



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Sekundäre Traumatisierung und Sekundäres Posttraumatisches Wachstum bei Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Österreich

Verfasserin

Laura Waschulin

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil)

Wien, 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Diplomstudium Psychologie

Betreut von: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger - Schuster

DANKSAGUNG

Ich möchte mich ausdrücklich bei all jenen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bedanken, die sich die Zeit nahmen, an meiner Studie teilzunehmen und diese damit überhaupt erst möglich gemacht haben.

Mein ganz besonderer und fortwährender Dank gilt meinen Eltern, Susanne und Georg, die mich – in jeglicher Hinsicht – immer bedingungslos unterstützt haben.

Ebenso bedanke ich mich bei meinen Großeltern für ihre Unterstützung.

Danke auch an all meine lieben Freunde und Freundinnen, ohne die mein Leben nur halb so schön wäre.

Ein spezielles Danke geht an Jenny, für das gemeinsame Schreiben und Mit-Reflektieren (und auch ganz allgemein für unsere lange Freundschaft) und an Katharina, meine allerwichtigste Wegbegleiterin in diesem Studium und enge Freundin.

Für das Korrekturlesen und das Feedback möchte ich mich schließlich bei meiner Mutter bedanken.

Nihad, duso moja, ich danke dir, für alles, und dafür reichen meine Worte gar nicht aus.

Abstract

The present study investigates the impact of trauma work on psychotherapists in terms of Secondary Traumatization and Vicarious Posttraumatic Growth in a sample of 146 behavioral psychotherapists in Austria. In an online survey participants were asked about their experiences with their work as psychotherapists, with special regard to traumatized clients. Levels of secondary traumatic stress, the stress resulting from work-related exposure to clients who have experienced traumatic events, and levels of burnout were in a low to average range. Hence, the results support the assumption that Secondary Traumatization, if understood as a profoundly distressing and potentially harmful condition, appears to be rather rare among psychotherapists. Moreover, the connection between vicarious exposure to traumatic material and secondary traumatic stress turned out to be ambiguous. A correspondent significant correlation was found, but vicarious exposure to traumatic material could not predict secondary traumatic stress significantly in the regression analysis. The current distress resulting from a personal trauma history emerged as the sole significant predictor for secondary traumatic stress, pointing to the importance of this variable as a potential influencing factor. In addition, these findings pose the question, if the obtained data for secondary traumatic stress actually reflect strain resulting from the confrontation with trauma victims or rather distress originating from some unresolved personal trauma history.

Measures for Vicarious Posttraumatic Growth were not correlated with vicarious exposure to traumatic material, but with several facets of job satisfaction and with secondary traumatic stress. Since the origins of the latter form of distress are not clear, it is possible that the present study measured the general potential of psychotherapeutic work for personal fulfillment and positive change on the part of the psychotherapists. Evidence that some forms of positive growth are largely connected to working with victims of trauma could not be found. However, at this point it should be mentioned that there is still no instrument developed for the measurement of Vicarious Posttraumatic Growth itself. Studies, including the present one, had to resort to measures for primary Posttraumatic Growth. Further limits of the present study should be taken into account as well. Regarding the concept of Secondary Traumatization as well as that of Vicarious Posttraumatic Growth, future research needs to address several unanswered questions and further clarify the two constructs, with the goal of gaining more insight in the potential risks and benefits of trauma work.

Inhaltsverzeichnis

I THEORETISCHER TEIL	8
1. Einleitung.....	8
2. Grundlagen: Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung.....	9
2.1. Trauma: Definition und Typen	10
2.2. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	11
2.2.1. Die Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM – IV	11
2.2.2. Die Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10	13
2.2.3. Differentialdiagnostik und Komorbiditäten	13
3. Sekundäre Traumatisierung	16
3.1. Theorien und Konzepte.....	16
3.1.1. „Compassion Fatigue“ und „Secondary Traumatic Stress“	17
3.1.1.2. Kritik an Figley's Modell.....	19
3.1.1.3. Die „Professional Quality of Life“	21
3.1.2. „Vicarious Traumatization“	22
3.1.3. „Traumatoid States“	25
3.2. Verwandte Konzepte.....	26
3.2.1. Burnout	26
3.2.2. Gegenübertragung.....	28
3.3. Aktueller Forschungsstand zur Sekundären Traumatisierung	30
3.3.1. Sekundäre Traumatisierung – Warum überhaupt erforschen?.....	31
3.3.2. Instrumente zur Erfassung Sekundärer Traumatisierung.....	32
3.3.3. Hinweise zu Auftreten, Schweregrad und Prävalenz von Sekundärer Traumatisierung	34
3.3.4. Ausmaß der sekundären Trauma-Exposition als Risikofaktor	36
3.3.5. Einzigartigkeit der Symptome für die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen	38
3.3.6. Eigene traumatische Vergangenheit	39
3.3.7. Psychotherapeutische Orientierung, Supervision und spezielle Ausbildung	42
3.3.8. Andere arbeits- und berufsbezogene Faktoren	43

3.3.9. Vernachlässigte Forschungsaspekte.....	44
4. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum.....	45
4.1. Posttraumatisches Wachstum.....	46
4.1.1 Prozesse des Posttraumatischen Wachstums und beeinflussende Faktoren .	47
4.2. Aktueller Forschungsstand zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum	48
4.2.1. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum und andere Begriffe	49
4.2.2. Bereiche des Sekundären Posttraumatischen Wachstums	49
4.2.3. Prozesse des Sekundären Posttraumatischen Wachstums	52
4.2.4. Einflussfaktoren auf Sekundäres Posttraumatisches Wachstum.....	54
4.2.5. Wachstum als protektiver Faktor?	56
4.2.6. „Vicarious Resilience“	57
II EMPIRISCHER TEIL	60
5. Beschreibung der Studie.....	60
5.1. Zielsetzung der Studie.....	60
5.2. Fragestellungen	61
5.2.1. Fragestellungen 1.a und 1.b	61
5.2.2. Fragestellung 2	62
5.2.3. Fragestellung 3.....	62
5.2.4. Fragestellungen 4.a und 4.b	63
5.2.5. Fragestellung 5.....	63
5.2.6. Fragestellungen 6.a. und 6.b.	64
5.2.7. Weitere Fragestellungen	64
5.2.7.1. Fragestellung 7	64
5.2.7.2. Fragestellung 8.....	64
5.2.7.3. Fragestellung 9	65
5.2.7.4. Fragestellung 10	65
5.2.7.5. Fragestellung 11	65
5.2.7.6. Fragestellung 12	65
5.2.7.7. Fragestellungen 13.a und 13.b	66
5.3. Hypothesenüberblick	66
5.4. Untersuchungsinstrumente.....	68
5.4.1. Professional Quality of Life Scale (ProQOL).....	68

5.4.2. Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)	71
5.4.3. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)	73
5.4.4. Essener Trauma-Inventar (ETI)	74
5.4.5. Allgemeiner Fragebogen zu soziodemografischen und berufsbezogenen Daten	75
5.5. Erhebungsmethode.....	76
5.6. Rekrutierung der Stichprobe und Studienablauf.....	76
6. Beschreibung der Stichprobe.....	78
6.1. Rücklaufquote	78
6.2. Demografische Merkmale.....	78
6.3. Berufsspezifische Merkmale.....	79
6.4. Betreuung traumatisierter KlientInnen	80
6.5. Potentiell traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit der TeilnehmerInnen.....	81
7. Statistische Auswertung	82
8. Ergebnisse.....	83
8.1. Vorbemerkung	83
8.2. Ergebnisse zur internen Konsistenz	83
8.3. Deskriptive Analyse.....	84
8.4. Inferenzstatistische Analyse.....	85
8.4.1. Hypothesen 1.a und 1.b.....	86
8.4.2. Hypothese 2	87
8.4.3. Hypothese 3	89
8.4.4. Hypothesen 4.a und 4.b.....	90
8.4.5. Hypothese 5	91
8.4.6. Hypothesen 6.a und 6.b.....	93
8.4.7. Hypothese 7	94
8.4.8. Hypothese 8	94
8.4.9. Hypothese 9	94
8.4.11. Hypothese 11	95
8.4.12. Hypothese 12	96
8.4.13. Hypothesen 13.a und 13.b.....	97
8.5. Zusätzliche Analysen.....	100
8.5.1. Deskriptive Ergebnisse für die exkludierten Personen	100

8.5.2. Analyse der Kommentare zum Fragebogen.....	101
8.6. Zusammenfassung der Ergebnisse	102
9. Interpretation und Diskussion	104
9.1. Sekundäre Traumatisierung	104
9.1.1. Sekundäre Traumatisierung in der vorliegenden Stichprobe.....	104
9.1.2. Sekundäre Trauma – Exposition.....	105
9.1.3. Eigene traumatische Vergangenheit	106
9.1.4. Fortbildung und Supervision.....	107
9.1.5. Sekundäre Traumatisierung in unterschiedlichen beruflichen Settings.....	108
9.1.6. Sekundäre Traumatisierung und Aspekte der Lebenszufriedenheit	108
9.1.7. Zum Konstrukt der Sekundären Traumatisierung.....	109
9.2. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum	110
9.2.1. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum in der vorliegenden Stichprobe	110
9.2.2. Sekundäre Trauma – Exposition.....	111
9.2.3. Eigene traumatische Vergangenheit	112
9.2.4. Fortbildung und Supervision.....	112
9.2.5. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum in unterschiedlichen beruflichen Settings.....	113
9.2.6. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum und Aspekte der Lebenszufriedenheit	113
9.2.7. Zum Konstrukt des Sekundären Posttraumatischen Wachstums.....	113
10. Zusammenfassende Schlussfolgerung.....	115
11. Einschränkungen und Kritik.....	117
12. Forschungsausblick.....	118
13. Literaturverzeichnis	120
14. Abbildungsverzeichnis.....	129
15. Tabellenverzeichnis.....	129
16. Anhangsverzeichnis	130
17. Anhang.....	131

I THEORETISCHER TEIL

1. Einleitung

Nachdem 1980 die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als eigene Diagnosekategorie in der dritten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – III) aufgenommen wurde, begann sich die psychologische Forschung auch näher mit jenen Personengruppen zu befassen, die aufgrund von beruflichen oder persönlichen Umständen vermehrt mit traumatisierten Menschen konfrontiert waren (Figley, 1995). Die zu diesem Thema durchgeführten Studien konzentrieren sich vor allem auf verschiedene Berufsgruppen, die im Zuge Ihrer – meist helfenden – Tätigkeit mit traumatisierten Personen in Kontakt kommen (z.B. SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, Rettungspersonal, KrankenpflegerInnen, DolmetscherInnen), an manchen Stellen wird der Begriff aber auch für Familienmitglieder traumatisierter Personen verwendet (Figley, 1995).

Der Hauptfokus, welcher die wissenschaftliche Annäherung an dieses Thema in den letzten Jahren dominiert hat, betrifft vor allen die potentiellen negativen Konsequenzen, die die Arbeit mit traumatisierten Personen nach sich ziehen kann (Linley & Joseph, 2007). PsychotherapeutInnen und Mitglieder anderer Berufsgruppen, die im Bereich der Trauma–Arbeit tätig sind, werden wiederholt konfrontiert mit Eindrücken und Erzählungen von schweren Schicksalsschlägen, von menschlicher Grausamkeit, Egoismus und Gewalt und treffen oftmals auf große Hilflosigkeit seitens ihrer KlientInnen (Canfield, 2005; Maercker, 2009a). Es wird argumentiert, dass sich für jene Personen, die mit Trauma – Opfern arbeiten, spezielle Herausforderungen sowie potentielle Risiken ergeben (Canfield, 2005; Figley, 1995; Maercker, 2009a).

Die negativen Folgen, die sich aus dieser speziellen, nämlich sekundären, Konfrontation mit Trauma möglicherweise ergeben können, werden in der psychologischen Forschung oftmals mit dem Begriff *Sekundäre Traumatisierung*¹ zusammengefasst (Bride, Radey, & Figley, 2007; Canfield, 2005; Lemke, 2006). Im Laufe der Zeit wurden mehrere Begriffe und Definitionsversuche entwickelt, die das Konzept der Sekundären Traumatisierung zu

¹ Der Begriff *Sekundäre Traumatisierung* wird dann verwendet, wenn allgemein von negativen Folgen der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen gesprochen wird. Wenn eine spezifische Konzeptualisierung eines Autors/einer Autorin thematisiert wird, so wird diese mit der entsprechenden Bezeichnung angeführt.

umreißen versuchen und jeweils unterschiedliche Aspekte des diskutierten Phänomens hervorheben.

Seit Kurzem werden aber nicht nur mehr ausschließlich die negativen Konsequenzen der Arbeit mit traumatisierten Personen wissenschaftlich beleuchtet. Auch das positive Potential, das diese Tätigkeit mit sich bringt, hat Eingang in die psychologische Forschung gefunden, wenn auch bisher noch relativ wenige Studien dazu vorliegen, die diesen Umstand systematisch untersuchen (vgl. Brockhouse, Msetfi, Cohen, & Joseph, 2011). In diesem Kontext beschäftigt sich die vorliegende Arbeit näher mit dem Konzept des *Sekundären Posttraumatischen Wachstums* (engl. „vicarious posttraumatic growth“), welches positive Veränderungen für PsychotherapeutInnen und andere Berufsgruppen beschreibt, die aus der Arbeit mit traumatisierten Menschen resultieren können.

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit gliedert sich in drei größere Bereiche. Eingangs soll ein kurzer, allgemeiner Überblick den Themen Trauma und PTBS gegeben werden, da diese eine wichtige Grundlage darstellen, um sich den diskutierten Phänomenen annähern zu können. Im zweiten Abschnitt werden die verschiedenen Theorien und Konzepte zur Sekundären Traumatisierung sowie der aktuelle Forschungsstand zu diesem Thema behandelt. Der dritte Teil beschäftigt sich schließlich mit Theorien und Studien zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum.

So soll unter Berücksichtigung der aktuellen Datenlage insgesamt ein möglichst umfassendes Bild zu den potentiellen negativen, sowie positiven Folgen von Trauma – Arbeit entstehen.

2. Grundlagen: Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung

Bevor näher auf das Thema der Sekundären Traumatisierung eingegangen wird, ist ein kurzer Abriss darüber notwendig, was unter einem „Trauma“ verstanden wird und welche Arten von Traumen zu unterscheiden sind. Weiters erfolgt eine überblicksartige Darstellung der *Posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS), da dieses Störungsbild auch immer wieder im Diskurs zur Sekundären Traumatisierung aufgegriffen wird, wobei vor allem auf die diagnostischen Richtlinien der aktuellen Auflagen der beiden Klassifikationssysteme *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (ICD – 10) und *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – IV) zurückgegriffen

wird. Schließlich sollen auch einige zentrale Aspekte zur Differentialdiagnostik der PTBS angeführt werden.

2.1. Trauma: Definition und Typen

Nach dem Klassifikationssystem ICD-10, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wird ein *Trauma* als ein „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“, beschrieben (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2010, S. 183).

Ähnlich wird im, von der American Psychiatric Association (APA) publizierten, DSM – IV Trauma als „Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten“ definiert (APA, 1994, S. 427). Diese Definition stellt im DSM – IV den ersten Teil des Traumakriteriums dar (A1 – Kriterium), welches die objektive „Ereigniskonstellation“ beschreibt (Maercker, 2009b). Das A2 – Kriterium ergänzt den Traumabegriff um den Faktor des subjektiven Erlebens und beschreibt die Reaktion der betroffenen Person als von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen gekennzeichnet (APA, 1994).

Ereignisse, die nach den genannten Kriterien als traumatisch bezeichnet werden können, lassen sich weiters nach unterschiedlichen Aspekten gliedern. Die Einteilung der verschiedenen Trauma – Typen erfolgt meist nach zwei Gesichtspunkten: Menschlich verursachte vs. akzidentelle Traumata auf der einen Seite und kurz– vs. langfristige, wiederholte Traumata, auch als Typ – I und Typ – II Traumata bezeichnet, auf der anderen (Maercker, 2009b). Unter kurzanhaltende, zufällige Traumata fallen beispielsweise schwere Verkehrsunfälle oder kurzfristige Katastrophen (z.B. Brand). Zu den von Menschen verursachten Traumata zählen z.B. körperliche Gewalt oder sexuelle Übergriffe. Wenn diese wiederholt auftreten (z.B. anhaltender Missbrauch in der Kindheit), so handelt sich außerdem um Typ – II Traumata. Folter, Kriegserleben oder Geiselaft sind weitere Beispiele für den langfristigen Trauma-Typ (Maercker, 2009b).

Es besteht die Annahme, dass von Menschen absichtlich verursachte Traumata und vor allem langanhaltende Traumata oftmals schwerwiegendere und länger andauernde psychische Folgen nach sich ziehen können (Ford, 2009; Herman, 1992; Maercker,

2009b). Ergänzt wurde die genannte Gliederung um die medizinisch bedingten Traumata (z.B. lebensgefährliche Krankheiten), deren eindeutige Gruppierung jedoch wissenschaftlich noch nicht vollständig geklärt ist (Maercker, 2009b).

2.2. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (engl. „posttraumatic stress disorder“) stellt eine mögliche Reaktion auf schwerwiegende Belastungen dar und ist durch relativ spezielle klinische Merkmale charakterisiert (Dilling et al., 2010). Sie wird in den beiden wichtigsten Klassifikationssystemen weitgehend übereinstimmend beschrieben, jedoch unterschiedlich eingeordnet: Im DSM – IV ist sie unter den Angststörungen angeführt, während sie im ICD – 10 zu den Belastungsstörungen gezählt wird, welche wiederum der übergeordneten Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ angehören (APA, 1994; Dilling et al., 2010). Die diagnostischen Leitlinien im DSM – System gestalten sich außerdem etwas detaillierter, da jeweils eine gewisse Anzahl an Symptomen aus den angeführten Symptomgruppen für eine Diagnose vorhanden sein muss (APA, 1994). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass eine PTBS nur dann diagnostiziert werden kann, wenn tatsächlich eine Trauma - Exposition stattgefunden hat. Im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen ist im Falle der PTBS unter den Diagnoserichtlinien also ein ursächliches Ereignis beschrieben (Dilling et al., 2010).

2.2.1. Die Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM – IV

Für die Diagnose einer PTBS nach DSM – IV müssen die Kriterien A – F erfüllt sein. Den Richtlinien der APA (1994) entsprechend, sollen diese im Folgenden kurz umrissen und mit Beispielen für Symptome ergänzt werden.

Das Kriterium A betrifft die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, welches bereits im vorhergehenden Abschnitt beschrieben wurde. Es inkludiert neben dem Ereigniskriterium (Kriterium A1) auch die subjektive Reaktion der betroffenen Person (Kriterium A2), die von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen gekennzeichnet ist (APA, 1994).

Kriterium B charakterisiert den Erinnerungsdruck, welcher sich auf unterschiedliche Weise äußern kann. Hierbei kann es bei den betroffenen Personen zu wiederkehrenden belastenden Erinnerungen in Form von sich unwillkürlich aufdrängenden Bildern, Gedanken und Wahrnehmungen kommen, zu wiederkehrenden (Alp-)Träumen, deren Inhalt mit dem traumatischen Erlebnis verbunden ist, zu sogenannten „Flashbacks“ (sehr plötzlich auftretende, meist kurze Nachhallerlebnisse bzw. Erinnerungsattacken, die das Gefühl vermitteln, dass das traumatische Erlebnis erneut durchlebt wird), zu körperlichen Reaktionen bei der Erinnerung an das Ereignis (z.B. Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Übelkeit und Magen-Darm-Probleme, Atembeschwerden), und zur Belastung durch auslösende Schlüsselreize (z.B. Gegenstände, Sinneseindrücke, Jahrestage u.a., welche Erinnerungen an das Ereignis auslösen). Mindestens eines der aufgezählten Symptome des Erinnerungsdrucks muss für eine Diagnose der PTBS vorhanden sein (APA, 1994).

Die PTBS ist weiters durch anhaltendes Vermeidungsverhalten in Bezug auf traumaassoziierte Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität (sogenanntes „Numbing“) gekennzeichnet. Diese Symptomgruppe wird im Kriterium C beschrieben. Sie umfasst das bewusste Vermeiden von Menschen, Aktivitäten oder Orten, die an das traumatische Ereignis erinnern, sowie auch das Vermeiden von Gedanken und Gefühlen im Zusammenhang mit dem Trauma. Des Weiteren können (Teil-)Amnesien auftreten, die dazu führen, dass gewisse Elemente des traumatischen Erlebnisses nicht mehr erinnert werden können. Neben diesen Merkmalen des Vermeidungsverhaltens kann eine starke Interessensverminderung auftreten, die bedeutsame Aktivitäten des alltäglichen Lebens betrifft sowie früher gern ausgeführte Tätigkeiten. Gefühle der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen Menschen (einschließlich Familienmitgliedern), die nicht das gleiche schreckliche Ereignis durchlebt haben, können ebenfalls auftreten, sowie ein deutlich eingeschränkter Affektspielraum. Letzterer betrifft den subjektiven Eindruck, dass die Fähigkeit gewisse Emotionen zu erleben (z.B. Liebe, Freude, aber auch Trauer) bzw. das eigene Gefühlsleben zerstört wurde. Schließlich kann auch das Empfinden eintreten, dass die eigene Zukunft durch das Trauma eingeschränkt wurde und unersetzbare Jahre des eigenen Lebens zerstört wurden. Innerhalb des Kriteriums C müssen drei der genannten Symptome für eine Diagnose auftreten (APA, 1994).

Das Kriterium D umfasst die bei von PTBS betroffenen Personen auftretende chronische Überregung. Hierzu zählen Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, eine erhöhte

Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, sowie eine überhöhte Wachsamkeit bzw. Hypervigilanz, die mit einem anhaltenden, unrealistischen Gefährdungsgefühl verbunden ist, und eine übermäßige Schreckreaktion bzw. eine schon durch sehr leichte Reize (wie z.B. Bewegungen oder Geräusche) ausgelöste Erschreckbarkeit. Zwei der beschriebenen Symptome der Gruppe D sind für eine Diagnose der PTBS notwendig (APA, 1994).

Zuletzt müssen auch noch die Kriterien E und F erfüllt sein. Ersteres besagt, dass die Beeinträchtigungen länger als ein Monat andauern müssen und Letzteres, dass die Störung klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht (APA, 1994).

2.2.2. Die Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10

Das Klassifikationssystem der WHO führt die PTBS unter dem Kapitel F.43.1 an. Ähnlich wie im DSM-System betrifft das erste Kriterium im ICD-10 das Erleben eines, wie im Abschnitt 2.1. bereits beschrieben, traumatischen Ereignisses.

Unter den typischen Merkmalen wird ebenso das wiederkehrende Erleben des traumatischen Ereignisses in Nachhallerinnerungen („Flashbacks“) oder in wiederkehrenden Träumen beschrieben. Dieses Symptom ist für eine Diagnose der PTBS nach dem ICD-10 notwendig. Merkmale wie Anhedonie, Gefühle von Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, und Gleichgültigkeit bzw. Teilnahmslosigkeit anderen und der eigenen Umgebung gegenüber, sowie die Vermeidung von Situationen, Aktivitäten und Reizen, die an das Trauma erinnern, werden hier als „häufig zu beobachten“ beschrieben. Auch vegetative Überregung mit Vigilanzsteigerung, überhöhte Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit werden als mögliche, jedoch nicht erstrangige Symptome genannt (Dilling et al., 2010).

2.2.3. Differentialdiagnostik und Komorbiditäten

Die PTBS muss von anderen psychischen Störungen differentialdiagnostisch abgegrenzt werden, außerdem ist zu beachten, dass sie in der klinischen Praxis oftmals mit weiteren,

komorbiden psychischen Störungen einhergeht (Schützwohl & Haase, 2009). Die wichtigsten Differentialdiagnosen werden im Folgenden angeführt.

a) Akute Belastungsreaktion/-störung:

Die Gemeinsamkeit der *Akuten Belastungsreaktion* (ABR, ICD-10) bzw. der *Akuten Belastungsstörung* (ABS, DSM-IV) und der PTBS besteht darin, dass ein (psychosozialer) Belastungsfaktor vorhanden sein muss (Schützwohl & Haase, 2009). Bezüglich der Unterschiede zur PTBS sind vor allem Zeitkriterien zu berücksichtigen. Die Symptomentwicklung beginnt im Fall der Akuten Belastungsreaktion/-störung früher nach dem traumatischen Erlebnis und die Symptombdauer ist – insbesondere nach den ICD-Kriterien – begrenzt (Schützwohl & Haase, 2009). Die Leitlinien im ICD – 10 charakterisieren ein gemischtes Bild, bei dem nach anfänglicher Betäubung Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug zu beobachten sind, wobei kein Symptom über längere Zeit vorherrscht (Dilling et al., 2010). Nach den Kriterien des DSM – IV überschneiden sich die Symptome von PTBS und ABS zum größten Teil und werden vor allem anhand des Zeitkriteriums unterschieden (Schützwohl & Haase, 2009). Wenn die Symptome der ABS länger als einen Monat anhalten, sollte nach DSM-IV die Diagnose einer PTBS in Betracht gezogen werden (APA, 1994).

Die ABR/ABS wird wie die PTBS zu den sogenannten *Traumafolgestörungen* gezählt (Maercker, 2009). Dieser Begriff fasst Störungsphänomenologien nach traumatischen Erlebnissen zusammen, welcher auch die im Folgenden beschriebene Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung inkludiert (Maercker, 2009).

b) Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung:

Die Diagnose der *Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung* ist nur im ICD-10 beschrieben und ist im Kapitel F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ zu finden. Die PTBS kann, muss aber einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung nicht vorausgehen (Dilling, et al., 2010). Die Persönlichkeitsveränderung zeigt sich in andauernden, unflexiblen und unangepassten Verhaltensweisen, die zu Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Lebensbereichen führen; außerdem dürfen die Merkmale (feindliche Haltung gegenüber der Umwelt, sozialer Rückzug, Gefühl der Leere, chronisches Gefühl von Nervosität und Bedrohtsein, Entfremdung) vor

der Extremlastung nicht vorhanden gewesen sein und müssen über zwei Jahre bestehen (Dilling et al., 2010).

Nach Maercker (2009b) wird diese Diagnose in der internationalen Literatur jedoch wenig genutzt. Andere Begriffe, wie die *komplexe PTBS* oder die *Entwicklungstraumastörung* konnten sich zur Beschreibung eines, über die Symptomgruppen der PTBS hinausgehenden klinischen Störungsbildes besser durchsetzen, allerdings ist noch nicht bekannt, ob ein entsprechender Diagnosevorschlag in die neu formulierten Ausgaben der beiden Klassifikationssysteme Eingang finden wird (Maercker, 2009b).

c) Anpassungsstörung:

Die Diagnose der *Anpassungsstörung* kommt vor allem dann in Frage, wenn entweder PTBS-Symptome nach einem belastenden Lebensereignis (z.B. Scheidung/Trennung) auftreten, das nicht der erforderlichen Traumadefinition entspricht, also das Kriterium A nach DSM-IV nicht erfüllt wird, oder wenn nach einem traumatischen Ereignis nicht alle PTBS-Diagnosekriterien erfüllt sind (Schützwohl & Haase, 2009). Die Anpassungsstörung ist im ICD-10 unter den Belastungsstörungen zu finden, während sie im DSM-IV eine eigene Kategorie darstellt (APA, 1994; Dilling et al., 2010)

Neben diesen wichtigen Differentialdiagnosen sind PTBS-Symptome außerdem von Symptomen anderer psychischer Störungen zu unterscheiden, wie z.B. Angststörungen, depressiven Störungen, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen oder psychotischen Störungen (Schützwohl & Haase, 2009). Dies erweist sich in der Praxis oft als schwierig, da Betroffene meist eine oder mehrere komorbide Störungen aufweisen (Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2007). Nach Resick (2003) ist es einerseits möglich, dass sich andere psychische Störungen zuerst als maladaptive Bewältigungsstrategien zeigen, und sich danach zum voll ausgeprägten Störungsbild entwickeln. Ein anderer Erklärungsvorschlag ist, dass weitere Störungen auch unabhängig von der PTBS auftreten können (Resick, 2003).

3. Sekundäre Traumatisierung

In diesem Kapitel soll auf die verschiedenen Theorien und Konzeptualisierungen des Phänomens der Sekundären Traumatisierung, sowie auf den aktuellen Forschungsstand und die wichtigsten wissenschaftlichen Ergebnisse, die für die vorliegende Arbeit relevant erscheinen, eingegangen werden.

3.1. Theorien und Konzepte

Im Zuge der Forschungstätigkeit zum Gegenstand der Sekundären Traumatisierung haben sich im Laufe der Jahre mehrere Theorien bzw. Terminologien entwickelt, die versuchen das Phänomen zu umschreiben und zu definieren. Daraus entstand eine Art Begriffsverwirrung, die auch heute noch in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesem Thema zu bestehen scheint, selbst wenn eine gewisse, gemeinsame Grundauffassung zu Tage tritt (Lemke, 2006; Newell & MacNeil, 2010; Rothschild & Rand, 2006). Dabei ist zu betonen, dass es sich bei Sekundärer Traumatisierung um ein Phänomen handelt, bei dem der/die primär vom Trauma Betroffene und die sekundär traumatisierte Person immer *verschiedene* Personen sind (Lemke, 2006). Im Allgemeinen charakterisiert die Sekundäre Traumatisierung negative Folgen, die sich für bestimmte Personengruppen bei der Beschäftigung mit traumatisierten Menschen ergeben können (Bride et al., 2007; Canfield, 2005; Lemke, 2006).

Wie auch Maercker (2009a) hervorhebt, verlangt die Behandlung von traumatisierten Personen der PsychotherapeutIn Einiges ab: Eine empathische, einfühlsame Bearbeitung des Traumas mit dem Patienten macht es der behandelnden Person schwer, von dem Gewicht einer traumatischen Geschichte völlig unberührt zu bleiben. Entsprechend wird vermutet, dass die Arbeit mit traumatisierten Menschen fundamentale, existentielle Fragen aufwirft, moralische und ethische Problemstellungen berührt und PsychotherapeutInnen vor spezielle Herausforderungen stellt, die ihr emotionales Gleichgewicht ins Wanken bringen könnten (Berzoff & Kita, 2010; Canfield, 2005).

Auf die Frage, wie sich diese negativen Folgen und potentiellen Risiken darstellen und welche Prozesse diesen zugrunde liegen könnten, soll in den nachfolgenden Abschnitten eingegangen werden, indem eine Darstellung der wichtigsten und am häufigsten

verwendeten Theorien zur Sekundären Traumatisierung erfolgt. Anschließend wird eine Abgrenzung und Beschreibung verwandter Konstrukte vorgenommen.

3.1.1. „Compassion Fatigue“ und „Secondary Traumatic Stress“

Einer der wichtigsten Forscher, die sich mit dem Phänomen der Sekundären Traumatisierung intensiv auseinandergesetzt haben, ist Charles Figley. Im Zuge seiner Forschungstätigkeit entwickelte er gleich mehrere Bezeichnungen, um sein Konzept der Sekundären Traumatisierung zu beschreiben (Figley, 1995). Figley (1995) geht davon aus, dass professionelle HelferInnen, die mit Geschichten über traumatische Ereignisse konfrontiert werden, aufgrund Ihrer unterstützenden und einführenden Tätigkeit ähnliches Leid und ähnliche Ängste wie ihre KlientInnen erfahren können.

Zuerst sprach Figley noch von einer Form von Burnout und verwendete die Bezeichnung „secondary victimization“, entschied sich später aber für die Begriffe „secondary traumatic stress“ (STS, sekundärer traumatischer Stress), „secondary traumatic stress disorder“ (STSD, sekundäre traumatische Belastungsstörung) und „compassion fatigue“ (Mitgefühlerschöpfung)² (Figley, 1995). „Secondary traumatic stress“ ist nach Figley Stress, der entsteht, wenn man einer traumatisierten bzw. leidenden Person hilft oder helfen will, und wird von ihm als „(...) the natural consequent behaviors and emotions resulting from knowing about a traumatizing event experienced by a significant other (...)“ beschrieben (Figley, 1995, S. 7).

Hier deutet Figley eine gewisse Normalität des „secondary traumatic stress“ an, da er diesen als natürlich beschreibt. Bezüglich der „secondary traumatic stress disorder“ stellt Figley (1995) weiters fest,

(...) that there is a fundamental difference between the sequelae or pattern of response during and following a traumatic event, for people exposed to primary stressors and for those exposed to secondary stressors. Therefore, STSD is a syndrome of symptoms nearly identical to PTSD, except that exposure to knowledge about a traumatizing event experienced by a significant other is associated with the set of STSD symptoms,

² Im Folgenden soll die Verwendung der englischen Originalbezeichnungen beibehalten werden, da diese in der wissenschaftlichen Literatur für das Konzept der Sekundären Traumatisierung im Sinne Figleys am gebräuchlichsten und bekanntesten sind.

and PTSD symptoms are directly connected to the sufferer, the person experiencing primary traumatic stress. (S.8)

Sie umfasst demnach die Entwicklung von Symptomen bei Menschen, die sekundären Stressoren ausgesetzt sind, die der Symptomatik der PTBS gleichen (Figley, 1995). Die Ausnahme besteht im Kriterium A nach dem DSM – System: An dessen Stelle tritt bei der STSD das Wissen über traumatische Ereignisse, die andere Menschen erlebt haben (Salston & Figley, 2003). Nach Figley (1995; 2002) bzw. Salston und Figley (2003) können bei Betroffenen Vermeidungsverhalten, Intrusionen, Symptome von Überregung, negative Emotionen, somatische Beeinträchtigungen und Interessensverlust auftreten, zusätzlich kann es zu kognitiven Veränderungen und Störungen von interpersonalen Beziehung kommen.

Am häufigsten verwendet Figley jedoch den Begriff der „compassion fatigue“, da dieser seiner Ansicht nach am wenigsten stigmatisierend sei. „Compassion fatigue“ kann nach Figley (2002) die Fähigkeit oder das Interesse reduzieren, das Leid von Anderen zu ertragen, und wird von ihm beschrieben als „ (...) a state of tension and preoccupation with the traumatized patients by re-experiencing the traumatic events, avoidance/numbing of reminders [sic] persistent arousal (e.g. anxiety) associated with the patient“ (S. 1435). Diese Beschreibung fasst seine Konzeption der Sekundären Traumatisierung nochmals mit anderen Worten zusammen. Ursprünglich waren alle drei der genannten Begriffe als alternierende, austauschbare Bezeichnungen zur Beschreibung der Sekundären Traumatisierung konzipiert (Figley, 1995; Figley, 2002).

3.1.1.1. Ätiologisches Modell nach Figley

Als Grund für die Entstehung von „compassion fatigue“ weist Figley (1995; 2002) auf die empathische Reaktion der PsychotherapeutIn hin. Das ätiologische Modell Figley's basiert auf der Annahme, dass Empathie und einfühlsames Eingehen auf die traumatische Geschichte der KlientIn die zugrundeliegende Kraft ist, die effektives Arbeiten und ein gutes therapeutisches Bündnis ermöglicht, aber auch Energie seitens der HelferIn einfordert. Daher birgt Empathie das Risiko, sekundär traumatisiert zu werden (Figley, 1995; 2002). Im Modell von Figley (2002) ist die empathische Reaktion („empathic response“) also eine Voraussetzung für das Entstehen von „compassion fatigue“, für die wiederum Empathiefähigkeit („empathic ability“) notwendig ist, und die erst durch die

Konfrontation mit einer KlientIn („exposure to the client“) entstehen kann. Ebenfalls von Bedeutung für das empathische Reagieren ist die grundlegende Motivation, sich einer hilfsbedürftigen Person anzunehmen, und die dahinterliegende Besorgnis um diese, was im Modell als „compassion concern“ bezeichnet wird (Figley, 2002). Ob sich „compassion stress“, also Stress, der durch das empathische Einfühlen und Reagieren auf die KlientIn entsteht, in weiterer Folge zum Bild der „compassion fatigue“ entwickelt, wird im Modell von zwei wichtigen Faktoren beeinflusst. Die Zufriedenheit mit der eigenen Leistung („sense of achievement“) und die Fähigkeit, sich vom Leid der KlientInnen zu distanzieren („disengagement“) sind in diesem Fall entscheidend (Figley, 2002). Ein Risikofaktor, der zu Sekundärer Traumatisierung beitragen kann, ist dem Modell zufolge eine langanhaltende Exposition und ein andauerndes Gefühl der Verantwortung gegenüber den KlientInnen („prolonged exposure“). Auch belastende Lebensumstände oder Lebensveränderungen („life disruptions“), die hinzukommen und das Wiedererwachen eigener traumatischer Erinnerungen („traumatic recollections“) können die Entwicklung von „compassion fatigue“ begünstigen (Figley, 2002).

3.1.1.2. Kritik an Figley's Modell

Obwohl Figley sicherlich einer der wichtigsten Forscher auf dem Gebiet der Sekundären Traumatisierung ist, werden manche Aspekte seines Konzepts immer wieder auch kritisch betrachtet (vgl. Lemke, 2006; Sabo, 2011).

Im Zuge seines Vergleichs der Symptome der STSD mit jenen der PTBS, die nach Figley's Definition ja nahezu identisch sind, geht der Autor beispielsweise nicht auf die Symptombdauer und -ausprägung oder auf etwaige Symptomschwerpunkte ein (Lemke, 2006). Derartige Information ist auch für die Frage von Bedeutung, ob es überhaupt sinnvoll oder notwendig wäre, zwischen einer PTBS und einer Sekundären Traumatisierung zu unterscheiden (Lerias & Byrne, 2003). Denn das DSM-Klassifikationssystem schließt in seinem A-Kriterium auch die Konfrontation mit Gefahren ein, die eine andere Person betreffen, sowie die subjektive Reaktion auf die Situation (APA, 1994). Lerias und Byrne (2003) konstatieren, dass Sekundäre Traumatisierung ebenfalls maßgebliches Leid bedeuten kann, kommen jedoch zur Annahme, dass diese eine geringere Intensität aufweist als eine primäre Traumatisierung. Sie ziehen daraus den Schluss, dass ein Unterscheiden zwischen diesen beiden Formen sinnvoll erscheint.

Sabo (2011) kritisiert ferner, dass Figley in seinem Modell die Interaktionen zwischen den verschiedenen Faktoren nicht ausführlich genug erläutert habe, nicht darauf eingehe, auf welche Konzeption von Empathie in seinem Modell Bezug genommen wird, und dass er die positiven Aspekte des empathischen Vorgehens zu sehr vernachlässige.

Ein weiterer kritischer Aspekt betrifft die Begriffsvielfalt, die Figley zum Thema der Sekundären Traumatisierung entwickelt hat. In diesem Zusammenhang wird erwähnt, dass „compassion fatigue“ im Alltagsverständnis nicht unbedingt dasselbe suggeriert wie etwa „secondary traumatic stress disorder“ oder „secondary traumatic stress“, und es hier leicht zu Missverständnissen kommen kann (Lemke, 2006).

Canfield (2005) schlägt z.B. eine klarere Unterscheidung zwischen „secondary traumatic stress“ und „secondary traumatic stress disorder“ vor. Der Unterschied zwischen den beiden Konstrukten liegt demnach in der Dauer der Symptome. Symptome, die nicht länger als einen Monat anhalten, werden noch als normale Reaktionen auf die traumatischen Erlebnisse der KlientInnen betrachtet. Halten die Symptome jedoch über einen längeren Zeitraum an, so kann man als Folge von einer „secondary traumatic stress disorder“ sprechen (Canfield, 2005).

Newell und MacNeil (2010) vertreten außerdem die Ansicht, dass „secondary traumatic stress“ und „compassion fatigue“ nicht exakt dasselbe seien. Sie stellen fest, dass „compassion fatigue“ in der Literatur als etwas allgemeinerer Begriff verwendet wird, der das Erleben von emotionaler und physischer Erschöpfung beschreibt, die aufgrund des dauerhaft erforderlichen empathischen Eingehens auf das Leid der KlientInnen entsteht. Nach Meinung der Autoren wird sie am besten beschrieben als eine Mischung aus Burnout-Symptomen und Symptomen des „secondary traumatic stress“ (Newell & MacNeil, 2010). In dieser Sichtweise beziehen sich Newell und MacNeil (2010) unter anderem auch auf Veröffentlichungen von Figley und KollegInnen selbst, welche durchaus eine derartige Interpretation zulassen (vgl. Adams, Boscarino, & Figley, 2006; Bride et al., 2007). Auch an anderen Stellen findet man eine Beschreibung der „compassion fatigue“ als ein etwas globaleres Phänomen, das teilweise auf die Arbeit mit KlientInnen aus diversen Problembereichen ausgeweitet wird (vgl. Berzoff & Kita, 2010; Rothschild, 2006; Wilson & Thomas, 2004).

Obwohl ursprünglich von Figley als austauschbarer Begriff für „secondary traumatic stress“ gedacht, scheint „compassion fatigue“ heute in der Literatur und Forschung als ein etwas allgemeineres Konzept rezipiert und angewandt zu werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine von der Forscherin B.H. Stamm (2005; 2010) entwickelte Konzeption, die sich im Zuge ihrer Forschungstätigkeit, teils in enger Zusammenarbeit mit Figley, ebenfalls intensiv der Sekundären Traumatisierung gewidmet hat.

3.1.1.3. Die „Professional Quality of Life“

Stamm (2005; 2010) präsentierte, im Zuge der Weiterentwicklung von Messinstrumenten zur Erfassung der Sekundären Traumatisierung, ein Modell zur Lebensqualität von professionellen HelferInnen („professional quality of life“), welches sowohl negative als auch positive Aspekte der Arbeit mit traumatisierten Personen behandelt. Die positive Seite wird hier „compassion satisfaction“ (Mitgefühlzufriedenheit) genannt, während „compassion fatigue“ die negative Seite beschreibt. Letztere setzt sich hier aus zwei Elementen zusammen: Burnout und „secondary traumatic stress“. Abbildung 1 soll das Modell von Stamm (2010) veranschaulichen.

Dem Modell von Stamm (2010) zufolge sind Burnout und „secondary traumatic stress“ also jene Faktoren, die „compassion fatigue“ ausmachen, welches demnach ein etwas globaleres Phänomen darstellt. Der Burnout-Begriff ist auch außerhalb dieses Modells bekannt und gebräuchlich, und aus der Forschungsperspektive meist mit Gefühlen von Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung, Frustration, Zynismus und Entfremdung, sowie Schwierigkeiten, die eigene Arbeit effektiv bewältigen zu können, verbunden (Stamm, 2010). Auf diese Thematik wird im Abschnitt 3.2.1. noch näher eingegangen.

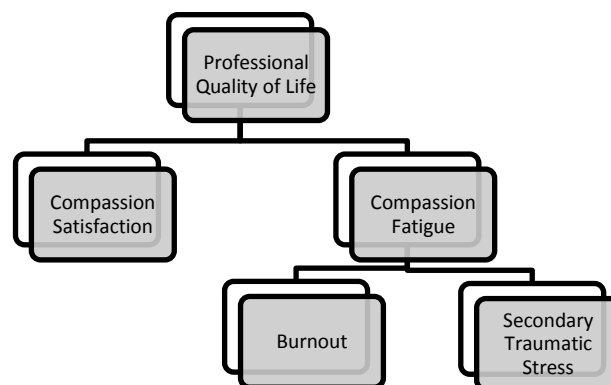


Abbildung 1. "Professional Quality of Life" nach Stamm (2010)

„Secondary traumatic stress“ wird großteils im Sinne Figleys beschrieben: Er betrifft die berufliche Konfrontation mit Menschen, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, und umfasst potentielle, negative Folgen, wie z.B. Intrusionen, Vermeidung von Aktivitäten oder Schlüsselreizen, die an das (sekundär erfahrene) Ereignis erinnern, sowie Schlafschwierigkeiten. Auch das Vergessen von wichtigen Informationen und die Unfähigkeit, sein eigenes Privatleben von der Arbeit zu trennen, zählen zu potentiellen Symptomen (Stamm, 2010).

Die Kombination von Burnout und sekundärem traumatischen Stress kann dann schließlich das Bild der „compassion fatigue“ ausmachen. Auch die Arbeitsumgebung und persönliche Eigenschaften der HelferIn tragen zusätzlich zur Entstehung von „compassion fatigue“ bei (Stamm, 2010).

Die positive Seite der Trauma-Arbeit bezeichnet Stamm (2005; 2010) als „compassion satisfaction“. Sie betrifft die Zufriedenheit und Freude, die man aus der effektiven Ausführung seiner Arbeit ziehen kann. Sie umfasst auch eine positive Einstellung zu den ArbeitskollegInnen, sowie zur eigenen Fähigkeit, etwas zur Arbeitsumgebung oder zum gesamtgesellschaftlichen Wohl beitragen zu können (Stamm, 2010).

Stamm (2005; 2010) entwickelte ein entsprechendes Erhebungsinstrument, die *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL), auf welche im Abschnitt 5.4.1. noch näher eingegangen wird.

3.1.2. „Vicarious Traumatization“

Das zweite grundlegende Konzept zur Sekundären Traumatisierung ist unter dem Begriff „*vicarious traumatization*“ („stellvertretende Traumatisierung“) bekannt und wurde vor allem von der Forscherin Pearlman und ihren KollegInnen konkretisiert und geprägt (Lemke, 2006; McCann & Pearlman, 1990; Stamm, 2010). Diese Konzeptualisierung setzt einen etwas anderen Schwerpunkt als das Modell von Figley und bezieht sich außerdem ausschließlich auf die Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995).

McCann und Pearlman (1990) wählten einen konstruktivistischen Zugang zum Thema, welcher – grob zusammengefasst – davon ausgeht, dass Menschen ihre eigene, persönliche Realität konstruieren. Dies geschieht durch die Entwicklung von komplexen kognitiven Schemata, anhand derer dann Ereignisse und Umwelt interpretiert werden

(McCann & Pearlman, 1990). Dieses Modell zur Sekundären Traumatisierung ist eingearbeitet in eine, von Pearlman und KollegInnen entwickelte Persönlichkeitstheorie, die „constructivist self-development theory“ (McCann & Pearlman, 1990), auf die hier jedoch nicht genauer eingegangen werden kann.

Nach Pearlman und Saakvitne (1995) inkludiert „vicarious traumatization“

(...) the symptomatology of STSD in the context of profound changes in the therapist's sense of meaning, identity, world view, and beliefs about self and others. But while there is overlap between them, the terms *secondary traumatic stress* and *vicarious traumatization* differ in focus and emphasis (...). (S. 151)

Die Autorinnen diskutieren also Überschneidungen mit der von Figley eingeführten STSD, legen ihren Fokus dabei aber vor allem auf tiefgreifende Veränderungen in kognitiven Schemata. Diese Schemata umfassen Annahmen, Überzeugungen und Erwartungen bzgl. der Umwelt und der eigenen Person und bieten einen Bezugsrahmen, anhand dessen Ereignisse interpretiert und verstanden werden können (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995). Zuerst wurden fünf, und später zwei weitere kognitive Schemata identifiziert, welche ganz grundlegende, psychologische Bedürfnisse betreffen, und hier im englischen Original wiedergegeben werden sollen: „dependency/trust“, „saftey“, „power“, „esteem“, „intimacy“, „independence“ und „frame of reference“.

Nach McCann und Pearlman (1990) können sich Überzeugungen der PsychotherapeutInnen bezüglich des Vertrauens in andere Menschen („dependency/trust“) durch den Kontakt mit Personen, die auf grausame Weise getäuscht, betrogen, verletzt oder missbraucht wurden, verändern. Oft ist dies der Fall bei KlientInnen im Kindesalter, deren Abhängigkeit von Vertrauenspersonen ausgenutzt wurde, z.B. im Fall von Missbrauchs- und Inzestfällen. Die Konfrontation mit solcherart traumatischen Geschichten kann kognitive Schemata derart zerrütten, dass die behandelnden PsychotherapeutInnen insgesamt zynischer, argwöhnischer und misstrauischer in Bezug auf die Motive anderer werden (McCann & Pearlman, 1990).

Ähnlich verhält es sich mit Annahmen in Bezug auf die Sicherheit („saftey“) von anderen (geliebten) Menschen und bzgl. der eigenen. Sind PsychotherapeutInnen z.B. mit Opfern von wahlloser Gewalt oder Unfällen konfrontiert, können grundlegende, dem Bedürfnis nach Sicherheit entsprechende, Überzeugungen zerstört werden. Dies kann vermehrt

Gefühle von Verwundbarkeit und größerer Ängstlichkeit nach sich ziehen (McCann & Pearlman, 1990). PsychotherapeutInnen stehen ferner häufig KlientInnen gegenüber, die unter teilweise lähmender Hilfslosigkeit leiden; auch PsychotherapeutInnen können als Folge ihrer Arbeit Zweifel an der eigenen Wirkungskraft („power“) und den eigenen Fähigkeiten, sowie Gefühle der Machtlosigkeit und Verzweiflung bezüglich potentiell unkontrollierbaren Ereignissen entwickeln (McCann & Pearlman, 1990).

Nach dem Modell der „vicarious traumatization“ kann sich die Einstellung der PsychotherapeutInnen zur Menschheit im Allgemeinen ebenso ins Negative wandeln: Wertschätzung und Respekt („esteem“) gegenüber anderen Menschen verringern sich, das Menschenbild wird zynischer und Überzeugungen zur Natur des Menschen pessimistischer.

Pearlman und McCann (1990) konstatieren weiters, dass PsychotherapeutInnen, konfrontiert mit den Schicksalen ihrer KlientInnen, ähnlich wie diese ein Gefühl der Distanz gegenüber der Welt und anderen Menschen entwickeln können. An Stelle des Empfindens von Vertrautheit („intimacy“) mit anderen Menschen tritt ein Gefühl von Entfremdung.

Außerdem können für PsychotherapeutInnen, deren Bedürfnis nach Unabhängigkeit („independency“) stark ausgeprägt ist, Erfahrungen von KlientInnen, die mit einem starken Kontrollverlust oder dem Verlust von persönlicher Freiheit verbunden sind, besonders schmerzhaft sein und Angst vor oder Gefühle von „Gefangensein“ hervorrufen (McCann & Pearlman, 1990).

Schließlich kann auch das Bedürfnis nach einem sinnvollen Bezugsrahmen („frame of reference“), welches sich kognitiv in Form von schematischen Annahmen über Kausalität und Ereignisursachen präsentiert, nachteilige Konsequenzen hervorbringen. So berichten McCann und Pearlman (1990) von PsychotherapeutInnen, die sich zu sehr auf ihren Wunsch nach Ursachenfindung und auf die Hintergründe von TäterInnen als auf das Empfinden der KlientInnen selbst konzentrierten. Gefühle von Desorientierung und innerer Unruhe können dabei sowohl auf KlientInnen- als auch auf TherapeutInnen-Seite entstehen.

Zusätzlich zu den dargestellten Brüchen in grundlegenden kognitiven Schemata kann im Sinne der „vicarious traumatization“ auch das Erinnerungssystem der PsychotherapeutInnen („memory system“) von Veränderungen betroffen sein. (McCann & Pearlman, 1990). Dies bedeutet, dass es bei PsychotherapeutInnen zu plötzlichen, intrusiven Gedanken und Bildern kommen kann, die sich auf traumatische Ereignisse von

KlientInnen beziehen. Diese Bilder, Träume oder „Flashbacks“, drängen sich ähnlich wie bei PTBS-Betroffenen auf und sind mit intensiven negativen Affekten verbunden, obwohl die PsychotherapeutInnen selbst nicht primär dem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren. Trotzdem, so berichten McCann und Pearlman (1990), können diese Bilder so lebhaft erscheinen, als ob sie aus dem eigenen Gedächtnis stammten. Die Autorinnen vermuten, dass die berichteten Erinnerungen von KlientInnen in das Gedächtnisspeichersystem der PsychotherapeutInnen eingebunden werden. Dies betrifft, so die Annahme der Autorinnen, vor allem jene Bilder und Berichte, die am meisten die persönlichen Bedürfnisse der TherapeutInnen ansprechen. McCann und Pearlman (1990) gehen davon aus, dass diese Veränderungen in der Speicherung von Erinnerungen eher vorübergehend sind, in manchen Fällen jedoch auch dauerhaft werden können.

Das hier beschriebene Merkmal der „vicarious traumatization“ findet sich ebenfalls im Konzept von Figley, welcher derartige Intrusionen mit der allgemeinen Parallelität von sekundären traumatischen Symptomen zu PTBS-Symptomen begründet (Figley, 1995).

Wie u.a. auch Jurisch, Kolassa und Elbert (2009) in ihrem Review betonen, liegt der Unterschied zwischen den Konzepten des „secondary traumatic stress“ und der „vicarious traumatization“ im größeren Fokus auf der kognitiven Komponente von Letzterem. Die Autorinnen diskutieren jedoch ebenfalls PTBS-ähnliche Symptome als mögliche Folge der stellvertretenden Traumatisierung (Pearlman & Saakvitne, 1995).

3.1.3 „Traumatoid States“

Ein Modell, das versucht, verschiedene Konzepte der Sekundären Traumatisierung zu vereinen, stammt von Wilson und Thomas (2004). Die Autoren sprechen von sogenannten „traumatoid states“, die in ihrer Beschreibung sowohl Symptome von „compassion fatigue“ bzw. „secondary traumatic stress“, als auch Veränderungen kognitiver Schemata im Sinne der „vicarious traumatization“ integrieren und teilweise noch darüber hinausgehen. „Traumatoid states“ sind folglich gekennzeichnet durch eine dysfunktionale Affektregulation, somatische Reaktionen, Übererregung, intrusive Tendenzen und Vermeidungsverhalten, sowie durch Veränderungen in der psychologischen Funktionsweise, die die eigenen Fähigkeiten, Stresstoleranz, Weltanschauungen, Glaubenssysteme, Werte, Ideologien und religiöse bzw. spirituelle Orientierungen betreffen (Wilson & Thomas, 2004). Derartige „traumatoid states“

können nach Wilson und Thomas (2004) sowohl chronisch oder vorübergehend, als auch akut oder episodisch sein und in Schweregrad und Dauer variieren. Die Autoren gehen davon aus, dass sekundäre Trauma – Reaktionen nicht wie von Figley (1995) postuliert nahezu identisch mit PTBS-Symptomen sind, aber ähnliche Züge aufweisen können. Eine sekundäre Trauma-Exposition ist in ihrer Intensität demnach nicht identisch mit dem primären Erleben eines traumatischen Ereignisses (wie dies im Kriterium A des DSM-IV festgelegt ist), kann aber seitens der professionellen HelferInnen zu klinisch signifikanten Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen führen (Wilson & Thomas, 2004). Den Autoren zufolge spielt in der Entwicklung von „traumatoid states“ Empathie eine ausschlaggebende Rolle: Aus dem empathischen Eingehen auf die KlientIn kann wiederum empathische Belastung resultieren, was zu Stressreaktionen und in weiterer Folge zu Symptomen im Sinne der „traumatoid states“ führen kann (Wilson & Thomas, 2004). Anzumerken ist, dass sich das Modell von Wilson und Thomas (2004) als relativ komplex darstellt und bisher noch kaum empirische Arbeiten dazu vorliegen (Daniels, 2006).

3.2. Verwandte Konzepte

Das Phänomen der Sekundären Traumatisierung wurde im Zuge der Forschung oftmals mit dem *Burnout*-Begriff in Verbindung gebracht, sowie als eine Form von *Gegenübertragung* diskutiert (Lemke, 2006). In den folgenden Kapiteln sollen die genannten Konstrukte beschrieben und eine Abgrenzung zum Begriff der Sekundären Traumatisierung vorgenommen werden.

3.2.1. Burnout

Das Burnout-Konzept ist, nachdem es vor etwa 40 Jahren in den Fokus der psychologischen Forschung gerückt war, bis heute ein vielfach diskutiertes Thema und sein Aufkommen scheint insgesamt mit tiefgreifenden sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Veränderungen in Verbindung zu stehen (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). Wie Schaufeli et al. (2009) feststellen, werden noch unterschiedliche Bedeutungen von Burnout in Forschung und Praxis gebraucht, je nachdem in welchem Kontext das Konzept thematisiert wird und welche Ziele damit verfolgt werden. Burisch (2010)

beschreibt ebenfalls den Mangel eines einheitlichen Burnout-Konzepts und hält fest, dass die meisten Theorien entweder zu allgemein oder zu speziell formuliert sind. Ein großer Teil der wissenschaftlichen Arbeit bedient sich jedoch des *Maslach-Burnout-Inventorys* (MBI), welches von Maslach und Jackson 1981 erstmals veröffentlicht wurde, und somit auch dessen drei-dimensionalen Beschreibung des Phänomens (Burisch, 2010; Schaufeli et al., 2009). Dem MBI zufolge ist Burnout charakterisiert durch einen emotionalen Zustand der Erschöpfung, durch Depersonalisation bzw. einer unpersönlichen, negativen oder zynischen Einstellung zum Arbeitsumfeld und durch ein Gefühl der reduzierten, beruflichen Leistungsfähigkeit (Lemke, 2006; Burisch, 2010). Es existieren noch einige weitere Burnout – Modelle, die hier jedoch nicht alle angeführt werden können; einen Überblick dazu bietet z.B. Burisch (2010).

Im Zuge der Erforschung der Sekundären Traumatisierung wurde diese immer wieder mit dem Burnout-Begriff in Verbindung gebracht, wobei zumeist versucht wurde, die beiden Konzepte voneinander abzugrenzen. Salston und Figley (2003) beschreiben das Burnout-Konzept als zu „vage“, um die speziellen Folgen der Arbeit mit traumatisierten Personen zu beschreiben. Nach dem Review von Elwood, Mott, Lohr und Galovski (2011) liegt der angenommene Unterschied darin, dass Burnout in jeglichem Beruf auftreten kann und – im Gegensatz zur Sekundären Traumatisierung – nicht spezifisch ist für jene Personen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten. Diese Abgrenzung findet sich auch an anderen Stellen wieder (vgl. Canfield, 2005). Jurisch et al. (2009) berichten von meist mittleren bis hohen Korrelationen zwischen Burnout und Sekundärer Traumatisierung in Studien, was aber auch eine gewisse Verbindung der Konstrukte nahelegt. In diesem Zusammenhang sei noch auf den Vorschlag von Deighton, Gurrus und Traue (2007) hingewiesen, dass Burnout möglicherweise eine Folge von Sekundärer Traumatisierung sein könnte.

Insgesamt scheint es aufgrund des Mangels an einheitlichen Definitionen, sowohl von Burnout, als auch von Sekundärer Traumatisierung, derzeit noch schwierig, eine exakte Abgrenzung dieser beiden Phänomene vorzunehmen. Bisher geht die Tendenz jedoch in die beschriebene Richtung, Burnout als ein Phänomen anzusehen, das in allen Berufsgruppen auftreten kann, während Sekundäre Traumatisierung als einzigartig für den Kontakt mit traumatisierten Menschen verstanden wird, auch wenn Ähnlichkeiten zwischen den beiden Konstrukten anerkannt werden (Elwood et al., 2011). Wie bereits erwähnt, werden beide Phänomene auch oft gleichzeitig als potentiell negative Folgen

von der Arbeit mit traumatisierten Personen betrachtet (Newell & MacNeil, 2010; Stamm, 2005; 2010).

Die Frage, ob Burnout und Sekundäre Traumatisierung zwei unterschiedliche Phänomene sind oder ob Letzteres eigentlich auch ausreichend mit der Burnout-Symptomatik beschrieben werden kann, betrifft unter anderem das Thema, ob Sekundäre Traumatisierung tatsächlich einzigartig für jene Personen ist, die mit traumatisierten Menschen arbeiten (Elwood et al., 2011). Auf diese Fragestellung wird im Kapitel 3.3.5. näher eingegangen.

3.2.2. Gegenübertragung

Abgrenzungsschwierigkeiten bestehen auch in Bezug auf das Konstrukt der *Gegenübertragung* (engl. „countertransference“), welches im Laufe der Zeit ebenfalls unterschiedliche Definitionsversuche erfahren hat (Berzoff & Kita, 2010). Auf den komplexen Diskurs zu Definition und Bedeutung des Phänomens der Gegenübertragung kann hier nicht eingegangen werden, ein kurzer Abriss über die Verbindung zum Konzept der Sekundären Traumatisierung ist jedoch im Hinblick auf die bestehende Begriffs- und Bedeutungsvielfalt zu dieser Thematik sinnvoll.

Sehr allgemein und global definiert, umfasst Gegenübertragung – ein ursprünglich aus der Psychoanalyse stammender Begriff – die Gesamtheit der emotionalen Reaktionen der Psychotherapeutin auf eine KlientIn, die im therapeutischen Prozess aufkommen (Bouchard, Normandin, & Seguin, 1995; Reimer & Rüger, 2006). Es existieren jedoch auch verschiedene andere Definitionen, die bestimmte emotionale (meist negative oder „hinderliche“) Reaktionen der Therapeutin hervorheben (Dalenberg, 2000). Früher eher als Quelle für Probleme betrachtet, wird Gegenübertragung heutzutage oftmals als ein wertvoller Bestandteil des therapeutischen Prozesses angesehen, der wichtige Informationen liefern und Behandlungsfortschritte ermöglichen kann, sofern er tatsächlich konstruktiv genutzt wird (Berzoff & Kita, 2010; Dalenberg, 2000).

Wenn also Gegenübertragungen Reaktionen der PsychotherapeutIn infolge des Kontakts mit einer KlientIn beschreibt, kann dann Sekundäre Traumatisierung ebenfalls als eine Form der Gegenübertragung angesehen werden? Obwohl Gegenübertragung und Sekundäre Traumatisierung an manchen Stellen als austauschbare Konzepte gebraucht wurden (vgl. Neumann & Gamble, 1995), bestehen hierzu unterschiedliche Ansichten.

Stamm (1997) geht davon aus, dass Sekundäre Traumatisierung speziell aus der Konfrontation mit traumatisierten KlientInnen resultiert, während Gegenübertragung auch außerhalb des Trauma-Kontextes auftritt. Figley (2002) versucht ebenfalls eine Unterscheidung vorzunehmen und meint, dass „compassion fatigue“, im Gegensatz zu Gegenübertragung, mit stärkeren Gefühlen von Irritation, Hilfslosigkeit und Isolation einhergeht und hält fest: „In contrast to compassion fatigue, countertransference is chronic attachment associated with family of origin relationships and has much less to do with empathy toward the client that causes trauma“ (Figley, 2002, S. 1435f.). Er sieht also den Ursprung der Gegenübertragung nicht in der Empathie gegenüber der KlientIn, welche er als ausschlaggebend für die Entwicklung von „compassion fatigue“ betrachtet, sondern in früheren, familiären Beziehungen.

Kanter (2007) kritisiert die Sicht Figleys zur Gegenübertragung als überholt und geht davon aus, dass es sich bei den von Figley (2002) berichteten Fallbeispielen eher um Merkmale der Gegenübertragung handelt, als um „compassion fatigue“. Letztere betrachtet er ferner als ahistorisch sowie überbeansprucht und argumentiert, dass das Konzept der Gegenübertragung Merkmale der „compassion fatigue“ bereits ausreichend adäquat erfasst (Kanter, 2007).

Eine starke Befürwortung der Abgrenzung zwischen den beiden Phänomenen findet sich wiederum bei Berzoff und Kita (2010). Den Autorinnen zufolge kommt es in jedem psychotherapeutischen Aufeinandertreffen zu Gegenübertragungsreaktionen, dies gilt jedoch nicht für Symptome der „compassion fatigue“. Diese kann, muss aber nicht auftreten, ist also kein essentieller Bestandteil im therapeutischen Prozess. So ist „compassion fatigue“ „(...) different than countertransference in that it results from the cumulative effect of being confronted with more suffering than one is able to ameliorate.“ (Berzoff & Kita, 2010, S. 348). Gegenübertragung resultiert demnach nicht aus der wiederholten Konfrontation mit derartig überwältigendem Leidenszuständen, sondern basiert auf der Interaktion zwischen den intersubjektiven und teilweise unbewussten Realitäten von KlientIn und PsychotherapeutIn (Berzoff & Kita, 2010). Collins und Long (2003) führen in ihrem Review eine vergleichbare Unterscheidung durch. Schließlich kann nach Berzoff und Kita (2010) Gegenübertragung in verschiedenen Formen auftreten, muss jedoch nicht zwingend mit negativen Folgen verbunden sein, wie sie für die „compassion fatigue“ beschrieben werden.

Ähnlich werden auch an anderer Stelle negative Konsequenzen der Sekundären Traumatisierung von Gegenübertragungsreaktionen abgegrenzt: „These are different from

counter-transference responses in that they have an on-going and extensive effect that impacts powerfully on many aspects of the therapist's self and world“ (Walker, 2004, S. 179).

Dem ist hinzuzufügen, dass in aktuelleren, den derzeitigen Forschungsstand zusammenfassenden Review-Artikeln zur Sekundären Traumatisierung (vgl. Elwood et al., 2011; Jurisch et al., 2009), in der theoretischen Darstellung der Konstrukte nicht mehr auf das Konzept der Gegenübertragung eingegangen wird.

Es scheint zwar auch zu dieser Thematik noch keinen vollends einheitlichen Standpunkt zu geben, allerdings lässt sich eine Tendenz dahingehend ausmachen, Sekundäre Traumatisierung von Reaktionen im Kontext der Gegenübertragung zu unterscheiden. Berzoff und Kita (2010) befürworten eine „sowohl-als-auch“-Perspektive, und postulieren, dass beide Phänomene nebeneinander existieren und gemeinsam auftreten können, wobei Symptome der Sekundären Traumatisierung die Fähigkeit, die eigenen Gegenübertragungsreaktionen für die Psychotherapie sinnvoll zu nutzen, behindern können.

3.3. Aktueller Forschungsstand zur Sekundären Traumatisierung

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Sekundären Traumatisierung gegeben werden. Zu Beginn wird dargelegt, warum eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Phänomen der Sekundären Traumatisierung überhaupt sinnvoll erscheint. Darauf folgt ein kurzer Überblick über jene Messinstrumente, die bisher zur Erfassung von sekundärer Trauma-Symptomatik häufig im Einsatz waren. Anschließend sollen Forschungsergebnisse zu Auftreten, Schweregrad und Prävalenz der Sekundären Traumatisierung, sowie zu bedeutsamen Einflussfaktoren dargestellt werden. Auch auf die Forschungsfrage, ob die diskutierten Symptome tatsächlich einzigartig sind für jene Personengruppen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, wird eingegangen. Abschließend werden Aspekte angeführt, deren Erforschung im Zusammenhang mit Sekundärer Traumatisierung zwar wichtig erscheint, die jedoch bisher größtenteils vernachlässigt wurden.

3.3.1. Sekundäre Traumatisierung – Warum überhaupt erforschen?

Jene WissenschaftlerInnen, die von der Existenz der Sekundären Traumatisierung und deren negativen Folgen für Arbeit und Psyche der Betroffenen ausgehen, fordern entsprechende Aufklärungsarbeit, Präventions- und Interventionsmaßnahmen, verbesserte Trainings- bzw. Ausbildungsangebote für die Trauma-Arbeit sowie ausreichend Supervision (vgl. Figley, 1995; Pearlman & MacIlan, 1995; Salston & Figley, 2003)

Sollte tatsächlich ein hohes Risiko für diese Berufsgruppen bestehen, so erscheinen die genannten Forderungen sinnvoll und notwendig, um negative Konsequenzen sowohl für die HelferInnen und in Folge auch für ihre KlientInnen abwenden zu können. Wie z.B. Jurisch und KollegInnen (2009) anmerken, wurde diese Hypothese zur Sekundären Traumatisierung in der Literatur jedoch häufig ohne ausreichende Überprüfung als gegeben angesehen und erst seit einigen Jahren wird diese wissenschaftlich untersucht. Kritisch äußern sich zu diesem Thema auch Elwood und KollegInnen (2011) in ihrem Review, indem sie auf Risiken hinweisen, die mit einer ungeprüften Warnung vor Sekundärer Traumatisierung einhergehen könnten. Sie geben zu bedenken, dass Erwartungen über negative Folgen der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen generiert werden, die wiederum die Bewertung der eigenen Reaktionen unrealistisch verzerren könnten. In diesem Kontext könnte es damit im Sinne einer selbst-erfüllenden Prophezeiung tatsächlich zu einer erhöhten Belastung kommen. Wenn die Trauma-Arbeit als zu negativ und belastend dargestellt wird, könnte dies nach Elwood et al. (2011) außerdem zu einer Entmutigung jener Personen führen, die sich potentiell für diese Tätigkeit interessieren würden. Schließlich könnten auch Organisationen in dem Sinne betroffen sein, dass ohnehin bereits knappe Ressourcen für zusätzliche Supervision und Intervention verwendet werden müssten (Elwood et al., 2011).

Die angeführten Standpunkte bzgl. Existenz und Ausmaß der Sekundären Traumatisierung verdeutlichen die Kontroverse, die zu diesem Thema unter ForscherInnen existiert. Während an vielen Stellen die Existenz der Sekundären Traumatisierung prinzipiell angenommen wird (vgl. Figley, 1995; Stamm, 1999), wird dieser Umstand von anderen Seiten sehr kritisch betrachtet (vgl. Elwood et al., 2011; Jurisch et al., 2009). Dies zeigt einen weiterhin hohen Forschungsbedarf an, um auf potentielle Belastungen auf Seiten jener Menschen, die sich in ihrer Arbeit traumatisierten KlientInnen widmen, tatsächlich angemessen reagieren zu können.

3.3.2. Instrumente zur Erfassung Sekundärer Traumatisierung

Um das Phänomen der Sekundären Traumatisierung quantitativ zu untersuchen, wurde in den meisten Studien entweder ein gängiges Messinstrument zur Erfassung von PTBS-Symptomatik vorgegeben, oder eigens zur Erhebung von sekundären Trauma-Symptomen entwickelte Messinstrumente. Letztere setzen in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Theorie unterschiedliche Schwerpunkte (Bride et al., 2007; Elwood et al., 2011). Im Folgenden sollen die wichtigsten Messinstrumente vorgestellt werden.

Die *Impact of Event Scale* (IES) von Horowitz, Wilner und Alvarez (1979) ist ein ursprünglich zur Erfassung von PTBS-Symptomatik entwickelter Selbstbeurteilungsfragebogen, der in einigen Studien – im Sinne der angenommenen Parallelität zwischen PTBS-Symptomen und Sekundärer Traumatisierung – auch zur Messung Letzterer eingesetzt wurde (Elwood et al., 2011). Er erfasst die beiden Symptomkategorien „Intrusion“ und „Vermeidung“ anhand von insgesamt 15 Items, in der deutschen Version von Ferring und Filipp (1994) besteht der Fragebogen aus 16 Items. Auf einer 4-stufigen Skala sollen die Befragten die Häufigkeit (überhaupt nicht, selten, manchmal, oft) von Belastungsreaktionen auf ein traumatisches Ereignis innerhalb der letzten Woche einschätzen (Schützwohl & Haase, 2009). Es existiert außerdem eine revidierte Version, die *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R) von Weiss und Marmar (1997). Die Autoren erweiterten die IES um eine Skala, welche zusätzlich Symptome der „Übererregung“ erfassen soll. Die IES-R wurde von Maercker und Schützwohl (1998) ins Deutsche übersetzt.

Das *Trauma Symptom Inventory* (TSI; Briere, Elliott, Harris & Kotman, 1995) ist ein weiteres Messinstrument, das bereits zur Operationalisierung von Sekundärer Traumatisierung im Einsatz war (vgl. Adams & Riggs, 2008) und eigentlich zur Erfassung von Folgen primärer Trauma-Exposition konzipiert wurde.

Die Verwendung derartiger Erhebungsinstrumente zur Erfassung sekundärer Trauma-Symptomatik wird an einigen Stellen allerdings kritisch hinterfragt, da der ursprünglich gedachte Einsatzbereich ein anderer ist (Bride et al., 2007; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004).

Im Gegensatz dazu wurden Fragebögen entworfen, die direkt auf die Erfassung von Sekundärer Traumatisierung abzielen. So entwickelte z.B. Figley (1995) den *Compassion*

Fatigue Self Test (CFST) mit den beiden Subskalen „Burnout“ und „Compassion Fatigue“, welcher in seiner revidierten Version, dem *Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test for Helpers* (CSFT) um die Skala „Compassion Satisfaction“ erweitert wurde, um auch positive Erfahrungen mit der Arbeit als HelferIn erfassen zu können (Elwood et al., 2011). Der CSFT besteht aus 66 Items, aus dessen erneuten Revision entstand schließlich die *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) mit nur mehr 30 Items (Stamm, 2005; 2010). In beiden Versionen sollen die Befragten auf einer 5-stufigen Likert-Skala einschätzen, wie häufig das im Item genannte Merkmal in den letzten 30 Tagen aufgetreten ist bzw. erlebt wurde. Eine nähere Beschreibung der ProQOL findet sich im Abschnitt 5.4.1.

Ein weiteres Messinstrument wurde von Pearlman & MacIain (1995) entwickelt, welches im Sinne der „vicarious traumatization“ Veränderungen in kognitiven Schemata bzgl. grundlegender Bedürfnisse erfassen soll. Die sogenannte *Traumatic Stress Institute Belief Scale* (TSIBS) besteht aus sieben Skalen, deren Items kognitive Schemata bzgl. Sicherheit, Vertrauen, Intimität und Wertschätzung gegenüber der eigenen Person und anderen Menschen betreffen. Die aktuellste Revision dieses Messinstruments ist die 2003 von Pearlman veröffentlichte *Trauma and Attachment Belief Scale* (TABS), die um die kognitive Dimension der „Kontrolle“ erweitert wurde und aus 84 Items in insgesamt zehn Subskalen besteht, die hier im Original wiedergegeben werden sollen: (1) „Self-Safety“, (2) „Other-Safety“, (3) „Self-Trust“, (4) „Other-Trust“, (5) „Self-Esteem“, (6) „Other-Esteem“, (7) „Self-Intimacy“, (8) „Other-Intimacy“, (9) „Self-Control“ und (10) „Other-Control“ (Bride et al., 2007; Elwood et al., 2011). Auf einer 6-stufigen Skala soll beurteilt werden, wie sehr der Aussage im jeweiligen Item zugestimmt wird (Bride et al., 2007). Insgesamt konzentrieren sich TSIBS und TABS also eher auf kognitive Veränderungen als auf PTBS-ähnliche Symptome.

Im Kontrast dazu wurde schließlich ein weiterer Fragebogen entworfen, der sich erneut auf Parallelen zur PTBS-Symptomatik bezieht. 2004 von Bride und KollegInnen entwickelt, erfasst die *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) sekundäre Traumasymptome, die sich nach den DSM-IV Kriterien für die PTBS richten. Die STSS besteht aus den drei Subskalen „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Erregung“ mit insgesamt 17 Items, wobei die Befragten für den Inhalt jedes Items auf einer 5-stufigen Skala einschätzen sollen, wie häufig dieser in der letzten Woche auf sie zugetroffen hat (Bride et al., 2004).

Für alle Instrumente gilt, dass höhere Scores auch ein höheres Belastungsausmaß andeuten. Es ist zu beachten, dass sich mit keinem der Fragebögen eine Diagnose stellen lässt. Es handelt sich ausschließlich um Screening-Methoden, mit welchen Hinweise auf eine potentielle Belastung durch sekundäre Trauma-Exposition aufgedeckt werden können (Bride et al., 2007; Elwood et al., 2011). Je nach Schwerpunktsetzung liegt die Anwendung eines der genannten Verfahren nahe: sollen kognitive Aspekte erfasst werden, so erscheint der Einsatz der TABS/TSIBS sinnvoll; wenn es um spezifische, PTBS-ähnliche Kriterien geht, dann bietet sich die Verwendung der STSS oder der IES an, und zielt man auf ein etwas globaleres, sowohl negative als auch positive Effekte umfassendes Gesamtbild, so kann beispielsweise auf die ProQOL zurückgegriffen werden (Bride et al., 2007; Elwood et al., 2011). Natürlich ist bei der Anwendung im Auge zu behalten, dass die genannten Instrumente ihre jeweiligen Schwächen aufweisen (Sabin-Farrell & Turpin, 2003) und möglicherweise keines davon bislang alle Aspekte der Sekundären Traumatisierung erfasst (Bride et al., 2007).

3.3.3. Hinweise zu Auftreten, Schweregrad und Prävalenz von Sekundärer Traumatisierung

Die bisherige Forschung zur Sekundären Traumatisierung lässt derzeit wenig konkrete Aussagen bezüglich Auftreten, Schweregrad und Prävalenz der Symptome zu.

Elwood und KollegInnen (2011) berichten in ihrem Review sowohl von Studien, die insgesamt ein sehr niedriges Symptommiveau fanden, das meist unter den Cut-Off-Werten für klinische Relevanz lag, als auch von einigen Arbeiten, die ein mittleres bis hohes Symptomlevel feststellen konnten.

Beispielsweise stellten McLean, Wade und Encel (2003) in ihrer Stichprobe, bestehend aus PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und ExpertInnen aus anderen Gesundheitsberufen, bei allen verwendeten Messinstrumenten (IES, TSIBS und MBI) Stressniveaus größtenteils nur im subklinischen Bereich fest. Auch Kadambi und Truscott (2004) fanden unter Verwendung derselben Messinstrumente ähnliche Ergebnisse. Nur 5 % der TeilnehmerInnen dieser Studie zeigten erhöhte Symptomlevel im Sinne der IES- und TSIBS-Messungen. Adams und Riggs (2008) befragten klinische PsychologInnen in Ausbildung anhand des TSI. In dieser Befragung lag der Prozentsatz der TeilnehmerInnen, die über dem klinischen Cut-Off-Wert lagen, bei 8 – 15 %.

Vergleichbare Prozentsätze fanden Sprang, Clark und Whitt-Woosley (2007), die die ProQOL zur Messung von „compassion fatigue“ einsetzten. In dieser Studie ergaben sich ebenfalls sehr niedrige Scores und nur 13,2% der TeilnehmerInnen lagen über dem vorgeschlagenen Cut-Off-Wert. Auch Ortlepp und Friedman (2002), die mit der Vorgängerversion der ProQOL arbeiteten, erhielten ähnliche Ergebnisse. Scores, die ein mittleres bis niedriges Symptommniveau anzeigten, fanden sich schließlich auch in einer weiteren Studie, die Sekundäre Traumatisierung mit der STSS bei SozialarbeiterInnen operationalisierte (Ben-Porat & Itzhaky, 2009).

Im Gegensatz zu den angeführten Beispielen lag der Prozentsatz von TeilnehmerInnen (SozialarbeiterInnen im Bereich der Kinderfürsorge), die ein hohes bis sehr hohes Level an „compassion fatigue“ im Sinne Stamms bzw. Figleys zeigten, in einer Untersuchung von Conrad und Kellar-Guenther (2006) bei 50 %. Way, Vandeusen, Martin, Applegate und Jandle (2004) befragten medizinisches Personal, das entweder die Opfer von sexuellem Missbrauch oder Sexualstraftäter betreute, und fanden einen ähnlichen Prozentsatz. 52 % der TeilnehmerInnen lagen mit ihrem IES-Score im klinisch bereits relevanten Bereich, der Durchschnittswert der Gesamtstichprobe lag im mittleren Feld. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Opfer und Täter) konnten allerdings nicht festgestellt werden.

Bisher zeigten sich in Bezug auf Prävalenz und Schweregrad also eher inkonsistente Ergebnisse. Elwood und KollegInnen (2011) vermuten, dass die Spannweite an Ergebnissen bezüglich des Auftretens und des Schweregrads von Symptomen der Sekundären Traumatisierung von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Möglicherweise können Differenzen in den Ergebnissen zumindest teilweise auf Unterschiede in den Messinstrumenten zurückzuführen sein, die Sekundäre Traumatisierung verschieden operationalisieren und unterschiedliche Sensitivität bzw. Spezifität aufweisen (Elwood et al., 2011). Aber auch andere Aspekte, wie Merkmale der Umgebung, der KlientInnen und der HelferInnen selbst, könnten wichtige Einflussfaktoren bei der Entwicklung von Symptomen der Sekundären Traumatisierung darstellen.

Bride et al. (2007) gehen davon aus, dass viele HelferInnen von Zeit zu Zeit Symptome von Sekundärer Traumatisierung im Sinne einer „normalen“ Reaktion erleben, diese für eine kleinere Anzahl an Personen jedoch so schwerwiegend werden können, dass ihre psychische Gesundheit und ihre berufliche Leistung darunter leiden. Brady, Guy, Poelstra

und Brokaw (1999) äußern die ähnliche Vermutung, dass die Anzahl jener mit traumatisierten KlientInnen arbeitenden Personen, die tatsächlich ein starkes Belastungsniveau ausweisen, eher gering ausfällt.

3.3.4. Ausmaß der sekundären Trauma-Exposition als Risikofaktor

Sowohl Pearlman und Saakvitne (1995), als auch Figley (1995) gingen von der Annahme aus, dass das Ausmaß der Exposition gegenüber traumatischen Erfahrungen von KlientInnen ein entscheidender Faktor bei der Entwicklung von Symptomen der Sekundären Traumatisierung ist. Um diese Vermutung zu überprüfen, wurde der Grad der Trauma-Exposition von PsychotherapeutInnen und anderen Berufsgruppen in entsprechenden Studien unterschiedlich operationalisiert. Als Maße für die sekundäre Trauma-Exposition wurden z.B. die Gesamtzahl an traumatisierten PatientInnen, der prozentuale Anteil traumatisierter Personen an der gesamten PatientInnenanzahl, die Stundenanzahl pro Woche, die mit traumatisierten PatientInnen verbracht wird, das Ausmaß, in welchem trauma-fokussiert gearbeitet wird sowie die Länge der Berufserfahrung im Bereich der Trauma-Arbeit verwendet (Elwood et al., 2011; Jurisch et al., 2009). Insgesamt erscheinen bisherige Studienergebnisse zu diesem Thema noch inhomogen, unabhängig davon, wie das Ausmaß an Exposition gegenüber traumatischen Inhalten gemessen wurde (Elwood et al., 2011; Jurisch et al., 2009). Jurisch et al. (2009) berichten, dass ca. die Hälfte der insgesamt 21 in ihrem Review analysierten Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen Symptomen der Sekundären Traumatisierung und sekundärer Trauma-Exposition feststellen konnte, wobei es sich überwiegend um mittlere Effektstärken handelte. Die andere Hälfte der untersuchten Studien konnte keine signifikanten Ergebnisse finden, die für die vermutete Verknüpfung sprechen würden. Auch Elwood et al. (2011) berichten in ihrem Review von gemischten Ergebnissen in diesem Kontext.

So konnten beispielsweise Sprang et al. (2007) sowie Craig und Sprang (2010) zeigen, dass der Prozentsatz traumatisierter KlientInnen in ihrer Studie einen Prädiktor für die ProQOL-Werte der „compassion fatigue“ darstellte. Cunningham (2003) zog ebenfalls den Prozentsatz traumatisierter Personen an der Gesamtzahl von KlientInnen heran, fand jedoch keinen signifikanten Zusammenhang mit den Werten der TSIBS. Auch an anderen Stellen, z.B. unter Verwendung der STSS bei Perron & Hiltz (2006), wurde kein

derartiger Zusammenhang gefunden. Deighton et al. (2007) wiederum konnten bei einer Befragung von PsychologInnen, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen und Mitgliedern anderer gesundheitsrelevanter Berufsgruppen, die Folteropfer betreuten, einen mittleren, signifikanten Zusammenhang ($r = .407$) zwischen der Anzahl an KlientInnen und Werten für „compassion fatigue“ feststellen. Ähnlich gemischte Ergebnisse wurden auch in Bezug auf andere Maße für sekundäre Trauma-Exposition gefunden (Elwood et al., 2011; Jurisch et al., 2009).

Auch die Zeit, die man bereits im Arbeitsfeld der Trauma-Therapie verbracht hat, wurde als Maß für die Trauma-Exposition überprüft (Elwood et al., 2011). Wie sich herausstellte, scheint in einigen Studien eine längere Zeitspanne in diesem Arbeitsfeld aber mit einer geringeren sekundären Trauma – Symptomatik assoziiert zu sein (vgl. Adams & Riggs, 2008; Cunningham, 2003; Kadambi & Truscott, 2004; Sprang et al., 2007). Umgekehrt könnte man schlussfolgern, dass geringe Berufserfahrung einen Risikofaktor darstellt, d.h. dass Berufsanfänger eher Symptome im Sinne einer Sekundären Traumatisierung zeigen, als ExpertInnen, die bereits eine längere Erfahrung im Bereich der Trauma-Therapie aufweisen (Jurisch et al., 2009). Hierzu existiert auch die Vermutung, dass jene Personen, die aufgrund ihrer Arbeit mit traumatisierten KlientInnen starke negativen Auswirkungen erleben, früher aus ihrem Beruf ausscheiden und daher nicht im gleichen Ausmaß in die Messungen eingehen (Elwood et al., 2011). Allerdings weisen Elwood et al. (2011) auch auf einige Studien hin, die diesen negativen Zusammenhang nicht feststellen konnten. Linley und Joseph (2007) fanden sogar gegenteilige Ergebnisse: TeilnehmerInnen die schon eine längere Zeit psychotherapeutisch tätig waren, berichteten vermehrt von negativen Veränderungen und wiesen auch höhere Werte für „compassion fatigue“ auf. Einen etwas anderen Zugang zur Operationalisierung sekundärer Trauma-Exposition wählten Ghahramanlou und Brodbeck (2000). Sie verglichen TeilnehmerInnen, die für die Beratung und Unterstützung von Opfern sexuellen Missbrauchs in der Notaufnahme zuständig waren mit Personen, die derartige Beratung über das Telefon anboten. Es konnten keine Unterschiede in der sekundären Trauma-Symptomatik zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden, die unterschiedliche „Distanz“ zu den KlientInnen schien offenbar keinen Einfluss auf das Belastungsausmaß der Befragten zu haben (Ghahramanlou & Brodbeck, 2000).

Zusammenfassend zeigen sich also auch in diesem Kontext gemischte Ergebnisse, unabhängig davon, auf welche Art die sekundäre Trauma-Exposition erfasst wurde. Elwood et al. (2011) vermuten, dass ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Exposition und Symptomen der Sekundären Traumatisierung – sollte er tatsächlich bestehen – von diversen, moderierenden Faktoren beeinflusst wird, die es zu erforschen gilt.

3.3.5. Einzigartigkeit der Symptome für die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen

Bisher ist die meiste Forschung zur Sekundären Traumatisierung davon ausgegangen, dass die entsprechenden Symptome ein einzigartiges Risiko für jene HelferInnen darstellen, die mit traumatisierten PatientInnen arbeiten. Diese Annahme wurde jedoch bisher unzureichend empirisch untersucht, da die Anzahl der Studien, die Vergleichsgruppen in ihr Design inkludiert haben, eher gering ausfällt (Elwood et al., 2011).

Cunningham (2003) verglich zwei Gruppen von SozialarbeiterInnen und stellte fest, dass TeilnehmerInnen, die Opfer von sexuellem Missbrauch betreuten, höhere Werte auf der TSIBS aufwiesen, als jene, die mit KrebspatientInnen arbeiteten. Trotz des Unterschieds fiel das allgemeine Symptommiveau (in diesem Fall die Störungen von kognitiven Schemata betreffend) insgesamt eher niedrig aus. In einer Studie von Kadambi und Truscott (2004) wurden drei Gruppen von psychosozialen Gesundheitsfachkräften befragt. Die erste beiden Gruppen arbeiteten auch hier einerseits mit Opfern von sexueller Gewalt und andererseits mit KrebspatientInnen, während die dritte Gruppe Personal mit KlientInnen aus nicht spezifizierter, „allgemeiner Praxis“ inkludierte. In dieser Studie wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen drei Gruppen gefunden, weder auf der IES, noch auf der TSIBS, und auch nicht in Bezug auf Burnout-Symptome, erfasst mit dem MBI. Interessant ist jedoch, dass in dieser Studie signifikante Gruppenunterschiede in Bezug auf die *Wahrnehmung* der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen bestanden, auch wenn sich diese nicht in den verschiedenen Messungen niederschlugen. Jene Personen, die Opfer von sexuellem Missbrauch betreuten, nahmen ihre Arbeit im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen häufiger als potentiell traumatisierend wahr (Kadambi & Truscott, 2004).

Weitere interessante Ergebnisse lieferte eine Studie von Birck (2002), welche klinisches Personal, administratives Personal und DolmetscherInnen – alle tätig in einem Behandlungszentrum für Folteropfer – miteinander verglich. Hier ergaben sich zwar keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf kognitive Veränderungen (erfasst mit der TSIBS), allerdings wies das klinische Personal höhere Werte für Burnout auf als die anderen beiden Gruppen, sowie höhere Werte in Bezug auf „compassion fatigue“ als die Gruppe der DolmetscherInnen. Elwood et al. (2011) stellen aufgrund der Studienergebnisse von Birck (2002) die vorsichtige Vermutung an, dass es bei der Entwicklung von Symptomen der Sekundären Traumatisierung nicht nur auf die Konfrontation mit traumatischen Details alleine ankommen könnte, sondern auch auf gewisse Merkmale, die die Arbeit bestimmter Berufsgruppen charakterisieren. Als Beispiel für einen derartigen Faktor schlagen Elwood und KollegInnen (2011) die wahrgenommene Verantwortlichkeit für positive Veränderungen innerhalb der KlientInnen vor, die PsychotherapeutInnen - im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen, wie z.B. Dolmetscherinnen – stärker empfinden. Im Kontrast zu Birck (2002) fanden Newell und MacNeil (2011) in ihrer Studie jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen klinischem und administrativem Personal eines Krankenhauses für Kriegsveterane, sowohl in Bezug auf Burnout, als auch hinsichtlich der Symptome der „compassion fatigue“. Allerdings ist anzumerken, dass 50 – 57 % der TeilnehmerInnen beider Gruppen - also ein relativ hoher Prozentsatz – mittlere bis hohe ProQOL-Werte für „compassion fatigue“ aufwiesen.

Die Frage nach der Einzigartigkeit der postulierten Symptomatik für Berufsgruppen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, scheint sich anhand der bisherigen Forschungsergebnisse noch nicht ausreichend beantworten zu lassen. Indirekt betrifft diese Thematik auch bestehende Zweifel an der Existenz des Phänomens der Sekundären Traumatisierung.

3.3.6. Eigene traumatische Vergangenheit

Teils inkonsistente Ergebnisse ergaben sich auch in Bezug auf den Zusammenhang zwischen der eigenen traumatischen Vergangenheit der TherapeutInnen und Symptomen der Sekundären Traumatisierung. Sowohl Pearlman und Saakvitne (1995) als auch Figley

(1995) stellten die Vermutung auf, dass die Erzählungen von traumatisierten KlientInnen bei PsychotherapeutInnen Reaktionen auf ein eigenes Trauma „triggern“ könnten. Demnach würde eine eigene traumatische Geschichte einen Risikofaktor für die Entwicklung von sekundären Trauma-Symptomen darstellen. Wie schon Elwood und et al. (2011) als auch Jurisch et al. (2009) in ihren Reviews betont haben, fanden einige Studien keinen derartigen Zusammenhang zwischen eigenen traumatischen Erfahrungen und Symptomen der Sekundären Traumatisierung (vgl. Creamer & Liddle, 2005; Ennis & Horne, 2003; Kadambi & Truscott, 2004, Ortlepp & Friedman, 2002; Way et al., 2004), während in anderen Studien wiederum Hinweise auf eine solche Verbindung festgestellt werden konnten (vgl. Cunningham, 2003; Jenkins & Baird, 2002; Killian, 2008).

In einer Arbeit von Jenkins und Baird (2002) wiesen jene befragten Personen mit einer eigenen traumatischen Vergangenheit höhere Werte im CFST auf als TeilnehmerInnen, die selbst keine traumatischen Erfahrungen gemacht hatten. Dieser Unterschied zeigte sich jedoch nicht in Bezug auf die Werte der TSIBS, welche Veränderungen in kognitiven Schemata misst, oder in Bezug auf Symptome von Burnout.

In einer weiteren Studie konnte der Faktor „eigene Trauma-Geschichte“ gemeinsam mit drei weiteren Faktoren zumindest 54 % der Varianz der Variable „compassion fatigue“ erklären (Killian, 2008). Adams und Riggs (2008) wiederum konnten keinen signifikanten Haupteffekt der eigenen Trauma-Geschichte finden, allerdings einen signifikanten Wechselwirkungseffekt zwischen dem Faktor „defense style“ und eigenem Trauma. Die AutorInnen schlussfolgern, dass maladaptive Strategien im Umgang mit traumatisierten KlientInnen, vor allem Tendenzen zu Selbstaufopferung, das Risiko für die Entwicklung von Symptomen der Sekundären Traumatisierung allgemein und ganz besonders im Kontext einer eigenen traumatischen Geschichte erhöhen.

McLean und KollegInnen (2003) untersuchten u.a. den Zusammenhang zwischen Burnout-Symptomen und den jüngsten traumatischen Erlebnissen ihrer TeilnehmerInnen. In dieser Stichprobe stellte sich heraus, dass unter TeilnehmerInnen, die vor allem mit Kindern arbeiteten, jene Personen höhere Burnout-Werte aufwiesen, die erst kürzlich selbst eine traumatische Erfahrung gemacht hatten. Dieser Effekt zeigte sich jedoch nicht bei jener Gruppe, die großteils erwachsene KlientInnen betreute. Bride, Jones und MacMaster (2007) befragten in ihrer Studie ausschließlich Personal aus dem Arbeitsbereich der Kinderfürsorge und entdeckten einen signifikanten, positiven Zusammenhang ($r = .247$) zwischen dem Faktor „eigene traumatische Vergangenheit“ und Symptomen der Sekundären Traumatisierung. In einer weiteren Studie zeigte sich

eine etwas niedrigere, signifikante Korrelation ($r = .19$) zwischen jener Skala der TSIBS, die Annahmen zur eigenen Sicherheit erfasst, und eigenen Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der Vergangenheit der befragten SozialarbeiterInnen (Cunningham, 2003). Einen etwas anderen Zugang zu diesem Thema wählten Hargrave, Scott und McDowall (2006). Sie stellten die Vermutung auf, dass die Verarbeitung von eigenen traumatischen Erlebnissen einen entscheidenden Faktor darstellt. Diese Annahme wurde von ihren Studienergebnissen unterstützt: Freiwillige HelferInnen, die angaben, dass sie ihr eigenes Trauma nicht verarbeitet hätten, waren in dieser Studie von Symptomen der Sekundären Traumatisierung weit mehr betroffen, als jene mit – nach eigener Beurteilung – verarbeiteten Traumata.

Zuletzt sind auch die Studienergebnisse von Creamer und Liddle (2005) interessant. Die Autorinnen konnten zwar keinen Zusammenhang zwischen einem eigenen Trauma und Symptomen der Sekundären Traumatisierung finden, allerdings wiesen jene TeilnehmerInnen, die bereits in der Vergangenheit ihre Reaktionen auf die traumatischen Erlebnisse ihrer KlientInnen in einer eigenen Psychotherapie diskutierten, signifikant höhere Werte auf der IES auf, als jene, die dies nicht taten. Eine aus genanntem Grund in Anspruch genommene Psychotherapie wurde hier als Anzeichen für vermehrten Stress infolge der Trauma-Arbeit gewertet.

Schließlich ist in Bezug auf diese Thematik noch auf die Hypothese hinzuweisen, dass die eigene Trauma-Geschichte eine konfundierende Variable bei der Korrelation zwischen sekundären Trauma-Symptomen und sekundärer Trauma-Exposition darstellen könnte (Jurisch et al., 2009). Dies gründet auf der Vermutung, dass PsychotherapeutInnen und andere HelferInnen, die selbst eine traumatische Vergangenheit aufweisen, möglicherweise vermehrt traumatisierte PatientInnen behandeln (Jurisch et al., 2009). Daraus ergibt sich außerdem die Frage, ob es sich bei festgestellten sekundären Trauma-Symptomen tatsächlich um Folgen eines primären Traumas handeln könnte (Elwood et al., 2011; Jurisch et al., 2009).

Wie sich herausstellt, liefern Studien zum Zusammenhang zwischen eigenen traumatischen Erlebnissen befragter HelferInnen und sekundären Trauma-Symptomen noch kein klares Bild. Elwood und KollegInnen (2011) sowie Jurisch und KollegInnen (2009) betonen in diesem Kontext die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen sekundärer und primärer Traumatisierung, welche bisher größtenteils vernachlässigt wurde.

3.3.7. Psychotherapeutische Orientierung, Supervision und spezielle Ausbildung

Elwood und et al. (2011) weisen darauf hin, dass zukünftige Forschung die Art der Psychotherapie bzw. die Anwendung bestimmter therapeutischer Elemente ebenfalls als Variable inkludieren sollte. Ein interessantes Ergebnis dazu liefert die Studie von Linley und Joseph (2007), welche berichten, dass PsychotherapeutInnen der kognitiven Verhaltenstherapie weniger positive Veränderungen und ein höheres Risiko für Burnout aufwiesen, als VertreterInnen der humanistischen und transpersonalen Psychotherapie.

Neben der psychotherapeutischen Orientierung wurden auch andere, die Psychotherapie betreffende Faktoren diskutiert. So weisen beispielsweise Pearlman und Mac Ian (1995), sowie Salston und Figley (2003) auf die Notwendigkeit eines speziellen Trainings im Bereich der Trauma-Therapie hin, da derartige Fortbildungen das Risiko einer Sekundären Traumatisierung verringern könnten. Vergleichbare Auffassungen bestehen in Bezug auf ausreichend Supervision für PsychotherapeutInnen mit traumatisierten KlientInnen, die eine ähnlich schützende Wirkung haben soll (vgl. Pearlman & MacIan, 1995; Salston & Figley, 2003). Es liegen bisher allerdings erst wenige Studien vor, die diese Annahmen überprüfen.

Ben-Porat und Itzhaky (2011) verglichen in ihrer Studie unter Verwendung der STSS eine Gruppe von SozialarbeiterInnen, die ein spezielles Training für die Arbeit mit traumatisierten Personen erhielten, mit einer Vergleichsgruppe, die kein entsprechendes Training durchlief. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Symptome der Sekundären Traumatisierung sowie auf Burnout zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Zusätzlich wurde auch die Zufriedenheit mit der erhaltenen Supervision erhoben, diese stand jedoch ebenfalls in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Werten für Sekundäre Traumatisierung und Burnout (Ben-Porat & Itzhaky, 2011). Craig und Sprang (2010) konnten zeigen, dass die Anwendung von evidenzbasierten Verfahren im Bereich der Trauma-Therapie eine signifikante Abnahme in den Werten für „compassion fatigue“ und Burnout voraussagen konnte.

Dunkley und Whelan (2006) befragten TelefonberaterInnen aus dem Feld der Trauma-Arbeit und analysierten den Zusammenhang zwischen deren Beurteilung ihrer Supervision und den Messungen für Sekundäre Traumatisierung. Es konnte eine signifikante, mittlere, negative Korrelation ($r = -.36$) zwischen den Werten der TABS und den Beurteilungen der Supervision gefunden werden. Je stärker das Arbeitsbündnis innerhalb der Supervision empfunden wurde, desto geringer fielen negative

Veränderungen der kognitiven Schemata aus. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Supervisions-Scores und den Werten auf der IES konnte jedoch nicht gefunden werden (Dunkley & Whelan, 2006).

Da die Datenlage zu den angeführten Aspekten noch eher dünn ist und entsprechende Studienergebnisse uneinheitlich sind, besteht auch hier noch großer Forschungsbedarf. Hinsichtlich speziellen Fortbildungen, der Anwendung von evidenzbasierten Verfahren oder Supervision im Bereich der Trauma-Therapie stellt sich also die Frage, ob diese Maßnahmen nicht nur den KlientInnen zugute kommen, sondern auch potentielle arbeitsbezogene Risiken für die PsychotherapeutInnen selbst verringern könnten.

3.3.8. Andere arbeits- und berufsbezogene Faktoren

Neben Faktoren wie Supervision, psychotherapeutische Orientierung und spezifische Fortbildung werden auch andere organisatorische und arbeitsbezogene Aspekte im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden von PsychotherapeutInnen und anderen Gesundheitsberufen diskutiert (vgl. Horrell, Holohan, Didion, & Vance, 2011.).

Die meisten Studien konzentrierten sich im Zusammenhang mit berufsbezogenen Merkmalen bisher auf etwas allgemeinere Aspekte des Wohlbefindens von psychologisch bzw. psychotherapeutisch tätigen Personen, es erscheint jedoch trotzdem sinnvoll, diese kurz anzuführen. Mahoney (1991) beispielsweise identifizierte ungünstige Arbeitsbedingungen als eine potentielle Quelle der Belastung. Darunter fallen z.B. ein übermäßiges Arbeitspensum, Zeitdruck, ein überhöhtes Maß schwieriger PatientInnen, organisatorische Maßnahmen, berufliche Konflikte, ein Übermaß an Bürokratie und ökonomische Unsicherheit. Bezüglich finanzieller Aspekte berichten beispielsweise Reimer, Jurkat, Vetter und Raskin (2005) in ihrer Studie zur allgemeinen Lebensqualität von PsychotherapeutInnen in Deutschland, dass diese ihre Einkommenssituation als überwiegend negativ beurteilen und weisen auf abgesicherte Berufsperspektiven zu einer Verbesserung der Lebensqualität hin.

Das berufliche Setting betreffend zeigte sich bei Vredenburgh, Carlozzi, und Stein (1999) sowie in anderen Arbeiten (vgl. Rupert & Morgan, 2005), dass in eigenen Praxen tätige Fachkräfte tendenziell geringere Burnout – Werte aufwiesen als Personen in anderen

(z.B. institutionellen) Settings. Bezüglich Sekundärer Traumatisierung stehen derartige Studien noch aus.

Schließlich wurde auch vermutet, dass die Arbeit mit traumatisierten *Kindern* ein erhöhtes Risiko für Sekundäre Traumatisierung birgt (Figley, 1995), diese Annahme konnte bisher jedoch noch nicht unterstützt werden (vgl. Brady et al., 1999; Meldrum, King, & Spooner, 2002; zitiert nach Bride et al., 2004).

Sabin-Farrell und Turpin (2003) stellen in ihrem Review außerdem die Vermutung auf, dass manche Berufsgruppen, die mit traumatisierten KlientInnen arbeiten, selbst gewaltsame Übergriffe am Arbeitsplatz erleben (z.B. in bestimmten Organisationen). Dieser Umstand könnte ebenfalls eine – bisher großteils unerforschte – Störvariable darstellen (Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

3.3.9. Vernachlässigte Forschungsaspekte

Wie sich zeigt, führte die bisherige Forschung zu diversen Aspekten der Sekundären Traumatisierung großteils zu inkonsistenten Ergebnissen (Elwood et al., 201; Jurisch et al., 2009). Dazu kommt, dass andere wichtige Fragen bislang vernachlässigt wurden. Wie Elwood und KollegInnen (2011) betonen, wurden zwar immer wieder Parallelen zwischen Symptomen der Sekundären Traumatisierung und der PTBS gezogen, für Erstere jedoch kaum die Symptombdauer bzw. –chronifizierung, noch die funktionale Beeinträchtigung untersucht. In einer Studie von Ortlepp und Friedman (2002) wurde die Thematik der Symptombdauer etwas genauer adressiert. Die Autorinnen stellten fest, dass sechs Wochen nach einer sekundären Trauma-Exposition keine der InterviewpartnerInnen (BeraterInnen für Traumaopfer) noch von Symptomen der Sekundären Traumatisierung berichtete. Wenn Symptome beschrieben wurden, so wurden diese nach Angaben der TeilnehmerInnen meist zwischen dem ersten und siebten Tag nach der Exposition erlebt (Ortlepp und Friedman, 2002). Die Autorinnen stellten demnach die Vermutung auf, dass es sich bei den berichteten Symptomen der Sekundären Traumatisierung eher um *akute* Stressreaktionen handelte.

Ein erster Hinweis auf berufliche Beeinträchtigung könnte der Zusammenhang zwischen sekundärer Trauma-Symptomatik und der Absicht, den derzeitigen Beruf beizubehalten, sein, der z.B. bei Bride et al. (2007) gefunden wurde. Studien, die die angeführten Themen adressieren, sind jedoch bislang noch in der Minderheit.

Eine weitere, kaum untersuchte Frage betrifft die Art der unmittelbaren Reaktionen auf sekundäre Trauma-Exposition. Für die PTBS sind im DSM-IV Reaktionen auf ein primäres, traumatisches Ereignis spezifiziert worden: Diese sind demnach durch intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen gekennzeichnet (APA, 1994). Im Gegensatz dazu wurde in der Forschung bisher sehr wenig auf die unmittelbaren Reaktionen der HelferInnen eingegangen, welche auf eine sekundäre Trauma-Exposition folgen (Elwood et al., 2011). Daniels (2007) stellt dazu die These auf, dass eine Art dissoziativer Zustand während der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen auf Seite der TherapeutInnen auftreten kann, der einen Risikofaktor für die Entstehung von sekundären Trauma-Symptomen darstellt.

Schließlich kritisieren Elwood et al. (2011) in ihrem Review die fehlende begriffliche und inhaltliche Klarheit in Bezug auf das Konstrukt der Sekundären Traumatisierung und fordern außerdem, dass zwischen „normalen“ Reaktionen auf entsprechende Belastungen und jenen Reaktionen, die in den klinisch relevanten Bereich fallen, unterschieden werden sollte. Um Informationen zu Ätiologie und Verlauf der Sekundären Traumatisierung zu generieren, werden Längsschnittstudien als sinnvoll betrachtet (Bride et al., 2004; Elwood et al., 2011; Jurisch et al., 2009).

4. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum

Im Gegensatz zu potentiellen, negativen Konsequenzen wurde das positive Potential, das die Arbeit mit traumatisierten Personen bergen kann, bisher noch weniger erforscht (Jacobson, 2008). Ein entsprechender Forschungsansatz betrifft das Konzept des *vicarious posttraumatic growth*, das hier – in Anlehnung an den Begriff der Sekundären Traumatisierung – mit *Sekundäres Posttraumatisches Wachstum* übersetzt und im Folgenden näher behandelt werden soll. Da in diesem Zusammenhang Theorien zum „primären“ Posttraumatischen Wachstum (engl. „posttraumatic growth“) eine wichtige Rolle spielen (Brockhouse et al., 2011), soll eingangs auch ein kurzer Abriss zu diesem Thema erfolgen. Ein spezifisches Theoriemodell für das Sekundäre Posttraumatische Wachstum wurde noch nicht ausformuliert (Brockhouse et al., 2011), die bisherige qualitative und quantitative Forschung, die anschließend ausführlich dargestellt wird, liefert jedoch erste Hinweise auf mögliche Erklärungsansätze. Auch Studien, die nicht explizit den Begriff des Sekundären Posttraumatischen Wachstums verwenden, aber die

zugrundeliegende Thematik mit ähnlichen Bezeichnungen adressieren, werden angeführt. Schließlich soll in diesem Kontext auch auf das Konzept der „*vicarious resilience*“ (Hernández, Gangsei & Engstrom, 2007) eingegangen werden, das ebenfalls positive Veränderungen als Resultat der Arbeit mit traumatisierten Personen umschreibt.

4.1. Posttraumatisches Wachstum

Tedeschi und Calhoun (2004) beschreiben *Posttraumatisches Wachstum* als „the experience of positive change that occurs as a result of the struggle with highly challenging life circumstances“ (Tedeschi & Calhoun, 2004, S. 1). Es handelt sich folglich um positive Veränderungen, die sich durch die Auseinandersetzung mit extrem schwierigen Lebenssituationen ergeben können. Diese beziehen sich jedoch nicht nur auf die Erholung von einem traumatischen Erlebnis im Sinne der Wiederherstellung eines früheren „status quo“, sondern umfassen darüber hinausgehende, oftmals als tiefgreifend erlebte, persönliche Entwicklungen (Tedeschi & Calhoun, 2004). Meist werden drei Bereiche des Posttraumatischen Wachstums beschrieben, die folgende Veränderungen betreffen: eine größere Wertschätzung des Lebens, oft begleitet von einer bewussteren Prioritätensetzung, Intensivierung von wichtigen persönlichen Beziehungen, sowie eine verbesserte Selbstwahrnehmung, die mit einem erhöhten Bewusstsein für die persönliche Stärke und Widerstandskraft verbunden ist (Joseph, 2009). Tedeschi und Calhoun (1996; 2004), die mit dem *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) auch einen entsprechenden Fragebogen entwickelten, nennen außerdem die Entdeckung neuer Wege und Möglichkeiten im eigenen Leben und Reifung bezüglich spiritueller und existentieller Fragen als weitere Aspekte Posttraumatischen Wachstums. Joseph und Linley (2008) gehen davon aus, dass es sich beim Posttraumatischen Wachstum nicht um *subjektives* Wohlbefinden im Sinne des vermehrten Empfindens positiver Emotionen handelt, sondern um Persönlichkeitsentwicklung und -reifung im Kontext eines *psychologischen* Wohlbefindens, das durch die Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen und Herausforderungen des Lebens wächst. Hinzuzufügen ist ferner, dass posttraumatische Veränderungen meist gleichzeitig mit einem stärkeren Bewusstsein für die eigene Verwundbarkeit verbunden sind (Zöllner, Calhoun, & Tedeschi, 2006). Die Einsicht, dass jederzeit unerwartete und schwierige Lebensereignisse eintreten können, tritt gekoppelt mit der Zuversicht auf, auch diese in Zukunft bewältigen zu können (Zöllner et al., 2006).

Calhoun und Tedeschi (2004) weisen außerdem darauf hin, dass Erfahrungen im Sinne des Posttraumatischen Wachstums nicht mit einem Ende der Belastung durch das traumatische Erlebnis zu verwechseln ist. Den Autoren zufolge kann Posttraumatisches Wachstum zwar mit einer verringerten psychischen Belastung im Zusammenhang stehen, dies muss aber nicht immer der Fall sein. Es besteht die Vermutung, dass Wachstum und Leiden für manche Personen durchaus koexistieren können (Calhoun & Tedeschi, 2004). Dem muss hinzugefügt werden, dass nicht von der falschen Annahme auszugehen ist, einem traumatischen Ereignis sei *an sich* etwas Positives inhärent; vielmehr entsteht Posttraumatisches Wachstum aus der Person und ihrer Auseinandersetzung mit dem Trauma heraus, und nicht aus dem Ereignis selbst (Joseph, 2009; Tedeschi & Calhoun, 2004).

4.1.1 Prozesse des Posttraumatischen Wachstums und beeinflussende Faktoren

Wie der Begriff *posttraumatisch* bereits nahelegt, handelt es sich beim diskutierten Phänomen um Wachstum, das erst nach einem Erlebnis eintritt, welches so schwerwiegend ist, dass es bisherige Bewältigungsstrategien überfordert, bestehende Grundüberzeugungen in Frage stellt und daraus resultierend zu psychischem Leid führt (Calhoun & Tedeschi, 2004; Zöllner et al., 2006). Dies setzt in Folge kognitive Verarbeitungsprozesse in Gang, die anfänglich automatisch ablaufen und nach ersten Fortschritten zu einer Reduktion psychischer Belastung führen, was schließlich eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Erlebten und dessen Bedeutung ermöglicht (Zöllner et al., 2006). Durch diese Auseinandersetzung kann es letztendlich zu positiven Veränderungen in den oben angeführten Bereichen kommen (Stockton, Hunt, & Joseph, 2011; Tedeschi & Calhoun, 2004). Es existieren allerdings Hinweise darauf, dass die vergangene Zeit nach einem Trauma ebenfalls eine Rolle spielt; dieser Vermutung zufolge steht ein höherer Grad an Wachstum mit einer größeren Zeitspanne nach dem Trauma im Zusammenhang (vgl. Engelkemeyer & Marwit, 2008).

Zusätzlich zu beschriebenen Prozessen werden in Studien weitere Aspekte untersucht, die Posttraumatisches Wachstum beeinflussen können. So werden beispielsweise Optimismus, soziale Unterstützung, verschiedene Coping-Strategien, Religion, sowie Extraversion und Offenheit als begünstigende Faktoren diskutiert (vgl. Linley & Joseph, 2004; Prati & Pietrantonio, 2009; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Geschlechtsunterschiede betreffend kommen Linley und Joseph in einem Review (2004) zu inkonsistenten Ergebnissen, hingegen wurden in einer Metaanalyse von Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi, & Demakis (2010) Geschlechtsunterschiede im niedrigen bis mittleren Bereich gefunden, denen zufolge Frauen von etwas mehr Posttraumatischem Wachstum als Männer berichten. Vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich Geschlechtsunterschieden fanden Helgeson, Tomich, & Reynolds (2006) in ihrer Meta-Analyse.

Ein bedeutsamer Aspekt betrifft außerdem den Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Belastung durch ein schwerwiegendes Erlebnis und dem empfundenem Posttraumatischem Wachstum. So unterstützen beispielsweise die Ergebnisse von Helgeson et al. (2006) die Hypothese, dass eine höheres Ausmaß an subjektiven Distress sowie der Schweregrad eines Traumas zu mehr Bemühungen führten, aus dem traumatischen Erlebnis auch Positives zu ziehen („benefit finding“). In einer weiteren Studie konnte das Ausmaß, zu welchem bestehende Grundannahmen durch ein traumatisches Erlebnis erschüttert wurden, die Höhe des Posttraumatischen Wachstums am besten voraussagen (Cann et al., 2010). Joseph, Murphy und Regel (2012) stellen die Hypothese auf, dass es sich hinsichtlich der Beziehung zwischen Stress und Wachstum um einen umgekehrten, U-förmigen Zusammenhang handelt. Personen, die ein geringeres Ausmaß an posttraumatischen Belastungsreaktionen zeigen, würden demnach auch weniger Posttraumatisches Wachstum berichten. Personen, deren erlebte Stressintensität in einem etwas höheren Bereich liegt und deren Weltsicht und Grundannahmen stärker herausgefordert wurden, würden dem Modell zufolge zu mehr kognitiver Auseinandersetzung und damit zu einem höheren Ausmaß an Posttraumatischem Wachstum tendieren. Im Gegensatz dazu könnte die Fähigkeit zur kognitiven Auseinandersetzung und Reflexion bei Personen mit einem sehr hohen posttraumatischen Stresslevel (eventuell auch in Form einer PTBS-Diagnose) so stark behindert sein, dass auch die Chance für Posttraumatisches Wachstum geringer ausfällt (Joseph et al., 2012).

4.2. Aktueller Forschungsstand zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum

Im Folgenden soll der aktuelle Forschungsstand zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum und ähnlichen Konzepten in Hinblick auf wichtige Aspekte zusammenfassend dargestellt werden.

4.2.1. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum und andere Begriffe

Dass die Arbeit mit traumatisierten Menschen sich auch als bereichernd für die PsychotherapeutInnen selbst herausstellen und positive Veränderungen für diese bedeuten kann, wurde zwar in manchen Studien am Rande erwähnt, systematisch erforscht wird dieser Umstand jedoch erst seit relativ kurzer Zeit (Arnold, Calhoun, Tedeschi & Cann, 2005; Brockhouse et al., 2011). Erstmals gezielt untersucht wurde das Konzept unter dem Begriff des Sekundären Posttraumatischen Wachstums in einer qualitativen Studie von Arnold et al. (2005), welche dieses als „psychological growth following vicarious brushes with trauma“ beschrieben (Arnold et al., 2005, S.243). Der Begriff beschreibt also eine psychologische Reifung, die auf eine sekundäre Trauma-Exposition folgt. Ein konkretes Erklärungsmodell, das sich speziell auf Sekundäres Posttraumatisches Wachstum bezieht, gibt es jedoch nicht, bislang wurden Modelle zum *primären* Posttraumatischen Wachstum als entsprechende Grundlage herangezogen (Brockhouse et al., 2011). Entsprechend wird vermutet, dass Sekundäres Posttraumatisches Wachstum dem Primären inhaltlich relativ ähnlich ist (Arnold et al., 2005). An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass nicht alle Studien in diesem Kontext den Begriff des Sekundären Posttraumatischen Wachstums heranziehen. So verwenden z.B. Linley & Joseph (2007) die relativ allgemeinen Begriffe „personal growth“ und „adversarial growth“, um Wachstum zu beschreiben, das sich aufgrund der Belastungen durch die psychotherapeutische Arbeit ergibt. Der Begriff „adversarial growth“ findet sich auch in einer Studie von O’Sullivan & Whelan (2011) wieder, während an anderer Stellen einfach von „growth among therapists“ (vgl. Ben-Porat & Itzhaky, 2009) oder „positive growth“ die Rede ist (vgl. Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011). Das Konzept der „vicarious resilience“ (Hernández et al., 2007) bedient sich trotz einiger Ähnlichkeiten neben einer unterschiedlichen Begrifflichkeit auch einer etwas anderen Schwerpunktsetzung als das Konzept des Sekundären Posttraumatischen Wachstums, worauf im Kapitel 4.3.6. näher eingegangen wird.

4.2.2. Bereiche des Sekundären Posttraumatischen Wachstums

Arnold et al. (2005) befragten 21 PsychotherapeutInnen in naturalistischen Interviews bezüglich ihrer Auffassung darüber, auf welche Weise die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen diese beeinflusse. *Alle* der befragten PsychotherapeutInnen schilderten neben einigen negativen Folgen auch diverse positive Konsequenzen, die unterschiedliche

Bereiche betrafen. Die von den PsychotherapeutInnen am häufigsten genannte positive Erfahrung betraf die Beobachtung und Unterstützung des Posttraumatischen Wachstums ihrer KlientInnen (Arnold et al., 2005). Ein Psychotherapeut beschrieb dies so, dass ihn der Triumph über Trauma und die Entwicklung von Stärke und Selbstständigkeit seiner KlientInnen sein eigenes Wachstum erkennen ließ (Arnold et al., 2005, S. 250). Aus den 21 TeilnehmerInnen, waren 18 (86 %) der Ansicht, dass ihre Arbeit mit traumatisierten KlientInnen zu andauernden, die eigene Selbstwahrnehmung betreffenden Veränderungen führte, die sich u.a. in größerem Mitgefühl, erhöhter Sensibilität, tiefgehenden Erkenntnissen, sowie in mehr Toleranz und Empathie äußerten. 16 der befragten PsychotherapeutInnen erzählten davon, dass ihre Arbeit mit Traumaopfern Einfluss auf ihre Spiritualität bzw. auf ihre Wertschätzung für verschiedenartige „spirituelle Wege“ ausübte. Weitere elf TeilnehmerInnen (52 %) berichteten von einem erhöhten Bewusstsein für das eigene Glück bzw. die Dankbarkeit, dass ihnen gewisse (traumatische) Erlebnisse erspart geblieben waren, und zehn PsychotherapeutInnen (48 %) von einer tieferen Wertschätzung für die Stärke und Resilienz des menschlichen Geistes (Arnold et al., 2005).

In der Interviewstudie von Arnold et al. (2005) fanden sich jedoch auch Aussagen zur Arbeit mit traumatisierten KlientInnen, die sich nicht eindeutig als negativ oder positiv klassifizieren ließen. Beispielsweise beschrieben acht der InterviewteilnehmerInnen ein erhöhtes Bewusstsein für die eigene Verwundbarkeit, wovon allerdings fünf hinzufügten, dass diese Veränderung der Selbstwahrnehmung zu einem positiveren Zugang zum eigenen Leben führte. Beispiele für weitere Veränderungen betrafen einen stärken Einblick in die „dunklen“ Seiten der menschlichen Natur, sowie ein tieferes und differenzierteres Verständnis des gesamten Spektrums menschlicher Verhaltensweisen (Arnold et al., 2005).

Arnold et al. (2005) fanden in ihren Interviewergebnissen zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum insgesamt starke inhaltliche Ähnlichkeiten zum Konzept des *primären* Posttraumatischen Wachstums. Den AutorInnen zufolge betrafen die von den PsychotherapeutInnen beschriebenen positiven Veränderungen dieselben drei Hauptkategorien, die im Zusammenhang mit primären Posttraumatischen Wachstum oft angeführt werden: Positive Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, in interpersonalen Beziehungen sowie in der persönlichen Lebensphilosophie. Auch von einem erweiterten, spirituellen „Horizont“ wurde berichtet – ein Element, das im Kontext des primären Posttraumatischen Wachstums ebenfalls angeführt wird (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ein

wichtiger Aspekt, auf den an dieser Stelle hingewiesen sei, betrifft den Umstand, dass einige der von Arnold et al. (2005) interviewten PsychotherapeutInnen von Bedenken in Bezug auf ihre Fähigkeit berichteten, den Einfluss der Trauma-Arbeit vom Einfluss anderer Faktoren (z.B. Arbeit mit anderen KlientInnengruppen, eigene traumatische Erlebnisse) unterscheiden zu können. Daraus ergibt sich die Frage, ob einige der berichteten Konsequenzen möglicherweise nicht ausschließlich auf die Arbeit mit Traumaopfern zurückzuführen sind, sondern von anderen Faktoren, wie z.B. der psychotherapeutischen Arbeit im Allgemeinen oder der Auseinandersetzung mit eigenen Traumata, beeinflusst werden (Arnold et al., 2005).

Neben den beschriebenen Ähnlichkeiten gehen Arnold et al. (2005) jedoch auch auf mögliche Unterschiede zwischen primärem und Sekundärem Posttraumatischen Wachstum ein. Sie stellen demnach eine eher „abstraktere“ Wertschätzung für die menschliche Widerstandskraft auf Seiten der TherapeutInnen einem besseren Gefühl für die eigene Stärke und Selbstwirksamkeit seitens der primär Traumatisierten gegenüber. In Bezug auf die Entwicklung einer stärkeren Wertschätzung des Lebens schreiben Arnold et al. (2005), dass diese bei primär traumatisierten Personen eventuell aus der Dankbarkeit heraus resultieren könnte, eine „zweite Chance“ erhalten zu haben, während sie bei PsychotherapeutInnen möglicherweise aus der Erkenntnis entsteht, dass das gegenwärtige „Glück“ ebenfalls flüchtig sein kann. Außerdem gehen Arnold et al. (2005) davon aus, dass es Elemente des Sekundären Posttraumatischen Wachstums geben könnte, die speziell mit der beruflichen Rolle als PsychotherapeutIn zusammenhängen und für diese einzigartig sind.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in einer Studie von Splevins, Cohen, Joseph, Murray und Bowley (2010), die Interviews mit acht, in einem therapeutischen Setting tätigen DolmetscherInnen durchführten. Diese arbeiteten mit traumatisierten Flüchtlingen und AsylwerberInnen im Rahmen einer Psychotherapie, und waren entsprechend mit den Beschreibungen der traumatischen Erlebnisse konfrontiert. Obwohl sich einige spezielle Eigenheiten für die Rolle als ÜbersetzerIn ergaben (teilweise gemeinsame kulturelle Geschichte, größere Betonung der Identifikation) berichteten die TeilnehmerInnen in dieser Studie ebenfalls von positiven Erfahrungen im Zusammenhang mit der Beobachtung, dass zu Beginn stark leidende Personen sich wieder „erholen“ konnten. Die befragten DolmetscherInnen schilderten Empfindungen von Hoffnung, Bewunderung sowie Inspiration, und beschrieben Erlebnisse der Freude und Eindrücke des eigenen Wachstums, welches jenem der KlientInnen ähnlich war. Außerdem berichteten sie von

einem höheren Bewusstsein für die eigene Vulnerabilität und von einer daraus resultierenden, intensiveren Lebensweise und Wertschätzung des Lebens (Splevins et al., 2010). Den Ergebnissen von Arnold et al. (2005) entsprechend, stellten auch Splevins et al. (2010) fest, dass der Aspekt, Zeuge des Posttraumatischen Wachstums anderer Personen zu sein, eine wichtige Rolle zu spielen schien. Auch die Unterschiede zum primären Posttraumatischen Wachstum betreffend, kamen Splevins et al. (2010) zu ähnlichen Schlüssen. Demnach entwickelten die TeilnehmerInnen der Studie eine etwas „losgelöstere“ Bewunderung für die menschliche Widerstandsfähigkeit, während Personen, die direkten Traumata ausgesetzt waren, meist von einem verstärkten Gefühl für die eigene Kraft berichten. Auch durch die professionelle Rolle als ÜbersetzerIn im therapeutischen Prozess ergaben sich spezifische Veränderungen. So entwickelten die TeilnehmerInnen ein Gefühl des Wertes der eigenen Person und der eigenen Arbeit, was wiederum positiven Einfluss auf das Erfahren von Sinnhaftigkeit hatte (Splevins et al., 2010).

Cohen und Collens (2012) analysierten in einer Metasynthese 20 qualitative Studien, die den Einfluss der Arbeit mit traumatisierten Personen auf die jeweiligen HelferInnen, sowohl hinsichtlich positiver als auch negativer Folgen, erforschten. Die Autorinnen stellten in ihrer Analyse ebenfalls Gemeinsamkeiten zwischen sekundärem und primärem Posttraumatischem Wachstum fest und berichten von ähnlichen Bereichen positiver Veränderungen, wie sie auch Arnold et al. (2005) und Splevins et al. (2010) beschreiben. Ebenfalls vergleichbar mit den erwähnten Studien, wird jedoch auch bei Cohen und Collens (2012) auf potentielle Unterschiede zwischen den beiden Konstrukten hingewiesen, die sich ebenfalls auf die professionelle Rolle von PsychotherapeutInnen und anderen HelferInnen beziehen.

4.2.3. Prozesse des Sekundären Posttraumatischen Wachstums

In Anbetracht des Mangels an Erklärungsmodellen versuchten Cohen und Collens (2012) in ihrer Metaanalyse den Prozess des Sekundären Posttraumatischen Wachstums näher zu untersuchen. Nach Cohen und Collens (2012) seien die Berichte über traumatische Erlebnisse für die TeilnehmerInnen der verschiedenen Studien sehr schockierend gewesen, ähnlich „erstaunt“ schienen diese jedoch auch über das menschliche Potential zu Bewältigung und Wachstum. Die Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen

ihrer KlientInnen löste weiters kognitive Aktivität aus, durch die in einer Art Sinnfindungsprozess versucht wurde, die traumatische Information zu verstehen und zu integrieren. Dies führte schließlich zu einer Änderung bestehender kognitiver Schemata. Diese Modifikation von Schemata konnte sowohl negative als auch positive Formen annehmen, wobei negative Reaktionen scheinbar durch den Schock über die traumatischen Erlebnisse, und positive Reaktionen durch die Beobachtung des Wachstums der KlientInnen ausgelöst wurden (Cohen & Collens, 2012). Auch Splevins et al. (2010) gehen davon aus, dass die TeilnehmerInnen ihrer Studie trauma-bezogene Informationen von ihren KlientInnen in bestehende Weltanschauungen „einzuordnen“ versuchten. Den AutorInnen zufolge glich dies einem Akkomodationsprozess, der in ähnlicher Form auch im Kontext des primären Posttraumatischen Wachstums diskutiert wird (Splevins et al., 2010).

Als besonders wichtigen Aspekt betrachten Cohen und Collens (2012) das Miterleben und Beobachten des Wachstums der eigenen KlientInnen, und diskutierten dieses als mögliche Voraussetzung, damit Sekundäres Posttraumatisches Wachstum auf Seiten der PsychotherapeutInnen (und anderen HelferInnen) überhaupt erst möglich wird. Dies ähnelt den Beobachtungen von Arnold et al. (2005) und Splevins et al. (2010), wonach das Miterleben des Bewältigungs- und Wachstumsprozesses der KlientInnen eine große Rolle in den Berichten der InterviewpartnerInnen spielte.

Interessant ist ferner der Zusammenhang zwischen Wachstum und Belastung durch die sekundäre Trauma-Exposition. In einer quantitativen Studie von Samios, Rodzik und Abel (2012) korrelierten die erhobenen Werte für sekundären traumatischen Stress positiv mit den Werten für Wachstum. Dies wurde als Unterstützung für die Hypothese gewertet, dass ein gewisses Maß an Belastung notwendig sei, um Prozesse des Wachstums anzustoßen (Samios et al., 2012). Derselbe positive Zusammenhang wurde auch in einer Studie gefunden, die Wachstum bei TelefonberaterInnen untersuchte, welche auf telefonischem Weg mit Traumaopfern konfrontiert waren (O’Sullivan & Whelan, 2011). In diesem Kontext berichten Splevins et al (2010), dass für die TeilnehmerInnen ihrer Studie die Belastung durch die Arbeit zuerst auf ein tragbares Ausmaß reduziert werden musste, bevor sich positive Veränderungen einstellen konnten. Zuletzt gehen Cohen und Collens (2012) – ähnlich den Theorien zum primären Posttraumatischen Wachstum – aufgrund ihrer Ergebnisse davon aus, dass sekundäres Wachstum auch dann auftreten kann, wenn noch ein gewisses Maß an Belastung vorhanden ist.

4.2.4. Einflussfaktoren auf Sekundäres Posttraumatisches Wachstum

Der Frage nach Faktoren, die Einfluss auf Entstehen und Ausmaß des Sekundären Posttraumatischen Wachstums haben, wurde auch in quantitativen Studien nachgegangen, deren Anzahl jedoch noch relativ gering ausfällt. Dem ist hinzuzufügen, dass bisher noch kein eigenes Instrument entwickelt wurde, um *Sekundäres Posttraumatisches Wachstum* zu erfassen, stattdessen wurde auf Fragebögen zurückgegriffen, die sich in ihrer ursprünglichen Konzeption an primär Traumatisierte richten (Brockhouse et al., 2011). So wurde in allen bisher durchgeführten quantitativen Studien zu diesem Thema u.a. das *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) von Tedeschi und Calhoun (1996) vorgegeben (vgl. Ben-Porat & Itzhaky, 2009; Brockhouse et al., 2011; Gibbons et al., 2011; Linley & Joseph, 2007; Linley, Joseph, & Loumidis, 2005; O’Sullivan & Whelan, 2011; Samios et al., 2012). Das PTGI enthält insgesamt 21 Items, die die Einschätzung positiver Veränderungen, die sich durch ein stark belastendes Erlebnis ergeben haben, betreffen, und auf einer Skala von 0 („did not experience this change“) bis 5 („to a very great degree“) zu beurteilen sind (Tedeschi & Calhoun, 1996). Für die Zielsetzung der genannten Studien wurde die Instruktion entsprechend angepasst.

Beispielsweise untersuchten Linley und Joseph (2007) Wachstum als positive Konsequenz der psychotherapeutischen Arbeit unter Verwendung des PTGI. Obwohl die Autoren in ihrer Darstellung des theoretischen Hintergrunds ausführlich auf die Psychotherapie speziell von traumatisierten KlientInnen eingehen, beziehen sie sich in ihrer empirischen Studie jedoch nicht mehr explizit darauf (es fand keine Operationalisierung der sekundären Trauma-Exposition statt, sondern eine reine Erhebung der Stundenanzahl, die allgemein mit KlientInnen verbracht wird). Die Ergebnisse der Studie sollen hier trotzdem dargestellt werden, da die Autoren einige Faktoren identifizierten, die mit vermehrtem „persönlichen Wachstum“ (d.h. höheren Werten im PTGI) im Zusammenhang standen. So berichteten TeilnehmerInnen, die selbst eine Psychotherapie in Anspruch nahmen oder in der Vergangenheit schon ein Mal genommen hatten, von signifikant höherem Wachstum als jene, die dies nicht taten. Auch PsychotherapeutInnen, die zum Zeitpunkt der Studie Supervision erhielten, wiesen signifikant höhere PTGI-Werte auf als ihre KollegInnen ohne Supervision. TeilnehmerInnen mit einer eigenen Trauma-Geschichte berichteten ebenfalls von höherem Wachstum als TeilnehmerInnen ohne traumatische Vergangenheit und Frauen hatten signifikant höhere Werte im PTGI als Männer. Weiters fanden die Autoren eine

signifikante, positive Korrelation zwischen der Stundenanzahl, die gegenwärtig mit KlientInnen verbracht wurde und dem persönlichen Wachstum. Der beste Prädiktor für positive Veränderungen war die therapeutische Bindung, operationalisiert mit einer Subskala des *Working Alliance Inventory* von Horvath und Greenberg (1989).

Auch Brockhouse et al. (2011), die sich in ihrer Terminologie explizit auf den Begriff des Sekundären Posttraumatischen Wachstums beziehen, verfolgten das Ziel, Variablen zu identifizieren, die die Reifung bei PsychotherapeutInnen beeinflussen könnten. In dieser Studie stellten sich sowohl höhere Empathie-Werte als auch eine höhere kumulierte, sekundäre Trauma-Exposition als positive Prädiktoren für Sekundäres Posttraumatisches Wachstum heraus, während die wahrgenommene Unterstützung durch die berufliche Organisation keinen signifikanten Einfluss hatte. Ferner zeigte sich der Kohärenzsinn der TeilnehmerInnen, gemessen anhand der *Sense of Coherence Scale* von Antonovsky, als negativer Prädiktor für die Werte im PTGI. Diese Ergebnisse sind insofern interessant, als sie die Rolle der Empathie hervorheben und außerdem eine Beziehung zwischen kumulierter, sekundärer Trauma-Exposition und Sekundärem Posttraumatischem Wachstum nahelegen. Dies könnte darauf hinweisen, dass es sich hierbei tatsächlich um einen Reifungsprozess handelt, der mit der Konfrontation und Auseinandersetzung mit traumatisierten KlientInnen in Zusammenhang steht (Brockhouse et al., 2011). Schließlich wirft auch der negative Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und PTGI-Werten einige Fragen auf. Brockhouse et al. (2011) stellen die Vermutung auf, dass jene PsychotherapeutInnen mit einem starken Kohärenzsinn besser mit den schockierenden Geschichten ihrer KlientInnen umgehen können und daher ein geringeres Bedürfnis nach Anpassung oder Veränderungen bestehender Einstellungen und Annahmen haben, dadurch aber auch Anstöße für Wachstum ausbleiben. Dies erinnert an die Hypothese von Westphal und Bonanno (2007), dass resilientere Individuen weniger Posttraumatisches Wachstum zeigen (s. Kapitel 4.3.6.). In einer anderen Studie wurde allerdings ein positiver Zusammenhang zwischen dem Kohärenzsinn und positiven Veränderungen im Leben der PsychotherapeutInnen gefunden (Linley et al., 2005).

Das PTGI wurde in einer weiteren Studie eingesetzt, die SozialarbeiterInnen im Arbeitsfeld von familiärer Gewalt mit SozialarbeiterInnen verglich, die nicht in diesem Bereich tätig waren (Ben-Porat & Itzhaky, 2009). Überraschenderweise wies die letztere Gruppe höhere Werte im PTGI auf als Erstere. Hierzu wurde die Hypothese aufgestellt, dass die Gruppe der SozialarbeiterInnen in anderen Arbeitsfeldern – im Gegensatz zu jenen, die fast ausschließlich mit Opfern familiärer Gewalt arbeiteten – mit einer

heterogeneren Gruppe an KlientInnen (die zum Teil ebenfalls eine traumatische Vergangenheit aufwiesen) sowie variierenden beruflichen Themen konfrontiert waren. Damit standen diese vor vielen verschiedenartigen Herausforderungen, die allesamt das Potential für Wachstum boten (Ben-Porat & Itzhaky, 2009).

4.2.5. Wachstum als protektiver Faktor?

Samios et al. (2012) adressierten in ihrer Studie die wichtige Frage, ob Sekundäres Posttraumatisches Wachstum gegenüber negativen Folgen der Trauma-Arbeit einen „puffernden“ Effekt haben könnte. Die Autorinnen untersuchten anhand des PTGI den Einfluss, den Sekundäres Posttraumatisches Wachstum auf verschiedene Maße für Anpassung (Depression, Angst, Lebenszufriedenheit, persönlicher Lebenssinn, positiver Affekt), unter Berücksichtigung von sekundärem traumatischem Stress, hatte. Die Stichprobe setzte sich aus PsychologInnen, BeraterInnen und SozialarbeiterInnen, die Opfer von sexuellem Missbrauch betreuten, zusammen. Samios et al. (2012) konnten zwar keinen direkten Zusammenhang zwischen den Indikatoren für Anpassung und Sekundärem Posttraumatisches Wachstum finden, allerdings stellte sich in Regressionsanalysen bei gleichzeitiger Betrachtung von sekundärem traumatischen Stress (gemessen mit dem ProQOL) Sekundäres Posttraumatisches Wachstum als moderierender Faktor heraus: PsychotherapeutInnen mit niedrigen Werten im PTGI, zeigten bei höheren Werten für sekundären traumatischen Stress auch höhere Werte für Depression und Angst. Bei jenen TeilnehmerInnen hingegen, die hohe Werte im PTGI aufwiesen, stand sekundärer traumatischer Stress nicht mehr im signifikanten Zusammenhang mit den Werten für Depression oder Angst. Dies wurde dahingehend interpretiert, dass ein höheres Maß an Sekundärem Posttraumatisches Wachstum den negativen Einfluss von sekundärem traumatischem Stress auf verschiedene Indikatoren für Anpassung abfedern könnte. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum war außerdem ein signifikanter, positiver Prädiktor für die positiven Indikatoren der Anpassung (Lebenssinn, Lebenszufriedenheit, positiver Affekt), wenn dieses gemeinsam mit Werten für sekundären traumatischen Stress in die Regressionsanalyse inkludiert wurde. Aufgrund der genannten Studienergebnisse vermuten die Autorinnen, dass die protektiven Eigenschaften von Sekundärem Posttraumatisches Wachstum am besten unter gleichzeitiger Betrachtung von sekundärem traumatischem Stress zu verstehen sind

(Samios et al., 2012). Gibbons et al. (2011) befragten SozialarbeiterInnen und fanden ebenfalls Ergebnisse, die auf eine günstige Wirkung von Sekundärem Posttraumatisches Wachstum hinweisen könnten. So konnten diese einen positiven Zusammenhang zwischen Werten des PTGI und Arbeitszufriedenheit, sowie einen negativen Zusammenhang zwischen Burnout und Sekundärem posttraumatisches Wachstum feststellen. Dazu ist anzumerken, dass an dieser Stelle noch keine Kausalschlüsse möglich sind und dass nach wie vor großer Forschungsbedarf besteht, um präzisere Aussagen über die potentiell protektive Wirkung von Sekundärem Posttraumatisches Wachstum treffen zu können.

4.2.6. „Vicarious Resilience“

Ein Konzept, das ebenfalls positive Veränderungen beschreibt, die sich durch die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen ergeben, stammt von Hernández et al. (2007) und wird von diesen als *vicarious resilience* (stellvertretende/sekundäre Resilienz) beschrieben. Obwohl dieses einige Ähnlichkeiten mit der Konzeption des Sekundären Posttraumatisches Wachstums aufweist, unterscheiden sich die beiden Konstrukte in einigen wichtigen Aspekten. So werden bei Hernández et al. (2007) bzw. Engstrom, Hernández und Gangsei (2008), sowie bei Hernández, Engstrom und Gangsei (2010) in der Beschreibung der „vicarious resilience“ keine direkten Parallelen zum primären Posttraumatisches Wachstum herangezogen, obwohl eine gewisse Ähnlichkeit eingeräumt wird. Auch mit „vicarious resilience“ soll der positive Einfluss beschrieben werden, den die erfolgreiche Bewältigung traumatischer Erlebnisse seitens der KlientInnen auf die PsychotherapeutInnen selbst hat, wobei diesmal jedoch auf das Konzept der Resilienz Bezug genommen wird (Engstrom et al., 2008; Hernández et al., 2007, 2010). Die PsychotherapeutInnen werden Zeuge der Resilienz bzw. Widerstandsfähigkeit ihrer KlientInnen angesichts traumatischer Erlebnisse, was wiederum entsprechende Resilienzprozesse in den PsychotherapeutInnen selbst anregt (Engstrom et al., 2008; Hernández et al., 2007; 2010). Wie bereits dargestellt, wurden ähnliche Beobachtungen in den weiter oben angeführten Studien gemacht, die Unterschiede liegen jedoch in der Begrifflichkeit: Hernández et al. (2007, 2010) bzw. Engstrom et al. (2008) sprechen von stellvertretender bzw. sekundärer *Resilienz*, während

in anderen Studien (vgl. Arnold et al., 2005; Splevins et al., 2010; Cohen & Collens, 2012) von sekundärem *Wachstum* die Rede ist.

Auch auf der Ebene der primär Traumatisierten bemüht man sich um eine Unterscheidung zwischen Resilienz und Posttraumatisches Wachstum (vgl. Fooken, 2009). Diese erweist sich als relativ komplex. Wie Fooken (2009) zusammenfasst, entwickelte sich die Resilienzforschung aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive heraus, deren Fokus auf Kindern lag, die trotz ungünstiger Bedingungen und vorhandener Risikofaktoren eine positive Entwicklung durchliefen. Das Konzept der Resilienz bezieht sich schwerpunktmäßig also auf (psychische) Widerstandsfähigkeit im Angesicht von Risikofaktoren bzw. bedrohlichen oder widrigen Lebensumständen, sodass diese ohne schwerwiegendere Folgen für die psychische Gesundheit bewältigt werden können (Fooken, 2009). Trotz einiger Gemeinsamkeiten, betont das Konzept des Posttraumatisches Wachstum andere Schwerpunkte und bezieht sich dabei vor allem auf transformative Prozesse: Wie bereits im Kapitel 4.1. dargestellt, beschreibt Posttraumatisches Wachstum subjektiv positive wahrgenommene Veränderungen im Sinne einer „Reifung“, die *durch* bzw. *aufgrund* der Auseinandersetzung mit einem traumatischen Erlebnis stattfinden und die das prätraumatische Funktionslevel übersteigen (Fooken, 2009; Tedeschi & Calhoun, 2004; Zöllner et al., 2006). Auch Westphal und Bonanno (2007) kritisieren, dass in vielen Studien implizit oder explizit Posttraumatisches Wachstum mit Resilienz gleichgesetzt oder dass Ersteres als „überlegen“ angesehen wird. Sie argumentieren ferner, dass viele Personen angesichts eines traumatischen Erlebnisses tatsächlich resilient reagieren und somit die Notwendigkeit eines „Sinnfindungsprozess“ bei diesen Individuen geringer ausfällt, was wiederum wenig Gelegenheit für Posttraumatisches Wachstum bietet. Posttraumatisches Wachstum tritt demzufolge also eher bei jenen Personen auf, die mit den Folgen eines Traumas stärker zu kämpfen haben und mit weniger Widerstandskraft reagieren (Westphal & Bonanno, 2007). Ergebnisse, die diese Hypothese unterstützen, wurden beispielsweise in einer Studie von Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz und Solomon (2009) gefunden und auch der von Joseph et al. (2012) postulierte U-förmige Zusammenhang zwischen Stress und Wachstum unterstützt diese indirekt.

Der Exkurs zur „primären“ Ebene, die jene Personen betrifft, die einem traumatischen Ereignis direkt ausgesetzt waren, verdeutlicht die inhaltlichen und begrifflichen Unterschiede, die für zukünftige Forschung zur sekundären Ebene ebenfalls relevant sein könnten. Das Konzept der „vicarious resilience“ wird von Hernández et al. (2010) an

einer Stelle folgendermaßen beschrieben: „It is a term for the positive meaning-making, growth, and transformations in the therapist’s experience resulting from exposure to clients’ resilience in the course of therapeutic processes addressing trauma recovery” (S. 72). Dieser Konzeptualisierung zufolge können PsychotherapeutInnen von ihren KlientInnen dazu lernen, indem sie im Laufe des therapeutischen Prozesses Zeuge von deren Resilienz und Bewältigungspotential werden. Dies kann zu positiven Veränderungen und Wachstum aufseiten der PsychotherapeutInnen führen. Interessant ist die Vermutung von Engstrom et al. (2008), dass ein über das prätraumatische hinausgehendes, höheres Funktionslevel (im Sinne Posttraumatischen Wachstums) aufseiten der KlientInnen für den Prozess der „vicarious resilience“ keine Voraussetzung ist, aber eine zusätzliche, fördernde Komponente darstellen kann.

Hernández et al. (2007) und Engstrom et al. (2008) identifizierten in ihren Interviewstudien mit PsychotherapeutInnen von Folteropfern inhaltliche Bereiche der „vicarious resilience“, die den bereits dargestellten Studienergebnissen zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum allerdings relativ ähnlich sind. So wurden auch in diesen Studien u.a. positive Veränderungen genannt, die die folgenden Themen adressierten: Neubewertung der eigenen Probleme und Lebensperspektiven, Erkenntnis und Wertschätzung der menschlichen Widerstandsfähigkeit und Entfaltungsmöglichkeiten, (Wieder-)Entdecken von Wert und Bedeutung der Psychotherapie, Wiedererlangen von Hoffnung sowie Verständnis und Wertschätzung für die spirituellen Dimensionen von Bewältigung (Engstrom et al., 2008; Hernández et al., 2007; 2010). Zwei weitere Aspekte betrafen einerseits das Entdecken von Bewältigungsmöglichkeiten in einer Gemeinschaft, und andererseits die Teilnahme an Öffentlichkeitsarbeit, um ein Bewusstsein für Auswirkungen und Dimensionen von Gewalt zu schaffen (Hernández et al., 2010).

Ob es sich bei den diskutierten Konzepten um unterschiedliche Phänomene handelt oder diese eigentlich dasselbe Thema mit jeweils noch unscharfen Modellen behandeln – und ob ein derartiges Phänomen tatsächlich existiert – wird von zukünftigen Forschungsarbeiten zu beantworten sein.

II EMPIRISCHER TEIL

5. Beschreibung der Studie

Im Folgenden soll zunächst die Zielsetzung der vorliegenden Studie umrissen und nachfolgend auf Fragestellungen und Hypothesen, verwendete Untersuchungsinstrumente, Erhebungsmethode, Stichprobenrekrutierung sowie Studienablauf eingegangen werden.

5.1. Zielsetzung der Studie

Wie schon Cohen und Collens (2012) argumentieren, lohnt es sich bei der Untersuchung von Folgen der Trauma-Arbeit sowohl positive als auch negative Auswirkungen zu betrachten, da die ausschließliche Behandlung nur einer „Seite“ der Trauma-Arbeit ein unvollständiges Bild zeichnet. So ist es auch das Ziel der vorliegenden Studie, potentielle Folgen der Arbeit mit traumatisierten Personen aus beiden Blickwinkeln zu betrachten. Zur Beschreibung der negativen Konsequenzen kommt hier das Konzept der Sekundären Traumatisierung im Sinne Stamms (2005; 2010) zur Anwendung. Anzumerken ist, dass als negative Folge also auch Burnout in Bezug auf die genannten Aspekte analysiert wird, da dieses nach Stamm (2010) einen Teil des Modells zur „compassion fatigue“ darstellt. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum als positives Potential wird, mangels eines eigenen Erklärungsmodells, ähnlich wie bei Brockhouse et al. (2011) mit dem PTGI bzw. dessen deutscher Version, dem PPR – Fragebogen erfasst.

Im theoretischen Teil wurde bereits angeführt, dass die Anzahl der Vergleichsstudien zur Untersuchung der Sekundären Traumatisierung und allgemein die Anzahl quantitativer Studien zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum relativ gering ausfällt. Entsprechend liegt der Hauptfokus der vorliegenden Studie darauf, Gruppen von PsychotherapeutInnen mit einer unterschiedlichen Anzahl traumatisierter KlientInnen hinsichtlich Sekundärer Traumatisierung und Sekundärem Posttraumatischen Wachstum miteinander zu vergleichen. So sollen PsychotherapeutInnen, die derzeit gar keine traumatisierten Personen betreuen mit PsychotherapeutInnen verglichen werden, die dies

tun. Letztere können weiters entsprechend der Anzahl ihrer betreuten traumatisierten KlientInnen unterteilt und verglichen werden.

Neben diesem Gruppenvergleich sollen verschiedene, potentielle Einflussfaktoren auf Sekundäre Traumatisierung und Sekundäres posttraumatisches Wachstum untersucht werden, die in bisherigen quantitativen Studien kontrovers diskutiert worden sind. Dies betrifft die sekundäre Trauma-Exposition, eine eigene traumatische Vergangenheit, eine spezielle Trauma-Aus-/Fortbildung sowie Merkmale des beruflichen Settings. Schließlich soll auch der Zusammenhang zwischen Sekundärer Traumatisierung bzw. Sekundärem posttraumatisches Wachstum und Aspekten der Arbeitszufriedenheit untersucht werden. Allgemein soll die Untersuchung der genannten Aspekte Hinweise auf Existenz und Auftreten von Sekundärer Traumatisierung und Sekundärem Posttraumatisches Wachstum liefern.

5.2. Fragestellungen

Im Folgenden sollen die Hauptfragestellungen (1-6) sowie zusätzliche Fragen (7-13) der Studie angeführt und kurz näher beschrieben werden. Alle Hauptfragestellungen beziehen sich sowohl auf Sekundäre Traumatisierung bzw. sekundären traumatischen Stress (STS), auf Burnout (BO) als auch auf Sekundäres Posttraumatisches Wachstum (SPW).

5.2.1. Fragestellungen 1.a und 1.b

Das erste Hauptthema betrifft Unterschiede zwischen Gruppen von PsychotherapeutInnen, die mit mehr oder weniger traumatisierten Personen arbeiten, und wird anhand von zwei Fragen formuliert, die jeweils eine unterschiedliche Gruppierung der befragten PsychotherapeutInnen betreffen:

(1.a) Unterscheiden sich PsychotherapeutInnen, die mit traumatisierten KlientInnen arbeiten, von PsychotherapeutInnen, die dies derzeit nicht tun bzgl. STS, BO und SPW?

(1.b) Unterscheiden sich Gruppen von PsychotherapeutInnen mit einer jeweils unterschiedlichen Anzahl an traumatisierten KlientInnen bzgl. STS, BO und SPW voneinander?

Die erste Frage betrifft einen Vergleich zwischen jenen PsychotherapeutInnen, die derzeit keine traumatisierten KlientInnen betreuen mit der Gruppe von PsychotherapeutInnen, die dies tun - allerdings unabhängig davon, wie viele traumatisierte KlientInnen diese derzeit betreuen.

Die zweite Frage betrifft im Gegensatz dazu einen Vergleich von drei Gruppen: Die erste entspricht jener Gruppe ohne traumatisierte KlientInnen. Die zweite Gruppe umfasst PsychotherapeutInnen, die mit 1 – 3 traumatisierten KlientInnen zusammenarbeiten, die dritte Gruppe umfasst jene, die mehr als 3 traumatisierte KlientInnen betreuen.

5.2.2. Fragestellung 2

Die zweite Fragestellung knüpft inhaltlich an die erste an und beschäftigt sich mit der diskutierten Beziehung zwischen dem Ausmaß der sekundären Trauma – Exposition und STS, BO bzw. SPW:

(2) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der sekundären Trauma – Exposition und STS, BO bzw. SPW?

Sekundäre Trauma – Exposition kann unterschiedlich operationalisiert werden, worauf im Abschnitt 8.4.2. näher eingegangen wird.

5.2.3. Fragestellung 3

Der dritte Schwerpunkt thematisiert die eigene traumatische Vergangenheit der PsychotherapeutInnen hinsichtlich STS, BO und SPW, und betrifft die folgende Frage:

(3) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der aktuellen Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit und STS, BO bzw. SPW?

An dieser Stelle sei angemerkt, dass ursprünglich ein Gruppen – Vergleich zwischen PsychotherapeutInnen, die selbst ein traumatisches Ereignis erlebt hatten, und jenen PsychotherapeutInnen ohne eigene traumatische Geschichte, geplant war. Da jedoch fast

alle TeilnehmerInnen von potentiell traumatischen Ereignissen in ihrer Vergangenheit berichteten (s. Abschnitt 6.5.), wurden anstatt der Frage nach Unterschieden zwischen den zwei genannten Gruppen die angeführte Fragestellung formuliert. Sie betrifft die Beziehung zwischen STS, BO bzw. SPW und dem Ausmaß der derzeitigen Belastung, die durch ein selbst erlebtes Trauma aktuell noch besteht. Diese Frage stellt einen ähnlichen Zugang dar, wie er auch von Hargrave et al. (2006) gewählt wurde, die in ihrer Studie TeilnehmerInnen danach befragten, ob das eigene Trauma verarbeitet wurde.

5.2.4. Fragestellungen 4.a und 4.b

Fragestellungen 4.a und 4.b beziehen sich auf zwei Aspekte, die in der Literatur als potentielle „Schutzfaktoren“ diskutiert werden:

(4.a) Gibt es einen Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen mit und PsychotherapeutInnen ohne spezielle Fortbildung im Bereich der Trauma – Therapie in Bezug auf STS, BO und SPW?

(4.b) Gibt es einen Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen, die derzeit Supervision in Anspruch nehmen und PsychotherapeutInnen, die gegenwärtig keine Supervision erhalten hinsichtlich STS, BO und SPW?

5.2.5. Fragestellung 5

Die fünfte der Hauptfragestellungen beschäftigt sich mit dem Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen, die in unterschiedlichen beruflichen Settings arbeiten, hinsichtlich STS, BO bzw. SPW.

(5) Gibt es einen Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen aus unterschiedlichen beruflichen Settings bezüglich STS, BO und SPW?

5.2.6. Fragestellungen 6.a. und 6.b.

Der sechste Schwerpunkt betrifft die Beziehung zwischen STS, BO bzw. SPW und Aspekten der beruflichen Zufriedenheit. Er wird ebenfalls anhand von zwei Fragestellungen untersucht:

(6.a) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der allgemeinen Zufriedenheit mit dem eigenen Beruf und STS, BO bzw. SPW?

(6.b) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage und STS, BO bzw. SPW?

5.2.7. Weitere Fragestellungen

Neben den oben skizzierten Hauptfragestellungen der Studie lassen sich aus der bisherigen Forschungsliteratur einige weitere interessante Fragen ableiten, die ebenfalls untersucht und im Folgenden angeführt werden sollen.

5.2.7.1. Fragestellung 7

Wie u.a. Stamm (2005; 2010) berichtet, wurden gewisse Überlappungen zwischen Burnout und STS gefunden. Zusammenhänge zwischen STS und SPW sowie zwischen Burnout und SPW wurden ebenfalls an verschiedenen Stellen beschrieben (vgl. Gibbons et al., 2011; Samios et al., 2012). Die entsprechenden Interkorrelationen dieser Konstrukte werden auch in der vorliegenden Studie überprüft:

(7) Bestehen Interkorrelationen zwischen den drei untersuchten Konstrukten (STS, BO, SPW)?

5.2.7.2. Fragestellung 8

Die Zusammenhänge zwischen der Variable „Compassion Satisfaction“ (CS) und STS, Burnout bzw. SPW sollen ebenfalls untersucht werden. Von Korrelationen zwischen CS und STS bzw. CS und Burnout berichtet z.B. Stamm (2005; 2010). Der Zusammenhang zwischen CS und SPW wurde bisher noch kaum überprüft:

(8) Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der „Compassion Satisfaction“ und STS, BO bzw. SPW?

5.2.7.3. Fragestellung 9

Linley und Joseph (2007) fanden einen Zusammenhang zwischen SPW und der Gesamtzahl der KlientInnen. Die entsprechende Korrelation soll auch in der vorliegenden Studie untersucht werden:

(9) Gibt es einen Zusammenhang zwischen SPW und der allgemeinen Anzahl betreuter KlientInnen?

5.2.7.4. Fragestellung 10

Da sexueller Missbrauch oftmals ein besonders schwerwiegendes Trauma darstellt (Dorrepaal et al., 2012), soll anhand der folgenden Frage überprüft werden, ob ein derartiges Erlebnis auch Einfluss auf die Werte für STS hat:

(10) Unterscheiden sich PsychotherapeutInnen, die von sexuellem Missbrauch in ihrer Vergangenheit berichten, von PsychotherapeutInnen, die diese Angabe nicht machen hinsichtlich STS?

5.2.7.5. Fragestellung 11

Unterschiede zwischen verschiedenen beruflichen Settings erscheinen auch im Hinblick auf Aspekte der Arbeitszufriedenheit interessant und werden in der vorliegenden Studie überprüft:

(11) Gibt es einen Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen aus unterschiedlichen beruflichen Settings hinsichtlich Aspekten der Arbeitszufriedenheit?

5.2.7.6. Fragestellung 12

Auch Geschlechtsunterschiede wurden an verschiedenen Stellen diskutiert (vgl. Deighton et al., 2007; Linley & Joseph, 2007) und sollen in der vorliegenden Arbeit überprüft werden:

(12) Bestehen Geschlechtsunterschiede hinsichtlich STS, BO und SPW?

5.2.7.7. Fragestellungen 13.a und 13.b

Schließlich soll untersucht werden, welche Variablen die beiden Konstrukte STS und SPW am besten vorhersagen können:

(13.a) Können die Variablen „Anzahl traumatisierter KlientInnen“, „Fortbildung für Trauma-Therapie“, „derzeitige Supervision“ und „Belastung durch eigenes Trauma“ STS signifikant vorhersagen?

(13.b) Können die Variablen „Anzahl traumatisierter KlientInnen“, „Gesamtzahl der KlientInnen“, „sekundärer traumatischer Stress“ und „Compassion Satisfaction“ SPW signifikant vorhersagen?

Eine nähere Begründung über die Auswahl dieser Variablen findet sich im Abschnitt 8.4.13.

5.3. Hypothesenüberblick

Zur besseren Übersicht werden alle Fragestellungen, formuliert als Alternativhypothesen, im Folgenden der Reihe nach aufgelistet:

(1.a) PsychotherapeutInnen, die mit traumatisierten KlientInnen arbeiten, unterscheiden sich bzgl. STS, BO und SPW von PsychotherapeutInnen, die dies derzeit nicht tun.

(1.b) Gruppen von PsychotherapeutInnen mit einer jeweils unterschiedlichen Anzahl an traumatisierten KlientInnen unterscheiden sich bzgl. STS, BO und SPW voneinander.

(2) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der sekundären Trauma – Exposition und STS, BO bzw. SPW.

(3) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der aktuellen Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit und STS, BO bzw. SPW.

(4.a) Es gibt einen Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen mit und PsychotherapeutInnen ohne spezielle Trauma-Fortbildung in Bezug auf STS, BO und SPW.

(4.b) Es gibt einen Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen, die derzeit Supervision in Anspruch nehmen und PsychotherapeutInnen, die derzeit keine Supervision erhalten hinsichtlich STS, BO und SPW.

(5) Es gibt einen Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen aus unterschiedlichen beruflichen Settings bezüglich STS, BO und SPW.

(6.a) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der allgemeinen Zufriedenheit mit dem eigenen Beruf und STS, BO bzw. SPW.

(6.b) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage und STS, BO bzw. SPW.

(7) Zwischen den drei untersuchten Konstrukten (STS, BO, SPW) bestehen Interkorrelationen.

(8) Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der „Compassion Satisfaction“ und STS, BO bzw. SPW.

(9) Es gibt einen Zusammenhang zwischen SPW und der allgemeinen Anzahl betreuter KlientInnen.

(10) PsychotherapeutInnen, die von sexuellem Missbrauch in ihrer Vergangenheit berichten, unterscheiden sich von PsychotherapeutInnen, die diese Angabe nicht machen hinsichtlich STS.

(11) Es gibt einen Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen aus unterschiedlichen beruflichen Settings hinsichtlich Aspekten der Arbeitszufriedenheit.

(12) Hinsichtlich STS, BO und SPW bestehen Geschlechtsunterschiede.

(13.a) Die Variablen „Anzahl traumatisierter KlientInnen“, „Fortbildung für Traumatherapie“, „derzeitige Supervision“ und „Belastung durch eigenes Trauma“ können STS signifikant vorhersagen.

(13.b) Die Variablen „Anzahl traumatisierter KlientInnen“, „Gesamtzahl der KlientInnen“, „sekundärer traumatischer Stress“ und „Compassion Satisfaction“ können SPW signifikant vorhersagen.

5.4. Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden werden die Untersuchungsinstrumente, die zur Operationalisierung der Konstrukte verwendet wurden, beschrieben. Die gesamte Fragebogenbatterie befindet sich im Anhang 3.

5.4.1. Professional Quality of Life Scale (ProQOL)

Die *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) von Stamm (2005; 2010) ist die Weiterentwicklung des von Figley (1995) entworfenen Selbstbeurteilungsfragebogens Compassion Fatigue Self Test (CFST) bzw. von dessen erweiterter Version Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test for Helpers (CSFT), die bereits im Kapitel 3.3.2. beschrieben wurden.

Die aktuelle ProQOL – Version besteht aus den drei Skalen „Secondary Traumatic Stress“, „Burnout“, und „Compassion Satisfaction“, die jeweils 10 Items umfassen. Für die insgesamt 30 Items ist auf einer 5-stufigen Likert-Skala zu beurteilen, wie häufig der im Item genannte Inhalt in den letzten 30 Tagen zutraf, wobei aus den folgenden

Antwortmöglichkeiten gewählt werden kann: (1) never/nie, (2) rarely/selten, (3) sometimes/manchmal, (4) often/oft und (5) very often/sehr oft.

Die Skalen werden von Stamm (2005; 2010) folgendermaßen beschrieben:

- Secondary Traumatic Stress (STS):
Diese Skala betrifft speziell die (berufliche) Konfrontation mit Menschen, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren. STS beschreibt potentielle, negative Folgen, wie z.B. Intrusionen, Schlafschwierigkeiten, die Vermeidung von Aktivitäten oder Schlüsselreizen, die an das sekundär Erlebte erinnern, sowie das Vergessen von wichtigen Informationen und die Unfähigkeit, sein eigenes Privatleben von der Arbeit zu trennen. In älteren Versionen des ProQOL wird diese Skala noch als „Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress“ bezeichnet.
- Burnout (BO):
Burnout ist mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Schwierigkeiten im Umgang mit Arbeitsinhalten und Problemen mit der persönlichen Effektivität im Beruf verbunden.
- Compassion Satisfaction (CS):
Wie bereits im Abschnitt 3.1.1.3. beschrieben, umfasst CS u.a. die Freude, die man aus der effektiven Ausführung seiner Arbeit ziehen kann, die positive Einstellung zu ArbeitskollegInnen, sowie eine positive Einschätzung der eigenen Fähigkeit, etwas zur Arbeitsumgebung oder zum gesamtgesellschaftlichen Wohl beitragen zu können.

Für jede Skala ergibt sich ein Summenscore³, ein Gesamtscore wird nicht berechnet. Für die Summenscores der Skalen führt Stamm (2010) die, in Tabelle 1 angeführten Cut-Off-Werte an.

³ Da ältere Versionen der ProQOL ein Scoring – System von (0) bis (5) verwenden, sind bei einem Vergleich mit Daten, die anhand dieser Versionen gewonnen wurden, T – Werte statt Summenscores heranzuziehen (Stamm, 2010).

Stamm (2005) berichtet für die drei Skalen von folgenden Reliabilitätswerten: $\alpha = .87$ für „Compassion Satisfaction“, $\alpha = .72$ für „Burnout“, und $\alpha = .80$ für „Secondary Traumatic Stress“.

Tabelle 1

ProQOL Cut-Off-Werte nach Stamm (2010)

Summenscore	Level: CF / CS / BO
22 oder niedriger	„low“ – niedrig
zwischen 23 und 41	„average“ – durchschnittlich
42 oder höher	„high“ – hoch

Die Autorin berichtet außerdem von einer guten Konstrukt-Validität und geht entsprechend davon aus, dass die drei Skalen unterschiedliche Konstrukte messen: Korrelationen zwischen der CF-Skala und STS-Skala zeigen 2% gemeinsame Varianz, aus der Korrelation zwischen CF und Burnout leiten sich 5 % gemeinsame Varianz ab (Stamm, 2005; 2010). Die gemeinsame Varianz zwischen STS und Burnout fällt etwas höher aus und scheint im Bereich zwischen 21 % und 34 % zu liegen (Stamm, 2005; 2010). Der Autorin zufolge weist dieses Ergebnis auf jene Belastung hin, welche die beiden Zustände gemeinsam haben (Stamm, 2005; 2010).

Die ProQOL wird in der vorliegenden Studie für die Operationalisierung von sekundärer Traumatisierung bzw. sekundärem traumatischem Stress und von Burnout herangezogen. Die englische sowie anderssprachige Versionen, unter anderem eine deutsche Übersetzung, sind auf der Homepage von B.H. Stamm (www.proqol.org) zugänglich. Da sich allerdings die aktuelle, deutsche Übersetzung augenscheinlich als unbrauchbar herausgestellt hat, wurde auf die Übersetzung der Version R – III zurückgegriffen. Für die deutsche Version des ProQOL liegen keine Gütekriterien vor. Werte für die interne Konsistenz werden daher aus den in dieser Studie gewonnenen Daten berechnet und im Abschnitt 8.2. angeführt.

5.4.2. Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)

Das *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) ist ein von Tedeschi und Calhoun (1996) konstruiertes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von „(...) positive outcomes reported by persons who have experienced traumatic events (...)“ (S. 455). Gefragt wird demnach nach positiven Folgen für jene Menschen, die die Erfahrung eines traumatischen Erlebnisses gemacht haben.

Das PTGI besteht aus 21 Items, die eine Reihe positiver Veränderungen auflisten, die sich im Sinne des posttraumatischen Wachstums nach einem traumatischen Erlebnis einstellen können. Diese Items sind auf einer Skala von “(0) I did not experience this change as a result of my crisis” bis “(5) I experienced this change to a very great degree as a result of my crisis” zu beurteilen. Über den gesamten Fragebogen wird ein Summenscore berechnet. Es besteht außerdem die Möglichkeit, Summenwerte für folgende fünf Subskalen zu berechnen, die gleichzeitig die inhaltlichen Schwerpunkte des posttraumatischen Wachstums widerspiegeln:

- Relating to Others:

Diese Skala erfasst Veränderungen in den Beziehungen zu anderen Menschen. Sie betrifft u.a. die Wertschätzung von wichtigen menschlichen Beziehungen, die stärkere Verbundenheit mit anderen Personen, das Bedürfnis, seine eigenen Gefühle anderen gegenüber zum Ausdruck zu bringen, ein größeres Mitgefühl für andere und die Akzeptanz gegenüber dem Umstand, andere Menschen zu brauchen.

- New Possibilities:

In dieser Skala geht es u.a. um das Entwickeln neuer Interessen, das Beschreiten neuer Wege, das Entdecken neuer Möglichkeiten im Leben und die Bereitschaft Dinge zu verändern, die geändert werden müssen.

- Personal Strength:

Diese Skala berührt ebenfalls ein Kernthema des posttraumatischen Wachstums: Sie betrifft das verstärkte Gefühl von Selbstvertrauen und die Gewissheit darüber, mit zukünftigen Schwierigkeiten umgehen zu können.

- **Spiritual Change:**
Ein größeres Verständnis für religiöse Dinge und Spiritualität und/oder ein stärkerer Glaube sind Themen dieser Skala.
- **Appreciation of Life:**
Diese Skala betrifft neue Vorstellungen darüber, was im Leben vorrangig ist und beschreibt Veränderungen hin zu einer größeren Wertschätzung des Lebens.

Tedeschi & Calhoun (1996) berichten von einer guten internen Konsistenz des Gesamtfragebogens mit $\alpha = .90$, und auch die Werte für die Subskalen liegen im Bereich von $\alpha = .85$ bis $\alpha = .67$. Die Interkorrelationen zwischen den verschiedenen Subskalen liegen zwischen $r = .27$ und $r = .52$, was auf gewisse Überschneidungen, aber auch auf getrennte Beiträge der jeweiligen Faktoren hinweist (Tedeschi & Calhoun 1996). Die Test-Retest Reliabilität des Gesamtfragebogen liegt bei $r = .71$.

Ergebnisse zur Konstruktvalidität legen nahe, dass Personen, die mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert waren, tatsächlich höhere Werte im PTGI auswiesen als Personen ohne traumatische Vergangenheit.

Das PTGI wurde von Maercker und Langner (2001) ins Deutsche übersetzt, evaluiert und „Posttraumatische Persönliche Reifung“ (PPR) benannt. Die Autoren berichten von guten bis zufriedenstellenden Kennwerten für die Reliabilität: Für den Gesamtfragebogen liegt der Wert für die interne Konsistenz bei $\alpha = .92$, für die Subskalen (dt.: „neue Möglichkeiten“, „Beziehungen zu Anderen“, „Persönliche Stärken“, „Wertschätzung des Lebens“ und „Religiöse Veränderungen“) liegen die Werte im Bereich von $\alpha = .85$ bis $\alpha = .73$. Die Retest – Reliabilitätsüberprüfung ergab eine Korrelation von $r = .81$.

Bezüglich konvergenter Validität berichten Maercker und Langner (2001) von einer hohen Korrelation ($r = .81$) zwischen dem PPR-Fragebogen und einem weiteren Reifungsfragebogen, der „Stress Related Growth Scale“ (dt.: „Persönliche Reifung nach Belastungen“).

Bisher gibt es kein Verfahren, um *Sekundäres* Posttraumatisches Wachstum direkt zu erfassen (Brockhouse et al., 2011). In den bisher durchgeführten, quantitativen Studien wurde das PTGI für dessen Operationalisierung verwendet. Aus diesem Grund wurde die

deutsche Version des PTGI, der PPR – Fragebogen auch in der vorliegenden Studie zur Messung von Sekundärem Posttraumatisches Wachstum eingesetzt. Zur Verwendung dieses Fragebogens musste daher eine Änderung der Instruktion vorgenommen werden, wie dies beispielsweise auch bei Ben-Porat und Itzhaky (2009) oder O’Sullivan und Whelan (2011) in ähnlicher Weise der Fall war. Die abgeänderte Instruktion bezieht sich darauf, welche Veränderungen sich im Leben der TeilnehmerInnen durch die *Arbeit als Psychotherapeut/Psychotherapeutin* ergeben haben und wie stark diese eingeschätzt werden. Da für die deutsche Version des PPR – Fragebogens als Maß für *Sekundäres* Posttraumatisches Wachstum noch keine Reliabilitätsanalysen vorliegen, soll anhand der in dieser Studie gewonnenen Daten dessen interne Konsistenz berechnet werden (s. Abschnitt 8.2.).

5.4.3. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher und Brähler (2000) dient der Erfassung verschiedener Aspekte der Lebenszufriedenheit, aus welchen die beiden Subskalen „Arbeit und Beruf“ und „Finanzielle Lage“ für die Zwecke der vorliegenden Arbeit vorgegeben wurden. Die Skalen bestehen jeweils aus sieben Items, die nach der Zufriedenheit mit dem jeweiligen im Item beschriebenen Merkmal fragen. Die Items sind auf einer siebenstufigen Skala, von (1) „sehr unzufrieden“ bis (7) „sehr zufrieden“ zu beurteilen, pro Skala ergibt sich ein Gesamtwert. Die beiden Skalen werden von Fahrenberg et al. (2000) folgendermaßen beschrieben:

- Arbeit und Beruf:

Diese Skala umfasst die Zufriedenheit mit der beruflichen Position, mit Erfolgen und Aufstiegsmöglichkeiten, mit der Sicherheit der beruflichen Zukunft, mit dem Betriebsklima sowie die Zufriedenheit mit dem Ausmaß der beruflichen Anforderungen und Belastungen.

- Finanzielle Lage:

Hohe Werte auf dieser Skala weisen auf hohe Zufriedenheit mit dem Einkommen, dem Lebensstandard, der Existenzsicherung, den künftigen Verdienstmöglichkeiten sowie mit der Alterssicherung hin.

Die Werte für die interne Konsistenz der Skalen variieren zwischen $\alpha = .82$ und $\alpha = .95$. Bezüglich der Einschätzungen der Gültigkeit weisen Fahrenberg et al. (2000) auf inhaltliche und logische Validität hin und unterstreichen die Subjektivität der Einschätzungen der Befragten. Ferner wird von psychologischen Zusammenhängen zu Persönlichkeitsmerkmalen wie Emotionalität, sozialer Resonanz, positiver Grundstimmung, sozialer Potenz, Häufigkeit körperlicher Beschwerden, erinnelter Erziehungsstil der Eltern und Ausprägung interpersonaler Probleme berichtet (Fahrenberg et al., 2000).

Die beiden genannten Subskalen des FLZ werden in der vorliegenden Studie zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Beruf als PsychotherapeutIn und mit der persönlichen finanziellen Lage vorgegeben, um etwaige Zusammenhänge dieser Aspekte mit den Konstrukten der Sekundären Traumatisierung und des Sekundären Posttraumatischen Wachstums zu erforschen.

5.4.4. Essener Trauma-Inventar (ETI)

Das *Essener Trauma-Inventar* wurde auf Grundlage verschiedener Forschungsarbeiten von Tagay und KollegInnen entwickelt und ist ein aus 58 Items bestehender Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse und Traumafolgestörungen, wie der Akuten Belastungsreaktion und der PTBS (Tagay, Erim, Stoelk, Möllering, Mewes & Senf, 2007). Der Fragebogen ist 5-teilig und erfasst potentiell traumatisierende Ereignisse, Stressorkriterien, posttraumatische Symptomatik, körperliche Beschwerden sowie Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen.

Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit wurden nur bestimmte Items des ETI vorgegeben. Um ein potentiell traumatisches Ereignis in der Vergangenheit aufzudecken kamen die Items 1 – 15 des ersten ETI – Teils zum Einsatz. In diesem Abschnitt werden insgesamt 14 Traumata beschrieben. Die befragten Personen sollen zu jedem Trauma angeben, ob sie dieses jemals persönlich oder als Zeuge (oder beides) erlebt haben. Das letzte Item (Nr. 15) fragt danach, ob ein weiteres schwerwiegendes Ereignis, das bisher jedoch nicht genannt wurde, erlebt wurde.

Zusätzlich zur Auflistung potentiell traumatischer Ereignisse wurde das Item 25 inkludiert, welches danach fragt, wie belastend sich das Geschehene für die betroffene

Person zur Zeit anfühlt. Diese Frage wurde vorgegeben, um die derzeitige Belastung durch das eigene Trauma zu erfassen.

Nach Tagay et al. (2007) weist das ETI gute Reliabilitätskennwerte sowie eine gute Konstruktvalidität auf. Für den Gesamtfragebogen liegt der Wert für interne Konsistenz bei $\alpha = .95$, für die verschiedenen Skalen zwischen $\alpha = .77$ und $\alpha = .87$ (Tagay et al., 2007).

Wie bereits angeführt, wurden die entsprechenden Items des ETI zur Operationalisierung der traumatischen Vergangenheit der PsychotherapeutInnen und der aktuellen Belastung durch diese vorgegeben.

5.4.5. Allgemeiner Fragebogen zu soziodemografischen und berufsbezogenen Daten

Neben den genannten Erhebungsinstrumenten wurden allgemeine Fragen zur Erhebung soziodemografischer Daten und berufsbezogener Information inkludiert. Diese betrafen Alter und Geschlecht der TeilnehmerInnen, die Dauer der Berufstätigkeit, den beruflichen Rahmen, das Arbeitsausmaß (Stundenanzahl, Anzahl der KlientInnen), die Inanspruchnahme von Supervision oder einer eigenen Psychotherapie, sowie eine etwaige Aus-/Fortbildung im Bereich der Trauma-Therapie.

Wenn die befragten Personen angaben, dass sie bereits mit traumatisierten KlientInnen gearbeitet hätten, wurde (mittels Filter-Funktion der Software von „SoSci – Survey“) ein weiterer Fragenblock zu diesem Thema eingeleitet. Es wurde danach gefragt, ob die TeilnehmerInnen gegenwärtig traumatisierte Personen behandeln, seit wann sie mit dieser KlientInnengruppe arbeiten, wie viele traumatisierte KlientInnen sie derzeit betreuen und wie viele Stunden diese Arbeit umfasst. Auch in Bezug auf die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen im Verlauf des letzten Jahres wurden entsprechende Fragen gestellt. Dieser allgemeine Fragenblock wurde als erster Teil in der Fragenbogenbatterie vorgegeben und ist ebenfalls im Anhang 3 einsehbar.

5.5. Erhebungsmethode

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Erhebung mittels Online-Fragebogen, welcher mithilfe der kostenlosen und im Internet frei zugänglichen Software „SoSci Survey“ erstellt wurde. Die in der Studie eingesetzten Fragebögen wurden mittels dieser Software zu einer Online – Fragebogenbatterie zusammengefügt, die nach ihrer Fertigstellung freigeschaltet und durch einen personalisierten Link (<https://www.soscisurvey.de/traumatherapie>) zugänglich gemacht wurde. Der Fragebogen – Link wurde anschließend in eine E – Mail inkludiert, die an PsychotherapeutInnen in Österreich versandt wurde und zusätzlich eine Erläuterung der Studie enthielt (s. Anhang 2). Durch Klicken auf den Link konnten die TeilnehmerInnen den Fragebogen am Computer öffnen und online durchführen. Die erhobenen Daten wurden direkt auf dem Befragungsserver gespeichert und waren nur mittels Benutzernamen und Passwort zugänglich. Anschließend konnten diese heruntergeladen und direkt in das Statistikprogramm SPSS importiert werden.

5.6. Rekrutierung der Stichprobe und Studienablauf

Zum Zwecke der vorliegenden Studie wurden PsychotherapeutInnen aus allen Bundesländern Österreichs per E – Mail kontaktiert. Einschlusskriterien waren a) eine verhaltenstherapeutische Orientierung und b) eine im Internet verfügbare E – Mail – Adresse. Die ausschließliche Befragung von VerhaltenstherapeutInnen sollte den Einfluss der potentiellen Störvariable „psychotherapeutische Schule“ minimieren, da es für den Umfang der vorliegenden Arbeit nicht möglich war, ausreichend PsychotherapeutInnen aus allen 22, in Österreich existierenden Psychotherapie-Schulen (BMG, 2011) zu befragen. Da es sich bei der Erhebungsmethode um eine Online – Befragung handelte, waren im Internet angeführte E – Mail – Adressen der PsychotherapeutInnen Voraussetzung für deren Kontaktierung. Es ist daher zu bedenken, dass jene PsychotherapeutInnen, die keine Kontaktdaten im Internet veröffentlicht haben, in der Erhebung nicht berücksichtigt werden konnten, was wiederum Konsequenzen für die Generalisierbarkeit der Daten nach sich zieht (s. Kapitel 11). Die E – Mail Adressen wurden über folgende Internetseiten bezogen, die eine Liste von PsychotherapeutInnen aus Österreich anführen:

- <http://www.psychotherapie.at/>: Die Homepage des „österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie“ (ÖBVP)
- <http://www.psyonline.at/>: Ein Online – Portal, das Informationen über Psychotherapie und eine Suchmaschine für PsychotherapeutInnen in Österreich anbietet.
- <http://www.oegvt.at/>: Die Homepage der „österreichischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie“ (ÖGVT)
- <http://www.verhaltenstherapie-avm.at/>: Die Homepage der „Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation“ (AVM)

Es wurden ausschließlich PsychotherapeutInnen aus Österreich kontaktiert, die als Zusatzbezeichnung „Verhaltenstherapie“ anführten.

An jene PsychotherapeutInnen, deren E – Mail – Adresse über die angeführten Quellen bezogen werden konnte, wurde eine einheitliche Nachricht geschickt, die jedoch durch jeweilige Nennung von Titel und Nachnamen der PsychotherapeutInnen in der Anrede personalisiert wurde. Die Nachricht enthielt allgemeine Informationen zu Rahmenbedingungen, Inhalt und Zielen der Studie, sowie die Mitteilung, dass sowohl PsychotherapeutInnen mit, als auch PsychotherapeutInnen ohne traumatisierte KlientInnen für die Befragung gesucht werden. Ferner wurde auf die Anonymität der Studie und die ungefähre Dauer des Fragebogens hingewiesen. Schließlich wurde der Link zum Fragebogen angeführt, der durch Anklicken in einem neuen Fenster geöffnet und bearbeitet werden konnte. Das gesamte Anschreiben findet sich im Anhang 2.

Insgesamt wurden im Zeitraum zwischen 5. Oktober 2012 und 7. November 2012 E – Mails an 452 PsychotherapeutInnen in ganz Österreich geschickt, darunter 340 Frauen (75.2 %) und 112 Männer (24.8 %). Nach der ersten Anfrage wurden jeweils im Abstand von 2 – 3 Wochen zwei weitere „Erinnerungs – E – Mails“, mit der erneuten Bitte um Teilnahme und dem Hinweis auf die Notwendigkeit einer großen Anzahl von TeilnehmerInnen, versendet. Wie bereits angeführt, wurden die erhobenen Daten unter Berücksichtigung der Anonymität auf dem Befragungsserver von „SoSci – Survey“ gespeichert, anschließend heruntergeladen und ausgewertet.

6. Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden wird die gewonnene Stichprobe anhand ihrer demografischen und berufsspezifischen Merkmale, sowie anhand jener Aspekte, die die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen betreffen, näher beschrieben.

6.1. Rücklaufquote

Insgesamt wurde der Link zum Fragebogen 261 Mal angeklickt und damit aufgerufen, 185 Personen begannen den Fragebogen zu bearbeiten, davon brachen 39 TeilnehmerInnen die Befragung zu unterschiedlichen Zeitpunkten wieder ab. Die Anzahl der TeilnehmerInnen, die den Fragebogen vollständig bearbeiteten, lag schließlich bei 146. Dies stellt eine Rücklaufquote von 32.3 % dar. Die gewonnene Stichprobe umfasste ausschließlich PsychotherapeutInnen aus verhaltenstherapeutischer Orientierung.

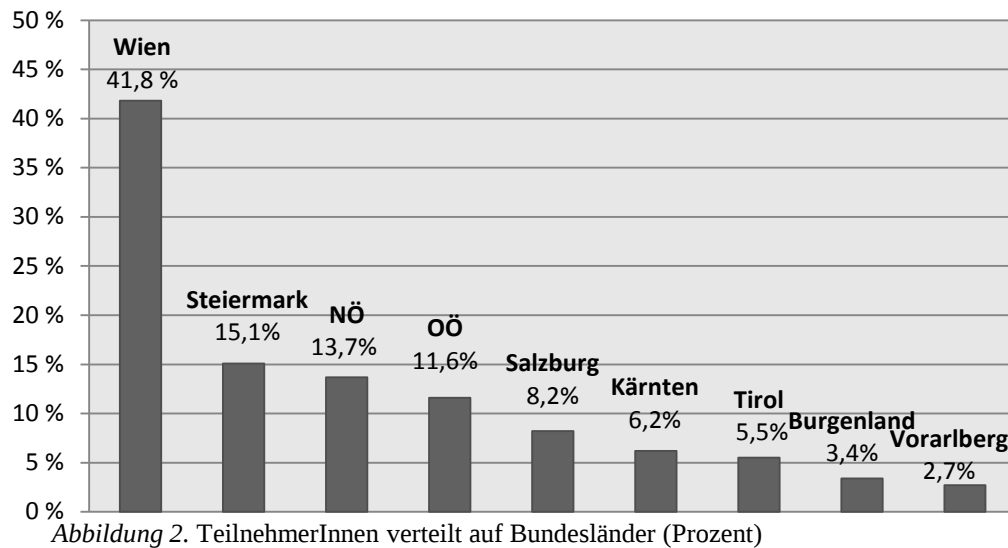
6.2. Demografische Merkmale

An der Befragung nahmen PsychotherapeutInnen im Alter von 27 bis 75 Jahren teil, das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe lag bei 46.4 Jahren ($SD = 10.4$).

80.8 % der teilnehmenden Personen waren weiblich und 19.2 % männlich. Eine vergleichbare Geschlechterverteilung findet sich z.B. bei Linley und Joseph (2007), die ebenfalls PsychotherapeutInnen befragten (78.2 % Frauen und 21.8 % Männer). Verglichen mit der Geschlechterverteilung in jener Stichprobe von 452 Personen, an die insgesamt E – Mails versendet wurde (s. Abschnitt 5.6.), haben in der vorliegenden Studie etwas mehr Frauen als Männer den Fragebogen vollständig beantwortet.

135 PsychotherapeutInnen (92.5 %) gaben an, in einem Bundesland und zehn Personen (6.8 %) gaben an, in zwei Bundesländern beruflich tätig zu sein. Eine Person (0.7 %) gab hierzu drei Bundesländer an. Die meisten Mehrfachnennungen betrafen gleichzeitige Berufstätigkeit in Wien und Niederösterreich (66.7 %). Der Großteil der TeilnehmerInnen arbeitet in Wien, während der kleinste Teil der Befragten in Vorarlberg tätig ist.

Abbildung 2 fasst die Verteilung über die Bundesländer zusammen, wobei zu berücksichtigen ist, dass Mehrfachnennungen in die Prozentangaben mit eingegangen sind.



6.3. Berufsspezifische Merkmale

Insgesamt befanden sich 26 der Befragten (17.8 %) noch in Psychotherapie – Ausbildung. Die durchschnittliche Berufsdauer der restlichen 120 TeilnehmerInnen lag bei 11.6 Jahren ($SD = 8.8$).

Ein Großteil der TeilnehmerInnen, insgesamt 106 Personen (72.6 %), gab als Vorbildung „Psychologie“ an, während 40 Personen (27.4 %) eine andere Vorbildung angaben (z.B. Pädagogik, Medizin, Krankenpflege, Sozialarbeit u.a.). Die Antwortoptionen zu dieser Frage ließen außerdem Mehrfachnennungen zu: Insgesamt wählten 49 der TeilnehmerInnen (33.6 %) mehr als eine, die Vorbildung betreffende, Antwortmöglichkeit aus.

In Bezug auf das berufliche Setting bestand ebenfalls die Möglichkeit der Mehrfachauswahl. So gaben insgesamt 121 (82,9 %) Personen an, in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis zu arbeiten, 54 (37 %) in einem ambulanten oder stationären Setting, 27 (18.5 %) in einem Verein/einer Organisation und 10 (6.8 %) in einem anderen (nicht angeführten) beruflichen Rahmen. Zum Zwecke der statistischen Auswertung wurden die Gruppen entsprechend der Einteilung in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2

Gruppeneinteilung nach beruflichen Settings

Gruppen	N (Prozent)
Berufliche Tätigkeit in <i>zwei oder mehreren</i> Settings	59 (40.4 %)
Berufliche Tätigkeit in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis	62 (42.5 %)
Berufliche Tätigkeit in <i>einem</i> der folgenden Settings: Ambulantes oder stationäres Setting, Verein, Organisation oder „sonstiges Setting“	25 (17.1 %)

Was das Arbeitsausmaß betrifft, gaben die TeilnehmerInnen an, zwischen 2 und 65 Stunden pro Woche zu arbeiten, mit einem Durchschnittswert von ca. 32 Stunden pro Woche ($SD = 12.9$). Die durchschnittliche Anzahl an derzeit betreuten KlientInnen lag bei 24 ($SD = 17.3$).

Weiters berichteten 108 PsychotherapeutInnen (74 %) davon, derzeit Supervision in Anspruch zu nehmen.

6.4. Betreuung traumatisierter KlientInnen

Von einer speziellen Aus- oder Fortbildung im Bereich der Trauma – Arbeit berichteten 66 der Befragten (45.2 %).

Insgesamt gaben 101 TeilnehmerInnen (69.2 %) an, mit einer oder mehreren traumatisierten KlientInnen zu arbeiten. Von diesen gaben 50 PsychotherapeutInnen (34.3 %) an, derzeit mit 1 – 3 traumatisierten KlientInnen zu arbeiten, und 51 PsychotherapeutInnen (34.9 %) berichteten, gegenwärtig mehr als 3 traumatisierte Personen zu betreuen. 45 TeilnehmerInnen (30.8 %) gaben an, derzeit keine traumatisierten KlientInnen zu betreuen. Von jenen 45 TeilnehmerInnen berichteten 13 (8.9 %), dass sie generell noch nie mit dieser KlientInnengruppe gearbeitet hätten. Die Angaben zur Anzahl traumatisierter KlientInnen sind zur besseren Veranschaulichung in Tabelle 3 nochmals dargestellt.

Tabelle 3

Gruppeneinteilung nach Anzahl traumatisierter KlientInnen

Gruppen	N (Prozent)
Derzeit keine traumatisierten KlientInnen	45 (30.8 %)
<i>Davon noch nie mit traumatisierten KlientInnen gearbeitet</i>	13 (8.9 %)
Derzeit 1 – 3 traumatisierte KlientInnen	50 (34.3 %)
Derzeit mehr als 3 traumatisierte KlientInnen	51 (34.9 %)

Die durchschnittliche Anzahl betreuter traumatisierter KlientInnen liegt für jene 101 PsychotherapeutInnen, die derzeit mit dieser KlientInnengruppe arbeiten, gerundet bei 6 Personen ($M = 5.7$, $SD = 17.7$), für die Gesamtstichprobe liegt die durchschnittliche Anzahl traumatisierter KlientInnen gerundet bei 4 ($M = 3.9$, $SD = 5.8$). Der Prozentsatz traumatisierter KlientInnen an der Gesamtanzahl aller KlientInnen beträgt für die Gesamtstichprobe 16.4 ($SD = 19.6$). Insgesamt arbeiten 10 PsychotherapeutInnen (6.1 %) mit mehr als 10 traumatisierten KlientInnen.

6.5. Potentiell traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit der TeilnehmerInnen

Potentiell traumatische Ereignisse in der Vergangenheit wurden mit dem ETI erfasst. Dieser Erhebung zufolge hat der Großteil der vorliegenden Stichprobe bereits zumindest ein potentiell traumatisches Ereignis erlebt (94.5 %). Betrachtet man ausschließlich jene potentiell traumatischen Erlebnisse, die *persönlich* (und nicht als „Zeuge“) erlebt wurden, so berichten insgesamt 123 der TeilnehmerInnen (84.2 %) von einer entsprechenden Erfahrung. Zu den am häufigsten genannten Erlebnissen zählen: Tod einer wichtigen Bezugsperson (39 %), Naturkatastrophe (persönlich: 30.1 %), schwere Krankheit (persönlich: 26 %) und schwerer Unfall (persönlich: 32 %).

7. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der gesammelten Daten wurde mittels des Softwareprogramms IBM SPSS Statistics 20.0 durchgeführt. Die Fragestellungen wurden zweiseitig formuliert und geprüft, das Signifikanzniveau für alle Analysen wurde mit $\alpha = .05$ festgesetzt.

Fehlende Werte konnten bei den tatsächlich abgeschlossenen Befragungen größtenteils vermieden werden, da durch entsprechende Einstellungen im Online-Fragebogen beim Auslassen einer Antwort ein Fenster am Bildschirm erschien, das die Bitte enthielt, die entsprechende Frage zu beantworten. Aus ethischen Überlegungen wurde diese Einstellung bei heiklen und persönlichen Fragen jedoch nicht gewählt, somit konnten manche Fragen trotzdem übersprungen werden. Dies betraf vor allem den vorgegeben Teil des ETI, in welchem nach traumatischen Erlebnissen gefragt wurde. Unvollständige Fragebögen (die z.B. an einer bestimmten Stelle ganz abgebrochen wurden) gingen nicht in die Analyse ein.

Für alle statistischen Verfahren wurden die entsprechenden Voraussetzungen geprüft. Im Falle einer Nicht-Erfüllung wurden Ersatzverfahren für die jeweilige Analyse herangezogen. Für die statistische Auswertung der Hypothesen kamen die folgenden Verfahren zur Anwendung:

- Reliabilitätsanalysen zur internen Konsistenz der Fragebögen.
- Deskriptivstatistische Verfahren zur Beschreibung der Stichprobe und der Ergebnisse/Scores in den vorgegeben Fragebögen.
- T-Tests (bzw. entsprechende Ersatzverfahren bei Verletzung der Voraussetzungen) für Hypothese 1.a, Hypothesen 4.a und 4.b und Hypothese 10
- Varianzanalysen (bzw. entsprechende Ersatzverfahren bei Verletzung der Voraussetzungen) für Hypothese 1.b, Hypothese 5 und Hypothese 11
- Korrelationsberechnungen für die folgenden Hypothesen: 2, 3, 6.a, 6.b., 7, 8, 9
- Multiple Regressionsanalysen für die Hypothesen 13.a und 13.b

8. Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie präsentiert. Zunächst erfolgt eine Darstellung der Analysen zur internen Konsistenz, der deskriptiven Auswertung und der hypothesenspezifischen Ergebnisse. Anschließend werden die, durch zusätzliche Analysen gewonnenen Resultate angeführt.

8.1. Vorbemerkung

Wie bereits im Abschnitt zur Stichprobenbeschreibung erwähnt, nahmen insgesamt 13 PsychotherapeutInnen an der Befragung teil, die noch nie mit traumatisierten KlientInnen gearbeitet hatten. Dieser Umstand hat Konsequenzen für die Auswertung der Daten, da sich insgesamt vier Items der ProQOL explizit auf die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen beziehen, die sich sowohl in der STS – Skala (Items 9, 14, 28), als auch in der Burnout – Skala (Item 8) befinden. Die genannten 13 Personen konnten diese Fragen somit nicht sinnvoll beantworten. Für diese Gruppe wurden reduzierte Scores für die beiden Skalen berechnet, in welche die genannten Items nicht miteinbezogen wurden, um trotzdem einen „allgemeinen“ Eindruck über deren Belastung zu erhalten. Ein Vergleich dieser Gruppe mit anderen PsychotherapeutInnen, die traumatisierte KlientInnen betreuen, erscheint zwar interessant, ist jedoch aufgrund der kleinen Anzahl dieser Gruppe ($n = 13$) und der Probleme in Bezug auf die Skalen – Auswertung nur sehr eingeschränkt möglich. In die nachfolgenden statistischen Analysen wurden die betreffenden 13 Personen daher nicht miteinbezogen, eine deskriptive Beschreibung dieser Gruppe wurde jedoch vorgenommen und ist im Abschnitt 6.4.7.8. zu finden. Die „neue“ Gesamtstichprobe mit $n = 133$ wird mit einem tiefgestellten „r“ für „reduziert“ gekennzeichnet: „Gesamtstichprobe_r“.

8.2. Ergebnisse zur internen Konsistenz

Für die verwendeten Fragebögen bzw. Skalen wurden anhand der vorliegenden Daten der Gesamtstichprobe_r ($n = 133$) Werte für die interne Konsistenz berechnet. Die interne Konsistenz liegt im Falle der Skala „Secondary Traumatic Stress“ der ProQOL bei $\alpha =$

.65, für die „Burnout“ – Skala bei $\alpha = .55$ und für „Compassion Satisfaction“ beträgt sie $\alpha = .80$.

Für den PPR-Fragebogen liegt die interne Konsistenz bei $\alpha = .94$. Die Skala „Zufriedenheit mit Arbeit und Beruf“ des FLZ weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .78$ auf, für die Skala „Zufriedenheit mit der finanziellen Lage“ beträgt diese $\alpha = .90$.

8.3. Deskriptive Analyse

Der Mittelwert der Gesamtstichprobe_r für die Skala „Secondary Traumatic Stress“ der ProQOL liegt bei 17.3 ($SD = 3.5$) und nach Stamm (2010) somit im niedrigen Bereich. Mit einem Maximalwert von 26 liegen alle Summenscores der Gesamtstichprobe_r im niedrigen bis mittleren Bereich der STS – Skala.

Auch der Durchschnittswert der „Burnout“ – Skala liegt mit 20.4 ($SD = 3.6$) noch im niedrigen Bereich (Stamm, 2010). Insgesamt liegen die Summenscores der Gesamtstichprobe_r auf dieser Skala zwischen 11 und 33, und somit ebenfalls im niedrigen bis mittleren Bereich (Stamm, 2010).

Für die Skala „Compassion Satisfaction“ wurde ein Mittelwert von 40.1 ($SD = 4.4$) berechnet, der sich der nach der Einteilung von Stamm (2010) im mittleren Bereich befindet. Die Summenscores der Gesamtstichprobe_r liegen auf dieser Skala zwischen 28 und 50, also im mittleren bis hohen Bereich.

Der durchschnittliche Summenscore im PPR – Fragebogen beträgt für die Gesamtstichprobe_r 61.1 ($SD = 18.2$). Die durchschnittlichen Summenscores für die einzelnen Subskalen sind in Tabelle 4 aufgelistet, wobei zu beachten ist, dass diese auf unterschiedlichen Itemzahlen basieren und somit nicht direkt untereinander vergleichbar sind.

Für die Skala „Arbeit und Beruf“ des FLZ ergab sich für die Gesamtstichprobe_r ein Mittelwert von 40.4 ($SD = 5.5$), für die Skala „Finanzielle Lage“ lag dieser bei 37.5 ($SD = 7.4$).

Tabelle 4 fasst die genannten Stichprobenwerte für die verschiedenen Fragebögen überblicksmäßig zusammen.

Tabelle 4

Deskriptive Statistiken für die Gesamtstichprobe_r (n = 133)

Fragebogen / Skala	M	SD	Min.	Max.
ProQOL				
Secondary Traumatic Stress	17.3	3.5	8	26
Burnout	20.4	3.6	11	33
Compassion Satisfaction	40.1	4.4	28	50
PPR				
	61.1	18.2	9	97
Neue Möglichkeiten	14.5	5.0	2	25
Beziehungen zu anderen	17.5	5.8	0	29
Wertschätzung des Lebens	9.8	2.9	0	15
Persönliche Stärke	12.7	3.6	0	20
Religiöse Veränderungen	3.8	2.7	0	10
FLZ				
Arbeit und Beruf	40.4	5.5	21	49
Finanzielle Lage	37.5	7.4	15	49

8.4. Inferenzstatistische Analyse

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der inferenzstatistischen Hypothesenprüfung dargestellt. Für alle Verfahren wurde eine Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ gewählt. Als Entscheidungsgrundlage für die Durchführung und Auswertung statistischer Verfahren wurde Field (2009) herangezogen. Die statistischen Analysen beziehen sich auf die „reduzierte“ Gesamtstichprobe_r (n = 133).

An dieser Stelle sei nochmals angemerkt, dass sich die Variable „Sekundäres Posttraumatisches Wachstum“ (SPW) immer auf die entsprechenden Messungen im PPR-Fragebogen bezieht, der für die Erfassung dieses Konstrukts herangezogen wurde. Im Zuge der statistischen Analysen zu SPW zeigten sich mit einer Ausnahme (s. Abschnitt 8.4.9.) keine Unterschiede zwischen der Betrachtung des PPR – Gesamtwerts

und der einzelnen PPR-Subskalen. Daher werden die Ergebnisse zu den einzelnen PPR – Subskalen (mit einer Ausnahme) nicht extra angeführt.

8.4.1. Hypothesen 1.a und 1.b

Hypothese 1.a betrifft die Frage, ob sich jene PsychotherapeutInnen, die derzeit mit traumatisierten KlientInnen arbeiten ($n = 101$) von PsychotherapeutInnen, die dies derzeit nicht tun ($n = 32$) bzgl. der abhängigen Variablen (AV) STS, Burnout und SPW unterscheiden.

Da im Falle der AV Burnout nicht von einer Normalverteilung der Daten innerhalb einer der Gruppen ($n = 101$) ausgegangen werden konnte, wurde von einer multivariaten Auswertung abgesehen und einzelne T – Tests für STS und SPW, sowie ein Mann – Whitney – U – Test für Burnout berechnet.

Der Vergleich der beiden Gruppen fiel sowohl für STS ($t(131) = -1.46; p > .05$), für Burnout ($z = -.97 p > .05$) als auch für SPW ($t(131) = -.33; p > .05$) nicht signifikant aus.

Hypothese 1.b bezieht sich auf Unterschiede zwischen drei Gruppen von PsychotherapeutInnen, die jeweils mit einer unterschiedlichen Anzahl an traumatisierten KlientInnen arbeiten. Die erste Gruppe betreute derzeit keine traumatisierten KlientInnen ($n = 32$), die zweite Gruppe betreute 1 – 3 traumatisierte KlientInnen ($n = 50$) und die dritte Gruppe arbeitete mit mehr als 3 traumatisierten KlientInnen ($n = 51$).

Ob sich die drei Gruppen hinsichtlich der drei AV unterscheiden wurde mittels multivariater Varianzanalyse (MANOVA) überprüft. Die Voraussetzungen betreffend ist festzuhalten, dass von einer Normalverteilung der drei AV innerhalb der drei Gruppen und von einer Homogenität der Kovarianzen (Überprüfung mittels Box – M – Test) ausgegangen werden kann. Insgesamt wurden im Zuge der MANVOA, unter Verwendung der Pillai-Spur, keine signifikanten Effekte gefunden: $F(6, 258) = .78, p > .05$. Die Gruppen scheinen sich hinsichtlich STS, Burnout und SPW nicht voneinander zu unterscheiden. Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Gruppen bzgl. STS, Burnout und SPW sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5

Mittelwerte und Standardabweichungen für Gruppen von PsychotherapeutInnen, unterteilt nach Anzahl traumatisierter KlientInnen

Gruppen	N	M (SD)		
PsychotherapeutInnen mit:				
derzeit traumatisierten Klientinnen (insgesamt)	101	STS 17.6 (3.4)	Burnout 20.4 (3.7)	SPW 61.4 (17.3)
davon				
mit 1-3 traumatisierten K.	50	17.2 (3.7)	19.9 (3.6)	60.8 (17.1)
mit mehr als 3 traumatisierten K.	51	15.4 (2.7)	21.1 (4.3)	57.3 (17.4)
derzeit <u>keinen</u> traumatisierten Klientinnen	32	16.5 (3.6)	20.5 (3.4)	60.2 (21.1)

Auch andere Gruppeneinteilungen (z.B. Vergleich von PsychotherapeutInnen, die gegenwärtig mit mehr als fünf/acht traumatisierten KlientInnen arbeiten mit PsychotherapeutInnen, die derzeit weniger oder gar keine traumatisierten KlientInnen betreuen) führten zu keinen signifikanten Ergebnissen.

8.4.2. Hypothese 2

Hypothese 2 betrifft die Frage nach einem Zusammenhang zwischen der sekundären Trauma – Exposition und STS, Burnout bzw. SPW.

Wie bereits in Abschnitt 5.2.2. angeschnitten wurde, kann sekundäre Trauma – Exposition unterschiedlich operationalisiert werden. In der vorliegenden Studie wurden die folgenden Maße herangezogen:

- Anzahl der traumatisierten KlientInnen, die derzeit betreut werden

- Stundenanzahl pro Woche, die derzeit mit traumatisierten KlientInnen verbracht wird
- Aktueller Prozentsatz der traumatisierten KlientInnen an der Gesamtzahl der derzeit betreuten KlientInnen (errechnet aus den beiden entsprechenden Angaben)

Für STS, für Burnout und für SPW wurden Zusammenhänge mit jedem der drei Maße für sekundäre Trauma – Exposition mittels Korrelationsanalysen über die Gesamtstichprobe_r (n = 133) berechnet. Da alle drei Maße für sekundäre Trauma – Exposition nicht als normalverteilt angesehen werden können, wurden ausschließlich Spearman – Korrelationen (r_s) berechnet.

Das einzige signifikante Ergebnis betrifft die Korrelation zwischen STS und der Anzahl an traumatisierten KlientInnen. Es handelt sich um einen positiven, signifikanten Zusammenhang ($r_s = .18$, $p < .05$). Für Burnout und SPW konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit den beschriebenen Maßen für sekundäre Trauma – Exposition gefunden werden. Die angeführten Ergebnisse sind im Detail in Tabelle 6 dargestellt.

Zusätzlich zur gegenwärtigen sekundären Trauma – Exposition wurden auch Maße für die Exposition im vergangenen Jahr erhoben. Die TeilnehmerInnen wurden um entsprechende Schätzungen für die drei Maße (Anzahl, Prozentsatz, Stunden) im letzten Jahr gebeten. Es ergaben sich ausschließlich für STS signifikante Korrelationen, allerdings mit allen drei Maßzahlen. Aufgrund von Normalverteilungsverletzungen wurden auch hier ausschließlich Spearman – Korrelationen berechnet. Zwischen STS und der Anzahl betreuter traumatisierter KlientInnen im letzten Jahr ergab sich eine Korrelation von $r_s = .26$ ($p < .01$). Zwischen STS und den Stunden pro Woche, die im letzten Jahr durchschnittlich mit traumatisierten KlientInnen verbracht wurden, wurde eine ähnliche hohe Korrelation ($r_s = .24$, $p < .01$) gefunden, zwischen STS und dem Prozentsatz traumatisierter KlientInnen eine etwas niedrigere Korrelation ($r_s = .19$, $p < .05$).

Zwischen SPW bzw. Burnout und den angeführten Maßen zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Tabelle 6

Korrelationen zwischen STS/Burnout/SPW und Maßen für sekundäre Trauma - Exposition

Korrelationen (Spearman)			
Sekundäre Trauma – Exposition (aktuell)			
	Anzahl traumatisierter KlientInnen	Stundenanzahl verbracht mit traumatisierten KlientInnen	Prozentsatz traumatisierter KlientInnen
STS	.18*	.16	.13
Burnout	.00	.05	-.04
SPW	.07	.04	.01

Anmerkung. n = 133, * $p < .05$

8.4.3. Hypothese 3

Die dritte Hypothese betrifft den Zusammenhang zwischen der aktuellen Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit und STS, Burnout bzw. SPW. Die aktuelle Belastung wurde durch eine entsprechende Frage im ETI erhoben (s. Abschnitt 5.4.4.). Da die Normalverteilung für diese Variable nicht gegeben war, wurden nur Korrelationsberechnungen nach Spearman durchgeführt. Die Korrelationen wurden nur für jenen Teil der Gesamtstichprobe_r berechnet, welcher von mindestens einem potentiellen traumatischen Erlebnis im ETI berichtete (n = 126). Die aktuelle Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit stand in einem signifikanten, positiven Zusammenhang mit STS ($r_s = .29$, $p < .01$). Die Korrelationen zwischen Burnout und der eigenen Trauma – Belastung sowie zwischen SPW und der eigenen Trauma – Belastung fielen nicht signifikant aus. Die Ergebnisse sind im Detail in Tabelle 7 angeführt.

Tabelle 7

Korrelationen zwischen der Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit und STS/Burnout/SPW

	Korrelationen (Spearman)		
	STS	Burnout	SPW
Belastung durch eigene traumatische Vergangenheit	.29**	.16	.08

Anmerkung. n = 126, ** $p < .01$

8.4.4. Hypothesen 4.a und 4.b

Hypothese 4.a betrifft den Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen mit (n = 65) und PsychotherapeutInnen ohne spezielle Aus- /Fortbildung (n = 68) für den Bereich der Trauma – Therapie in Bezug auf STS, Burnout und SPW. Die Daten wurden anhand eines multivariaten T – Tests ausgewertet. Aufgrund entsprechender Überprüfung der Voraussetzungen kann von einer Normalverteilung innerhalb der Gruppen und von einer Homogenität der Kovarianzen ausgegangen werden. Es konnte kein signifikanter Effekt gefunden werden ($F(3, 129) = .65, p > .05$). Die beiden Gruppen scheinen sich hinsichtlich STS, Burnout und SPW nicht voneinander zu unterscheiden.

Hypothese 4.b thematisiert den Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen, die derzeit Supervision erhalten (n = 97) und PsychotherapeutInnen, die derzeit keine Supervision in Anspruch nehmen (n = 36). Die Daten wurden auch hier anhand eines multivariaten T – Tests ausgewertet, es konnte kein signifikanter Effekt gefunden werden ($F(3, 129) = .95, p > .05$).

Mittelwerte und Standardabweichungen der Gruppen aus Hypothesen 4.a und 4.b sind in Tabelle 8 angeführt.

Tabelle 8

Mittelwerte und Standardabweichungen für PsychotherapeutInnen eingeteilt nach Fortbildung und Supervision

Gruppen	N	M (SD)		
Aus-/Fortbildung im Bereich der Trauma – Therapie	65	STS 17.5 (3.6)	Burnout 20.4 (3.6)	SPW 63.4 (18.8)
Keine Aus-/Fortbildung im Bereich der Trauma – Therapie	68	17.1 (3.5)	20.4 (3.7)	59 (17.5)
Derzeit Supervision	97	17.6 (3.6)	20.6 (3.8)	61.6 (17.9)
Derzeit keine Supervision	36	16.6 (3.3)	19.7 (3)	59.8 (19.1)

8.4.5. Hypothese 5

Hypothese 5 beschäftigt sich mit dem Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen aus unterschiedlichen beruflichen Settings bezüglich STS, Burnout und SPW. Gruppe 1 umfasst PsychotherapeutInnen, die in mehreren beruflichen Settings tätig sind ($n = 55$), Gruppe 2 umfasst PsychotherapeutInnen, die in einem ambulanten bzw. stationären Setting oder in anderen Organisationen arbeiten ($n = 23$), und Gruppe 3 inkludiert jene Personen, die in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis ($n = 55$) tätig sind. Mittelwerte und Standardabweichungen der drei Gruppen sind Tabelle 9 zu entnehmen.

Aufgrund eines signifikanten Box – M – Tests ($p < .05$) kann nicht von einer Homogenität der Kovarianzen ausgegangen werden, weshalb auf die Durchführung einer MANOVA verzichtet wurde. Für die Variablen STS und SPW wurden jeweils univariate Varianzanalysen gerechnet.

Da für die AV Burnout die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht als erfüllt angesehen werden konnte, wurde in diesem Fall auf einen Kruskal – Wallis – H – Test zurückgegriffen.

Tabelle 9

Mittelwerte und Standardabweichungen für PsychotherapeutInnen in unterschiedlichen beruflichen Settings

Gruppen	N	M (SD)		
1. Arbeit in mehreren beruflichen Settings	55	STS 17.5 (3.4)	Burnout 21.1 (4.5)	SPW 62 (18.1)
2. Ambulantes oder stationäres Setting oder andere Institution	23	16.8 (2.8)	21 (2.9)	60.3 (14.4)
3. Einzel-/Gemeinschaftspraxis	55	17.4 (3.9)	19.5 (2.8)	60.6 (19.9)

In Bezug auf STS ($F(2, 130) = .34, p > .05$) und SPW ($F(2, 130) = .11, p > .05$) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beruflichen Settings gefunden werden. Der Gruppenvergleich hinsichtlich Burnout fiel jedoch signifikant aus ($H(2) = 6.63, p < .05$).

Betrachtet man die mittleren Ränge (MR) der drei Gruppen bzgl. Burnout, so zeigt sich, dass Gruppe 3 ($MR = 57$) niedrigere Werte aufweist als Gruppe 1 ($MR = 72.3$) und Gruppe 2 ($MR = 78$). Gruppe 2, also jene TeilnehmerInnen, die in einem ambulanten, stationären oder vereinsähnlichen Setting arbeiten, hatten demnach die höchsten Ränge auf der Burnout – Skala. Für Gruppe 2 und Gruppe 3 wurde anschließend ein Mann – Whitney – U – Test durchgeführt, der ebenfalls signifikant ausfiel ($z = -2.45, p < .05$). Gruppe 2 ($MR = 49.2$) scheint demnach signifikant höhere Burnout – Ausprägungen aufzuweisen als Gruppe 3 ($MR = 35.5$).

Die Ergebnisse der Gruppenvergleiche sind Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10

Gruppenvergleiche nach beruflichem Settings hinsichtlich STS, SPW und Burnout

Gruppenvergleiche								
ANOVA								
	STS				SPW			
	F	df _M	df _R	Sig.	F	df _M	df _R	Sig.
Berufliches Setting	.34	2	130	.715	.11	2	130	.895
Kruskal – Wallis – H								
	Burnout							
	H	df	Sig.					
Berufliches Setting	6.63	2	.04*					

Anmerkung. * $p < .05$.

8.4.6. Hypothesen 6.a und 6.b

Hypothese 6.a betrifft den Zusammenhang zwischen der allgemeinen Zufriedenheit mit dem eigenen Beruf und STS, Burnout bzw. SPW. Da die Variable der Arbeitszufriedenheit keine Normalverteilung aufweist, wurden ausschließlich Korrelationen nach Spearman berechnet.

Zwischen Burnout und Arbeitszufriedenheit wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang gefunden ($r_s = -.61, p < .01$), zwischen Arbeitszufriedenheit und SPW ein signifikanter positiver Zusammenhang ($r_s = .27, p < .01$). Für STS und Arbeitszufriedenheit ergab sich keine signifikante Korrelation ($r_s = -.09, p > .05$).

Für Hypothese 6.b wurde der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage und STS, Burnout bzw. SPW berechnet. Da die Normalverteilung

innerhalb der Variable „Zufriedenheit mit der finanziellen Lage“ nicht gegeben war, wurden auch hier ausschließlich Korrelationsberechnungen nach Spearman durchgeführt. Zwischen Burnout und der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage wurde ein signifikanter, negativer Zusammenhang gefunden ($r_s = -.41, p < .01$), zwischen SPW und der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage eine signifikante, positive Korrelation ($r_s = .29, p < .01$). Zwischen STS und finanzieller Zufriedenheit ließ sich kein Zusammenhang feststellen ($r_s = -.04, p > .05$).

8.4.7. Hypothese 7

Überprüft man die Interkorrelationen zwischen STS, Burnout und SPW, so zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen STS und Burnout ($r = .37, p < .01$) sowie zwischen STS und SPW ($r = .27, p < .01$). Zwischen Burnout und SPW wurde kein signifikanter Zusammenhang festgestellt ($r = -.08, p > .05$). Für alle drei Variablen kann von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden, weshalb ausschließlich Pearson – Korrelationen berechnet wurden.

8.4.8. Hypothese 8

Des Weiteren wurden Zusammenhänge der interessierenden Variablen mit dem Konstrukt der „Compassion Satisfaction“ (CS) nach Stamm (2005; 2010) berechnet. Auch hier kamen ausschließlich Pearson – Korrelationen zur Anwendung, da von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden konnte. Die Korrelation zwischen CS und STS fiel nicht signifikant aus ($r = -.003, p > .05$), es konnten jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen CS und Burnout ($r = -.44, p < .01$), sowie zwischen CS und SPW ($r = .41, p < .01$) festgestellt werden.

8.4.9. Hypothese 9

Zwischen SPW und der Anzahl *traumatisierter* Klientinnen konnte zwar keine signifikante Korrelation festgestellt werden, allerdings zeigte sich ein schwacher, signifikanter Zusammenhang (Korrelation nach Spearman) zwischen SPW und der allgemeinen Anzahl *aller* Klientinnen, die zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt betreut wurden ($r_s = .18, p < .05$). Betrachtet man die Subskalen des PPR – Fragebogens näher, so zeigt sich, dass ausschließlich die Skalen „Wertschätzung des Lebens“ ($r_s = .18$,

$p < .05$) und „Persönliche Stärken“ ($r_s = .20$, $p < .05$) mit der allgemeinen Anzahl aller KlientInnen korrelieren.

8.4.10. Hypothese 10

Interessant scheint weiters die Frage, ob die Art des eigenen Traumas Einfluss auf Maße für sekundären traumatischen Stress hat. Da dies nicht die Hauptfragestellungen betrifft, wurde hinsichtlich der Art des eigenen Traumas ausschließlich die Frage überprüft, ob sich jene TeilnehmerInnen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben ($n = 33$) von jenen TeilnehmerInnen unterscheiden, die keinen sexuellen Missbrauch erlebt haben ($n = 100$). In die Kategorie „sexueller Missbrauch“ fielen all jene TeilnehmerInnen, die im ETI angaben, dass sie sexuellen Missbrauch in der Kindheit oder im Erwachsenenalter persönlich oder als Zeuge erlebt haben. Da die Voraussetzungen als erfüllt angesehen werden konnten, wurde ein T – Test berechnet, der signifikant ausfiel ($t(131) = -2.12$, $p < .05$). Die Gruppe der PsychotherapeutInnen, die angaben, sexuellen Missbrauch persönlich oder als Zeuge erlebt zu haben ($M = 18.4$, $SD = 3.1$), zeigten signifikant höhere STS – Werte als jene PsychotherapeutInnen, die nicht von sexuellem Missbrauch berichteten ($M = 17$, $SD = 3.5$).

8.4.11. Hypothese 11

Auch Unterschiede zwischen PsychotherapeutInnen in verschiedenen beruflichen Settings hinsichtlich ihrer beruflichen und finanziellen Zufriedenheit wurden überprüft. Die Standardabweichungen und Mittelwerte für die Zufriedenheit mit Arbeit und Beruf (AZ) und für die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage (FZ) der drei Gruppen sind in Tabelle 11 angeführt. Da die Normalverteilung der Daten für die drei Gruppen im Falle der AV „Zufriedenheit mit Arbeit und Beruf“ nicht gegeben war, wurde für diese Variable ein Kruskal – Wallis – Test berechnet. Dieser fiel signifikant aus ($H(2) = 12.6$, $p < .01$). Analysiert man die Mittelwerte (Tabelle 11) oder die mittleren Ränge (MR) der Gruppen, so zeigt sich, dass PsychotherapeutInnen, die in mehreren beruflichen Settings arbeiten (Gruppe 1), eine niedrigere Arbeitszufriedenheit aufweisen ($MR = 54.8$) als PsychotherapeutInnen der Gruppe 2 ($MR = 63.7$) oder Gruppe 3 ($MR = 80.6$). PsychotherapeutInnen, die ausschließlich in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen arbeiten, weisen die höchsten Werte für Arbeitszufriedenheit auf.

Tabelle 11

Mittelwerte und Standardabweichung zur beruflichen und finanziellen Zufriedenheit in verschiedenen beruflichen Settings

Gruppen	N	M (SD)	
1. Arbeit in mehreren beruflichen Settings	55	AZ 38.7 (5.9)	FZ 36.8 (7.1)
2. Ambulantes oder stationäres Setting oder andere Institution	23	40.3 (4.3)	36.7 (7.2)
3. Einzel-/Gemeinschaftspraxis	55	42.2 (5)	38.5 (7.6)

Die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Varianzanalyse konnte im Falle der Variable „Zufriedenheit mit der finanziellen Lage“ angenommen werden. Diese fiel nicht signifikant aus ($F(2, 130) = 0.89, p > .05$), die Gruppen scheinen sich hinsichtlich finanzieller Zufriedenheit nicht voneinander zu unterscheiden.

8.4.12. Hypothese 12

Auch Geschlechtsunterschiede wurden überprüft, die entsprechenden Mittelwerte und Standardabweichungen sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Tabelle 12

Mittelwerte und Standardabweichungen für Männer und Frauen

Geschlecht	N	M (SD)		
		STS	Burnout	SPW
Männer	24	17 (3.2)	20.5 (4.4)	66.9 (16.9)
Frauen	109	17.4 (3.6)	20.4 (3.5)	59.8 (18.3)

In einem multivariaten T – Test konnten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich STS, Burnout oder SPW gefunden werden ($F(3, 129) = 1.5, p > .05$).

8.4.13. Hypothesen 13.a und 13.b

Um zu überprüfen, welche Faktoren STS bzw. SPW am besten voraussagen können, wurden für die beiden Variablen multiple Regressionsanalysen berechnet. Die Entscheidungen darüber, welche Variablen als Prädiktoren ausgewählt werden, basieren auf Überlegungen zu bisherigen Forschungsergebnissen, die sich teilweise auch in den Hauptfragestellungen wiederfinden, sowie auf Überlegungen zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Weiters wurde darauf geachtet, dass zwischen den inkludierten Prädiktorvariablen keine zu hohen Interkorrelationen bestehen. Insgesamt sind die Regressionsanalysen als explorative Ergänzung zu den bisherigen Ergebnissen zu sehen.

Für STS wurden die Variablen „Anzahl traumatisierter Klientinnen“, „Fort-/Ausbildung für Trauma – Therapie“, „derzeitige Supervision“ sowie „Belastung durch eigenes Trauma“ in die Regressionsanalyse inkludiert. Die Regressionsanalyse wurde mit der Methode „Einschluss“ durchgeführt. Im ersten Schritt wurden die Variablen „Anzahl traumatisierter Klientinnen“, und „Fort-/Ausbildung für Trauma – Therapie“ und „derzeitige Supervision“ inkludiert, da diese in der Literatur bereits als mögliche Einflussfaktoren kontrovers diskutiert wurden. Im zweiten Schritt wurde die Variable „Belastung durch eigenes Trauma“ der Analyse hinzugefügt, da diese aufgrund der Ergebnisse in der vorliegenden Studie als möglicher Prädiktor in Frage kommt.

Wie die Ergebnisse zeigen, konnte das erste getestete Modell (Schritt 1) die Daten nicht signifikant vorhersagen ($F(3,127) = .93, p > .05$), das zweite getestete Modell (Schritt 2) jedoch schon ($F(4,126) = 5.1, p < .01$). R^2 betrug für das zweite Modell 0.126, somit konnten 12.6 % der Varianz erklärt werden. Wie Tabelle 13 zeigt, erwies sich die Belastung durch das eigene Trauma unter den inkludierten Variablen als einziger signifikanter Prädiktor für STS.

Tabelle 13

Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage von STS

Variable	B	SE B	β
Schritt 1			
Anzahl traumatisierter Klientinnen	0.04	0.05	0.07
Fortbildung (Trauma – Therapie)	-0.22	0.64	-0.03
Derzeitige Supervision	-0.78	0.71	-0.1
Schritt 2			
Anzahl traumatisierter Klientinnen	0.02	0.05	0.04
Fortbildung (Trauma – Therapie)	-0.19	0.60	-0.03
Derzeitige Supervision	-0.86	0.67	-0.11
Belastung durch eigenes Trauma	1.15	0.29	0.33***

Anmerkung. *** $p < .001$

Die Annahme, dass keine Multikollinearität in den Daten besteht, konnte nach Überprüfung der VIF- und Toleranzstatistiken gehalten werden. Die Durbin – Watson – Statistik legt nahe, dass die Residuen des Modells tendenziell unabhängig bzw. unkorreliert sind. Aufgrund eines nicht signifikanten K–S–Tests kann auch die Normalverteilung der Residuen angenommen werden. Von Homoskedastizität der Daten kann nach Analyse der entsprechenden Streudiagramme ebenfalls ausgegangen werden.

An dieser Stelle sei Folgendes angemerkt: Anstatt die Anzahl der gegenwärtig betreuten traumatisierten KlientInnen als Maß für die *aktuelle* sekundäre Trauma – Exposition zu inkludieren, kann dieselbe Regressionsanalyse auch mit der Variable „Anzahl traumatisierter KlientInnen im letzten Jahr“ durchgeführt werden (die beiden Maße sollten aufgrund von zu hohen Interkorrelationen nicht gleichzeitig in die Regressionsanalyse eingehen). Dies führt jedoch zu demselben Ergebnis: Auch die Anzahl traumatisierter KlientInnen im letzten Jahr stellt keinen signifikanten Prädiktor für STS dar, die Belastung durch die eigene traumatische Vergangenheit jedoch schon.

Für SPW wurden im ersten Schritt ebenfalls jene Variablen inkludiert, die in der bisherigen Literatur mit SPW in Verbindungen gebracht wurden, nämlich „Anzahl traumatisierter Klientinnen“, „Gesamtzahl der Klientinnen“ und „STS“. In Schritt zwei

wurde als Variable auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Studie zusätzlich die Variable „Compassion Satisfaction“ (CS) inkludiert. Die Überprüfung des ersten Modells (Schritt 1) fiel signifikant aus ($F(3,129) = 4.07, p < .01$). R^2 des ersten Modells betrug 0.086, somit konnten im ersten Schritt 8.6 % der Varianz erklärt werden. Die Überprüfung des zweiten Modells (Schritt 2) fiel ebenfalls signifikant aus ($F(4,128) = 10.5, p < .001$), wobei R^2 bei 0.248 lag und somit höher ausfiel. 24.8 % der Varianz konnten mit dem zweiten Schritt erklärt werden. Wie sich zeigt (Tabelle 14), war STS der einzige signifikante Prädiktor im ersten Schritt, während im zweiten Schritt STS und CS die beiden einzigen signifikanten Prädiktoren darstellten.

Tabelle 14

Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage von SPW

Variable	B	SE B	β
Schritt 1			
Anzahl traumatisierter Klientinnen	-0.13	0.29	-0.04
Gesamtzahl der Klientinnen	0.14	0.10	0.14
STS	1.29	0.44	0.25**
Schritt 2			
Anzahl traumatisierter Klientinnen	-0.23	0.26	-0.08
Gesamtzahl der Klientinnen	0.08	0.09	0.08
STS	1.36	0.40	0.26**
CS	1.71	0.33	0.41***

Anmerkung. ** $p < 0.01$. *** $p < .001$

Die Annahme, dass keine Multikollinearität in den Daten besteht, konnte nach Überprüfung der VIF- und Toleranzstatistiken auch hier gehalten werden. Hinsichtlich der Annahme unkorrelierter Residuen liegt die Durbin–Watson–Statistik mit 2.4 zumindest noch in einem akzeptablen Bereich. Die Normalverteilung der Residuen kann aufgrund des nicht signifikanten K – S – Tests angenommen werden. Von Homoskedastizität der Daten kann ebenfalls ausgegangen werden.

8.5. Zusätzliche Analysen

Abschließend sollen zusätzliche, deskriptive Ergebnisse für die aus den inferenzstatistischen Berechnungen exkludierten Personen angeführt sowie die Kommentare der TeilnehmerInnen zum Fragebogen analysiert werden.

8.5.1. Deskriptive Ergebnisse für die exkludierten Personen

Die Stichprobe jener 13 Personen, die noch nie mit traumatisierten Klientinnen gearbeitet haben, und somit nicht in die inferenzstatistische Analyse miteingegangen sind, soll im Folgenden mit deskriptiven Mitteln charakterisiert werden.

Die Stichprobe setzt sich aus 9 Frauen (69.2 %) und 4 Männern (30.8 %) zusammen. Das durchschnittliche Alter liegt bei 43.9 ($SD = 8.6$) Jahren. 9 Personen arbeiten in Wien (69.2 %), 2 in Niederösterreich (15.4 %), eine Person in Salzburg (7.7 %) und eine in Tirol (7.7 %). 3 Personen der Stichprobe (23 %), befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in Psychotherapie – Ausbildung die durchschnittliche Berufsdauer der übrigen 10 Personen liegt bei 10.2 Jahren ($SD = 5.8$). Die durchschnittliche Arbeitszeit der Stichprobe beträgt 29.5 Stunden pro Woche ($SD = 15.7$). Tabelle 15 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der Stichprobe ($n = 13$) für die erhobenen Variablen. Für die beiden Skalen (STS, Burnout) im ProQOL, deren Scores aufgrund der Itemformulierungen für diese Stichprobe nicht vollständig berechnet werden konnten, wurden „reduzierte“ Scores berechnet, welche die entsprechenden Items nicht mehr inkludierten.

Für einen deskriptiven Vergleich werden die entsprechenden Werte der zweiten Stichprobe („Gesamtstichprobe“, $n = 133$) in Tabelle 15 ebenfalls angeführt.

Tabelle 15

Mittelwerte und Standardabweichungen für n = 13 und n = 133

Fragebogen / Skala	M (SD)	
	n = 13	n = 133
ProQOL		
STS – „reduziert“	13.2 (2.4)	13.4 (2.8)
Burnout – „reduziert“	19.8 (4.4)	18.9 (3.5)
Compassion Satisfaction	39.1 (6.8)	40.1 (4.4)
PPR		
	57.3 (17.4)	61.1 (18.2)
Neue Möglichkeiten	13.5 (5.7)	14.5 (5.0)
Beziehungen zu anderen	16.9 (5.9)	17.5 (5.8)
Wertschätzung des Lebens	9.4 (2.8)	9.8 (2.9)
Persönliche Stärke	11.9 (3.9)	12.7 (3.6)
Religiöse Veränderungen	2.6 (2.2)	3.8 (2.7)
FLZ		
Arbeit und Beruf	38.3 (5.7)	40.4 (5.5)
Finanzielle Lage	37.5 (8.3)	37.5 (7.4)

8.5.2. Analyse der Kommentare zum Fragebogen

Am Ende des Fragebogens bestand die Möglichkeit, eigene Anmerkungen und Kommentare zur Studie hinzuzufügen. Insgesamt nutzten 42 Personen (28.8 %) der 146 TeilnehmerInnen diese Möglichkeit. Wenn sich die TeilnehmerInnen explizit bezüglich der Inhalte des Fragebogens äußerten, so betraf dies am häufigsten den letzten Teil, den PPR – Fragebogen. Da so gut wie alle Anmerkungen (insgesamt 14) zu diesem Teil ähnlichen Inhalts waren, erscheint es mit Hinblick auf Implikationen für Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen sinnvoll, den Inhalt dieser Anmerkungen kurz zusammenzufassen. Für manche der TeilnehmerInnen schien demnach nicht ganz

eindeutig, worauf sich die, in den PPR – Items angeführten Veränderungen inhaltlich beziehen. Dies betraf vor allem Unklarheiten darüber, ob angegeben werden sollte, inwiefern diese Veränderungen *generell* eingetroffen sind oder ob (und wie stark) diese Veränderungen durch den *Beruf* als Psychotherapeutin eingetroffen sind.

Folgender Kommentar einer Teilnehmerin fasst diesen Umstand zusammen:

Der letzte Teil hat mich ein bisschen verwirrt, da die Fragen und ihre Antwortmöglichkeiten nicht unmittelbar mit meiner Arbeit als Psychotherapeutin zu tun haben, sondern mit meiner eigenen Entwicklung als Person und damit meinen eigenen Ansichten, die ich wiederum einfließen lasse in die Arbeit.

Auch wurde angemerkt, dass bestimmte Eigenschaften als generell vorhanden angesehen werden (z.B. Verbundenheit mit anderen Menschen), und sich dadurch die Einschätzung über die Veränderung dieser Merkmale schwierig gestaltet hat oder die Fragen entsprechend unklar erschienen. Eine Teilnehmerin fügte hinzu, dass der Fragebogen nicht genug Raum für die Differenzierung dieser Aspekte zulässt. Zwei TeilnehmerInnen merkten an, dass die Fragen eher auf Veränderungen durch selbst erlebte, traumatische Ereignisse passen.

8.6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse sollen im Hinblick auf die Fragestellungen der Studie im Folgenden nochmals zusammengefasst werden.

In Bezug auf Hypothesen 1.a. und 1.b. lässt sich festhalten, dass keine Unterschiede gefunden wurden zwischen PsychotherapeutInnen, die derzeit mit traumatisierten KlientInnen arbeiten und PsychotherapeutInnen ohne traumatisierte KlientInnen, sowohl hinsichtlich STS und Burnout, als auch hinsichtlich SPW. Auch bei einer Unterteilung der PsychotherapeutInnen in Gruppen nach deren aktueller Anzahl betreuter traumatisierter KlientInnen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Hinsichtlich Hypothese 2 wurde eine signifikante positive Korrelation zwischen STS und der Anzahl der traumatisierten KlientInnen festgestellt ($r_s = .18$), ebenso zwischen STS und der Anzahl traumatisierter KlientInnen im letzten Jahr ($r_s = .26$). Diese Variablen

stellten jedoch keine signifikanten Prädiktoren in der Regressionsanalyse für STS dar. Zwischen Burnout und sekundärer Trauma – Exposition, sowie zwischen SPW und sekundärer Trauma – Exposition wurden keine signifikanten Zusammenhänge gefunden. SPW korrelierte jedoch mit der Anzahl *aller* derzeit betreuten KlientInnen ($r_s = .18$). Diese Variable war allerdings kein signifikanter Prädiktor in der Regressionsanalyse zu SPW.

Bezüglich Hypothese 3 wurde eine signifikante, positive Korrelation (Spearman) zwischen STS und der Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit ($r_s = .29$, $p < .01$) gefunden. Diese Variable stellte hinsichtlich STS den einzigen signifikanten Prädiktor in der Regressionsanalyse dar. Kein signifikanter Zusammenhang bestand zwischen dieser Variable und SPW bzw. Burnout. Eine Analyse hinsichtlich der Art des eigenen Traumas zeigte einen signifikanten Unterschied hinsichtlich STS zwischen Personen, die im ETI von sexuellem Missbrauch berichteten, und jenen, die dies nicht angaben.

Die Überprüfung der Hypothesen 4.a und 4.b zeigte, dass weder ein Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen mit und ohne spezielle Fortbildung im Bereich der Trauma – Therapie bestand, noch zwischen PsychotherapeutInnen mit und ohne derzeitige Supervision.

Bezüglich Hypothese 5 ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen aus unterschiedlichen beruflichen Settings feststellen, allerdings nur hinsichtlich Burnout und Arbeitszufriedenheit, und nicht in Hinblick auf STS oder SPW. Es zeigte sich eine Tendenz dahingehend, dass PsychotherapeutInnen, die ausschließlich in Einzel- oder Gruppenpraxen arbeiten, niedrigere Burnout – Werte und höhere Werte im Bereich der Arbeitszufriedenheit aufweisen, als PsychotherapeutInnen aus anderen Settings und als PsychotherapeutInnen, die in mehreren Settings tätig sind.

Schließlich lässt sich hinsichtlich der Hypothesen 6.a und 6.b eine signifikante negative Korrelation zwischen Burnout und Arbeitszufriedenheit ($r_s = -.61$) und eine signifikante positive Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und SPW festhalten ($r_s = .27$). Auch die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage stand in einem negativen Zusammenhang mit Burnout ($r_s = -.41$) und in einem positiven Zusammenhang mit SPW ($r_s = .29$). STS korrelierte weder mit beruflicher noch mit finanzieller Zufriedenheit signifikant.

Zusätzliche statistische Analysen ergaben eine signifikante positive Korrelation zwischen STS und Burnout ($r = .37$) und auch STS und SPW standen in einem positiven Zusammenhang ($r = .27$). Zwischen SPW und Burnout zeigte sich kein signifikanter

Zusammenhang. Anzuführen sind auch die Zusammenhänge mit „Compassion Satisfaction“: Zwischen CS und Burnout ließ sich eine signifikante negative Korrelation ($r = -.44$) feststellen, zwischen CS und SPW eine signifikante positive Korrelation ($r = .41$). Abschließend ist hinsichtlich der durchgeführten multiplen Regressionsanalyse für SPW festzuhalten, dass STS und CS die einzigen signifikanten Prädiktoren darstellten.

9. Interpretation und Diskussion

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der vorliegenden Studie interpretiert und diskutiert werden, zuerst im Hinblick auf Sekundäre Traumatisierung und anschließend bezüglich Sekundären Posttraumatischen Wachstums.

9.1. Sekundäre Traumatisierung

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse zur Sekundären Traumatisierung hinsichtlich der interessierenden Fragen diskutiert.

9.1.1. Sekundäre Traumatisierung in der vorliegenden Stichprobe

Da die Stichprobenwerte auf der STS – Skala insgesamt im eher niedrigen bis mittleren Bereich lagen, lässt sich ableiten, dass das Belastungsausmaß im Sinne der Sekundären Traumatisierung (operationalisiert nach Stamm) in dieser Stichprobe nicht besonders hoch ausfällt. Belastung durch sekundären traumatischen Stress scheint in dieser Stichprobe demnach kein schwerwiegendes oder häufiges Problem darzustellen. Ähnlich verhält es sich mit den Werten der Burnout – Skala, diese lagen ebenfalls im niedrigen bis maximal mittleren Bereich und deuten auf keine hohe Burnout – Belastung der Stichprobe hin. Die gefundenen Ergebnisse sind sogar noch etwas niedriger als beispielsweise bei Sprang et al. (2007) oder Ortlepp und Friedman (2002).

Hinsichtlich der Stichprobe ist zu sagen, dass es sich um PsychotherapeutInnen mit eher heterogenen KlientInnengruppen handelt, zumindest ist die Anzahl an PsychotherapeutInnen mit mehr als zehn traumatisierten KlientInnen sehr gering ($n = 10$, 6.1 %) und der durchschnittliche Prozentsatz traumatisierter KlientInnen an der Gesamtanzahl der KlientInnen liegt bei 16.4 %. Der Großteil der Stichprobe arbeitet also *nicht ausschließlich* mit traumatisierten KlientInnen.

Betrachtet man jene Studien, in welchen höhere Werte für Sekundäre Traumatisierung gefunden wurden, näher (s. Abschnitt 3.3.3.), so fällt auf, dass es sich bei den untersuchten Stichproben oftmals um Personen handelte, die in einem institutionellem Rahmen tätig waren, in welchem relativ homogene KlientInnengruppen betreut wurden, z.B. ausschließlich Missbrauchsoffer, Kriegsveterane, Folteropfer u.a. (vgl. Bride et al., 2007; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Deighton et al., 2006; Johnson & Hunter, 1997; Newell & McNeil, 2011; Way et al., 2004). Die Ergebnisse von Kadambi und Truscott (2004) konnten die Hypothese, dass Fachkräfte aus „allgemeiner Praxis“ niedrigere Werte für Sekundäre Traumatisierung aufweisen, als Personen, die großteils mit Traumaopfern arbeiten, jedoch nicht bestätigen (s. Abschnitt 3.3.5.). Ob das geringe Level an sekundärem traumatischen Stress in der vorliegenden Studie also auf eher heterogene KlientInnengruppen rückführbar ist oder nicht, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Möglicherweise stellt Sekundäre Traumatisierung ein Phänomen dar, das in Form eines schwerwiegenden und länger andauernden Problems nur bei einigen wenigen Personen zu beobachten ist, so wie dies z.B. Bride et al. (2007), Brady et al. (1999) oder Ortlepp und Friedman (2002) in ähnlicher Weise vermuten. Bride et al. (2007) gehen außerdem davon aus, dass Sekundäre Traumatisierung oftmals im Sinne einer kurzfristigeren Belastungsreaktion auftritt, die meist von selbst wieder abklingt.

9.1.2. Sekundäre Trauma – Exposition

Wie sich zeigte, sind in dieser Stichprobe PsychotherapeutInnen, die mit mehr als drei traumatisierten KlientInnen arbeiten im Sinne der Sekundären Traumatisierung nicht signifikant belasteter, als PsychotherapeutInnen die weniger oder gar keine traumatisierten KlientInnen betreuen. Auch Vergleiche von anders eingeteilten Gruppen fielen nicht signifikant aus. Es zeigten sich zwar Zusammenhänge zwischen sekundärem traumatischen Stress und der Anzahl der traumatisierten KlientInnen gegenwärtig und im letzten Jahr, allerdings waren diese Variablen keine signifikanten Prädiktoren in der durchgeführten Regressionsanalyse. Die Ergebnisse zur sekundären Trauma - Exposition sind demnach nicht eindeutig, wobei die fehlende Relevanz als Prädiktor in der Regressionsanalyse den Einfluss dieser Variable in Frage stellt. In diesem Kontext ließe sich die Vermutung äußern, dass Sekundäre Traumatisierung (sofern ein derartiges Phänomen tatsächlich existiert) nur ab einem hohen Ausmaß an sekundärer Trauma –

Exposition (z.B. ab einer sehr hohen Anzahl traumatisierter KlientInnen) tatsächlich als Problem auftritt, und ein derartiger Zusammenhang erst in einer entsprechenden Stichprobe eindeutig ausfiele.

Eine andere Vermutung zu dem, in manchen Studien gefundenen Zusammenhang zwischen sekundärer Trauma – Exposition und sekundären Trauma – Symptomen stammt von Jurisch et al. (2009) und wurde bereits im Abschnitt 3.3.6. angeschnitten. Den AutorInnen zufolge könnte es sein, dass es sich beim diskutierten Zusammenhang nicht um kausale Korrelationen handelt, sondern vielmehr um den Umstand, dass PsychotherapeutInnen mit einer eigenen traumatischen Vergangenheit auch vermehrt traumatisierte KlientInnen betreuen. Diese weisen jedoch aufgrund ihres eigenen Traumas entsprechende Symptome auf, die als Sekundäre Traumatisierung missinterpretiert werden könnten. Eine derartige Hypothese impliziert automatisch auch Zweifel an der Existenz des Phänomens der Sekundären Traumatisierung. Die Thematik der eigenen traumatischen Vergangenheit wird im nachfolgenden Abschnitt näher diskutiert.

9.1.3. Eigene traumatische Vergangenheit

Da die vorliegende Stichprobe zu wenig PsychotherapeutInnen inkludiert, die noch nie ein potentiell traumatisches Ereignis erlebt haben, wurde anstatt eines entsprechenden Gruppenvergleichs der Zusammenhang zwischen der derzeitigen Belastung durch potentiell traumatische Erlebnisse und sekundärer Trauma – Symptomatik betrachtet. Dieser Zugang erscheint jedoch allgemein sinnvoll, da ein „potentiell traumatisches Erlebnis“ in der Vergangenheit der befragten Personen vor allem dann von Bedeutung sein könnte, wenn dieses auch aktuell für die betroffene Person relevant ist. Dieser Umstand könnte möglicherweise auch die inkonsistenten Ergebnisse bzgl. des Zusammenhangs zwischen eigenen Traumata und Sekundärer Traumatisierung erklären (vgl. Hargrave et al., 2006).

In der vorliegenden Studie konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der angegebenen Belastung durch eigene Traumata und sekundärem traumatischen Stress gefunden werden, der ähnlich hoch ausfiel wie bei Hargrave et al. (2006), die in ihrer Studie nach der eingeschätzten Verarbeitung der eigenen traumatischen Erlebnisse fragten. Mit $r_s = .29$ lag die Korrelation in der vorliegenden Stichprobe zwar im niedrigen bis mittleren Bereich, die Variable „Belastung durch das eigene Trauma“ stellte jedoch den einzigen signifikanten Prädiktor für sekundären traumatischen Stress dar. Die

gegenwärtige Belastung durch eigene Traumata scheint im Falle der Sekundären Traumatisierung eine Rolle zu spielen.

Auch wenn kausale Schlüsse an dieser Stelle nicht möglich sind, lassen sich zumindest verschiedene Vermutungen aufstellen. Einerseits wäre denkbar, dass die Geschichten von traumatisierten KlientInnen ein eigenes Trauma reaktivieren. Hierzu stellt sich jedoch die Frage, ob es sich bei den erfassten Symptomen der Sekundären Traumatisierung nicht eigentlich um primäre Traumafolgen handeln könnte (vgl. Jurisch et al., 2009). Diese Hypothese wäre widerlegbar, wenn auch *nicht primär traumatisierte* PsychotherapeutInnen entsprechende sekundäre Trauma – Merkmale aufweisen würden.

Umgekehrt besteht die Möglichkeit, dass ein eigenes Trauma eine sekundäre Trauma – Reaktion zusätzlich verstärkt, also einen Risikofaktor in der Entwicklung von Symptomen der Sekundären Traumatisierung darstellt (vgl. Pearlman & Saakvitne, 1995). Möglicherweise bewirkt auch eine andere Variable (z.B. generell geringe Resilienz) auf der einen Seite eine starke Belastung durch das eigene Trauma und auf der anderen Seite erhöhten Stress bei der Konfrontation mit traumatischen Schicksalen anderer Personen.

Interessant scheint auch die Frage, ob die Art des eigenen Traumas Einfluss auf die Entwicklung Sekundärer Traumatisierung hat, da in der vorliegenden Stichprobe jene PsychotherapeutInnen, die von sexuellem Missbrauch berichteten, höhere Werte auf der STS – Skala aufwiesen, als PsychotherapeutInnen, die dies nicht taten. Allerdings könnte dieses Ergebnis auch dem Umstand geschuldet sein, dass sexueller Missbrauch oftmals ein besonders schwerwiegendes Trauma darstellt (vgl. Dorrepaal et al., 2012) und die betroffenen Personen entsprechend stärker belastet sind.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das eigene Trauma, sofern es gegenwärtig einen belastenden Faktor darstellt, vermutlich eine Rolle im Kontext der Sekundären Traumatisierung spielt. Weitere Forschungsarbeiten sind jedoch notwendig, um Ursachen und Hintergründe dieses Zusammenhangs zu entschlüsseln.

9.1.4. Fortbildung und Supervision

Eine spezielle Fortbildung im Bereich der Trauma – Therapie als auch der Erhalt von Supervision werden als potentielle Schutzfaktoren gegen die Entwicklung von sekundären Trauma – Symptomen diskutiert (vgl. Salston & Figley, 2003). Allerdings hatten die beiden Faktoren in der vorliegenden Studie, ähnlich wie bei Ben-Porat und

Itzhaky (2011), keinen signifikanten Effekt, weder im Hinblick auf Burnout noch auf sekundären traumatischen Stress. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass zumindest bei einem eher geringen bis mittleren Belastungsmaß eine Fortbildung oder Supervision für die PsychotherapeutInnen noch keinen Einfluss auf deren Belastung (im Sinne der erhobenen Variablen) hat. Zu überprüfen wäre in Zukunft, ob derartige Schutzfaktoren möglicherweise erst bei einem höheren Stressausmaß wirksam werden. Bezüglich der Variable Supervision ist jedoch einschränkend festzuhalten, dass die Gruppe derjenigen, die derzeit keine Supervision erhalten, nicht allzu groß ausfiel ($n = 36$). Dieser Umstand beschränkt die Möglichkeit, einen signifikanten Effekt im mittleren Bereich zu entdecken.

9.1.5. Sekundäre Traumatisierung in unterschiedlichen beruflichen Settings

In Bezug auf die verschiedenen beruflichen Settings erscheint interessant, dass hinsichtlich sekundärem traumatischen Stress keine Unterschiede gefunden wurden, hinsichtlich Burnout und Arbeitszufriedenheit jedoch schon. Hinweise darauf, dass die Burnout – Belastung in Praxis - Settings im Vergleich mit anderen, z.B. institutionellen Settings, geringer ausfällt, finden sich sowohl in dieser Studie als auch an anderen Stellen (vgl. Vredenburgh et al., 1999). Verschiedene Faktoren wurden zur Erklärung dieses Umstands herangezogen. So haben unabhängig praktizierende Fachkräfte möglicherweise eine größere Kontrolle über die eigene berufliche Tätigkeit und einen geringeren bürokratischer Aufwand (Rupert & Morgan, 2005). Eventuell wirken sich Merkmale des Settings eher auf eine Belastung im Sinne des Burnout – Konzepts aus, als auf eine Belastung im Sinne von sekundärem traumatischen Stress. Dieser Umstand könnte möglicherweise auch auf einen gewissen Unterschied zwischen den beiden Konstrukten hindeuten.

Auch hier ist jedoch anzumerken, dass eine der Vergleichsgruppen (Gruppe 2) relativ klein ausfiel ($n = 23$), was sich auf die Möglichkeit, signifikante mittlere Effekte zu entdecken, einschränkend auswirkt.

9.1.6. Sekundäre Traumatisierung und Aspekte der Lebenszufriedenheit

Auch hinsichtlich der beruflichen und finanziellen Zufriedenheit ist interessant, dass diese Variablen in der vorliegenden Stichprobe zwar negativ mit Burnout korrelieren, aber nicht mit der Belastung durch sekundären traumatischen Stress in Zusammenhang stehen.

Im Fall von Burnout stellt sich die Frage, ob Burnout zu Unzufriedenheit führt, oder Unzufriedenheit mit beruflichen und finanziellen Aspekten ein Risikofaktor für die Entstehung von Burnout ist. Für sekundären traumatischen Stress lässt sich aufgrund der Ergebnisse die Vermutung aufstellen, dass diese Form von Belastung nicht unbedingt mit den diskutierten Aspekten der Lebenszufriedenheit zusammenhängt. So ist denkbar, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit nicht automatisch das Risiko für sekundären traumatischen Stress senkt, oder umgekehrt, dass sekundärer traumatischer Stress nicht notwendigerweise zu weniger Zufriedenheit mit dem Beruf *an sich* führt.

Jedoch muss man sich auch an dieser Stelle fragen, ob die STS – Werte in der vorliegenden Stichprobe eventuell zu niedrig sind, um tatsächlich eine negative Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit aufzuzeigen.

9.1.7. Zum Konstrukt der Sekundären Traumatisierung

Zwischen der Burnout- und der STS – Skala wurde eine signifikante Korrelation im mittleren Bereich gefunden, was, wie auch Stamm (2010) anführt, auf eine gewisse Gemeinsamkeit der beiden Belastungsformen hindeuten aber gleichzeitig auch Unterschiede zwischen den beiden Konstrukten aufzeigen könnte. Auch scheinen sich Merkmale des beruflichen Settings eher auf Belastung im Sinne von Burnout auszuwirken, als auf Belastung im Sinne der Sekundären Traumatisierung.

Die niedrigen Werte für sekundären traumatischen Stress führen in Anbetracht der Ergebnisse anderer Studien zu der bereits dargestellten Hypothese, dass Sekundäre Traumatisierung nur in wenigen Fällen ein schwerwiegendes Problem darstellt (vgl. Bride et al., 2007). Geht man davon aus, dass Sekundäre Traumatisierung im Großteil der Fälle eher im Sinne einer akuten (und wieder abklingenden) Reaktion auf die sekundäre Trauma – Belastung darstellt, so würde dies auch jenen Aussagen nicht widersprechen, dass Trauma – Arbeit tatsächlich spezifische Herausforderungen mit sich bringt, oder auch gewisse, als negative erlebte Reaktionen provozieren kann (vgl. Arnold et al., 2005). Ob tatsächlich langanhaltende und schwerwiegende sekundäre Trauma – Reaktionen entstehen können, die möglicherweise sogar Parallelen zur PTBS aufweisen, und die vor allem auf die sekundäre Exposition und nicht auf ein eigenes Trauma zurückzuführen sind, ist aufgrund der vorliegenden Studienergebnisse nicht direkt zu beantworten. Die Belastung durch ein eigenes Trauma scheint jedoch für das Phänomen der Sekundären Traumatisierung eine Rolle zu spielen. In Anbetracht des Umstands, dass Maße für

sekundäre Trauma – Exposition keine signifikanten Prädiktoren in der Regressionsanalyse darstellen, die Belastung durch ein eigenes Trauma jedoch schon, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich bei den erfassten Symptomen eigentlich um primäre Trauma – Folgen handelt.

An dieser Stelle ist noch einmal zu betonen, dass es bisher keine einheitliche Definition von Sekundärer Traumatisierung gibt, was Aussagen über ihre Existenz natürlich erschwert. Alle hier angestellten Vermutungen richten sich nach dem Konzept der Sekundären Traumatisierung, wie sie mit dem ProQOL nach Stamm erfasst wurde. Kognitive Veränderungen im Sinne einer „vicarious traumatization“ konnten beispielsweise nicht erhoben werden.

9.2. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum in Hinblick auf die interessierenden Fragen interpretiert.

9.2.1. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum in der vorliegenden Stichprobe

Der durchschnittliche Summenscore im PPR – Fragebogen beträgt für die Gesamtstichprobe, 61.1 ($SD = 18.2$). Nur etwas höhere Werte fanden sich in einer Studie von Linley und Joseph (2007), die ebenfalls PsychotherapeutInnen befragten ($M = 64.4$, $SD = 20.1$), niedrigere Werte wurden z.B. bei Brockhouse et al. (2011) gefunden ($M = 40.5$, $SD = 21.8$) sowie bei Samios et al. (2012) ($M = 42.7$, $SD = 25.7$). Verglichen mit anderen Studien liegen die Ergebnisse der vorliegenden Stichprobe also in einem ähnlichen bis etwas höheren Bereich, eine Einteilung darüber, was als „niedrig“, „durchschnittlich“ oder „hoch“ anzusehen ist, existiert bisher nicht. Der Maximalwert, der im PPR – Fragebogen erreicht werden kann, liegt bei 105, der Mittelwert der vorliegenden Stichprobe von 61.1 liegt damit etwas über der Hälfte (52.5) der zu erreichenden Punkteanzahl.

Wie bereits erwähnt, ist der PPR – Fragebogen eigentlich zur Erfassung von Veränderungen nach selbst erlebten traumatischen Ereignissen konzipiert worden. Aus den TeilnehmerInnen – Kommentaren zum Fragebogen lässt sich die Vermutung ableiten,

dass gewisse Schwierigkeiten bei der Bearbeitung der Items bestanden. Die Frage, ob davon auszugehen ist, dass in der vorliegenden Studie das intendierte Phänomen erfasst werden konnte, wird im Abschnitt 9.2.7. diskutiert.

9.2.2. Sekundäre Trauma – Exposition

Die vorliegende Studie liefert keine Unterstützung für den postulierten Zusammenhang zwischen den Werten für Sekundäres Posttraumatisches Wachstum und den Maßen für gegenwärtige und vergangene sekundäre Trauma – Exposition. Auch die Gruppen, eingeteilt nach der Anzahl ihrer traumatisierten KlientInnen, unterschieden sich nicht hinsichtlich der Werte im PPR – Fragebogen. Es konnte somit kein Hinweis dafür gefunden werden, dass das berichtete Wachstum tatsächlich mit der Arbeit mit Traumaopfern in Verbindung steht.

Ergebnisse, sowie wie sei z.B. bei Brockhouse et al. (2011) gefunden wurden, konnten damit nicht bestätigt werden. Die allgemeine Anzahl aller KlientInnen stand zwar in schwachem Zusammenhang mit den Werten im PPR – Fragebogen, war jedoch kein signifikanter Prädiktor für diese in der Regressionsanalyse.

In diesem Zusammenhang scheinen die Ergebnisse von Porat und Itzhaky (2009) interessant. Wie sich zeigte, wiesen SozialarbeiterInnen, die mit Opfern von familiärer Gewalt arbeiteten sogar geringere Werte im PTGI auf, als SozialarbeiterInnen mit einem eher diversifizierten Arbeitsspektrum (Ben-Porat & Itzhaky, 2009). Eventuell bedeutet eine höhere Anzahl potentiell traumatisierter KlientInnen nicht automatisch auch höheres Wachstum.

Zu diskutieren ist ferner die Korrelation zwischen Belastung durch sekundären traumatischen Stress und den Werten im PPR – Fragebogen. Dieser Zusammenhang wurde auch in anderen Studien gefunden und dahingehend interpretiert, dass ein gewisses Maß an Belastung notwendig sei, um Prozesse des Wachstums anzustoßen (O’Sullivan & Whelan, 2011; Samios et al., 2012). Allerdings ist in der vorliegenden Studie nicht mit Sicherheit zu sagen, ob die Werte der STS - Skala auch tatsächlich auf die Arbeit mit Traumaopfern zurückzuführen sind. Im Abschnitt 9.2.7. finden sich weitere Überlegungen zum Konstrukt des Sekundären Posttraumatischen Wachstums.

9.2.3. Eigene traumatische Vergangenheit

Die aktuelle Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit stand in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Werten für Sekundäres Posttraumatisches Wachstum, allerdings wären Schlüsse, dass das eigene Trauma allgemein keinen Einfluss auf die durchgeführte Messungen zum Sekundären Posttraumatischen Wachstum hatte, voreilig. So ist z.B. denkbar, dass jemand aufgrund eines eigenen Traumas in der Vergangenheit bereits gewisse Reifungsprozesse durchlaufen hat, und das Erlebnis aktuell nicht mehr als belastend empfindet. Die erfahrenen Veränderungen könnten sich jedoch trotzdem auf die Messungen im PPR – Fragebogen auswirken. Beispielsweise zeigten bei Linley und Joseph (2007) jene TeilnehmerInnen, die von einer persönlichen traumatischen Vergangenheit berichteten, höhere Werte im PTGI, als TeilnehmerInnen die dies verneinten. Demnach erscheint ein Vergleich zwischen Personen mit und Personen ohne eigene traumatische Vergangenheit im Kontext des Sekundären Posttraumatischen Wachstums besonders sinnvoll. Dieser war jedoch aus bereits angeführten Gründen in der vorliegenden Studie kaum möglich.

Die Bedeutung der eigenen traumatischen Vergangenheit ist jedenfalls in Überlegungen zum Konstrukt des Sekundären Posttraumatischen Wachstums miteinzubeziehen. Um tatsächlich von *Sekundären* Posttraumatischen Wachstum sprechen zu können, sollte dieses nämlich nicht als Wachstum, das auf ein primär erlebtes Trauma folgt, missinterpretiert werden.

9.2.4. Fortbildung und Supervision

Eine Fortbildung für die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen hatte auch hinsichtlich des Sekundären Posttraumatischen Wachstums keinen signifikanten Effekt. Dasselbe gilt für den Erhalt von Supervision. Die Ergebnisse von Linley und Joseph (2007), wonach jene TeilnehmerInnen, die zum Zeitpunkt der Befragung Supervision erhielten, höhere Werte im PTGI aufwiesen als PsychotherapeutInnen ohne Supervision, konnten somit nicht bestätigt werden. Auch hier ist jedoch wieder auf die kleine Anzahl an PsychotherapeutInnen in einer der Vergleichsgruppen (ohne Supervision) hinzuweisen.

9.2.5. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum in unterschiedlichen beruflichen Settings

Die vorliegenden Ergebnisse liefern keinen Hinweis darauf, dass das erfahrene Wachstum in bestimmten beruflichen Settings höher ausfällt als in anderen. Im Hinblick auf die Teststärke wurde jedoch bereits kritisch angemerkt, dass eine der Setting - Gruppen relativ klein ausgefallen ist.

9.2.6. Sekundäres Posttraumatisches Wachstum und Aspekte der Lebenszufriedenheit

Der signifikante Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit beruflichen bzw. finanziellen Aspekten und dem erfassten Wachstum lässt verschiedene Vermutungen über dessen Richtung zu. Beispielsweise könnte das erlebte Wachstum zu mehr Zufriedenheit führen, umgekehrt fördert die Zufriedenheit mit beruflichen und finanziellen Aspekten möglicherweise Wachstum. Die etwas höhere Korrelation zwischen dem PPR – Fragebogen und der Skala „Compassion Satisfaction“, die ebenfalls einen speziellen Zufriedenheitsaspekt erfasst, lässt ähnliche Überlegungen zu. Die Zufriedenheit, die man aus der eigenen, „helfenden“ beruflichen Tätigkeit ziehen kann, scheint für persönliches Wachstums eine Rolle zu spielen, da „Compassion Satisfaction“ einen signifikanten Prädiktor in der Regressionsanalyse darstellte.

9.2.7. Zum Konstrukt des Sekundären Posttraumatischen Wachstums

Da der derzeitige Wissensstand zum Konzept des Sekundären Posttraumatischen Wachstums sehr beschränkt ist, sind auch viele wichtige Fragen noch unbeantwortet. Ob und in welcher Form ein derartiges Phänomen tatsächlich existiert, ist anhand des aktuellen Forschungsstandes bisher nicht eindeutig zu beantworten. Dieser Umstand betrifft u.a. die Problematik der quantitativen Erhebung, da es noch kein Instrument gibt, das speziell zur Erfassung des Sekundären Posttraumatischen Wachstums konzipiert wurde. Wie sich in qualitativen Studien zeigt, könnte es nämlich durchaus inhaltliche Unterschiede zwischen primären und sekundären Formen des Wachstums geben (vgl. Arnold et al., 2007; Cohen & Collens, 2012)

Um tatsächlich von *Sekundärem Posttraumatischem* Wachstum sprechen zu können, müssten die entsprechenden Reifungsprozesse außerdem mit der Auseinandersetzung mit den traumatischen Schicksalen der KlientInnen verbunden bzw. im besten Fall auf diese zurückführbar sein. Einen ersten Zugang zu diesem Aspekt stellen Korrelationsberechnungen mit Maßen für sekundäre Trauma – Exposition dar. In dieser Studie konnte allerdings kein derartiger Zusammenhang gefunden werden. Insgesamt ist diese Herangehensweise aber auch kritisch zu betrachten: Erstens ist es schwierig, ein „Gesamtmaß“ an sekundärer Trauma – Exposition zu ermitteln, denn sekundäre Trauma – Exposition in der Gegenwart und im letzten Jahr stellen nur Annäherungen für diese Messung dar. Zweitens scheint auch der Aspekt der Belastung durch die sekundäre Trauma – Exposition relevant. Zieht man nämlich Parallelen zum Posttraumatischen Wachstum auf primärer Ebene, so führt dies zu der Frage, ob und wieviel Belastung notwendig ist, um Prozesse des Wachstums anzustoßen. Die gefundene Korrelation zwischen der Skala für sekundären traumatischen Stress und dem PPR – Fragebogen könnte zwar einen Hinweis in diese Richtung liefern, sollte jedoch nicht zu voreiligen Schlüssen führen. Denn in der vorliegenden Studie ist nicht klar, ob die gefundenen Belastungswerte tatsächlich auf die Konfrontation mit traumatisierten KlientInnen zurückgehen.

In einem Artikel zur Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von PsychotherapeutInnen schreiben Jaeggi und Reimer (2008) ganz allgemein, dass Mitglieder dieser Berufsgruppe „anhaltend allen Qualitäten seelischen Leidens ihrer Patienten ausgesetzt“ sind und „diese wahrnehmen, annehmen, aushalten und mit Geduld einer Bearbeitung zugänglich machen [müssen]“ (S.94). Daraus leiten sich spezielle Belastungen für diesen Beruf ab, die psychotherapeutische Tätigkeit wird allerdings auch von vielen als erfüllend und befriedigend erlebt (Jaeggi & Reimer, 2008).

Insgesamt wäre also denkbar, dass die psychotherapeutische Tätigkeit im Allgemeinen und unabhängig von einer spezifischen KlientInnengruppe Potential für positive Veränderungen bietet, die möglicherweise durch ein gewisses Maß an Stress angestoßen werden können. Diese Erklärung erscheint zumindest für die Ergebnisse der vorliegenden Studie passend, vor allem in Anbetracht der eher heterogenen KlientInnengruppen der befragten PsychotherapeutInnen und des fehlenden Zusammenhanges zwischen sekundärer Trauma – Exposition und PPR – Werten. Auch der Zusammenhang zwischen Letzteren und „Compassion Satisfaction“ könnte in diese Richtung deuten.

Dass Sekundäres Posttraumatisches Wachstum existiert oder eine Rolle in der vorliegenden Studie spielt, kann trotzdem nicht ausgeschlossen werden. Um dies weiterhin zu erforschen, muss allerdings auch eine Konkretisierung des Konstrukts stattfinden. Neben der Frage, ob die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen tatsächlich Wachstumschancen bietet, die bei der Arbeit mit anderen KlientInnengruppen weniger wahrscheinlich sind, sind dabei u.a. folgende Aspekte zu beachten: (a) Ist die Belastung durch traumatisierte KlientInnen ein ausschlaggebender Faktor für das Wachstum, und wenn ja, in welchem Ausmaß? (b) Ist die Beobachtung von Posttraumatischem Wachstum aufseiten der KlientInnen ein ausschlaggebender Faktor? (c) Ist das Miterleben von Resilienz und Bewältigungspotential aufseiten der KlientInnen im Sinne des Konzepts der „vicarious resilience“ eine bessere Methode, die Entwicklungsprozesse aufseiten der PsychotherapeutInnen zu erklären? (d) Wie ist, v.a. aus methodischer Sicht, der Einfluss von anderen Faktoren auf das Wachstum vom Einfluss der Trauma – Arbeit zu unterscheiden? (e) Welche Rolle spielt die eigene traumatische Vergangenheit für sekundäre Reifungsprozesse? (f) Ist Sekundäres Posttraumatisches Wachstum eine adäquate Bezeichnung für das diskutierte Phänomen?

10. Zusammenfassende Schlussfolgerung

Allgemein ist festzustellen, dass die vorliegende Stichprobe mit Hinblick auf sekundären traumatischen Stress und Burnout nur wenig bis mittelmäßig belastet ist. Daraus lässt sich der vorsichtige Schluss ziehen, dass Sekundäre Traumatisierung bei PsychotherapeutInnen verhaltenstherapeutischer Orientierung in Österreich kein schwerwiegendes Problem darstellt, vor allem wenn diese nicht ausschließlich mit traumatisierten KlientInnen arbeiten. Die befragten PsychotherapeutInnen zeigten im Vergleich zur Normierungsstichprobe des FLZ etwas höhere Werte für berufliche und finanzielle Zufriedenheit, und auch die Werte für „Compassion Satisfaction“ liegen im mittleren bis höheren Bereich. In Anbetracht dieser Ergebnisse sind keine Hinweise auf eine negative Einstellung zur eigenen Arbeit abzuleiten. Dies zeigt sich auch in den Werten des PPR – Fragebogens, die in dieser Stichprobe ähnlich hoch oder etwas höher als in bisherigen Studien ausfielen.

Insgesamt konnte mit der vorliegenden Studie jedoch kein substantieller Hinweis darauf gefunden werden, dass die Maße für Sekundäre Traumatisierung und Sekundäres

Posttraumatisches Wachstum in kausaler Verbindung mit der sekundären Trauma – Exposition stehen. Für Sekundäre Traumatisierung wurden zwar entsprechende Korrelationen gefunden, allerdings war sekundäre Trauma – Exposition kein signifikanter Prädiktor in den Regressionsanalysen. Die Bedeutung dieser Variable bleibt somit uneindeutig und lässt verschiedene Interpretationen zu. Die aktuelle Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit scheint jedoch im Kontext der Sekundären Traumatisierung eine Rolle zu spielen. Daraus gehen Zweifel hervor, ob die in der vorliegenden Studie erhobene Belastung tatsächlich auf die Konfrontation mit traumatisierten KlientInnen zurückzuführen ist. Ähnliches gilt für Sekundäres Posttraumatisches Wachstum: Es lässt sich zwar vermuten, dass ein gewisses Ausmaß an Belastung für Prozesse des Wachstums ausschlaggebend sein kann, worauf diese Belastung gründet, ist aber nicht mit Sicherheit zu sagen. Es ist davon auszugehen, dass möglicherweise das Potential der psychotherapeutischen Arbeit im Allgemeinen, positive Veränderungen auch aufseiten der PsychotherapeutInnen anzustoßen, erfasst wurde.

Die Existenz von Sekundärer Traumatisierung und Sekundärem Posttraumatischem Wachstum kann trotzdem nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Aus den bisher inkonsistenten Forschungsergebnissen und den Ergebnissen der vorliegenden Studie lässt sich allerdings schlussfolgern, dass es sich in beiden Fällen um noch relativ unscharfe Konstrukte handelt. Dieses Problem besteht besonders im Fall des Sekundären Posttraumatischen Wachstums, für welches die Entwicklung eines eigenen Fragebogens noch aussteht.

Dass die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen spezifische Herausforderungen und Chancen bietet, wird an vielen Stellen in der Literatur immer wieder hervorgehoben. Die Annahme, dass entsprechende negative Konsequenzen tatsächlich in Form von *Traumatisierung* (vergleichbar mit den intensiven Erfahrungen von primär traumatisierten Personen) auftreten, kann mit der vorliegenden Studie jedoch nicht untermauert werden. Die Studie liefert außerdem keine eindeutigen Belege dafür, dass die erfassten Wachstumsprozesse vor allem auf die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen zurückgehen. Um sich der Beantwortung dieser Frage in Zukunft anzunähern, erscheinen vor allem Längsschnittstudien sinnvoll.

Abschließend ist festzuhalten, dass sich eine gemeinsame Betrachtung von negativen als auch positiven Aspekten der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen als sinnvoll herausstellt, da somit ein ganzheitlicheres Bild dieser Tätigkeit gewonnen und potentielle

Zusammenhänge zwischen Belastungen und positiven Veränderungen erforscht werden können.

11. Einschränkungen und Kritik

Im Hinblick auf Interpretation und Schlussfolgerung sind die Einschränkungen der vorliegenden Studie zu beachten.

Erstens ist vorstellbar, dass anhand der eingesetzten Fragebögen die beiden Konstrukte nicht adäquat genug erfasst wurden. Für den Fall der Sekundären Traumatisierung ist zu bedenken, dass die ProQOL möglicherweise nicht alle relevante Merkmale des Phänomens erheben kann (Bride et al., 2007). Für Sekundäres Posttraumatisches Wachstum musste auf das PTGI bzw. dessen deutsche Version zurückgegriffen werden, einen Fragebogen der sich eigentlich an primär traumatisierte Personen richtet. Dieser Umstand wird auch an anderen Stellen kritisch gesehen (vgl. Ben-Porat & Itzhaky, 2009). Ferner liegen die gefunden Werte der internen Konsistenz für die Burnout- und STS – Skala der ProQOL im niedrigen Bereich, was zusätzlich auf Reliabilitätsprobleme hindeuten könnte.

Ein zweiter Kritikpunkt betrifft die Möglichkeit, dass sozial erwünschte Antworttendenzen die Ergebnisse beeinflusst haben könnten. So schreiben beispielsweise Jaeggi und Reimer (2008), dass gerade gegenüber PsychotherapeutInnen die Erwartung vorherrscht, dass diese ihr Leben aufgrund ihres Wissensstands und Kompetenz zufrieden und glücklich meistern müssen. Möglicherweise stellt diese Berufsgruppe entsprechende Anforderungen auch an sich selbst, was insgesamt sozial erwünschtes Antwortverhalten provozieren könnte (Jaeggi & Reimer, 2008). Somit könnten auch die vorliegenden Ergebnisse ins Positive „verzerrt“ worden sein.

Ein dritter Aspekt betrifft die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse. Aufgrund gewisser Selektionseffekte, die vor allem das Vorhandensein von E – Mail – Kontaktdaten und die Bereitschaft, einen Online – Fragebogen auszufüllen, betreffen, ist die Repräsentativität der Stichprobe fraglich. Es wurden außerdem nur Personen verhaltenstherapeutischer Orientierung befragt, was die Aussagekraft der Ergebnisse auf diese Gruppe beschränkt.

Ferner nahmen vor allem PsychotherapeutInnen an der Studie teil, die nicht ausschließlich mit traumatisierten KlientInnen arbeiten. Eine größere Anzahl von PsychotherapeutInnen, die sich speziell auf diese KlientInnengruppe konzentrieren, hätte

einen entsprechenden Gruppenvergleich mit größerer Aussagekraft ermöglicht. Ähnliches gilt für den Vergleich zwischen PsychotherapeutInnen mit und ohne potentiell traumatischer Vergangenheit, welcher in der vorliegenden Studie nicht sinnvoll durchgeführt werden konnte.

Abschließend sei noch auf die Vermutung hingewiesen, dass durch die Arbeit mit traumatisierten Personen stärker belastete PsychotherapeutInnen möglicherweise früher aus dem Beruf ausscheiden und daher nicht immer in derartige Befragungen miteingehen würden (Jurisch et al., 2009).

12. Forschungsausblick

Wie sich anhand der vielen offenen Fragen zeigt, ist auch in Zukunft Forschung notwendig, um positive und negative Folgen der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen adäquat zu erfassen.

Sowohl hinsichtlich Sekundärer Traumatisierung, als auch bezüglich Sekundärem Posttraumatischen Wachstum ist zukünftig eine Präzisierung der Konstrukte anzustreben. Vor allem im letzteren Fall ist dies eng verbunden mit der notwendigen Entwicklung eines eigenen Fragebogens für Sekundäres Posttraumatisches Wachstum, um nicht auf Instrumente zurückgreifen zu müssen, die ursprünglich für primär traumatisierte Personen konzipiert worden sind. Aber auch in Bezug auf Sekundäre Traumatisierung erscheint eine kritische Reflexion über die bisher bestehenden Instrumente sinnvoll.

Für das Phänomen der Sekundären Traumatisierung ist zukünftig zu klären, ob tatsächlich langfristig schwerwiegende Probleme aus der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen entstehen können, die nicht ausschließlich auf eine eigene traumatische Vergangenheit zurückzuführen sind. Wie z.B. auch Elwood et al. (2011) fordern, sind sekundäre Trauma-Reaktionen, die als klinisch relevant angesehen werden können, von Reaktionen, die im Normalbereich liegen, abzugrenzen. Prävalenz, Risikofaktoren und Bedingungen von klinisch relevanten Symptomen sind weiterhin zu erforschen. Studien, die einen Vergleich zulassen zwischen PsychotherapeutInnen, die großteils mit traumatisierten KlientInnen arbeiten, und PsychotherapeutInnen mit anderen Problemschwerpunkten, sollten in Zukunft vermehrt durchgeführt werden, auch unter Kontrolle der eigenen traumatischen Vergangenheit der TeilnehmerInnen. Längsschnittstudien könnten in

Hinblick auf Entstehung und Dauer von Symptomen wichtige Hinweise liefern und wurden bereits an anderen Stellen gefordert (vgl. Elwood et al., 2011).

Hinsichtlich des Sekundären Posttraumatischen Wachstums wurden bereits im Abschnitt 9.2.7. wichtige Fragen formuliert, die es in Bezug auf das Konstrukt in zukünftigen Arbeiten zu berücksichtigen gilt. Es ist zu erforschen, ob auf KlientInnenseite gewisse Bedingungen vorhanden sein müssen (z.B. Posttraumatisches Wachstum oder resilientes Bewältigen des Traumas), damit auf Seite der PsychotherapeutInnen Reifungsprozesse angestoßen werden. Im Hinblick auf die PsychotherapeutInnen muss geklärt werden, ob tatsächlich von einer Art Wachstum gesprochen werden kann, das mit primären Posttraumatischen Wachstum vergleichbar ist. Es ist auch fraglich, ob auf *sekundärer* Ebene so klar zwischen einem „prätraumatischem“ und einem „posttraumatischen“ Funktionslevel unterschieden werden kann. Ferner ist zu untersuchen, ob und wie viel Belastung eine notwendige Voraussetzung für die postulierten Wachstumsprozesse darstellt.

Schließlich sollten Studien durchgeführt werden, die sich speziell der Frage widmen, ob die diskutierten Wachstumschancen tatsächlich einzigartig für die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen sind. Es ist auch denkbar, dass eine erfolgreiche Arbeit mit herausfordernden KlientInnen (unabhängig davon, welche Probleme oder Störungen zugrunde liegen) generell Reifungspotential für PsychotherapeutInnen birgt. Studien, die entsprechende Gruppenvergleiche ermöglichen, sind daher anzustreben. Auch im Fall des Sekundären Posttraumatischen Wachstums könnten Längsschnittstudien wichtige Erkenntnisse liefern und aufgrund des sehr frühen Forschungsstadiums erscheinen weitere qualitative Studien zur Exploration des Phänomens ebenfalls nützlich.

Um weiterhin die Wechselwirkungen zwischen Belastungen und positiven Veränderungen erforschen zu können, sollten sich auch zukünftige Untersuchungen bemühen, beide Dimensionen der Trauma – Arbeit so weit wie möglich zu berücksichtigen.

13. Literaturverzeichnis

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion Fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103–108.
- Adams, S. A., & Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 26–34.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnold, D., Calhoun L. G., Tedeschi R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 239–263.
- Bednar, W., Kierein, M. & Lanske, P. (2011). *Psychotherapie: Wenn die Seele Hilfe braucht*. Zugriff am 8. Oktober 2012 unter <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/2/6/CH1273/CMS1148314652459/psychotherapie30102012.pdf>
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2009). Implications for treating family violence for the therapist: Secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *Journal of Family Violence*, 24, 507–515.
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2011). The contribution of training and supervision to perceived role competence, secondary traumatization, and burnout among domestic violence therapists. *The Clinical Supervisor*, 30, 95–108.
- Berzoff, J., & Kita, E. (2010). Compassion fatigue and countertransference: Two different concepts. *Clinical Social Work Journal*, 38, 341–349.
- Birck, A. (2002). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7, 85–90.
- Bouchard, M., Normandin, L., & Senguin, M. (1995). Countertransference as instrument and obstacle: A comprehensive and descriptive framework. *Psychoanalytic Quarterly*, 44, 717–745.
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 386–393.

- Bride, B. E., Jones, J. L., & MacMaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidenced-Based Social Work, 4*, 69–80.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal, 35*, 155–163.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C.R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*, 27–35.
- Briere, J., Elliot, D. M., Harris, K., & Cotman, A. (1995). Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 387–401.
- Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., & Joseph, S. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: the moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 735–742.
- Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom* (4., aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Calhoun, L. G., Tedeschi R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work, 75*, 81–101.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*, 19-34.
- Cohen, K., & Collens, P. (2012). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0030388.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 411–424.
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect, 30*, 1071–1080.

- Craig, C.D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 319–339.
- Creamer, T. L., & Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 89–96.
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: empirical findings. *Social Work*, 48, 451–491.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 3, 49 – 61.
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen. *Psychotherapeut*, 53, 100–107.
- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung: Kritische Prüfung eines Konstruktes*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bielefeld.
- Deighton, R. M., Gurrus, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20, 63–75.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7., überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Dorrepal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., Hoogendoorn, A., Veltman, D. J., van Balkom, A. J. et al. (2012). Clinical phenomenology of childhood abuse-related complex PTSD in a population of female patients: Patterns of personality disturbance. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13, 271–290.
- Dunkley J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatisation in telephone counsellors: internal and external influences. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34, 451– 469.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and

- implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31, 25–36.
- Engelkemeyer, S. M., & Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 344–346.
- Engstrom, D., Hernández, R., & Gangsei, D. (2008). Vicarious resilience: A qualitative investigation into its description. *Traumatology*, 14, 13–21.
- Ennis, L., & Horne, S. (2003). Predicting psychological distress in sex offender therapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 149–157.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ferring, D. & Filipp, S. H. (1994). Teststatistische Überprüfung der Impact of Event Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica*, 40, 344–362.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists chronic lack of self care. *Psychotherapy in Practice*, 58, 1433–1441.
- Fookien, I. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 65–85). Heidelberg: Springer.
- Ford, J.D. (2009). *Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions*. Amsterdam: Elsevier.
- Ghahramanlou, M., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International journal of emergency mental health*, 2, 229–240.
- Gibbons, S., Murphy D., & Joseph S. (2011). Countertransference and positive growth in social workers. *Journal of Social Work Practice*, 25, 17–30.
- Hargrave, P. A., Scott, K. M., & McDowall, J. (2006). To resolve or not to resolve. *Journal of Trauma Practice*, 5, 37–55.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797–816.

- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.
- Hernández, P., Engstrom D., & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies*, 29, 67–83.
- Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*, 46, 229–241.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Horrel, S. C., Holohan, D. R., Didion, L. M., & Vance, G. T. (2011). Treating traumatized OEF/OIF veterans: How does trauma treatment affect the clinician? *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 79–86.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.
- Jacobson, J. M. (2006). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Reactions among employee assistance professionals providing workplace crisis intervention and disaster management services. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21, 133–152.
- Jaeggi, E. & Reimer, C. (2008). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 53, 92–99.
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2007). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423–432.
- Johnson, C. N. E., & Hunter, M. (1997). Vicarious traumatization in counselors working in the New South Wales Sexual Assault Service: An exploratory study. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 11, 319–328.
- Joseph, S. (2009). Growth following adversity: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. *Psychological Topics*, 18, 335–344.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2008). Positive psychological perspectives on posttraumatic stress: an integrative psychosocial framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 3–20). New Jersey: Wiley.
- Joseph, S., Linley, P. A., & Harris, G. J. (2005). Understanding positive change following trauma and adversity: Structural clarification. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 83–96.

- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, D. (2012). An affective-cognitive processing model of posttraumatic growth. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 316–325.
- Jurisch F., Kolassa I. T. & Elbert T. (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38, 250–261.
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2004). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer and general practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38, 260–276.
- Kanter, J. (2007). Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal*, 35, 289–293.
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment of PTSD and its comorbidities in adults. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P.A. Resick (Eds.). *Handbook of PTSD. Science and Practice* (pp. 279–305). New York: The Guilford Press.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14, 32–44.
- Lemke, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung: Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung*. Kröning: Asanger.
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19, 129–138.
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 282–286.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative wellbeing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385–403.
- Linley, P. A., Joseph, S., & Loumidis, K. (2005). Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 185–188.
- Maercker, A. (2009a). Besonderheiten bei der Behandlung und Selbstfürsorge für Traumatherapeuten. In A. Maercker (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (147-162). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. (2009b). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (147-162). Heidelberg: Springer.

- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47, 153–162.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44, 130–141.
- Mahoney (1991). Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy. New York: BasicBooks
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–194.
- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: an investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychology*, 31, 417 – 428.
- Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32, 341–347.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2011). A comparative analysis of burnout and professional quality of life in clinical mental health providers and health care administrators. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26, 25–43.
- Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlations of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 213–222.
- O’Sullivan, J. & Whelan, T. A. (2011). Adversarial growth in telephone counsellors: Psychological and environmental influences. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39, 307–323.
- Pearlman, L. A., & MacIan, 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). Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. In C. R. Figley (Ed.).

- Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Perron, B. E., & Hiltz, B. S. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23, 216–234.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364–388.
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten: Eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut*, 2, 107–114.
- Reimer, C. & Rüger, U. (2006). *Psychodynamische Psychotherapien* (3., aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Reinhard, F. & Maercker, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 13, 29–36.
- Resick, P. (2003). *Stress und Trauma: Grundlagen der Psychotraumatologie*. Bern: Huber.
- Rothschild, B., & Rand, M.L. (2006). *Help for the helper: the psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: W. W. Norton.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 544 – 550.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449–480.
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16. Retrieved December 11, 2012 from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Concept-of-Compassion-Fatigue.html>
- Salston, M. S., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167–174.
- Samios, C., Rodzik, A. K., & Abel, L. M. (2012). Secondary traumatic stress and adjustment in therapists who work with sexual violence survivors: the moderating

- role of posttraumatic growth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40, 341–356.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204–220.
- Schützwohl, M. & Haase, A. (2009). Diagnostik und Differenzialdiagnostik. In A. Maercker (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 87-110). Heidelberg: Springer.
- Splevins, K. A., Cohen, K., Joseph, S., Murray, C., & Bowley, J. (2010). Vicarious posttraumatic growth among interpreters. *Qualitative Health Research*, 20, 1705–1716.
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259–280.
- Stamm, B.H. (Hrsg.) (1999). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd ed). Retrieved March 11, 2012 from http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Stamm, B.H. (2005). *The ProQol Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Retrieved April 15, 2012 from <http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>
- Stamm, B.H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8, 1-8.
- Stockton, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 85–92.
- Tagay, S., Erim, Y., Stoelk, B., Möllering, A., Mewes, R. & Senf, W. (2007). Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 1, 75–89.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 110–120.
- Vredenburg, L. D., Carlozzi, A. F., & Stein, L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and patient demographics. *Counseling Psychology Quarterly*, 12, 293–302.
- Walker, M. (2004). Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: counter transference, secondary traumatization and terror. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 10(2), 173–193.
- Way, I., VanDeusen, K. M., Martin, G., Applegate, B., & Jandle, D. (2004). Vicarious trauma: A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 49–71.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & M.T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practioners* (pp. 399-411). New York: Guilford.
- Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different side of the same coin or different coins? *Applied Psychology: An International Review*, 56, 417–472.
- Wilson, J. P., & Thomas, R. B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. New York: Taylor & Francis.
- Zöllner, T., Calhoun, L., & Tedeschi, R. G. (2006). Trauma und persönliches Wachstum. In A. Maercker & R. Rosner (Eds.). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.

14. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 "Professional Quality of Life" nach Stamm (2010).....	21
Abbildung 2 TeilnehmerInnen verteilt auf Bundesländer (Prozent).....	79

15. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 ProQOL Cut-Off-Werte nach Stamm (2010).....	70
Tabelle 2 Gruppeneinteilung nach beruflichen Settings	80
Tabelle 3 Gruppeneinteilung nach Anzahl traumatisierter KlientInnen	81

Tabelle 4 Deskriptive Statistiken für die Gesamtstichprobe, (n = 133)	85
Tabelle 5 Mittelwerte und Standardabweichungen für Gruppen von PsychotherapeutInnen, unterteilt nach Anzahl traumatisierter KlientInnen	87
Tabelle 6 Korrelationen zwischen STS/Burnout/SPW und Maßen für sekundäre Trauma- Exposition	89
Tabelle 7 Korrelationen zwischen der Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit und STS/Burnout/SPW	90
Tabelle 8 Mittelwerte und Standardabweichungen für PsychotherapeutInnen eingeteilt nach Fortbildung und Supervision	91
Tabelle 9 Mittelwerte und Standardabweichungen für PsychotherapeutInnen in unterschiedlichen beruflichen Settings	92
Tabelle 10 Gruppenvergleiche nach beruflichen Settings hinsichtlich STS, SPW und Burnout	93
Tabelle 11 Mittelwerte und Standardabweichungen zur beruflichen und finanziellen Zufriedenheit in verschiedenen beruflichen Settings	95
Tabelle 12 Mittelwerte und Standardabweichungen für Männer und Frauen	96
Tabelle 13 Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage von STS	98
Tabelle 14 Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage von SPW	99
Tabelle 15 Mittelwerte und Standardabweichungen für n = 13 und n = 133	101

16. Anhangsverzeichnis

Anhang 1 Deutsche Zusammenfassung	131
Anhang 2 Anschreiben (E-Mail)	132
Anhang 3 Online-Fragebogenbatterie	133
Anhang 4 Lebenslauf	150

Anhang 1 Deutsche Zusammenfassung

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage, welchen Einfluss die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten KlientInnen auf die PsychotherapeutInnen selbst hat. In diesem Kontext wurden die beiden Konzepte „Sekundäre Traumatisierung“ und „Sekundäres Posttraumatisches Wachstum“ mittels Online-Fragebogen in einer Stichprobe von 146 PsychotherapeutInnen verhaltenstherapeutischer Orientierung in Österreich untersucht.

Insgesamt zeigte sich, dass unter den befragten PsychotherapeutInnen keine hohe Belastung in Form von sekundärem traumatischen Stress oder Burnout gegeben war. Die Studienergebnisse sprechen somit für die Annahme, dass Sekundäre Traumatisierung als schwerwiegendes Problem eher selten auftritt. Es ist unklar, ob das Ausmaß der sekundären Trauma-Exposition für sekundären traumatischen Stress einen ausschlaggebenden Faktor darstellt. Ein entsprechender Zusammenhang im niedrigen bis mittleren Bereich wurde gefunden, diese Variable stellte jedoch keinen signifikanten Prädiktor in der Regressionsanalyse für sekundären traumatischen Stress dar. Im Gegensatz dazu lässt sich vermuten, dass die Belastung durch eine eigene traumatische Vergangenheit eine wichtige Rolle spielt. Die erwähnte Variable stellte sich als einziger signifikanter Prädiktor für sekundären traumatischen Stress heraus. Aus diesem Grund ergibt sich auch die Frage, ob es sich bei den erhobenen Daten für sekundären traumatischen Stress tatsächlich um eine Belastung durch die sekundäre Trauma – Exposition handelt, oder um primäre Folgen eines eigenen Traumas.

Sekundäres Posttraumatisches Wachstum schien nicht mit dem Ausmaß der sekundären Trauma – Exposition in Zusammenhang zu stehen, korrelierte allerdings mit verschiedenen Facetten von Arbeitszufriedenheit sowie mit den Werten für sekundären traumatischen Stress. Worauf diese Belastungswerte tatsächlich zurückgehen, ist – wie bereits angeführt – nicht eindeutig. Insgesamt ist denkbar, dass Psychotherapie das *allgemeine* Potential birgt, die PsychotherapeutInnen selbst zu bereichern oder positive Veränderungen für diese anzustoßen. Substantielle Hinweise darauf, dass gewisse Reifungsprozesse vor allem mit der Trauma-Arbeit in Verbindung stehen, konnten jedoch nicht gefunden werden. Zukünftige Forschungsarbeiten sind notwendig, um sich den offenen Fragen anzunähern, eine kritische Reflexion und Präzisierung der beiden Konstrukte sowie der entsprechenden Fragebögen scheint in diesem Kontext ebenfalls erforderlich.

Anhang 2 Anschreiben (E – Mail)

Sehr geehrte Frau (Titel + Nachname) / Sehr geehrter Herr (Titel + Nachname) ,

im Rahmen meiner Diplomarbeitsstudie an der Universität Wien beschäftige ich mich mit den Bereicherungen und mit den Belastungen, die sich für PsychotherapeutInnen durch die psychotherapeutische Arbeit ergeben können.

Ich führe ich eine Online-Fragebogenstudie durch und bitte Sie in diesem Zusammenhang um Ihre Mithilfe. Für aussagekräftige Ergebnisse braucht es eine große Anzahl an Antworten und TeilnehmerInnen an der Studie.

Die Diplomarbeit trägt den Titel *Sekundäre Traumatisierung und sekundäre posttraumatische Reifung bei PsychotherapeutInnen* und wird von Fr. Dr. Brigitte Lueger-Schuster am Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung, Förderung betreut.

In meiner Studie gehe ich vor allem der Frage nach, ob die psychotherapeutische Arbeit mit *traumatisierten Personen* spezifische (negative, sowie positive) Auswirkungen auf die PsychotherapeutInnen haben kann, die die Arbeit mit anderen KlientInnen nicht hat. Birgt die Psychotherapie traumatisierter Menschen demnach ein Risiko für bestimmte negative Erfahrungen, sowie auch eine Chance für spezielle, positive Veränderungen im Leben der PsychotherapeutInnen?

Um diese Frage zu beantworten, möchte ich einerseits PsychotherapeutInnen befragen, die mit traumatisierten Personen arbeiten, als auch PsychotherapeutInnen, die sich auf KlientInnen aus anderen Problembereichen konzentrieren. Ich würde mich daher sehr über Ihre Teilnahme freuen!

Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 15 -18 Minuten.
Wenn Sie teilnehmen möchten, dann klicken Sie bitte auf den folgenden Link, um den Fragebogen zu öffnen: (LINK)

Ihre Angaben werden selbstverständlich streng anonym behandelt – es ist unter keinen Umständen ein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Ihre Unterstützung bringt mich einen großen Schritt weiter zur Beantwortung meiner Fragestellung – vielen Dank!

Liebe Grüße,

Laura Waschulin

Anhang 3 Online - Fragebogenbatterie

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,
vielen Dank für Ihre Zeit und Bereitschaft, den für meine Studie benötigten Fragebogen zu beantworten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich **streng anonym** behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig – Sie können das Ausfüllen des Fragebogens jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Zum

Ablauf:

Die Beantwortung der Fragen wird ca. **15-20 Minuten** dauern.

- Der Fragebogen besteht aus **5 Fragekomplexen** – bitte lesen Sie sich die Einleitung vor dem jeweiligen Fragekomplex genau durch.
- Bitte beantworten Sie die Fragen so **vollständig, spontan und ehrlich** wie möglich, um die Aussagekraft der Studie zu gewährleisten.
- Am Ende des Fragebogens gibt es Raum für Ihre eigenen Anmerkungen und Rückmeldungen.
- Falls Sie noch Fragen zur Studie haben oder über die Ergebnisse informiert werden wollen, senden Sie bitte eine E-Mail an axxxxx@unet.univie.ac.at – ich freue mich über Ihr Interesse!

Ich möchte mich hier nochmals herzlich für Ihr Interesse, Ihre Zeit und Ihre Teilnahme an dieser Studie bedanken!

Bitte klicken Sie auf den "Weiter"-Button rechts unten.

Teil 1

Es folgen nun einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Arbeit als Psychotherapeut/Psychotherapeutin.

1. Geschlecht

- ☐ Weiblich
☐ Männlich

2. Alter

Alter: Jahre

3. In welchem Bundesland / in welchen Bundesländern sind Sie tätig?

- ☐ Burgenland
☐ Kärnten
☐ Niederösterreich
☐ Oberösterreich
☐ Salzburg
☐ Steiermark
☐ Tirol
☐ Vorarlberg
☐ Wien

4. Psychotherapeutische Orientierung

- ☐ Analytische Psychologie
☐ Autogene Psychotherapie
☐ Daseinsanalyse
☐ Dynamische Gruppenpsychotherapie
☐ Existenzanalyse
☐ Existenzanalyse und Logotherapie
☐ Gestalttheoretische Psychotherapie
☐ Gruppenpsychoanalyse
☐ Hypnosepsychotherapie
☐ Individualpsychologie
☐ Integrative Gestalttherapie
☐ Integrative Therapie
☐ Katathym Imaginative Psychotherapie
☐ Klientenzentrierte Psychotherapie
☐ Konzentrationale Bewegungstherapie

- ☐ Neurolinguistische Psychotherapie
- ☐ Personenzentrierte Psychotherapie
- ☐ Psychoanalyse
- ☐ Psychodrama
- ☐ Systemische Familientherapie
- ☐ Transaktionsanalytische Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Sonstige

5. Absolvierte Vorbildung (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Ehe und Familienberatung
- ☐ FH für Sozialarbeit bzw. Akademie für Sozialarbeit
- ☐ Krankenpflege
- ☐ Lehramt
- ☐ Medizin
- ☐ Musiktherapie
- ☐ MTA
- ☐ Pädagogik
- ☐ Pädagogische Akademie
- ☐ Philosophie
- ☐ Psychologie
- ☐ Publizistik
- ☐ Theologie
- ☐ Andere Vorbildung:
- ☐ Zulassungsbescheid

6. Üben Sie neben Ihrer Tätigkeit als Psychotherapeut/Psychotherapeutin noch eine andere berufliche Tätigkeit aus? (z.B. als Sozialarbeiter/in, als Psychologe/Psychologin, als Arzt/Ärztin, als Krankenpfleger/in, etc.)

- ☐ Nein
- ☐ Ja

7. Wie lange sind Sie seit dem Abschluss Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung als Psychotherapeut/Psychotherapeutin tätig?

Seit ca. Jahr/en ☐ Ich befinde mich noch in Ausbildung
 Bei weniger als 1 Jahr: seit Monaten

8. In welchem beruflichen Rahmen arbeiten Sie derzeit vorwiegend?
(Mehrfachnennungen möglich!)

- ☐ Private Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis
- ☐ Stationäre oder ambulante Einrichtung
- ☐ Verein oder andere Institution/Organisation
- ☐ Sonstiger beruflicher Rahmen

9. Wieviele Stunden arbeiten Sie derzeit wöchentlich?

Ca. Stunden

10. Wie viele Stunden verbringen Sie wöchentlich mit Klienten/Klientinnen?
Klientenstunden pro Woche:

11. Wie viele Klienten/Klientinnen haben sie derzeit insgesamt?

Anzahl Klienten/Klientinnen:

12. Nehmen Sie derzeit Supervision in Anspruch?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

13. Haben Sie in der Vergangenheit schon ein Mal Supervision in Anspruch genommen?
(Ausgenommen: verpflichtende Supervision im Rahmen der Ausbildung)

- ☐ Ja
- ☐ Nein

14. Nehmen Sie derzeit eine eigene Psychotherapie in Anspruch?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

15. Haben Sie in der Vergangenheit schon ein Mal eine eigene Psychotherapie in Anspruch genommen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

16. Haben Sie eine spezielle Aus- oder Fortbildung zur Psychotherapie traumatisierter Menschen absolviert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

17. Arbeiten Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit auch mit traumatisierten Klienten/Klientinnen zusammen oder haben Sie schon ein Mal mit traumatisierten Klienten/Klientinnen gearbeitet?

- ☐ Ja
☐ Nein

18. Behandeln Sie zur Zeit traumatisierte Klienten/Klientinnen?

- ☐ Ja
☐ Nein

19. Seit wann arbeiten Sie bereits mit traumatisierten Klienten/Klientinnen zusammen? (Ungefährer Zeitraum zwischen dem/der ersten traumatisierten Klienten/Klientin und gegenwärtigem Zeitpunkt)

Bitte diese Frage auch dann beantworten, wenn Sie derzeit keine traumatisierten Personen behandeln.

Seit ca. Jahren

20. Mit wie vielen traumatisierten Klienten/Klientinnen arbeiten Sie derzeit?

Mit traumatisierten Klienten/Klientinnen

21. Wieviele Stunden pro Woche verbringen Sie derzeit insgesamt mit traumatisierten Klienten/Klientinnen?

Stunden pro Woche

Die folgenden 3 Fragen beziehen sich auf Ihre Arbeit im letzten Jahr.

Manche Angaben sind möglicherweise etwas schwieriger, ich würde Sie jedoch trotzdem um entsprechende Schätzungen bitten.

Vielen Dank!

22. Mit wievielen traumatisierten Klienten/Klientinnen haben Sie insgesamt im letzten Jahr zusammengearbeitet? (Vom gegenwärtigen Zeitpunkt an ca. ein Jahr zurück gerechnet)

Mit ungefähr traumatisierten Klienten/Klientinnen

23. Wie hoch war der Prozentsatz der traumatisierten Klienten/Klientinnen an der Gesamtheit ihrer Klienten/Klientinnen im letzten Jahr? (Ungefähre Schätzung)

Ungefähr Prozent

24. Wie viele Stunden pro Woche haben Sie durchschnittlich mit traumatisierten Klienten/Klientinnen im letzten Jahr verbracht? (Ungefähre Schätzung)

Durchschnittlich ca. Stunden pro Woche

Teil 2

Kreuzen Sie bitte bei jeder der Fragestellungen auf den folgenden Seiten jeweils jene Zahl an, die am ehesten Ihrer Zufriedenheit in Bezug auf ihre betreffende Feststellung entspricht.

1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher unzufrieden, 4 = weder noch, 5 = eher zufrieden, 6 = zufrieden, 7 = sehr zufrieden

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Göttingen: Hogrefe.

25. Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

26. Wenn ich daran denke, wie sicher mir meine berufliche Zukunft ist, dann bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

27. Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

28. Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

29. Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich ...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

30. Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

31. Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

32. Mit meinem Einkommen/Lohn bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

33. Mit dem, was ich besitze bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

34. Mit meinem Lebensstandard bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

35. Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

36. Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

37. Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

38. Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen) Alterssicherung bin ich...

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

Teil 3

Helfen bringt uns in direkten Kontakt mit dem Leben anderer Menschen. Wie Sie vermutlich schon erfahren haben, hat Ihr Mitgefühl für die Menschen, denen Sie helfen, sowohl positive als auch negative Aspekte. Ich möchte Ihnen Fragen über Ihre positiven und negativen Erfahrungen als HelferIn stellen. Bitte überlegen Sie bei jeder einzelnen Frage, wie oft ihr Inhalt auf Sie persönlich innerhalb der letzten 30 Tage zugetroffen hat. (Nie, Selten, Manchmal, Oft, Sehr oft)

Stamm, B.H. (2005). Professional Quality of Life Scale. <http://www.proqol.org> (Deutsche Version)

39. Ich bin glücklich.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

40. Ich bin mit mehr als einem Menschen, dem ich helfe, intensiv beschäftigt.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

41. Ich erfahre Zufriedenheit darin, anderen helfen zu können.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

42. Ich fühle mich mit Anderen verbunden.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

43. Ich fahre leicht zusammen und erschrecke mich bei unerwarteten Geräuschen.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

44. Nach der Arbeit mit Menschen, denen ich helfe, fühle ich mich belebt oder gestärkt.
Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

45. Ich finde es schwierig, mein Privatleben von meinem Arbeitsleben als Helfende/r zu trennen.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

46. Die traumatische Erfahrung* eines Menschen, dem ich helfe, raubt mir den Schlaf.
*Falls Sie nicht mit traumatisierten Personen arbeiten/gearbeitet haben, klicken Sie bitte auf „Weiter“.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

47. Ich denke, dass ich mich vielleicht an der traumatischen Belastung* derer, denen ich helfe, „angesteckt“ habe.

*Falls Sie nicht mit traumatisierten Personen arbeiten/gearbeitet haben, klicken Sie bitte auf „Weiter“.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

48. Ich fühle mich durch meine Arbeit als Helfende/r gefangen.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

49. Wegen meiner Aufgabe fühle ich mich auch in anderen Lebensbereichen irritiert.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

50. Ich mag meine Arbeit als Helfende/r.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

51. Als Ergebnis meiner Arbeit als Helfende/r fühle ich mich deprimiert.
Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

52. Ich fühle mich, als ob ich das Trauma* von jemandem, dem ich geholfen habe, erfahre.

*Falls Sie nicht mit traumatisierten Personen arbeiten/gearbeitet haben, klicken Sie bitte auf „Weiter“.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

53. Ich habe Überzeugungen, die mich unterstützen.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

54. Ich freue mich darüber, dass ich in der Lage bin, hilfreiche Techniken und Protokolle anwenden zu können.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

55. Ich bin der Mensch, der ich immer sein wollte.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

56. Meine Arbeit erfüllt mich mit Zufriedenheit.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

57. Wegen meiner Arbeit als HelferIn fühle ich mich erschöpft.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Sehr oft

58. Ich habe glückliche Gefühle denjenigen gegenüber, denen ich helfe und bei dem Gedanken, wie ich ihnen helfen könnte.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

59. Ich fühle mich durch die Menge der Fälle, für die ich zuständig bin, überwältigt.
Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

60. Ich glaube, dass ich durch meine Arbeit entscheidend helfen kann.
Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

61. Ich vermeide bestimmte Aktivitäten oder Situationen, weil sie mich an eine
beängstigende Erfahrung erinnern.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

62. Ich habe vor, noch für lange Zeit ein/e Helfende/r zu sein.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

63. Nach meinem Helfen habe ich erschreckende Gedanken, die mich verfolgen.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

64. Ich habe das Gefühl, durch das System festzustecken.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

65. Ich denke, dass ich als Helfende/r ein „Erfolg“ bin.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐	☐	☐	☐	☐
Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft

66. Ich kann mich an wichtige Teile meiner Arbeit mit Traumaopfern* nicht erinnern.

*Falls Sie nicht mit traumatisierten Personen arbeiten/gearbeitet haben, klicken Sie bitte auf „Weiter“.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie
 ☐ Selten
 ☐ Manchmal
 ☐ Oft
 ☐ Sehr oft

67. Ich bin ein übermäßig empfindsamer Mensch.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie
 ☐ Selten
 ☐ Manchmal
 ☐ Oft
 ☐ Sehr oft

68. Ich bin glücklich, dass ich beschloss, diese Arbeit zu verfolgen.

Hat innerhalb der letzten 30 Tage auf mich zugetroffen:

☐ Nie
 ☐ Selten
 ☐ Manchmal
 ☐ Oft
 ☐ Sehr oft

Teil 4

Sie finden nachstehend eine Liste von belastenden Ereignissen, die Menschen irgendwann einmal in Ihrem Leben erleben können.

Bitte kreuzen Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben oder nicht. Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben. Haben Sie ein belastendes Ereignis sowohl persönlich als auch als Zeuge erlebt, kreuzen Sie bitte beides an.

Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Ihre Angaben anonym sind.

Bitte beantworten Sie jede Frage.

Tagay, S., Stoelk, B., Möllering, A., Erim, Y., Senf, W. (2004). Essener Trauma-Inventar. Essen: Universität Duisburg.

69. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Gewittersturm, Erdbeben)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN**
☐ **JA: Persönlich**
☐ **JA: Zeuge**

70. schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN**
☐ **JA: Persönlich**
☐ **JA: Zeuge**

71. schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)
Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

72. gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden) [TI04]

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

73. gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

74. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, Suizid, Mord)

☐ **NEIN** ☐ **JA**

75. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

76. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch fremde Person (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

77. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

78. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

79. Folter (z.B. tagelanger Schlafentzug, Elektroschocks, Erstickungsversuche)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

80. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z.B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern bekommen)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

81. als Erwachsener sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

82. als Erwachsener sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

83. anderes belastendes Ereignis

Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

☐ **NEIN** ☐ **JA: Persönlich** ☐ **JA: Zeuge**

84. Wie belastend fühlt sich das Geschehene für Sie zur Zeit an?

- ☐ gar nicht belastend
- ☐ sehr wenig belastend
- ☐ wenig belastend
- ☐ mittelmäßig belastend
- ☐ stark belastend
- ☐ extrem stark belastend

Teil 5

Im Folgenden geht es noch einmal darum, welche Veränderungen sich in Ihrem Leben durch die Arbeit als Psychotherapeut/Psychotherapeutin ergeben haben und wie stark Sie diese einschätzen. (Überhaupt nicht - kaum - ein wenig – ziemlich - stark - sehr stark)

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory. Deutsche Version: Maercker, A. & Langner, R. (2001)

85. Ich habe neue Vorstellungen darüber, was im Leben wichtig und vorrangig ist.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
überhaupt nicht	kaum	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

86. Ich habe ein neues Gefühl dafür, wie wertvoll mir mein Leben ist.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
überhaupt nicht	kaum	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

87. Ich entwickelte neue Interessen.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
überhaupt nicht	kaum	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

88. Ich entwickelte ein Gefühl des Selbstvertrauens.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
überhaupt nicht	kaum	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

89. Ich habe jetzt ein größeres Verständnis für religiöse und geistige Dinge.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
überhaupt nicht	kaum	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

90. Ich weiß jetzt, dass ich in schweren Zeiten auf andere Menschen zählen kann.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
überhaupt nicht	kaum	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

91. Ich beschrte einen neuen Weg in meinem Leben.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
überhaupt nicht	kaum	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

92. Ich entwickelte einen Sinn für die Verbundenheit mit anderen.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

93. Ich will meine eigenen Gefühle mehr ausdrücken.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

94. Ich weiß jetzt, dass ich mit Schwierigkeiten umgehen kann. [

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

95. Ich fange mehr mit meinem Leben an.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

96. Ich kann besser akzeptieren, dass ich auf die Entwicklung, die viele Dinge nehmen, keinen Einfluss habe.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

97. Ich würdige jeden Tag.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

98. Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

99. Ich habe Mitgefühl mit Anderen.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

101. Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

nicht

102. Ich bin mehr dazu geneigt, Dinge zu verändern, die geändert werden müssten.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

103. Ich habe einen stärkeren religiösen oder spirituellen Glauben.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

104. Ich entdeckte, dass ich stärker bin als ich dachte.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

105. Ich erfuhr eine Menge darüber, wie gut Menschen sind.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

106. Ich akzeptiere, dass ich andere brauche.

☐ überhaupt nicht
 ☐ kaum
 ☐ ein wenig
 ☐ ziemlich
 ☐ stark
 ☐ sehr stark

Sie haben nun alle Fragen beantwortet.

Vielen Dank!

Hier ist noch Platz für Ihre eigenen Anmerkungen zum Fragebogen – ich freue mich über Feedback! (optional)

Geschafft!

Nochmals vielen Dank für Ihre Teilnahme und Ihr Interesse!

**Bei Fragen können Sie mich gerne unter folgender E-Mail Adresse kontaktieren:
axxxxxxx@unet.univie.ac.at**

Anhang 4 Lebenslauf**LEBENS LAUF**

Name Laura Anna Waschulin
Geburtsdatum: 21.11.1988
Geburtsort: Wien

Schulbildung: 2006 Matura am GRG 5 (Rainergymnasium).

Sprachkenntnisse: Deutsch
 Englisch
 Französisch

Studium: WISE 2006 – SOSE 2013: Studium der Psychologie an der Universität Wien.

Interessenschwerpunkte: Klinische Psychologie
 (Psychotraumatologie), Biologische Psychologie,
 Sozialpsychologie.

Praktika und Arbeit September 2011 – Juni 2012: Schulbegleitung für einen 14-jährigen Schüler mit Asperger-Syndrom.

März 2011 – April 2012: Lernhilfe für einen 17-jährigen Schüler mit Asperger-Syndrom.

September 2011 – März 2012: Mitarbeit am ÖH – Projekt „Forum Hochschule“ (Durchführung qualitativer Interviews)

1.8.2011 – 30.9.2011 Praktikum im Nachbarschaftszentrum (1060) des Wiener Hilfswerks.

2.8.2010 – 17.9.2010: Praktikum im Krankenhaus Hietzing an der Neurologischen Abteilung, Bereich Neuropsychologie.