Close
Omagh
Co. Tyrone
N. Ireland BT78 1HE
UK
E-mail: seancollins@nictt.org

COLLINS S. & LONG A. (2003) *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 417–424

Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review

This literature review explores how interacting with seriously traumatized people has the potential to affect health-care workers. The review begins with an introduction to post-traumatic stress disorder as being one of the possible negative consequences of exposure to traumatic events. The report proceeds with examining the concepts of vicarious traumatization, secondary traumatic stress, traumatic countertransference, burnout and compassion fatigue, as potential adverse consequences for workers who strive to help people who are traumatized. The differences between these concepts are also discussed. The notion of compassion satisfaction is examined as findings have demonstrated that it is a protective factor which can be used as a buffer to prevent the aforementioned concepts. Conversely, findings have shown that a history of previous stressful life events in helpers is a potential risk factor. The review concludes with an overview of the concepts considered, but cautions against generalization of the findings owing to the dearth of longitudinal studies into the issues raised and also the lack of investigation into the many different types of trauma.

Keywords: burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, countertransference, mental health, post-traumatic stress disorder

Accepted for publication: 6 February 2003

Introduction

Vicarious traumatization has been identified in individuals who, in the course of working with victims of traumatic events, themselves fall victim to secondary traumatic stress reactions brought on by helping, or wanting to help, a traumatized person. As early as 1990, McCann & Pearlman (1990, p. 145) described vicarious traumatization as:

...the transformation in the inner experience of the therapist that comes about as a result of empathetic engagement with clients' trauma material.

Five years later, Pearlman & Saakvitne (1995, p. 31) stated:

... vicarious traumatization refers to the cumulative effect . . . of working with survivors of traumatic life events. Anyone who engages empathetically with victims or survivors is vulnerable.

Other writers added to the debate and coined their own terms to describe the phenomenon known as vicarious traumatization. For example, Herman (1992) conceived the term 'traumatic countertransference'. Pines (1993) viewed the problems faced by workers simply as 'burnout'.

Figley (1995) uses the phrase 'compassion fatigue', and Munroe *et al.* (1995) uses 'secondary traumatic stress disorder'. Regardless of the labels, which at times are used interchangeably, the consequences of working with trauma victims across time appear to be the same. However, all of these ideas warrant closer inspection. Therefore, a synthesis of vicarious traumatization, traumatic countertransference, burnout, compassion fatigue and secondary traumatic stress follows.

Vicarious traumatization

McCann & Pearlman (1990) introduced the concept of vicarious traumatization and provided a theoretical framework for understanding the complex and distressing effects of trauma work on therapists (Pearlman & Saakvitne 1995, p. 152):

The concept is based in constructivist self-development theory, a developmental, interpersonal theory explicating the impact on an individual's psychological development, adaptation and identity.

Schauben & Frazier (1995) used a sample of counsellors ($n = 148$), who worked with sexual violence survivors, to assess the psychological consequences of such work. The researchers (Schauben & Frazier 1995, p. 51) defined vicarious traumatization as:

... the enduring psychological consequences for therapists of exposure to the traumatic experiences of victim clients.

Although this study revealed important information about the effects of working with trauma survivors, it was limited in that all of the sample group were female counsellors and it only examined the effects of working with sexual abuse.

Pearlman & MacLean (1995) used a sample of self-identified trauma therapists ($n = 188$), of whom 136 were female and 52 male, to examine the concept of vicarious traumatization, and found that the newest therapists, especially those with a personal trauma history, experienced the most difficulties. Their findings were consistent with previous work on 'burnout', which showed that being younger or newer to the work was correlated significantly with the highest levels of 'burnout' (Ackerley *et al.* 1988) and with the most negative reactions to providing therapy (Rodolfa *et al.* 1988). However, these findings need to be interpreted with caution as the sample was a self-selected group of self-identified 'trauma therapists', and represented only a 24% response rate of the initial number of therapists approached. Therefore, it is argued that the findings should be generalized with great care.

Examination of a phenomenological study of vicarious traumatization amongst psychologists and professional

counsellors ($n = 12$) working in the field of sexual abuse/assault, demonstrated that many of the therapists experienced positive changes in their sense of identity and beliefs about their self and others (Steed & Downing 1998). The concept of vicarious traumatization specifically refers to negative changes in therapists' frame of reference and therefore it is inadequate as a conceptual framework for understanding the full range of effects on workers who carry out trauma counselling. It has been recommended that investigation into the positive and negative effects of trauma therapy on therapists would constitute a more comprehensive and holistic approach to the phenomenon (Steed & Downing 1998).

Secondary traumatic stress

Secondary traumatic stress has been defined by Figley (1995, p. 7) as:

The natural consequent behaviours and emotions resulting from knowing about a traumatizing event experienced by a significant other – the stress resulting from helping or wanting to help a traumatized or suffering person.

Basically, secondary traumatic stress is the presence of post-traumatic stress disorder symptoms in caregivers, which are probably connected to the patient's experience rather than the caregivers' (Figley 1995, Pearlman & Saakvitne 1995, Stamm 1995).

Secondary traumatic stress reactions can be considered inevitable in trauma workers (Herman 1992), and may occur regardless of race, gender, age or level of training (Rudolph *et al.* 1997). Other researchers have found a positive correlation between secondary traumatic stress reactions and reduced longevity of career, large caseloads, increased contact with clients and long working hours (Beaton & Murphy 1995). In tandem with these findings, the increased longevity and severity of secondary traumatic stress symptoms has also been found (Chrestman 1995, Bryant & Harvey 1996, Harvey 1996). Indeed, trauma workers may experience an array of reactions in their work with trauma victims/survivors. Figley (1995) carried out a meta-analysis of the literature and categorized these reactions into three key areas. They are:

1. Indicators of psychological distress or dysfunction.
2. Cognitive shifts.
3. Relational disturbances.

These key areas are discussed below.

Indicators of psychological distress or dysfunction

Indicators of psychological distress or dysfunction include:

- distressing emotions, including sadness or grief, depression, anxiety, dread and horror, fear, rage, or shame (McCann & Pearlman 1990, Harbert & Hunsinger 1991, Clark & Gioro 1998);
- intensive imagery by the trauma worker of the client's traumatic material, such as nightmares, flashbacks and images (McCann & Pearlman 1990, Herman 1992, Figley 1995, Stamm 1995);
- numbing or avoidance of efforts to elicit or work with traumatic material from the client (McCann & Pearlman 1990, Herman 1992, Figley 1995);
- somatic complaints, including sleep difficulty, headaches or gastrointestinal distress (Herman 1992, Figley 1995);
- addiction or compulsive behaviours, including substance abuse, workaholism and compulsive eating (Dutton & Rubinstein 1995);
- physiological arousal, such as palpitations and hypervigilance (Davis 1996, Clark & Gioro 1998); and/or
- impairment of day-to-day functioning in social and personal roles, including missed or cancelled appointments, decreased use of supervision, chronic lateness, and feelings of isolation, alienation, or lack of appreciation (Dutton & Rubinstein 1995).

Cognitive shifts

The second category of secondary traumatic stress reactions experienced by trauma workers refers to shifts in the beliefs, expectations and assumptions that therapists hold (McCann & Pearlman 1990, Janoff-Bulman 1992). Examples of these shifts in cognitive schemata include changes along the dimensions of:

- dependence/trust to reveal a chronic suspicion of others;
- safety to a heightened sense of vulnerability;
- power to an extreme sense of helplessness; and
- independence to a loss of personal control and freedom.

Herman (1992) speaks of the notion of 'witness guilt', which sometimes plagues trauma workers who have not been directly traumatized. A later study demonstrated that trauma workers felt guilty for enjoying life while they observed survivors struggling. Dutton & Rubinstein (1995, p. 86) state:

The novice trauma worker may feel especially guilty when the survivor re-experiences the trauma through necessary interview or therapeutic procedures.

Moreover, Herman (1992) advances his argument by describing a type of victim-blaming that sometimes occurred in trauma workers because they themselves began

to feel victimized by their clients whom they perceived to be threatening, manipulative, or exploitative. Clearly, this would have detrimental effects on the therapeutic process.

Relational disturbances

Findings have demonstrated that secondary exposure to trauma may have an impact on the relationships, both personal and professional, of trauma workers. Findings have shown that personal relationships can suffer as a result of increased stress or difficulties related to trust and intimacy (Clark & Gioro 1998; White 1998).

Research has shown that the professional relationship between the therapist and the client may be affected when the workers experience secondary traumatic stress and respond to their clients by either the relationship dynamics of detachment or overidentification (Dutton & Rubinstein 1995).

Detachment or distancing oneself emotionally from trauma survivors is used consciously or unconsciously to enable trauma workers to deal with their feelings of being overwhelmed or rendered vulnerable by the traumatic material, hence blocking out such emotional reactions. However, the use of these defence mechanisms may leave clients feeling isolated emotionally and detached once again, even from those people who are aspiring to help them (Dutton & Rubinstein 1995).

The use of the dynamic of detachment or distancing by trauma workers as a secondary response to trauma may also take the form of withdrawal from family, friends, or colleagues, perhaps out of the belief that no-one understands their distressed response to their work (Harbert & Hunsinger 1991). Trauma workers may feel isolated emotionally in their working environment as they may perceive that they are the only one who feels traumatized by such difficult and painful work and this contributes further to the trauma workers' problems (Dutton & Rubinstein 1995).

Trauma workers sometimes use the relationship dynamic of overidentification with the client, either consciously or unconsciously, to the point that they may react with 'paralysis' or numbness to the clients' traumatic experiences. Alternatively, they might take on excessive responsibility for the clients' life, perhaps in an attempt to gain control over overwhelming situations. Trauma workers who become overloaded by the traumatic material are, at best, ineffective and, at worst, place survivors in a position of taking care of the helper. This role reversal in 'caregiving' and 'caretaking' involves clients withholding details about the trauma in order to 'protect' the worker (Dutton & Rubinstein 1995). The collective term for unconscious relationship dynamics is traumatic countertransference.

Traumatic countertransference

The notion of countertransference as an unconscious defence mechanism rests within the psychodynamic psychotherapy school of thought and it has been defined as an emotional reaction to a client by the therapist (Kapur 1999). Corey (1991) defined countertransference as the process of the therapist seeing oneself in the client, overidentifying with the client, or meeting his/her own needs through the client. Kapur (1999, p.221) described countertransference from the therapist's point of view as:

An awareness and legitimate recognition of our emotional reactions to events which can increase the repertoire of data we have to understand the reactions that are stirred up within us when we are interacting with others.

This definition reveals that countertransference was once viewed as the therapist's conscious and unconscious response to the patient's transference, especially if the transference was associated with the therapist's past experiences. Johansen (1993) argues that all of the emotional reactions of the therapist towards the patient – regardless of their sources – are countertransference. For example, therapists bring their own unresolved, painful life experiences (past and present) to the therapeutic encounter. However, countertransference also includes the therapist absorbing the traumatic feeling being explored by the client (Figley 1995). This means that it is important for the therapist to locate the source of these feelings, and to explore what it is that is being stirred up, in order to gain new insights. Figley (1995) claims that secondary traumatic stress includes, but is not limited to, what is viewed as countertransference. Moreover, it is sometimes assumed that countertransference happens only within the context of psychotherapy and that this reaction by the therapist to the client's transference is a negative consequence of therapy, which should be prevented or eliminated. Kapur (1999), however, argues ardently that countertransference should be acknowledged honestly and explored in supervision.

Stamm (1997) contrasts countertransference with secondary traumatic stress. Stamm (1997) argues that countertransference refers to the reactions of trauma workers to clients, and their material and secondary traumatic stress results from working with trauma victims. Unlike the former, the latter induces more trait-like changes to the values, beliefs and behaviours of trauma workers. This differentiation, while possibly academic, is certainly elusive. Stamm (1997), however, attempts to unravel the elusiveness by emphasizing that countertransference can occur outside the context of exposure to

traumatic material, and secondary traumatic stress always arises as the result of exposure to a client's traumatic material.

Figley (1995) states that secondary traumatic stress is a natural consequence of the dynamic of caring that happens between two people, one of whom has been initially traumatized and the other of whom is affected by the first's traumatic experiences. These effects are not necessarily a problem, but more a natural by-product of caring for traumatized people. Explicating the difference between the notions of traumatic countertransference and secondary traumatic stress is complicated. However, our attempt to do this demonstrates that the former recounts more to how the care offered by trauma workers is affected by clients and their traumatic material. The latter relates more to how trauma workers' lives, personal relationships and social networks, as well as their work, are affected by the trauma.

Burnout

As early as 1978, Pines & Maslach found that health-care workers often had high levels of burnout and that the major factors associated with burnout were low morale, absenteeism, high job turnover and other indices of job stress. A decade later, Pines & Aronson (1988, p. 9) defined burnout as:

... a state of physical, emotional and mental exhaustion caused by long-term involvement in emotionally demanding situations.

In a comprehensive review of the empirical research on the symptoms of burnout, Kahill (1988) identified five categories of symptoms, as follows:

- physical symptoms, such as fatigue, sleep difficulties, somatic problems, gastrointestinal disturbances, colds and flu;
- emotional symptoms, such as irritability, anxiety, depression, guilt;
- behavioural symptoms, such as aggression, callousness, pessimism, substance abuse;
- work-related symptoms, such as resigning from work, poor work performance, absenteeism, tardiness, misuse of work breaks; and
- interpersonal symptoms, such as the inability to concentrate/focus on communication, withdrawal from clients/co-workers, followed by dehumanized, intellectualized interactions.

Later, Figley (1995) described burnout as a process (rather than a fixed condition) that begins gradually and progresses in intensity across time. This process includes a gradual exposure to job strain, erosion of idealism and a void in achievement.

However, a search of the literature by Edwards *et al.* (2000) shows that there is no standard definition of burnout. Our own search demonstrates that much of the research focuses on the theoretical perspective of Maslach *et al.* (1996, p.4), in which burnout was defined as having three dimensions:

A syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with people.

Findings demonstrate that emotional exhaustion is the central feature of burnout (Maslach 2001). However, Maslach (2001) argues that if researchers focus simply on the exhaustion dimension, they could lose sight of the complex phenomena of burnout altogether.

The depersonalization dimension includes the component of cynicism. It is described as the interpersonal context of burnout and refers to negative, callous or exceedingly detached responses to various aspects of the job (Maslach 2001). Distancing is an immediate reaction to exhaustion and depersonalization, and has been found consistently in burnout research, across a wide range of occupational settings (Maslach 2001).

The reduced personal accomplishment dimension refers to feelings of incompetence and lack of achievement and productivity at work (Maslach 2001). The relationship of reduced personal accomplishment to the other two dimensions of burnout is somewhat complex. Attempting to interpret the complexity shows that a work situation with chronic overwhelming demands contributes to exhaustion or depersonalization and this is likely to erode the therapist's sense of accomplishment. Furthermore, exhaustion coupled with depersonalization also impacts on accomplishment. Therefore, the lack of personal accomplishment seems to arise more from a deficit in relevant resources, whereas exhaustion and depersonalization emerge from the presence of work overload in addition to internal and external personal conflict.

The argument, however, remains unresolved as to whether emotional exhaustion causes depersonalization, which in turn creates diminished personal accomplishment, or whether the three dimensions interact dynamically in some way. The current authors support the latter proposition.

Compassion fatigue

The concepts of secondary traumatic stress and burnout have evolved. Joinson (1992) investigated the nature of burnout in nurses and, from the findings, coined the term 'compassion fatigue'. As this term has its roots in the abstract notion of compassion, an exploration of compas-

sion follows. Webster's Encyclopedia (Unabridged Dictionary) (1989, p. 299) defines compassion as:

A feeling of deep sympathy and sorrow for another who is stricken by suffering or misfortune, accompanied by a strong desire to alleviate the pain or remove its cause.

According to Tummino (2000), virtually all religions endorse the virtue of compassion. For example, the belief that life is suffering lies at the core of Mahayana Buddhist teachings, and therefore all human beings need to embrace the axiom of compassion. They define compassion as the wish that each and every being be freed from suffering. The Buddha of Compassion is represented flawlessly in Tibetan iconography as having:

A thousand eyes that see the pain in all corners of the universe and a thousand arms to reach out to all corners of the universe to extend help.

Christians, are also exhorted to emulate the compassion of Jesus who felt solidarity with the poor, the blind, the sick and the imprisoned (Tummino 2000).

Using this term as a foundation to build upon, Figley (1995) argued that compassion fatigue is a natural consequence of working with people who have experienced extremely stressful events. In mental health care, compassion fatigue develops as a result of the exposure of helpers to experiences of patients, in tandem with the empathy that they experience for their patients. A synthesis of these descriptions demonstrates that the term 'compassionate fatigue' can be used interchangeably with the term 'secondary traumatic stress'. Some authors appear to feel more comfortable using the term 'compassion fatigue', and Figley (1995) argues that authors might feel uncomfortable using the term 'secondary traumatic stress' because they are concerned that such labels are derogatory.

Compassion fatigue, like burnout, can challenge the helpers' ability to provide effective services and maintain personal and professional therapeutic relationships. Compassion fatigue is sudden and acute, while burnout is a gradual wearing down of helpers who feel overwhelmed by their work and incapable of facilitating positive change (Figley 1995). While different from compassion fatigue, burnout might also be an important risk factor or precursor to compassion fatigue (Weiner 1989, Beaton & Murphy 1995, Cerney 1995; Chrestman 1995, Dutton & Rubinstein 1995; Pearlman & Saakvitne 1995, Stamm 1995, Rudolph *et al.* 1997). Moreover, Figley (1995) devised a compassion fatigue self-report instrument for trauma workers to help them differentiate between burnout and secondary traumatic stress. However, Stamm (1997) counter-argued that this instrument focused only on asking negative questions. She continues by stating that the symptom-focused format could create a negative response

bias and produce a response set that artificially inflates negative reporting (Stamm 1997).

Stressful life events

Highly stressful events affect people in a myriad of ways. Some people experience no change and some develop severe psychological difficulties. Findings have shown that workers with a history of personal trauma are at risk of developing secondary traumatic stress (Pearlman & Saakvitne 1995, Williams & Sommer 1995, Cornille & Meyers 1999). Rudolph *et al.* (1997) investigated compassion fatigue in health personnel working with trauma victims. Results showed that 100% of the participants ($n = 179$) reported that they had suffered previous personal traumatic events, thus fulfilling criterion A1 of the DSM-IV (APA 1994). This raises a number of empirical and administrative questions.

Further research is needed to discover if workers with histories of previous traumatic experiences are at higher risk of developing secondary traumatic stress than those without a previous history. Secondary traumatic stress theory suggests that workers with a personal history would be at a higher risk owing to increased and prolonged exposure (Williams & Sommer 1995). This finding supports other research carried out by Figley (1995), Pearlman & MacLean (1995), Pearlman & Saakvitne (1995) and Cornille & Meyers (1999). Alternatively, however, Schauben & Frazier (1995), using multiple regression analyses, found that counsellors with a history of victimization were not more distressed, compared to those without a history of victimization, as a result of working with survivors. This study was limited in that a small, single-gender (female) sample group ($n = 148$) was used and it only examined the effects of working with sexual abuse.

Alternatively, when workers have explored and worked through their own life histories of traumatic events, they may come to the therapeutic encounter feeling less naïve and may bring some positive coping strategies with them, which they have learned. These could be utilized in the future when working with trauma victims (Rudolph *et al.* 1997). Thus, the literature suggests that knowing about the history of workers' stressful life experiences, and discovering whether or not they have worked through them, are important variables in assessing their reaction to working with survivors of traumatic events.

Compassion satisfaction

Stamm (1998) argued that not all trauma workers succumb to secondary traumatic stress and that some workers must have a protective mechanism that helps maintain their well-

being. She advanced her argument (Stamm 1998, p. 3) by defining compassion as:

A feeling and acting with deep empathy and sorrow for those who suffer. It is a necessary, though not sufficient, ingredient in human services.

Clearly, the motivation of trauma workers to help is shaped, in part, by the satisfaction derived from the work of helping others. Thus, compassion satisfaction plays a vital role in the equation of working in the human services. The paradox remains, however, that helping people who have been traumatized can have a deleterious effect on workers and can also be viewed as an act of compassion. The consequences of this human paradox can be heroic, tragic, or even dangerous (Figley 1995, Pearlman & Saakvitne 1995, Stamm 1995, 1997). Yet, people persist working in this area and continue to do it well. This raises the question: what are the protective factors that trauma workers use?

Despite the risks associated with working with trauma, which can include direct personal exposure and the risk of work-related secondary exposure, it would seem that the human spirit, while clearly breakable, is remarkably resilient (Stamm 1998). According to Kessler *et al.* (1995), being exposed to a traumatic stressor is not a guarantee that individuals will develop prolonged psychological difficulties. The original question deepens and changes, to ask: what is it that protects humans as they steer the path between helping people heal following a traumatic event and developing prolonged psychological difficulties themselves? According to King *et al.* (1998), it is hardiness and social support. Findings from the King study showed a correlation among hardiness, good social support (functional and structural) and psychological difficulties, whereby hardiness and good social support were associated with fewer psychological problems.

King *et al.* (1998) claimed that hardiness was characterized by feelings of control, commitment and change as challenge. This supports findings from a previous study, which found that caregivers were at risk of developing negative reactions to their patients' difficulties when their competency and control were at risk (Stamm & Pearce 1995). These researchers suggested that questions of competency, at least in part, arise from the professionals' feelings of lack of control of traumatic material. Moreover, Stamm & Pearce (1995) proposed that these factors could be alleviated by positive collegiate support systems, which are important elements of structural and functional social support.

Given the current findings from empirical research, it is evident that staff working with the victims of trauma should be provided with the support required to enable them to process more effectively the outpourings of painful

emotions from clients. During their education and training, self-awareness programmes should be the core theme that threads the tapestry of their training together. On-the-job staff should be assured of, and provided with, access to confidential counselling services that help them to resolve their own conflicts. Furthermore, it is essential that clinical supervision is part and parcel of their working lives, promoting both their personal and professional development. Most of all, a culture that values staff and promotes their care should be cultivated in working environments where staff know that they are supported and feel comfortable in accessing these services. Given time, all levels of staff might come to believe that it is a sign of strength, rather than weakness, to know their own 'self' and acknowledge and own their unique thoughts and feelings.

Conclusion

Health-care workers who work with trauma victims are subject to significant stress and are vulnerable to what is now known as 'secondary traumatic stress'. Secondary traumatic stress theory forecasts that professionals affected by secondary traumatic stress are at a higher risk of making poor professional judgements than those professionals who are not affected (Munroe *et al.* 1995; Pearlman & Saakvitne 1995, Stamm 1997). Conversely, secondary traumatic stress theory predicts that personal, professional and organizational support may provide protective factors to mediate against some of the risks relating to the development of secondary traumatic stress.

Finally, the findings in this review should be treated with caution, as there is a dearth of longitudinal studies exploring the issues raised. Furthermore, the effects of working with different types of trauma require further investigation. However, this does not preclude managers and employers designing strategies that will protect nurses from developing a stress-related illness.

References

- Ackerley G.D., Burnell J., Holder D.C. & Kurdek L.A. (1988) Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice* 19, 624–663.
- APA (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Beaton R.D. & Murphy S.A. (1995) Working with people in crisis: research implications. In: *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder* (ed Figley, C.R.), pp. 51–81. Brunner/Mazel, New York.
- Bryant R. & Harvey A. (1996) Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *Journal of Traumatic Stress* 9, 51–63.
- Cerney M.S. (1995) Treating the 'heroic treaters'. In: *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder* (ed Figley, C.R.), pp. 131–149. Brunner/Mazel, New York.
- Chrestman K.R. (1995) Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists. In: *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (ed Stamm, B.H.). Sidran Press, Luterville, MD.
- Clark M.L. & Gioro S. (1998) Nurses, indirect trauma and prevention. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 30, 85–87.
- Corey G.F. (1991) *Theory and Practice of Counselling Psychotherapy*. Brooks Cole, Belmont, CA.
- Cornille T.A. & Meyers T.W. (1999) Secondary traumatic stress among child protective service workers: prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology* 5, 1–16.
- Davis J.A. (1996) Sadness, tragedy and mass disaster in Oklahoma City: providing critical incident stress debriefing to a community in crisis. *Accident and Emergency Nursing* 4, 59–64.
- Dutton M.R. & Rubinstein F.L. (1995) Working with people with PTSD: research implications. In: *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (ed Figley, C.R.), pp. 82–100. Brunner/Mazel, New York.
- Edwards D., Burnard P., Coyle D., Fothergill A. & Hannigan B. (2000) Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 7–14.
- Figley C.R. (1995) Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (ed Figley, C.R.), pp. 1–20. Brunner/Mazel, New York.
- Harbert K. & Hunsinger M. (1991) The impact of traumatic stress reactions on caregivers. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* 4, 384–394.
- Harvey M. (1996) An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress* 9, 3–23.
- Herman J. (1992) *Trauma and Recovery*. Basic Books, New York.
- Janoff-Bulman R. (1992) *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Free Press, New York.
- Johansen K.H. (1993) Countertransference and divorce of the therapist. In: *Beyond Transference When the Therapist's Real Life Intrudes* (eds Gold, G.H. & Nemian, J.C.), pp. 87–108. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Joinson C. (1992) Coping with compassion fatigue. *Nursing* 22, 116–122.
- Kahill S. (1988) Interventions for burnout in the helping professional: a review of the empirical evidence. *Canadian Journal of Counselling Review* 22, 310–342.
- Kapur R. (1999) Unconscious communications. In: *Interaction for Practice in Community Nursing* (ed Long, A.), pp. 217–228. MacMillan, UK.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M. & Nelson C. (1995) Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048–1059.
- King L., King D., Fairbank J. & Adams G. (1998) Resilience – recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male veterans: hardness, post war social support and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology* 74, 420–434.
- Maslach C. (2001) *The Truth About Burnout*. Jossey Bass, San Francisco.

- Maslach C., Jackson S. & Leiter M.P. (1996) *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd edn. Consulting Psychologists Press, California.
- McCann L. & Pearlman L.A. (1990) Vicarious traumatisation: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress* 3, 131–149.
- Munroe J.F., Shay J., Fisher L., Makary C., Rappaport K. & Zimering R. (1995) Preventing compassion fatigue: a team treatment model. In: *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (ed Figley, C.R.), pp. 209–231. Brunner/Mazel, New York.
- Pearlman L.A. & Maclan P.S. (1995) Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 26, 558–565.
- Pearlman L.A. & Saakvitne K.W. (1995) *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. W. W. Norton, New York.
- Pines A.M. (1993) Burnout. In: *Handbook of Stress – Theoretical and Clinical Aspects*, 2nd edn (eds Goldberger, L. & Breznitz, S.), pp. 386–402. Free Press, New York.
- Pines A.M. & Maslach C. (1978) Characteristics of staff burnout in a mental health setting. *Hospital and Community Psychiatry* 29, 233–237.
- Pines A.M. & Aronson E. (1988) *Career Burnout: Causes and Cures*. Free Press, New York.
- Rodolfa E.R., Kraft W.A. & Reilley R.R. (1988) Stressors of professionals and trainees at APA-approved counselling and VA medical centre internship sites. *Professional Psychology: Research and Practice* 19, 43–49.
- Rudolph J.M., Stamm B.H. & Stamm H.E. (1997) *Compassion Fatigue, a Concern for Mental Health Policy, Providers and Administration*. Poster presented at the 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal.
- Schauben L.J. & Frazier P.A. (1995) Vicarious trauma: the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly* 19, 49–64.
- Stamm B.H. (1995) *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians Researchers and Educators*. Sidran Press, Lutherville, MD.
- Stamm B.H. (1997) Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly* 8, 25–34.
- Stamm B.H. (1998) Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of compassion fatigue and satisfaction test. In: *Treating Compassion Fatigue* (ed Figley, C.R.), pp. 1–20. Taylor & Francis, Ltd, London.
- Stamm B.H. & Pearce F.W. (1995) Creating virtual community: telemedicine applications for self-care. In: *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (ed Stamm, B.H.), pp. 179–210. Sidran Press, Lutherville, MD.
- Steed L.G. & Downing R. (1998) Vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies* 1998-2, 1–9. Available at: <http://www.massey.ac.nz/~trauma>.
- Tummino T. (2000) *Sermon delivered on 2nd April*. Available at: <http://www.religion/tumminot/cf.ts>.
- Anon (1989) *Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*. Gramercy, New York.
- Weiner W. (1989) Is burnout an institutional syndrome? *Loss, Grief and Care* 3, 95–100.
- White G.D. (1998) Trauma treatment training for Bosnian and Croatian mental health workers. *American Journal of Orthopsychiatry* 68, 58–62.
- Williams M.B. & Sommer J.F. (1995) Self-care and the vulnerable therapist. In: *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians. Researchers and Educators* (ed Stamm, B.H.), pp. 230–246. Sidran Press, Lutherville, MD.



INHALT

-
- 4 Sexuelle Belästigung an der Universität
 - 5 Was ist sexuelle Belästigung?
 - 6 Typische Situationen/Formen sexueller Belästigung
 - 7 Mögliche Folgen für die Betroffenen
 - 8 Strategien gegen sexuelle Belästigung
 - 9 Rechtliche Situation
 - 10 Anlaufstellen
 - 11 Literatur
 - 12 Auf einen Blick: Was tun?

SEXUELLE BELÄSTIGUNG AN DER UNIVERSITÄT

ERFÖRUND VULGARIE SEXUELLER BLICK AUSZIEHEN WERTEN ROHHEIT ANZÜGLICH LÄCHELN VUTZEN SPLEIEN MACHTEN GEWÜLKELN WOLLEN SINDEN VON SICHERHEIT

Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen

Titel Sexuelle Belästigung
Text Mag. Waltraud Schiögl/Abteilung Gleichstellung und Diversität
Grafik Barbara Veit
Herausgeberin Universität Wien, 2016

SEXUELLE BELÄSTIGUNG AN DER UNIVERSITÄT

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, liebe Studentinnen und Studenten!

Alle Angehörigen der Universität – Studierende wie MitarbeiterInnen – haben das Recht, so behandelt zu werden, dass ihre Würde und ihre persönliche Integrität unangestastet bleiben. Gegenseitige Achtung und Respekt sind die Grundlage für Chancengleichheit und für ein positives, motivierendes Arbeits- und Studienumfeld, in dem sich jede und jeder Einzelne beruflich und wissenschaftlich weiterentwickeln kann. Sexuelle Belästigung steht diesen Grundsätzen diametral entgegen. Sie verletzt die Privatsphäre der/des Einzelnen, zerstört das Arbeitsklima und kann auch den Missbrauch eines Autoritätsverhältnisses darstellen. Die Universität Wien wendet sich ausdrücklich gegen jede Form der sexuellen Belästigung und verurteilt jegliche Diskriminierung.

Die vorliegende Broschüre soll zur Sensibilisierung gegenüber dem häufig tabuisierten Thema der sexuellen Belästigung beitragen. Sie bietet neben fundierter Information zum Thema auch Transparenz in Bezug auf das Prozedere in Fällen von sexueller Belästigung. Dieses umfasst nicht nur Unterstützung und Schutz der Betroffenen, sondern auch Sanktionen gegenüber der belästigenden Person.

Die Universität Wien bekennt sich zu einem respektvollen Miteinander und verurteilt daher jede Form der sexuellen Belästigung!

Heinz W. Engl
Rektor der Universität Wien

Universitäten sind von zahlreichen Abhängigkeitsverhältnissen geprägt, die sexualisierte Diskriminierung und Gewalt begünstigen. Sexuelle Belästigung ist nicht per se an ein bestimmtes Geschlecht gekoppelt, allerdings dominieren Männer nach wie vor in hierarchischen Positionen und können sich als Professoren und Lehrende, aber auch als Vorgesetzte und Kollegen die herrschenden Strukturen zu Nutze machen. Sexuelle Belästigung ist daher vor allem Ausdruck eines spezifischen Machtgefüges.

„Sexualität stellt häufig nicht die Hauptkomponente in der Handlung dar, sondern sie dient lediglich als Mittel, als Instrument zur Machtsicherung.“
(Holzbecher 1996, S. 22)

Aus Untersuchungen geht hervor, dass sexuelle Belästigung von Personen – in den meisten Fällen Männern – ausgeht, die sich in einer sicheren beruflichen Position befinden und damit rechnen können, in ihrem Umfeld Unterstützung zu finden. Sexuelle Belästigung ist daher gerade an Universitäten eine bewusst eingesetzte Form von Diskriminierung und Gewalt, mit der qualifizierte Kolleginnen verunsichert und zurückgedrängt werden sollen:

Sexuelle Übergriffe lassen sich daher auch als unfaire, aber effektive Angriffe auf die weibliche Konkurrenz in der Wissenschaft verstehen. Der Augenschein der Geschlechterverteilung in den akademischen Hierarchien spricht nach wie vor für deren Wirksamkeit“ (Großmaß 1995, S. 24, zit. nach: feier zusammenschluss von studentInnenenschaften (fzs) e.V. (Hg.) 2007)

TYPISCHE SITUATIONEN/FORMEN SEXUELLER BELÄSTIGUNG

Was ist sexuelle Belästigung?

[...] die Würde beeinträchtigend [...]

Bei sexueller Belästigung geht es nicht um sexuelle Bedürfnisse, sondern um einen auf Demütigung und Unterordnung zielenden Ausdruck von Macht und Überlegenheit.

Sexuelle Belästigung ist sexualisierte Gewalt!

[...] eine ganze Reihe

von Verhaltensweisen [...]

Sexuelle Belästigung kann sehr unterschiedliche Formen annehmen, wobei verbale und nonverbale Übergriffe wesentlich häufiger vorkommen als körperliche (vgl. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann BBG 2008)

[...] unerwünscht [...] Ob ein Verhalten unerwünscht und grenzüberschreitend ist, liegt im Empfinden der betroffenen Person. Sexuelle Belästigung kann niemals mit dem Hinweis gerechtfertigt werden, die betroffene Person habe diese ja provoziert oder „es wäre eh alles ganz harmlos gewesen“.

Ein ordinärer Witz, „Ausziehblicke“, unerwünschte Einladungen, eine „zufällige“ Berührung, zweideutige Anspielungen oder frauenfeindliche Anekdoten – all dies sind Formen sexueller Belästigung!

Die betroffene Person alleine hat das Recht, sexuelle Belästigung als solche zu benennen!

Nonverbal

- wiederholtes, sexistisch motiviertes Anstarren, herabwürdigende, provozierende Gesten
- Zeigen oder Aufhängen von sexistischem/pornografischem Bildmaterial
- unerwünschte Geschenke

Verbal

- anztigliche, zweideutige oder herabwürdigende Bemerkungen zu körperlichen Merkmalen, Aussehen oder Kleidung, zu Sexualleben oder sexueller Orientierung
- sexistische Bemerkungen und Witze
- lästige Fragen zu Beziehungen und Sexualleben
- wiederholte unerwünschte Einladungen
- Aufforderung zu sexuellen Handlungen

Körperlich

- unerwünschte und unangebrachte körperliche Nähe oder Berührungen
- sexuelle Übergriffe
- sexuelle Nötigung und Vergewaltigung

Eine besonders perfide Form des Machtmisbrauchs sind Übergriffe und Annäherungsversuche, die mit dem Versprechen von Vorteilen oder Androhen von Nachteilen verknüpft werden!

Typische Beispiele für sexuelle Belästigung als Machtmisbrauch im universitären Kontext

- Ein Prüfer nützt eine Prüfungssituation für zweideutige Anspielungen oder unangenehme körperliche Nähe gegenüber der Studentin/dem Studenten aus
- Ein Professor bucht beim gemeinsamen Konferenzbesuch mit der Assistentin ein Doppelzimmer mit dem Hinweis auf die reduzierten Kosten
- Ein/e Diplomarbeitsbetreuer/in stellt beim Betreuungsgespräch unangebracht intime Fragen nach Beziehung und Sexualleben
- Ein „Arbeitsessen“ dient als Annäherungsversuch

MÖGLICHE FOLGEN FÜR DIE BETROFFENEN

STRATEGIEN GEGEN SEXUELLE BELÄSTIGUNG

Sexuelle Übergriffe und sexualisierte Gewalt führen bei den Betroffenen zu psychischen wie auch psychosomatischen Problemen , sofern der Übergriff nicht unmittelbar und erfolgreich abgewehrt werden kann.	Häufige Reaktionen sind daher	Wenn ich selbst betroffen bin
Aktive Gegenwehr seitens der Betroffenen ist aus vielen Gründen selten und schwierig umzusetzen	<ul style="list-style-type: none">Der Übergriff trifft die Person unerwartet und führt zu einer momentanen Lähmung der/des Betroffenen.Die Belästigung geht von einer hierarchisch übergeordneten Person aus; die betroffene Person ist nicht in der Lage, aus der hierarchisch unterlegenen Position heraus zu agieren.Die Situation ist von Angst und Abhängigkeit geprägt, z.B. in einer Prüfungssituation.Die Betroffene unterdrückt ihre eigenen Gefühle, weil sie nicht „zickig“ erscheinen will.	<ul style="list-style-type: none">Die eigenen Gefühle ernst nehmen<ul style="list-style-type: none">– sich selbst und anderen gegenüber klar benennen, dass Grenzen überschritten wurden und eine sexuelle Belästigung stattgefunden hat.Wenn möglich: In der Situation handeln, selbstbewusst auftreten!Nicht über das Vorgefallene schwiegen! Austausch mit Vertrauenspersonen, Kolleginnen und/oder Gleichbehandlungsbeauftragten; Ansprechen der eigenen Haltung gegenüber dem/r Belästiger/in bzw. schriftliche Klarstellung.Schriftliches Dokumentieren der Übergriffe: E-Mails aufbewahren; Protokoll eines Übergriffs anfertigen, falls möglich auch einen Zeugen/eine Zeugin unterschreiben lassen.Beratung und Hilfe innerhalb und/oder außerhalb der Universität in Anspruch nehmen.Sofortmaßnahmen zur Wiederherstellung der psychischen Stabilität entwickeln und umsetzen.
		<ul style="list-style-type: none">Weitere Vorgangsweise klären!<ul style="list-style-type: none">Dazu gehört v.a. die Frage, ob weitere Interventionen erwünscht sind und wie diese aussehen können.Rechtliche Möglichkeiten ausloten!

RECHTLICHE SITUATION

ANLAUFSTELLEN FÜR BETROFFENE AN DER UNIVERSITÄT WIEN

Disziplinarrechtliche Konsequenzen bei Beamten/Beamtinnen

(Sexuelle) Belästigung stellt lt. Beamten-dienstrechtsgesetz ebenso wie Mobbing eine Dienstrechtsverletzung dar und kann disziplinarrechtlich geahndet werden.

Schutz vor (sexueller) Belästigung in der Arbeitswelt

Das Bundes-Gleichbehandlungsgesetz (B-GlBG) bietet Universitätsangehörigen und Studierenden Schutz vor sexueller Belästigung.

Rechtsfolgen und Frist bei gerichtlicher Geltendmachung

- Anspruch auf Schadensersatz (mind. EUR 1.000,-)
- Frist zur Geltendmachung: Drei Jahre

Beweislast

Die sexuelle Belästigung muss glaubhaft gemacht werden, dem/der mutmaßlichen Belästiger/in obliegt es zu beweisen, dass keine sexuelle Belästigung stattgefunden hat.

Strafrechtlich relevante Tatbestände

- Vergewaltigung § 201 Strafgesetzbuch (StGB)
- Geschlechtliche Nötigung § 202 StGB
- Sexuelle Belästigung und öffentliche geschlechtliche Handlungen § 218 StGB
- Körperverletzung, Missbrauch von Autoritätsverhältnissen, Nötigung

Beratung, Unterstützung und Information

ÖH: Kollektiv Frauen*referat, HomoBiTrans*-Referat

- zusätzliche Anlaufstellen für betroffene Studierende

Dienstvorgesetzte

- Führungskräfte, Dienstvorgesetzte und Dienstgeber/in unterliegen nach dem B-GlBG sowie gemäß § 18 AngG der Fürsorgepflicht gegenüber ihren MitarbeiterInnen und sind verpflichtet, gegen den/die Belästiger/in vorzugehen.

Beratungsstelle Sexuelle Belästigung und Mobbing

- kostenlose Beratung durch eine Psychotherapeutin; anonyme Abklärung von Situation und Interventionsmöglichkeiten; psychosoziale Unterstützung

Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen (AKG) / Betriebsrat

- rechtliche Informationen im Zusammenhang mit sexueller Belästigung sowie Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion oder Weltanschauung, des Alters oder der sexuellen Orientierung

EXTERNE ANLAUFSTELLEN

Bundes-Gleichbehandlungs-Kommission

- Erstellen eines Gutachtens durch die Kommission
- Entscheidung über das Vorliegen von sexueller Belästigung
- entsprechende Information an sowie Auflösterung zur Beendigung der Diskriminierung durch die Universitätsleitung

LITERATUR

	Für Betroffene von sexueller Belästigung	Für ZeugInnen oder MitwisserInnen von sexueller Belästigung
Broschüre Sexuelle Belästigung, Universität für künstlerische und industrielle Gestaltung, Linz, 2014 http://www.ufg.ac.at/fileadmin/media/interessensvertretungen/Arbeitskreis_f_Gleichbehandlung/Broschüre_SexuelleBelästigung_RZ.pdf	Broschüre berührt! Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, Bundeskanzleramt, Wien 2007 http://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.at/DocView.axd?CobId=322038	Erstberatung und psychologische Unterstützung in der Beratungsstelle Sexuelle Belästigung und Mobbing, Universitätsring 1, 1010 Wien
Risiko und Verbreitung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Eine repräsentative Erhebung in der Deutschschweiz und in der Romandie, Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG, Bern 2008 http://www.buerobass.ch/pdf/2008/sex_bel_zusammenfassung_0.pdf	Broschüre Grenzen erkennen – benennen – setzen. Eine Initiative gegen sexuelle Belästigung, Universität Salzburg, 2009 http://www.uni-salzburg.at/fileadmin/oracle_file_imports/471635.PDF	Erstberatung durch den Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen (AKGL) oder den Betriebsrat http://gleichbehandlung.univie.ac.at http://brwup.univie.ac.at http://braup.univie.ac.at
Broschüre Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Informationen für ArbeitgeberInnen und Arbeitgeber, Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, Bern 2008 https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschuren/sexuelle-belaestigung-am-arbeitsplatz--informationen-fuer-arbei.html	Sexistische Diskriminierung und sexuelle Belästigung – Informationen und Gegenstrategien, freier Zusammenschluss von studentInnenverbänden (fzs) e.V. (Hg.), Berlin 2007 http://www2.kein-sexismus.de/uploads/sext_discrim_end.pdf	Externes Clearing durch die Bundes-Gleichbehandlungskommission, mit eigenem Antrag oder Antrag durch AKGL T +43-1-531 20-2433 http://www.bmbf-gv.at/frauen/gleichbehandlungskommissionen/bgbk/index.html
Holzbecher, Monika: Sexuelle Diskriminierung als Machtmechanismus. In: Büßmann, Hadumod; Lange, Karin (Hrsg.): Peinlich berührt. Sexuelle Belästigung von Frauen an Hochschulen; München 1996		Holzbecher, Monika: Sexuelle Diskriminierung als Machtmechanismus. In: Büßmann, Hadumod; Lange, Karin (Hrsg.): Peinlich berührt. Sexuelle Belästigung von Frauen an Hochschulen; München 1996

SEXUELLE BELÄSTIGUNG AN DER UNIVERSITÄT WIEN – WAS TUN?

	Für Betroffene von sexueller Belästigung	Für ZeugInnen oder MitwisserInnen von sexueller Belästigung
		<ul style="list-style-type: none">Gemeinsam mit der betroffenen Person klären, welche Art der Unterstützung sie sich wünschtNichts unternehmen ohne Rücksprache mit der/dem BetroffenenWenn erwünscht: als Zeuge/Zeugin zur Verfügung stehen – nur so können Personen, die sexualisierte Gewalt ausüben, wirksam in die Schranken gewiesen werden!Sich im Bedarfsfall Unterstützung von kompetenten Beratungs-einrichtungen holen.

Falls Sie Hilfe benötigen, kontaktieren Sie bitte die folgenden Notrufnummern.

Psychologische Studierendenberatung Universität Wien

Tel.: 01 / 4023091
Lederergasse 35/4
www.studentenberatung.at/angebote/beratungsstellen

Beratungsstelle für sexuelle Belästigung und Mobbing Universität Wien

Um die Anonymität gewährleisten zu können, erfolgen die Beratungsgespräche nur nach Terminvereinbarung.
Telefon: +43-1-4277-184 84
Dienstag und Donnerstag 16:00 - 17:00 Uhr
<http://personalwesen.univie.ac.at/frauenfoerderung/beratungsstelle/>

Telefonseelsorge

Tel.: 142
(Mo–So 0–24 Uhr), **kostenlos** vom Festnetz und allen Handyanbietern
Gesprächsunterstützung in Krisen, bei Problemen, zur Entlastung
www.telefonseelsorge.at
Online Beratung: <http://www.erzdioezese-wien.at/telefonseelsorge>
Antwort sobald wie möglich (spätestens nach 48 Stunden)

Rat auf Draht Teenager-Hotline des ORF

Tel.: 147
(Mo–So 0–24 Uhr), kostenlos
Telefonberatung
Österreichweite Notrufnummer für Kinder & Jugendliche. Hier stehen dir rund um die Uhr professionelle BeraterInnen (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Lebens- & SozialberaterInnen) zur Verfügung. Über jedes Problem kann man sprechen – oft ist eine Situation gar nicht so ausweglos, wie sie scheint!
Online Beratung: www.rataufdraht.orf.at

Polizei

Tel.: 133
(Mo–So 0–24 Uhr), kostenlos EU-weit vom Handy und Festnetz
Ansprechstelle für Kriminalitätsbekämpfung, Hilfeleistung, Gefahrenabwehr und Prävention und bei Selbst- oder Fremdgefährdung.
www.bundespolizei.gv.at

Rotes Kreuz

Tel.: 144

(Mo-So 0–24 Uhr), kostenlos
Rettung und Krankentransport
www.roteskreuz.at

FrauenHelpLine gegen Männergewalt

Tel.: 0800 / 222 555

(Mo-So 0–24 Uhr), kostenlos
Beratungseinrichtung für Frauen/Migrantinnen, die von (familiärer) Gewalt betroffen sind.
www.frauenhelpline.at

Vergiftungszentrale in Wien

Tel.: 01 / 406 43 43

(Mo-So 0–24 Uhr), kostenlos
Für alle Personen in Situationen mit vermeintlicher oder tatsächlicher Vergiftung;
Risikoabschätzung
www.meduniwien.ac.at/viz

Sorgentelefon für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Tel.: 0800 / 201 440

(Mo-Fr 13-20 Uhr, Samstag 13-17 Uhr), kostenlos
Sorgentelefon für Kinder, Jugendliche und Erwachsene; Beratung bei persönlichen Schwierigkeiten, Familienproblemen, Gewalt und Suchtmittelmissbrauch

PsychotherapeutInnen

Psychotherapeuten sind (lt. Gesetz), neben Ärzten, dazu da, Menschen bei seelischen (psychischen) Problemen zu unterstützen, sodass eine Heilung möglich werden kann.

Hier finden sie PsychotherapeutInnen mittels

<https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen>

Drogen-Hotline

Tel.: 0810 / 20 88 77

(Mo, Fr 9.30–12 Uhr, Di, Do 9.30–13 und 14–16 Uhr), zum Ortstarif aus ganz Österreich

professionelle Beratung, Behandlung und Betreuung bei psychischen, gesundheitlichen, sozialen, familiären oder anderen Problemen durch bestehende Substanzabhängigkeit

<http://api.or.at>