



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Effekte der Trauma-Arbeit: Stellvertretende  
Traumatisierung und Stellvertretende Resilienz“

verfasst von / submitted by

Maria Refle BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Dr. Anton-Rupert Laireiter, Privatdoz.

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort.....</b>	<b>6</b>
<b>Effekte der Trauma-Arbeit: Stellvertretende Traumatisierung und Stellvertretende Resilienz .....</b>	<b>7</b>
Positive Auswirkungen der Trauma-Arbeit .....	9
Negative Auswirkungen der Trauma-Arbeit.....	14
Definitionsproblem negativer Auswirkungen von Trauma-Arbeit .....	16
Constructivist Self-Development-Theory (CSDT) .....	23
Verortung der positiven Auswirkungen von Trauma-Arbeit in die CSDT .....	28
Stand der Forschung zum Zusammenspiel von positiven und negativen Effekten .....	30
Zusammenhang positiver und negativer Auswirkungen von Trauma-Arbeit.....	30
Risiko- und Schutzfaktoren der SR und der ST .....	33
Erfahrung und Wissen.....	34
Exposition an traumatisches Material .....	39
Merkmale der Person und institutionelle Rahmenbedingungen .....	42
Zusammenfassung des aktuellen Standes der Forschung .....	50
Ziele der vorliegenden Arbeit .....	56
<b>Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>58</b>
Deskriptive Statistiken und Prävalenzen.....	58
Fragestellung 1 .....	58
Fragestellung 2 .....	59
Fragestellung 3 .....	59
Vergleich von SR und ST mit anderen Konzepten .....	60
Fragestellung 4 .....	60
Fragestellung 5 .....	61
Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit.....	62
Fragestellung 6 .....	62
Fragestellung 7 .....	62

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Fragestellung 8 .....	63
Exposition an traumatisches Material .....	63
Fragestellungen 9 bis 11 .....	64
Fragestellung 12 .....	64
Fragestellungen 13 bis 15 .....	65
Interaktion zwischen positiven und negativen Effekten .....	66
Fragestellung 16 .....	66
Fragestellungen 17 bis 24 .....	67
Risiko- und Schutzfaktoren für SR und ST .....	68
Fragestellungen 25 bis 28 .....	68
Fragestellung 29 .....	70
Fragestellung 30 .....	70
<b>Methodik .....</b>	<b>72</b>
Untersuchungsdesign .....	72
Studienteilnehmende .....	72
Messinstrumente .....	73
Untersuchungsdurchführung .....	79
Statistisches Vorgehen .....	81
Korrelationen .....	81
ANOVA .....	82
ANOVA mit Messwiederholung .....	83
Kurvenanpassung .....	83
Multiple Regression .....	84
Moderationen .....	85
Mediationen .....	85
<b>Ergebnisse .....</b>	<b>87</b>
Deskriptive Statistiken und Prävalenzen .....	87
Vergleich von SR und ST mit anderen Konzepten .....	91

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit.....	94
Korrelationen.....	94
ANOVA .....	95
ANOVA mit gleich großen Gruppen .....	97
Kurvenanpassung .....	99
Explorative Regressionsanalysen .....	101
Exposition an traumatisches Material .....	102
Korrelationen.....	102
Multiple Regression .....	103
Moderationen .....	104
Interaktion zwischen positiven und negativen Effekten .....	110
Korrelation .....	110
Moderationen und Mediationen .....	110
Risiko- und Schutzfaktoren von SR und ST .....	118
Korrelationen.....	118
ANOVA .....	119
Multiple Regression .....	120
<b>Diskussion .....</b>	<b>125</b>
Deskriptive Statistiken und Prävalenzen.....	125
Ausmaß an absolvierten Fortbildungen .....	128
Vergleich von SR und ST mit anderen Konzepten .....	129
Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR bzw. ST ...	131
Exposition an traumatisches Material .....	135
Interaktion zwischen positiven und negativen Effekten .....	140
Protektive und Risikofaktoren für ST und SR .....	143
Limitationen und Stärken .....	148
Conclusio.....	149

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Ausblick und praktische Implikationen .....	150
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>152</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>165</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>166</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>169</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>170</b>

**Vorwort**

Die vorliegende Arbeit möchte sich klar von sprachlicher Diskriminierung in jeder Form abgrenzen. Entsprechend der Leitlinie und den Empfehlungen zum geschlechterinklusive Sprachgebrauch der Universität Wien werden daher bei Möglichkeit auf geschlechtsneutrale Bezeichnungen zurückgegriffen (z.B. psychologisch tätige Personen) oder der Gender-Stern (Asterisk, \*) verwendet. Da diese Arbeit sich mit klinisch-psychologischer sowie psychotherapeutischer Arbeit befasst, wird außerdem der Ansatz der „people-first language“ (PFL) verfolgt, nach dem immer eine Person und nicht ihre Diagnose im Vordergrund steht (z.B. eine Person mit Traumatisierung). Zudem kommt ausnahmslos die Bezeichnung „Klient\*in“ und „Klient\*innen“ zum Einsatz und nicht „Patient\*in“ oder „Patient\*innen“, um einer Pathologisierung vorzubeugen.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

### **Effekte der Trauma-Arbeit: Stellvertretende Traumatisierung und Stellvertretende Resilienz**

Die Arbeit mit Menschen, die ein Trauma erlebt haben, kann bei psychologisch tätigen Personen ähnliche Reaktionen auslösen, wie sie auch Menschen mit Traumatisierung erfahren. Bisher standen hier vor allem die negativen Effekte einer indirekten Exposition an ein Trauma – wie die Stellvertretende Traumatisierung (ST) – im Vordergrund. Diese beschreibt eine negative Veränderung der inneren Glaubenssysteme von psychologisch tätigen Personen, die sich aus der kumulativen Exposition an traumatischen Erfahrungen anderer ergibt. Analog zu den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) können Betroffene in Folge intrusive Gedanken und Bilder, anhaltende Angst und Erregung oder das Vermeiden traumabezogener Stimuli erleben (McCann & Pearlman, 1990).

Neuere Forschung hat jedoch gezeigt, dass psychologisch tätige Personen auch positiv durch die Arbeit mit Klient\*innen, die eine Traumatisierung erfahren mussten, beeinflusst werden können. Zur Beschreibung dieser Erfahrungen wurde 2007 das Konzept der Stellvertretenden Resilienz (SR) von Hernández und Kolleg\*innen eingeführt, welches die positiven Auswirkungen und das persönliche Wachstum von psychologisch tätigen Personen beschreibt. Diese ergeben sich aus dem Kontakt mit der Resilienz von Klient\*innen mit traumatischen Erfahrungen. Die SR zeigt sich beispielsweise in veränderten Lebenszielen und -perspektiven, einer erhöhten Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge oder in einer verbesserten Fähigkeit, bei Berichten über traumatische Erlebnisse präsent zu bleiben (Hernandez-Wolfe, 2018).

Die Erforschung der negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit ist von großer Bedeutung, da sich, neben Einschränkungen des Wohlbefindens der psychologisch tätigen Person, auch ethische Bedenken bezüglich der Qualität der Behandlung ergeben. Eine effektive Therapie von Traumata hängt nämlich davon ab, ob sich die behandelnde Person auf das intensive traumatische Material<sup>1</sup> ihrer Klient\*innen einlassen kann. Dies kann jedoch durch das Erleben einer ST eingeschränkt werden (Harrison & Westwood, 2009; Lazos & Kredentser, 2021). Ein weiteres Problem stellt die Mitarbeiter\*innenfluktuation dar, da vielen durch den erlebten Stress keine andere Wahl bleibt, als den Beruf zu wechseln, was einen

---

<sup>1</sup> Der häufig eingesetzte Begriff „traumatisches Material“ wurde aus der angloamerikanischen Literatur übernommen und verweist auf die Gesamtheit von physiologischen, psychologischen und kognitiven Folgen und Reaktionen, die mit einem Trauma einhergehen können.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

enormen Verlust an Ressourcen darstellt (Boscarino et al., 2004; Cieslak et al., 2014; Collins & Long, 2003).

Obwohl die negativen Effekte bereits länger untersucht werden, bestehen viele Unstimmigkeiten und Forschungslücken. Das liegt vermutlich vor allem am Einsatz unterschiedlichster Begrifflichkeiten, was eine eindeutige Konzeptualisierung erschwert (Craig & Sprang, 2010). Neben der ST wird zur Beschreibung der negativen Auswirkungen von Trauma-Arbeit auch häufig von Sekundärem Traumatischen Stress, von Sekundärer Traumatisierung oder von Mitleidsermüdung gesprochen. Diese Begriffe werden manchmal voneinander abgegrenzt und kommen manchmal synonym zum Einsatz, was zur Verwirrung beiträgt. Insgesamt resultieren daraus inkonsistente und mangelhafte Forschungsergebnisse (Branson, 2019; Dunkley & Whelan, 2006).

Die seltene Untersuchung positiver Effekte von Trauma-Arbeit stellt jedoch auch ein Problem an sich dar, da diese von großem Nutzen wäre. Zum einen kann ein besseres Verständnis dieses Prozesses dazu beitragen, das Empowerment von psychologisch tätigen Personen zu stärken und mehr Wissen über den Therapieprozess und Prozesse der Resilienz zu generieren. Daneben kann die Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge psychologisch tätiger Personen gesteigert werden, was neben größerem persönlichen Wohlbefinden auch zu mehr Effizienz in der Behandlung beiträgt (K. Cohen & Collens, 2013; Hernández et al., 2007). Zum anderen besteht auch die Annahme, dass die SR die negativen Aspekte der Trauma-Arbeit (z.B. die ST) abfedern könnte. Der Zusammenhang zwischen den beiden Phänomenen ist bislang noch nicht vollständig geklärt, aber es gibt Hinweise darauf, dass sie nicht unabhängig voneinander existieren.

Da die Basis beider Konzepte die Reziprozität der therapeutischen Beziehung darstellt, die betont, dass sich die psychologisch tätige Person und der\*die Klient\*in wechselseitig beeinflussen, ist auch gut vorstellbar, dass eine Verbindung zwischen den beiden besteht. Damit stellt sich die Frage, ob eine getrennte Untersuchung der positiven und negativen Effekte der Trauma-Arbeit nicht zu einer eingeschränkten Sicht auf das Thema führt (Hernandez-Wolfe, 2018; Killian et al., 2017).

Damit psychologisch tätige Personen sich ihrer Vulnerabilität bewusst werden und sich schützen, aber auch von den positiven Auswirkungen der Trauma-Arbeit profitieren können, sollten vor allem Arbeitgeber\*innen und Unternehmen Unterstützung bieten (Hallinan et al., 2019). Dazu braucht es jedoch auch fundiertes Wissen über mögliche Risiko- und Schutzfaktoren. Als wichtig erachtet werden hier vor allem Erfahrungen in der Arbeit mit Personen, die traumatisiert wurden, sowie Kenntnisse über die positiven und negativen



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Auswirkungen, das Ausmaß an Exposition an traumatisches Material, persönliche Merkmale der psychologisch tätigen Person und institutionelle Rahmenbedingungen. Doch auch in diesem Bereich kämpft die Forschung mit ambivalenten und lückenhaften Ergebnissen den Bereich der ST betreffend, während positive Effekte von Trauma-Arbeit bisher hauptsächlich qualitativ und theoretisch untersucht und beschrieben wurden (z.B. Branson, 2019; Hallinan et al., 2019; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Dabei wäre auch quantitative Forschung wichtig, um bisherige Theorien stützen und den Grad von Effekten besser einschätzen zu können (Hensel et al., 2015; Ivicic & Motta, 2017).

Vor diesem Hintergrund ergeben sich die grundlegenden Ziele der vorliegenden Arbeit: Das Verständnis für die positiven Auswirkungen der Trauma-Arbeit soll vertieft und um quantitative Befunde ergänzt werden. Zudem sollen empirische Vergleiche zu anderen Konzepten in diesem Bereich gemacht werden. Des Weiteren soll das Zusammenspiel zwischen der ST und der SR sowie ihr Zusammenhang mit verschiedenen Belastungsmaßen genauer beleuchtet werden. Abschließend sollen verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren beider Konzepte eruiert werden.

Zunächst soll daher ein Überblick über den derzeitigen Stand der Forschung gegeben werden, wobei ein besonderer Fokus auf der theoretischen Abgrenzung und Definition der verschiedenen Konzepte in diesem Bereich liegt. Damit soll dem bestehenden Definitionsproblem entgegengewirkt werden. Zudem wird ein Überblick über den bisherigen Erkenntnisstand von verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren der ST und der SR gegeben. Die daraus entwickelten Fragestellungen werden an einer Stichprobe von psychologisch tätigen Personen aus Österreich und Deutschland untersucht, die unter anderem, aber nicht ausschließlich, mit Klient\*innen, die eine Traumatisierung erfahren mussten, arbeiten. Anschließend werden die Ergebnisse präsentiert und in den Kontext der bisherigen Literatur eingeordnet, wobei auch praktische Implikationen und Anregungen für zukünftige Forschung gegeben werden.

### **Positive Auswirkungen der Trauma-Arbeit**

Positive Auswirkungen der Trauma-Arbeit stehen noch nicht lange im Fokus des Interesses, weshalb es derzeit hauptsächlich Forschung zu den negativen Effekten gibt, die diese Tätigkeit auf psychologisch tätige Personen haben kann (Arnold et al., 2005; Puvimanasinghe et al., 2015; Tedeschi & Calhoun, 1996). Dabei zeigen verschiedene Ergebnisse, dass psychologisch tätige Personen, die indirekt mit Traumata konfrontiert werden, neben den negativen Auswirkungen, durchaus auch Positives erfahren. So wird beispielsweise von persönlichem und beruflichem Wachstum durch das Miterleben von

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Resilienz-Prozessen der Klient\*innen, von Inspiration, Aufwertung und einem Gefühl der Befriedigung durch die Arbeit berichtet (K. Cohen & Collens, 2013; Hernandez-Wolfe et al., 2015; McCann & Pearlman, 1990; Wheeler & McElvaney, 2017). Verschiedene Autor\*innen argumentieren zudem, dass die beschriebenen positiven Erfahrungen dieser Arbeit besser untersucht und verstanden werden sollten, da sie nicht nur das Leben von psychologisch tätigen Personen bereichern können, sondern auch die schmerzhaften und schwierigen Aspekte der Arbeit abfedern könnten (Arnold et al., 2005; Hernández et al., 2007; Hernández et al., 2010; Silveira & Boyer, 2015). Eines der am besten untersuchten Konzepte in diesem Bereich, ist die Stellvertretende Resilienz (Killian et al., 2017).

**Stellvertretende Resilienz (SR).** Das Konzept der Stellvertretenden Resilienz beschreibt die positiven Auswirkungen, die eine indirekte Exposition mit Traumata haben kann und bietet damit ein Gegengewicht zu der, sonst auf negativen Effekten fokussierten Forschung (Killian et al., 2017; Wheeler & McElvaney, 2017). Der Begriff entstammt aus der praktischen Erfahrung in der Arbeit mit Klient\*innen, die eine Traumatisierung erfahren mussten: 12 kolumbianische psychologische und psychiatrische Fachkräfte, die mit Überlebenden von Folter und Opfern politisch motivierter Gewalt arbeiteten, wurden interviewt. Es zeigte sich, dass alle Teilnehmer\*innen – neben negativen Auswirkungen der Arbeit – auch über die Inspiration und Kraft berichteten, die sie aus ihrer Arbeit schöpfen konnten (Hernández et al., 2007). Die SR wurde daraufhin definiert als ein Prozess, bei dem psychologisch tätige Personen durch den Kontakt mit der Resilienz von Klient\*innen, die traumatisiert sind, einzigartige und positive Veränderungen der eigenen Resilienz erfahren. Die SR gilt damit als natürliches Phänomen der Trauma-Arbeit, wobei betont wird, dass das komplexe Potential dieser Tätigkeit auch das Erleben belastender Reaktionen beinhaltet. Die positiven Effekte der SR beeinflussen sowohl das persönliche Leben von psychologisch tätigen Personen als auch ihre berufliche Tätigkeit signifikant und umfassen kognitive, emotionale und behaviorale Aspekte. Dabei werden die Veränderungen in den Kognitionen häufig besonders hervorgehoben (Edelkott et al., 2016; Engstrom et al., 2008).

Die SR kann sich in Veränderungen in den folgenden sieben Dimensionen zeigen, die in vier qualitativen Studien herausgearbeitet wurden: Lebensziele und -perspektiven, Hoffnung und Optimismus, Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge, Bewusstsein über eigene Ressourcen, Spiritualität als therapeutische Ressource, Bewusstsein über das soziale Machtgefüge in der therapeutischen Beziehung und Klient\*innen-Kontakt (Hernández et al., 2007; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Hernandez-Wolfe, 2018). Diese Dimensionen wurden

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

später zur Entwicklung der Vicarious Resilience Scale (VRS; Killian et al., 2017) herangezogen – dem derzeit einzigen Verfahren zur quantitativen Messung der SR.

Bei den Lebenszielen und -perspektiven werden positive Veränderungen der Lebensphilosophie beschrieben (Killian et al., 2017). Es kann beispielsweise zu einer Neubewertung von Prioritäten, zu einer höheren Wertschätzung von Familie und Freund\*innen und zu einem tiefer empfundenem Mitgefühl kommen (Lambert & Lawson, 2013). Psychologisch tätige Personen können durch den Kontakt mit der Hoffnung und dem Optimismus ihrer Klient\*innen einen Anstieg der eigenen Positivität erleben. Die Arbeit mit Personen, die eine Traumatisierung erfahren haben, kann außerdem zu einer besseren Selbstwahrnehmung einer psychologisch tätigen Person beitragen und sie zu mehr Selbstfürsorgepraktiken animieren (Mathieu, 2012; Samios et al., 2013). Beide gelten als wichtige Ressource und stehen außerdem mit einem reduzierten Stressniveau und einer geringeren Burnout-Gefährdung in Zusammenhang (Killian, 2008). Es kann zudem ein erhöhtes Bewusstsein für die eigenen Ressourcen entwickelt werden, was sich zum einen in einem besseren Gespür für die eigene Resilienz und damit auch für die eigene Belastbarkeit zeigen kann. Zum anderen kann auch ein Anstieg der persönlichen und beruflichen Ressourcen erfahren werden, was zugleich mit einer höheren Selbstwirksamkeit einhergeht (Hernandez-Wolfe et al., 2015). Weiters können psychologisch tätige Personen in diesem Bereich mehr Offenheit und Wertschätzung gegenüber den Ressourcen von Klient\*innen erleben (Hernández et al., 2007). Vor allem die Spiritualität der Klient\*innen kann als wichtige therapeutische Ressource anerkannt werden, was sich darin äußern kann, dass sich in die spirituelle Sicht der Klient\*innen eingefühlt wird und, dass diese gezielt als therapeutisches Mittel genutzt wird (Edelkott et al., 2016; Hernández et al., 2007). Durch diese Tätigkeit können psychologisch tätige Personen auch für den Zusammenhang ihrer eigenen Macht und Privilegien mit dem sozialen Status der Klient\*innen sensibilisiert werden. Dies kann sich in einem achtsamen und bewussten Umgang mit dem Machtgefälle zwischen psychologisch tätiger Person und Klient\*in äußern, der sowohl die eigene sozio-kulturelle Einbettung als auch die des\*der Klient\*in mitdenkt (Constantine, 2002). Die siebte und letzte Dimension, in der Veränderungen erlebt werden kann, bezieht sich auf den Klient\*innen-Kontakt. Vor allem kann hier eine verbesserte Fähigkeit während traumatischer Erzählungen von Klient\*innen präsent und aufmerksam zu bleiben, wahrgenommen werden, aber auch eine grundsätzliche Offenheit dem\*der Klient\*in und seiner\*ihrer Geschichte gegenüber. Dies steht also im Gegensatz zu einem vermeidendem oder voreingenommenem Denken (Killian et al., 2017).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Damit sich diese Veränderungen zeigen können, ist es notwendig, dass psychologisch tätige Personen die Heilungsprozesse ihrer Klient\*innen nicht nur miterleben, sondern selbst an ihnen teilnehmen (Hernandez-Wolfe et al., 2015). Der therapeutischen Beziehung kommt dabei eine wesentliche Rolle zu. Das Konzept der SR beruht auf der Annahme, dass zwischen Klient\*in und psychologisch tätiger Person eine dynamische und wechselseitige Beeinflussung besteht. Das Einlassen auf diesen Prozess kann daher auch von der psychologisch tätigen Person als schmerzhaft erlebt werden. Diese Reziprozität der therapeutischen Beziehung stellt die Basis für die Ausbildung einer SR dar (Hernández et al., 2007; Hernandez-Wolfe et al., 2015).

Neben der SR werden in der Forschung häufig drei weitere Konzepte genannt, die ebenfalls positive Auswirkungen beschreiben: das Posttraumatische Wachstum, das Stellvertretende Posttraumatische Wachstum und die Mitgefühlzufriedenheit. Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden, wobei vor allem die Unterschiede zur SR herausgearbeitet werden, um Verwirrung zu vermeiden.

**Posttraumatisches Wachstum (PTW).** Das Posttraumatische Wachstum (PTW; Tedeschi & Calhoun, 1996) ist definiert als ein persönliches Wachstum und eine positive Veränderung des Selbst nach dem Erleben von traumatischen Erlebnissen (Arnold et al., 2005; Tedeschi & Calhoun, 2004). Das PTW zeigt sich typischerweise in fünf größeren Bereichen: neue Möglichkeiten, interpersonelle Beziehungen, persönliche Stärke, spirituelle Veränderung und Wertschätzung des Lebens. Der Bereich *neue Möglichkeiten* beschreibt das Entwickeln neuer Interessen, das Einnehmen neuer Perspektiven und ein grundsätzliches Gefühl, das Leben sinnvoller gestalten zu wollen. Im Rahmen der *interpersonellen Beziehungen* geht es um eine neue, positive Sicht auf andere, das Spüren von Nähe und Mitgefühl und ein generelles Vertrauen in die Mitmenschen. Beispiele für Veränderungen im Bereich *persönliche Stärke* sind eine gesteigerte Selbstständigkeit und das Gefühl, sich auf sich und die eigene Stärke verlassen zu können. *Veränderungen der Spiritualität* zeigen sich häufig in neu entdeckten oder neu überprüften Überzeugungen. Beim letzten Bereich, *Wertschätzung des Lebens*, geht es um veränderte Prioritäten und um eine gestiegene Achtung vor dem (eigenen) Leben (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Auch bei der SR kann es zu einer (Weiter-)Entwicklung in sehr ähnlichen Bereichen kommen. Allerdings werden beim PTW positive Transformationen betrachtet, die aus einem selbst erlebten Trauma erwachsen, während bei der SR eine indirekte Exposition mit den traumatischen Erfahrungen anderer und der dabei beobachteten Resilienz zu Veränderungen führt (Engstrom et al., 2008). Die SR wird daher manchmal als parallele Erfahrung zur PTW

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

beschrieben: So wie Personen mit Traumatisierung Wachstum nach einem traumatischem Erlebnis erfahren können, kann – entsprechend der Annahme der Reziprozität der therapeutischen Beziehung – auch die psychologisch tätige Person in der Arbeit mit solchen Menschen positive Veränderungen erleben (Puvimanasinghe et al., 2015).

**Stellvertretendes Posttraumatisches Wachstum (SPTW).** Neben der SR wird das Stellvertretende Posttraumatische Wachstum (SPTW; Arnold et al., 2005) am häufigsten verwendet, um die positiven Aspekte der Arbeit mit Klient\*innen, die eine Traumatisierung erfahren mussten, zu beschreiben (Edelkott et al., 2016). Das SPTW wird definiert als Wachstum, das von psychologisch tätigen Personen nach dem stellvertretenden Kontakt mit einem Trauma wahrgenommen wird (Arnold et al., 2005). In einer qualitativen Studie im Jahr 2005 berichteten 21 Teilnehmer\*innen, dass die Arbeit mit Überlebenden diverser Traumata zu tiefgreifenden und positiven Veränderungen geführt habe, woraufhin das Konzept von Arnold und Kolleg\*innen auf Grundlage des PTW entwickelt wurde.

Der Fokus des SPTW liegt dabei auf Veränderungen in den Bereichen Identität, Weltanschauung und Spiritualität (Calhoun & Tedeschi, 1999). Veränderungen in der *Identität* umfassen vor allem die Sicht auf das Selbst und das Erkennen neuer Möglichkeiten, bei der *Weltanschauung* stehen interpersonelle Beziehungen und deren Veränderungen im Mittelpunkt und im Rahmen der *Spiritualität* kommt es häufig zu neu entdeckten oder überdachten Überzeugungen und/oder (Lebens-)Philosophien (Arnold et al., 2005). Damit zeigen sich ähnliche und zum Teil auch überlappende Themen zur SR. Allerdings umfasst das SPTW weniger konzeptionelle Dimensionen (drei) als die SR (sieben). Dies zeigt sich vor allem in den Bereichen der SR, die sich auf Veränderungen im beruflichen Kontext beziehen. Beim SPTW stehen persönliches Wachstum und Veränderungen des (alltäglichen) Lebens von psychologisch tätigen Personen im Vordergrund, während berufliche (Weiter-)Entwicklungen kaum adressiert werden (Edelkott et al., 2016; Killian et al., 2017).

Andere Forscher\*innen gehen stattdessen davon aus, dass eher das SPTW als übergeordnet zur SR betrachtet werden sollte, da es durch die Entwicklung auf Basis des PTW genauer konzeptualisiert werden kann (Barrington & Shakespeare-Finch, 2013; Ben-Porat, 2015).

Einigkeit besteht vor allem darüber, dass sich die SR und das SPTW zum Teil überlappen und viele Elemente miteinander teilen (Barrington & Shakespeare-Finch, 2013; K. Cohen & Collens, 2013), um eine genaue und fundierte Abgrenzung zu treffen, bedarf es jedoch weiterer Forschung (Edelkott et al., 2016).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit, wird auf das Konzept der SR zurückgegriffen, da ihre sieben Dimensionen die Untersuchung von Veränderungen im Bereich der ausgeübten Tätigkeit erlauben. Besonders bei der gemeinsamen Betrachtung von positiven und negativen Aspekten sollen möglichst viele Bereiche im Leben der psychologisch tätigen Person abgedeckt werden, um so einen breiten Einblick in die Wirkweisen dieser Prozesse zu erhalten.

**Mitgefühlszufriedenheit.** Die Mitgefühlszufriedenheit beschreibt die Freude und Erfüllung, die eine Person aus einer befriedigenden und guten Ausführung seiner\*ihrer Arbeit zieht. Im Fokus stehen hier vor allem helfende Professionen, die das Gefühl auslösen können, einen positiven und wichtigen Beitrag zu leisten (Killian et al., 2017; Larsen & Stamm, 2008). Laut Stamm (2002) setzt sich Mitgefühlszufriedenheit aus drei Elementen zusammen: das Ausmaß an Zufriedenheit mit der Arbeit, das Ausmaß an wahrgenommener Kompetenz und Kontrolle in Bezug auf die Arbeit und das Ausmaß an kollegialer und struktureller Unterstützung.

Im Gegensatz dazu bezieht sich die SR auf positive Veränderungen, die durch den Kontakt mit der Resilienz von Klient\*innen, die traumatisiert wurden, entstehen, wodurch speziell psychologisch tätige Personen im Bereich der Trauma-Arbeit adressiert werden. Die Mitgefühlszufriedenheit kann durch ihren allgemeinen Bezug auf helfende Professionen daher als breiteres Konzept beschrieben werden (Killian et al., 2017).

### Negative Auswirkungen der Trauma-Arbeit

In der Arbeit mit Individuen, die ein Trauma erlebt haben, können psychologisch tätige Personen auch ähnlich negative Reaktionen erleben, wie sie die Menschen mit den traumatischen Erfahrungen zeigen. Obwohl dies in Theorie und Praxis bereits seit längerem bekannt ist und diese Auswirkungen auch besser untersucht sind als die positiven Effekte, mangelt es diesem Bereich immer noch an einheitlichen Befunden (Dunkley & Whelan, 2006). Ein möglicher Grund dafür ist eine unklare und diffuse Konzeptualisierung dieser negativen Auswirkungen (Branson, 2019; Craig & Sprang, 2010; Greinacher et al., 2019). Eine der umfassendsten Beschreibungen dieses Phänomens ermöglicht das Konzept der Stellvertretenden Traumatisierung (McCann & Pearlman, 1990), bei dem das zugrundeliegende theoretische Rahmenmodell der *Constructivist Self-Development-Theory* (CSDT) eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Individuum und Kontext mit ihren Wechselwirkungen erlaubt (Saakvitne et al., 1998). Daher soll zunächst das Konstrukt der ST definiert werden, auf das auch in der weiteren Arbeit referenziert wird, bevor genauer auf das

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Definitionsproblem in diesem Bereich eingegangen wird und andere wichtige Begriffe näher erläutert und abgegrenzt werden.

**Stellvertretende Traumatisierung (ST).** Das Konzept der Stellvertretenden Traumatisierung (ST) wurde erstmals von McCann und Pearlman (1990) beschrieben, um die negativen Auswirkungen der Arbeit mit Personen, die eine Traumatisierung erfahren mussten, zu adressieren. Es handelt sich dabei um eine (negative) Veränderung der inneren Erfahrungen und der Glaubenssysteme von psychologisch tätigen Personen. Diese ergeben sich aus der einfühlsamen Beschäftigung mit dem traumatischen Material von Klient\*innen (Pearlman & Saakvitne, 1995). Die Veränderungen wirken sich dauerhaft auf Überzeugungen über sich, andere und die Welt aus und können auch die Affekttoleranz, zwischenmenschliche Beziehungen und das ikonische Gedächtnis (Teil des sensorischen Gedächtnisses, das für visuelle Wahrnehmung zuständig ist) beeinflussen (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995). Als Schlüssel für die Entstehung gilt die kumulative Konfrontation mit bildhaften Berichten über traumatische Erlebnisse, weshalb die ST auch als natürliche, unvermeidliche und einzigartige Folge der Trauma-Arbeit beschrieben wird (Barrington & Shakespeare-Finch, 2013; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Sansbury et al., 2015). Damit wird zugleich betont, dass die ST weder die Psychopathologie der psychologisch tätigen Person noch die der Klient\*innen mit Traumatisierung widerspiegelt. Stattdessen handelt es sich um eine Übertragung von traumatischem Stress, der durch das Miterleben von verstörendem traumatischem Material entsteht (Figley, 1998). Die Auswirkungen können sich daher auch in Symptomen zeigen, die denen des\*der Klient\*in entsprechen. Analog der Erfahrung eines primären Traumas ist die Bandbreite der Symptomatik vielfältig und kann sich sowohl im Berufs- als auch im Privatleben der helfenden Person manifestieren (Branson, 2019; McCann & Pearlman, 1990). Besonders häufig wird jedoch das Erleben unerwünschter Gedanken und Bilder beschrieben, die durch Erzählungen der Klient\*innen ausgelöst werden, aber es können auch Alpträume, Motivationsverlust, mangelnde Arbeitsethik (z.B. das Sprechen über traumatische Erlebnisse mit Klient\*innen vermeiden), häufiges Fehlen oder Arbeitswechsel, soziale Isolation oder Angst um die eigene Sicherheit oder um die Sicherheit von Nahestehenden, auftreten (Aparicio et al., 2013; Barrington & Shakespeare-Finch, 2013; Bride, 2007).

Der Fokus wird bei der ST stark auf die kognitiven Effekte gelegt, die als Veränderungen von Schemata beschrieben werden. Schemata sind kognitive Strukturen, die zur Interpretation neuer Erfahrungen dienen (Janoff-Bulman, 1992). Widersprechen neue Erfahrungen bestehenden Schemata, kann dies zu Veränderungen dieser führen, was sich im Falle der

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Trauma-Arbeit meist in einer unrealistischen, negativen Sicht auf die Welt manifestiert (Piaget, 1971). Im Rahmen der CSDT werden Veränderungen in fünf Schema-Bereichen beschrieben: Sicherheit, Vertrauen, Wertschätzung, Intimität und Kontrolle (Bride, Radey, & Figley, 2007; Pearlman & Saakvitne, 1995). Auf diese wird in einem späteren Abschnitt noch genauer eingegangen.

Die ST ist eines der ältesten Konzepte zur Beschreibung negativer Effekte der Arbeit mit Personen, die ein Trauma erlebt haben und wurde umfangreich theoretisch begründet. Dennoch wurden im Laufe der Zeit noch verschiedene andere Konstrukte entwickelt, die diese Auswirkungen darstellen. Auch Konzepte aus anderen Bereichen, wie z.B. die PTBS werden in Untersuchungen herangezogen, was zu einer heterogenen und verwirrenden Forschungslage führt. Im Folgenden soll daher genauer darauf eingegangen werden, mit welchen Problemen die Forschung in diesem Bereich zu kämpfen hat und es soll versucht werden, häufige andere Terminologien von der ST abzugrenzen.

### ***Definitionsproblem negativer Auswirkungen von Trauma-Arbeit***

Trotz der langen und umfangreichen Erforschung negativer Auswirkungen von Trauma-Arbeit, kämpft die Forschung in diesem Bereich mit einer uneinheitlichen Ergebnislage. Grund dafür sind hauptsächlich unklare Konzeptualisierungen und Definitionsprobleme. Es werden verschiedene Begriffe eingesetzt, die manchmal synonym verwendet und andere Male voneinander abgegrenzt werden. Das Fehlen von einheitlichen Operationalisierungen und die Verwendung von unterschiedlichen Terminologien bei der Konzeption und Durchführung von Studien beeinträchtigt die Validität und Reliabilität der Ergebnisse in diesem Bereich (Branson, 2019).

Besonders häufig finden sich, neben der ST, folgende Termini, um die negativen Auswirkungen der Arbeit mit Menschen, die traumatisiert wurden, zu beschreiben: Sekundärer Traumatischer Stress (STS), Sekundäre Traumatisierung, Mitleidsermüdung, Burnout und Gegenübertragung (Hensel et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013). Die Verwendung dieser unterschiedlichen Begrifflichkeiten führt zu Verwirrung und die Forschung in diesem Bereich leidet unter diesen Definitions- und Messproblemen (Beck, 2011; Cieslak et al., 2014). Speziell werden drei Problembereiche adressiert: Erstens werden die Begriffe oft falsch eingesetzt, beispielsweise um eine direkte Exposition mit einem Trauma statt einer indirekten zu beschreiben. Zum Zweiten werden ähnliche Begriffe innerhalb einer Studie manchmal miteinander kombiniert oder verwechselt. Der dritte Kritikpunkt richtet sich gegen eine mehrdeutige Verwendung der Konstrukte mit fehlender Definitionsangabe (Branson, 2019). Es besteht daher eine laufende Diskussion darüber, wie



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

die genannten Konstrukte genau zu verwenden sind: synonym oder in Abgrenzung zueinander (Craig & Sprang, 2010; Greinacher et al., 2019).

Viele Studien verwenden die Begriffe synonym mit der Begründung, dass sie alle die Reaktion von psychologisch tätigen Personen auf den Kontakt mit traumatischem Material beschreiben und es somit keine distinkten Definitionen gibt bzw. geben sollte (Greinacher et al., 2019; Ivicic & Motta, 2017). Dagegen vertreten andere Forscher\*innen die Ansicht, dass eine Abgrenzung zu klareren und eindeutigeren Ergebnissen führen würde. Jenkins und Baird (2002) haben daher eine mögliche Abgrenzung der Konstrukte entwickelt, in der sie vorschlagen, dass der Begriff der Stellvertretenden Traumatisierung verwendet werden soll, wenn Veränderungen in den kognitiven Schemata beschrieben werden, während bei den Konzepten STS und Mitleidsermüdung der Fokus auf sozioemotionalen Veränderungen liegt. Letztere entsprächen eher den Symptomen einer PTBS, wie das Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses, Vermeidungsverhalten, negative Kognitionen und Stimmung und/oder Hyperarousal (American Psychiatric Association, 2013). Auch andere Forscher\*innen empfehlen diese Differenzierung (Craig & Sprang, 2010) oder verwenden andere ähnliche Abgrenzungen (z.B. Bride, Jones, & Macmaster, 2007; Dunkley & Whelan, 2006; Hartman, 1995), was jedoch zu weiterer Verwirrung führt. Die Diskussion hat zu vielen konzeptuellen Analysen geführt, wohingegen empirische Betrachtungen selten sind (R. E. Adams et al., 2006; S. Baird & Jenkins, 2003; Jenkins & Baird, 2002). Daher wären umfassende qualitative oder quantitative Untersuchungen, die die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den angeführten Konstrukten überprüfen und damit übergreifende Schlussfolgerungen ermöglichen, dringend erforderlich (Cieslak et al., 2014).

Nachfolgend sollen die häufigsten Begriffe, die neben der ST zum Einsatz kommen, vorgestellt und definiert werden. Entsprechend der häufigen Annahme, dass Abgrenzungen zu transparenteren und klareren Ergebnissen beitragen (z.B. Craig & Sprang, 2010; Jenkins & Baird, 2002), wird in der vorliegenden Arbeit auf den Begriff der Stellvertretenden Traumatisierung zurückgegriffen. Deshalb werden im Folgenden die Unterschiede der anderen Konzepte zur ST herausgearbeitet, um eine eindeutige Definition des untersuchten Konstruktes zu ermöglichen.

**Sekundärer Traumatischer Stress (STS).** Der Begriff Sekundärer Traumatischer Stress (STS) wurde von Figley (1995) geprägt und beschreibt die Reaktionen einer Person, die mit den traumatischen Erfahrungen eines anderen Menschen konfrontiert wurde. Sie äußert sich in Verhaltensweisen und Emotionen und kann sehr akut und plötzlich auftreten (Aparicio et al., 2013; Figley, 1995; Sodeke-Gregson et al., 2013). Bei der Konzeptualisierung dienten

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Figley (1995) damals die diagnostischen Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) als Basis (Craig & Sprang, 2010; Dunkley & Whelan, 2006). Dementsprechend zeigen sich die Reaktionen des STS parallel zu den Symptomen von Personen, die direkt einem Trauma ausgesetzt waren (Branson, 2019; Bride, 2007; Figley, 1998; Sodeke-Gregson et al., 2013). Bei der PTBS können drei größere Symptomgruppen unterschieden werden: intrusive und aufdringliche Bilder des traumatischen Materials, Vermeidungsverhalten gegenüber Trauma-bezogenen Reizen und eine erhöhte physiologische Anspannung und Erregung (American Psychiatric Association, 2000).

Beim Wiedererleben traumatischer Ereignisse drängen sich Betroffenen wiederkehrende, quälende Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen oder Träume auf, die mit den traumatischen Erfahrungen verbunden sind. Manchmal verhalten oder fühlen sich die Personen auch so, als würden sie das traumatische Ereignis in Form von Illusionen, Halluzinationen oder Rückblenden erneut erleben. Insgesamt zeigt sich eine starke psychische Belastung, wenn Betroffene mit internen oder externen Hinweisen oder Erinnerungen an das Ereignis konfrontiert werden.

Das Vermeidungsverhalten beschreibt das starke Bemühen, Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Menschen, die mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung stehen oder daran erinnern, zu meiden. Dadurch zeigt sich oft auch ein vermindertes Interesse an der Teilnahme wichtiger Aktivitäten, ein Gefühl der Entfremdung oder des Losgelöstseins von anderen und eine eingeschränkte Affektpalette.

Erregungssymptome beschreiben eine anhaltende erhöhte Erregung und auch Angst, die sich zum Beispiel in Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit oder Wutausbrüchen zeigen können (American Psychiatric Association, 2000).

Von STS betroffene Personen können im Vergleich dazu beispielsweise das Trauma des primären Überlebenden wiedererleben, von obsessiven Gedanken oder belastenden Träumen gequält werden, oder unwillkürlich an schreckliche Erfahrungen erinnert werden. Meist zeigen sich die Symptome jedoch in einem geringeren Ausmaß als nach einem direkten Trauma (Figley, 1995; Lazos & Kredentser, 2021). Diese Symptome wirken sich sowohl auf das Privat- als auch auf das Berufsleben einer Person aus und beeinträchtigen ihre Lebens- und Arbeitsqualität (Choi, 2011; Sexton, 1999).

Besonders betroffen von STS sind Professionist\*innen im humanitären Bereich, die mit Klient\*innen mit primärem Trauma arbeiten und durch die Arbeit mit diesen eine indirekte

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

bzw. sekundäre Exposition mit traumatischen Ereignissen erleben (Bride et al., 2004; Bride, Radey, & Figley, 2007). Aber auch andere Menschen, die in engem Kontakt mit Personen, die traumatisiert wurden, stehen, wie z.B. Familienangehörige oder Freund\*innen, können eine indirekte Traumatisierung erfahren (Figley, 1995). Damit kann der STS in einer Vielzahl von Situationen entstehen (Ivicic & Motta, 2017).

Die ST unterscheidet sich damit vom STS vor allem in den beschriebenen Symptomen: Während der STS sich vor allem auf die Symptome einer PTBS bezieht, können bei der ST, durch Veränderungen in den Schemata, umfangreichere Bereiche betroffen sein. Dies entspricht auch der vorgeschlagenen Unterteilung von Jenkins und Baird (2002), die bei der ST den Schwerpunkt auf Veränderungen im kognitiven Bereich legt, während beim STS sozioemotionale Aspekte im Vordergrund stehen. Außerdem wird beim STS wenig Aufmerksamkeit auf den Kontext der psychologisch tätigen Person gerichtet, dem bei der Ausbildung einer ST eine wichtige Rolle zukommt (Craig & Sprang, 2010). Der STS kann zudem bereits nach einer einzigen Exposition mit einem indirekten Trauma auftreten, während die ST durch den kumulativen Kontakt mit den traumatischen Erfahrungen anderer entsteht (Aparicio et al., 2013). Ein weiterer Unterschied zeigt sich in den beschriebenen Betroffenen: Bei der ST liegt der Fokus hauptsächlich auf psychologisch tätigen Personen, während der STS auch von anderen Personen, wie beispielsweise Familienmitgliedern von Personen mit Traumata, erlebt werden kann.

**Sekundäre Traumatisierung.** Die Bezeichnung Sekundäre Traumatisierung kommt eher selten zum Einsatz. Sie bezieht sich auf den Stress, der erlebt wird, wenn eine Person Individuen, die traumatisiert wurden und leiden, hilft (Gil, 2015). Dieser kann entweder bei einer wiederholten oder einer sehr extremen Konfrontation mit Details eines Traumas entstehen. Die Helfenden können in Folge Symptome einer Traumatisierung entwickeln ohne selbst einer traumatischen Erfahrung ausgesetzt gewesen zu sein (Figley, 1999). Das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, Vermeidung oder Hyperarousal – die Hauptsymptome einer PTBS – zeigen sich als typische Auswirkungen. Allerdings ist die Schwere der Symptomatik tendenziell geringer als bei einem primären Trauma (Gilbar et al., 2012).

Obwohl die Sekundäre Traumatisierung einige Elemente mit der ST und auch dem STS gemein hat, wurde sie nur oberflächlich bis gar nicht konzeptualisiert (z.B. Greinacher et al., 2019). Der Begriff kommt selten zum Einsatz und wird häufig in Studien verwendet, die keine klaren Definitionen des untersuchten Konzepts angeben. Daher scheint dieser Begriff nicht am besten geeignet, um die negativen Effekte der Trauma-Arbeit zu operationalisieren.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Mitleidsermüdung.** Der Begriff Mitleidsermüdung wurde ebenfalls von Figley (1995) geprägt und beschreibt einen Zustand der Erschöpfung und Dysfunktion, der sich sowohl emotional als auch biologisch äußern kann. Er entsteht durch eine kumulative und lang andauernde, indirekte Exposition mit den traumatischen Erfahrungen anderer. Wie auch bei den anderen Konzeptionalisierungen werden diese Reaktionen im Kontext des Helfens und Arbeitens mit Personen, die traumatisiert wurden, als normal und natürlich angesehen und können zu erheblichen emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Veränderungen führen (Bride, Radey, & Figley, 2007; Dunkley & Whelan, 2006; Figley, 1995, 2002; Sodeke-Gregson et al., 2013). Die Effekte der emotionalen Erschöpfung können sich in einem verminderten Interesse an Klient\*innen, Symptomen einer PTBS und Veränderungen in den kognitiven Schemata zeigen (R. E. Adams et al., 2006; Collins & Long, 2003; Ivicic & Motta, 2017). Betroffene Personen sind demnach nicht mehr in der Lage ehrliches Verständnis, Empathie und Unterstützung für andere zu fühlen und zu zeigen. Außerdem können sie Gefühle der Hilflosigkeit, Verwirrung und Isolation erleben (Figley, 2002; Hofmann, 2009).

In der Literatur wird Mitleidsermüdung oft als ein breites, übergeordnetes Konstrukt beschrieben, das die anderen Konzeptionen als latente Eigenschaften umfasst. Beispielsweise schlagen Adams et al. (2006) vor, dass Mitleidsermüdung aus STS, ST und Burnout besteht, während Figley (2002) von einem Zusammenkommen traumatischen Stresses, sekundärem traumatischen Stresses und Burnouts spricht. Auch Stamm (2002) geht davon aus, dass sich das Konzept der Mitleidsermüdung aus einer Kombination aus STS- und Burnout-Symptomen zusammensetzt. Im Gegensatz zu anderen Definitionen von Burnout wird in diesem Rahmen der Fokus jedoch nicht auf die Erschöpfung gelegt (z.B. Maslach et al., 2001), sondern bezieht sich auf mangelndes Wohlbefinden, einer negativen Einstellungen zur Arbeit, Arbeitsüberlastung und mangelnde Selbstakzeptanz (Stamm, 2002, 2010). Dagegen wird an anderer Stelle angenommen, dass die Begriffe Mitleidsermüdung und STS synonym und austauschbar verwendet werden können, da beide mit einem Gefühl der Hilflosigkeit und Überforderung einhergehen (Branson, 2019; Bride et al., 2004; Greinacher et al., 2019).

Aufgrund der in der vorliegenden Arbeit unterstützten Annahme, dass eine klare Abgrenzung von Begriffen zu eindeutigeren Befunden beiträgt und der insgesamt häufigeren Sicht auf Mitleidsermüdung als allgemeines und übergeordnetes Konzept, wird diese Betrachtungsweise als begründeter angesehen. Damit kann die ST als Teil der Mitleidsermüdung betrachtet werden. Dabei stehen – wie auch von Jenkins und Baird (2002) vorgeschlagen – wieder eher sozioemotionale Veränderungen im Mittelpunkt. Kognitive

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Aspekte werden zwar ebenfalls angeführt, doch nicht genauer beschrieben. Dagegen wird bei der ST der Schwerpunkt auf kognitive Veränderungen gelegt, der auch von der SR geteilt wird. Durch die konkrete Beschreibung auf ähnlicher Ebene mit der SR, scheint die ST zur Erreichung der gesetzten Ziele dieser Arbeit – dem Vergleich mit der SR – daher in der vorliegenden Arbeit die bessere Wahl darzustellen.

**Burnout.** Bei Burnout handelt es sich um „einen Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung, der durch lang anhaltende Beteiligung an emotional anspruchsvollen Situationen entsteht“ (Pines & Aronson, 1998, p. 9). Dabei stehen vor allem arbeitsbedingte Stressoren im Fokus, wie beispielsweise ein schlechtes Arbeitsumfeld, mangelhafte administrative Unterstützung, unzureichende Vergütung, anhaltende Personalprobleme, hohe Fluktuation, schlechte Arbeitsmoral, fehlende Aufstiegsmöglichkeiten, mangelnde Wertschätzung und wenig Hoffnung auf Veränderung (Maslach et al., 2001; Sansbury et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013). Dieser Zustand der Erschöpfung äußert sich auf mehreren Ebenen und beeinträchtigt das Wohlbefinden und die Betreuungseffektivität (Cheung & Chow, 2011; Collins & Long, 2003). Typische Indikatoren für Burnout sind eine allgemeine Apathie und emotionale Erschöpfung, ein Gefühl der Depersonalisierung, eine negative Veränderung der Produktivität, Verlust von Mitgefühl, Entmutigung, Depression und Zynismus (M. W. Hayes, 2013; McCann & Pearlman, 1990). Burnout ist insbesondere im Bereich der Humandienstleistungen ein weit verbreitetes Phänomen und wird oft als Indikator für schlechtes Wohlbefinden der Mitarbeiter\*innen herangezogen (Maslach et al., 2001; Newell & MacNeil, 2011).

Am häufigsten wird Burnout als Drei-Komponenten-Konstrukt konzeptualisiert, das sich aus Erschöpfung, Depersonalisierung und verminderter persönlicher Leistung zusammensetzt (Maslach et al., 2001). Dabei beschreibt Erschöpfung ein Gefühl der Ermüdung durch die Arbeit, Depersonalisierung (manchmal auch Zynismus genannt) bezieht sich auf eine distanzierte Haltung gegenüber der Arbeit oder den betreuten Personen und die verminderte persönliche Leistung äußert sich in negativen Emotionen und Kognitionen über die eigene Leistung und die eigenen Fähigkeiten (bezogen auf die Arbeit oder das Leben im Allgemeinen).

Im Gegensatz dazu gehen andere Ansätze davon aus, dass Burnout auf einen gemeinsamen Faktor zurückzuführen ist: die Erschöpfung (Kristensen et al., 2005; Malach-Pines, 2005; Shirom & Melamed, 2006). Beispielsweise definieren manche Burnout als körperliche, emotionale und mentale Erschöpfung (Malach-Pines, 2005; Shirom & Melamed, 2006),

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

während andere den Fokus eher auf die physische und psychische Überlastung und Erschöpfung in einem bereichsspezifischen Kontext legen (Kristensen et al., 2005).

Die Vielfalt der Konzeptualisierungen und Operationalisierungen des Burnout-Konstrukts beeinträchtigt den wissenschaftlichen Fortschritt, der von einheitlichen Definitionen und Messungen abhängt. Bei Burnout scheint es nur einen Konsens in Bezug auf die Erschöpfungskomponente zu geben (Cieslak et al., 2014).

Von den anderen negativen Effekten der Trauma-Arbeit lässt sich Burnout jedoch relativ leicht abgrenzen. Zwar kann es auch durch Kontakt mit Personen, die traumatisiert sind, zu Burnout kommen, im Gegensatz zur ST stellt dies jedoch keine Voraussetzung bei der Entstehung dar. Im Grunde kann Burnout in jedem Beruf auftreten, sofern die Anforderungen der Arbeit nicht mit den wahrgenommenen Fähigkeiten der Arbeitnehmer\*innen übereinstimmen (Cieslak et al., 2014; McCann & Pearlman, 1990; Owens-King, 2019; Sodeke-Gregson et al., 2013). Außerdem kann sich Burnout durch kleinere Veränderungen abschwächen lassen, z. B. durch eine neue Position, eine geringere Arbeitsbelastung, zusätzlichen Mitarbeiter\*innen und/oder einer Auszeit. Dagegen sind die negativen Effekte der Trauma-Arbeit tendenziell dauerhaft (Branson, 2019).

**Gegenübertragung.** Das Konzept der Gegenübertragung ist in der psychodynamischen Theorie verwurzelt und beschreibt eine Aktivierung von ungelösten oder unbewussten Konflikten der psychologisch tätigen Person, die durch den Kontakt mit Klient\*innen ausgelöst werden. Die psychologisch tätigen Personen können in Folge ambivalente, negative oder wertende Gefühle erleben. Diese spiegeln jedoch nicht die Erfahrung des\*der Klient\*in wider, sondern eher die individuellen Erfahrungen und Abwehrmechanismen der psychologisch tätigen Person. Die Gegenübertragung kann durch jeglichen Kontakt mit Klient\*innen auftreten – eine traumatische Erfahrung stellt keine Voraussetzung dar (McCann & Pearlman, 1990).

Bei der Gegenübertragung bestimmen also die persönlichen Eigenschaften der psychologisch tätigen Person die Reaktion auf den\*die Klient\*in, während bei der ST zusätzlich die Eigenschaften der Situation berücksichtigt werden (Dunkley & Whelan, 2006; McCann & Pearlman, 1990). Auch kann die Gegenübertragung außerhalb der Trauma-Arbeit auftreten und wird oft nur in Bezug auf eine\*n bestimmte\*n Klient\*in erlebt, während die ST mit einer kumulativen Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen zusammenhängt und jeden Lebensbereich der psychologisch tätigen Person betrifft (Howlett & Collins, 2014).

**Fazit.** Um dem Definitionsproblem negativer Auswirkungen der Trauma-Arbeit entgegenzuwirken, der auf eine mehrdeutige und unklare Definition verschiedener

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Begrifflichkeiten zurückzuführen ist (Branson, 2019; Dunkley & Whelan, 2006), wird in der vorliegenden Arbeit eine Abgrenzung von der Stellvertretenden Traumatisierung zu den häufig verwendeten Begriffen STS, Sekundäre Traumatisierung, Mitleidsermüdung, Burnout und Gegenübertragung durchgeführt. Dies soll eine eindeutige und transparente Vorgehensweise fördern. Die Verwendung dieses Begriffs wird mit seiner umfassenden theoretischen Fundierung, der ganzheitlichen Betrachtungsweise und dem Fokus auf kognitiven Veränderungen begründet. Dies ermöglicht eine gute Vergleichbarkeit zur SR, bei der kognitive Aspekte ebenfalls im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Dagegen scheinen STS, aufgrund der reinen Fokussierung auf Symptome der PTBS, und die Sekundäre Traumatisierung, wegen mangelnder Fundierung, weniger geeignet zu sein, die negativen Effekte der Trauma-Arbeit umfassend abzudecken. Burnout und Gegenübertragung beschreiben nicht explizit die Auswirkungen der Arbeit mit Menschen, die eine Traumatisierung erfahren haben, weshalb ihre Eignung ebenfalls ausgeschlossen wird. Die Mitleidsermüdung wäre am ehesten für den Einsatz geeignet. Da sie jedoch eher ein übergeordnetes Konstrukt darstellt, scheint die ST für den vorliegenden Zweck – der gemeinsamen Betrachtung mit der SR – besser geeignet zu sein.

Im folgenden Abschnitt soll daher das theoretische Rahmenmodell der ST – die CSDT – genauer vorgestellt werden. Diese ermöglicht auch eine Einordnung und Erklärung von positiven Auswirkungen der Trauma-Arbeit, die ebenfalls erläutert werden.

### **Constructivist Self-Development-Theory (CSDT)**

Die Constructivist Self-Development-Theory (CSDT; McCann & Pearlman, 1990) stellt den prominentesten theoretischen Rahmen dar, um den Einfluss einer traumatischen Erfahrung auf ein Individuum zu beschreiben und zu erklären (K. Cohen & Collens, 2013).

**Theoretische Hintergründe der CSDT.** Die Theorie wurde von den Autorinnen direkt aus ihrer Arbeit mit Klient\*innen, die traumatisiert waren, heraus entwickelt und gilt als integrative Persönlichkeitstheorie. Sie verbindet Elemente psychoanalytischer Theorien und Ansätze der sozialen Lerntheorie (Rotter, 1954) mit konstruktivistischem Denken (Mahoney & Lyddon, 1988) sowie der kognitiven Entwicklungstheorie (Piaget, 1971). Außerdem wird der Einfluss des mentalen, sozialen und kulturellen Entwicklungskontextes auf ein Individuum betont (Saakvitne et al., 1998).

Konstruktivistische Annahmen gehen davon aus, dass Menschen komplexe kognitive Strukturen ausbilden, mit denen sie ihre eigene Realitäten konstruieren und interpretieren. Piaget (1971) bezeichnet diese kognitiven Strukturen als Schemata. Sie beinhalten alle Überzeugungen, Annahmen und Erwartungen einer Person über sich selbst, andere und die

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Welt. Im Laufe des Lebens entwickeln sich diese kognitiven Strukturen immer weiter und werden komplexer, da Menschen in einer sinnstiftende Interaktion mit ihrer Umgebung stehen. Wenn beispielsweise eine neue Erfahrung gemacht wird, die in Einklang mit bestehenden Schemata steht, wird diese integriert – man spricht von Assimilation. Steht eine neue Information jedoch in Widerspruch zu bestehenden Schemata, kann sie nicht assimiliert werden. In einem solchen Fall müssen bestehende Schemata modifiziert werden. Dies geschieht durch den Prozess der Akkomodation (Piaget, 1971). Somit basieren die konstruierten Überzeugungen von Menschen auf kumulativen Erfahrungen und der Attribution von Bedeutung auf diese Erfahrungen. Individuen konstruieren also ihre eigene Realität und nutzen diese, um neue Erfahrungen im Rahmen dieser Überzeugungen zu interpretieren (Janoff-Bulman, 1992; Mahoney & Lyddon, 1988).

Auch bei der Theorie des sozialen Lernens nach Rotter (1954) werden die persönlichen Erfahrungen betont, deren Endprodukt Verhalten darstellt, während die Elemente der psychoanalytischen Theorie darauf verweisen, dass im Selbst immer sowohl bewusste als auch unbewusste Mechanismen am Wirken sind (Saakvitne et al., 1998). Die ebenfalls zugrundeliegende kognitive Entwicklungstheorie unterstreicht die Rolle von frühen Erfahrungen, die entscheidend dafür sind, wie ein Individuum sich selbst und andere wahrnimmt und wie jemand mit sich selbst und anderen interagiert (Piaget, 1971). Da die CSDT den Fokus vor allem auf die Aspekte des Selbst legt, die sehr wahrscheinlich von traumatischen Ereignissen beeinflusst werden, gilt sie außerdem als klinische Trauma-Theorie (Saakvitne et al., 1998).

Basierend auf den vorangegangenen Ausführungen lässt sich ableiten, dass die Bedeutung, die ein Trauma für Betroffene hat, in ihren persönlichen Erfahrungen liegt. Die integrierte Entwicklungsperspektive und der konstruktivistische Ansatz betonen dabei, dass Erfahrungen reinterpretiert und rekonstruiert werden können – es besteht also immer die Möglichkeit von Veränderung. Damit wird jedes Individuum auf eine einzigartige Weise von Traumata beeinflusst (Saakvitne et al., 1998).

**Entwicklung einer ST.** Ein traumatisches Ereignis greift bestehende Überzeugungen über sich selbst, andere und die Welt an, was zu einer Akkomodation bestehender Schemata führt. Die CSDT geht daher davon aus, dass Symptome von Personen mit Traumatisierung adaptive Strategien darstellen, die es Betroffenen erlauben, mit ausgelösten Gefühlen und Gedanken umgehen zu können, die ansonsten die Integrität und Sicherheit des Selbst bedrohen würden (Saakvitne et al., 1998). Auch psychologisch tätige Personen können durch ihre Arbeit mit Menschen, die traumatisiert sind, Störungen ihrer Schemata und Veränderungen im



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Gedächtnissystem erleben. Besonders das ikonische Gedächtnis, das für die Verarbeitung von visuellen Reizen zuständig ist, kann hier betroffen sein. Durch das häufige Hören der bildhaften traumatischen Erzählungen von Klient\*innen können psychologisch tätige Personen diese Bilder verinnerlichen, was ihr eigenes Gedächtnissystem vorübergehend oder dauerhaft verändern kann. Dies kann zu Flashbacks, Vermeidungsverhalten, aufdringlichen Gedanken oder Träumen über die Erlebnisse der Klient\*innen führen, was klassischen Symptomen einer PTBS entspricht (McCann & Pearlman, 1990; Shannon et al., 2014). Ob diese Veränderungen vorübergehend oder dauerhaft sind, hängt davon ab, wie sehr wesentliche Bedürfnisbereiche der helfenden Person durch die Erzählungen angegriffen wurden. Hier zeigt sich eine Wechselwirkung zwischen Schemata und Gedächtnissystem.

Durch das Erleben eines stellvertretenden Traumas werden Schemata meist in einer negativen Weise verändert, was sich in Disstress und einer erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber Trauma-bezogenen Informationen äußert. Diese selektive Wahrnehmung führt wiederum dazu, dass die neuen – negativen – Schemata weiter verstärkt werden. Wie stark diese Veränderungen ausgeprägt sind, hängt davon ab, wie groß die Diskrepanz zwischen den traumatischen Erinnerungen von Klient\*innen und den bestehenden Schemata der psychologisch tätigen Person ist (McCann & Pearlman, 1990). Je überwältigender und unerträglicher eine Erfahrung für ein Individuum ist, desto eher werden bestehende Schemata zerrüttet (Janoff-Bulman, 1992; Saakvitne et al., 1998). Abhängig von der persönlichen und einzigartigen Lebensgeschichte eines\*iner Jeden, kann es zu unterschiedlichen Veränderungen bei unterschiedlichen Personen kommen.

Neben Schemata werden in der CSDT noch zwei weitere Faktoren von Bedeutung berücksichtigt: Ego-Ressourcen und Selbstkompetenzen (McCann & Pearlman, 1990). *Ego-Ressourcen* beschreiben alle kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die es einem Menschen ermöglichen, eine Beziehung zu anderen aufzubauen und aufrechtzuerhalten (Saakvitne et al., 1998). Bei *Selbstkompetenzen* geht es um die emotionale Reife, Gefühle erkennen, tolerieren und in das Selbst integrieren zu können sowie um eine wohlwollende Sicht auf sich und andere (Saakvitne et al., 1998). Das Vorhandensein von Ego-Ressourcen und Selbstkompetenzen kann Auswirkungen der Trauma-Arbeit beeinflussen, da soziale Unterstützung sowie eine reflektierte Emotionsregulation als Schutzfaktoren vor einer ST gelten (Saakvitne et al., 1998).

Die CSDT geht davon aus, dass ein traumatisches Ereignis die kognitiven Schemata vor allem in fünf grundlegenden Bedürfnisbereichen beeinflussen bzw. stören kann: Sicherheit, Vertrauen, Wertschätzung, Kontrolle und Intimität. Diese wurden später noch um den

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Referenzrahmen von Erfahrungen und um das Bedürfnis nach Unabhängigkeit erweitert (McCann & Pearlman, 1990).

Nachfolgend sollen diese Schemata und die Auswirkungen, die die Trauma-Arbeit auf sie haben kann, genauer beschrieben werden. Im Folgenden wird auf die Originalliteratur von McCann und Pearlman (1990) Bezug genommen, in der diese Bereiche erstmals ausführlich eingeführt wurden. Daher wird aus Gründen der Lesbarkeit nur am Ende eines jeden Absatzes auf diese Arbeit referenziert.

**Sicherheit.** Beim Bedürfnis nach Sicherheit geht es darum, sich vor Schaden sicher zu fühlen. Gerade Bilder, die die Bedrohung oder Verletzung von Menschen beinhalten, können Schemata in diesem Bereich angreifen. Psychologisch tätige Personen mit einem starken Sicherheitsbedürfnis können hier besonders betroffen sein, was sich beispielsweise in einer starken Angst um die eigene Sicherheit oder die Sicherheit von Nahestehenden äußern kann. Auch kann es Versuche geben, Vorsichtsmaßnahmen gegenüber möglichen Bedrohungen zu treffen (z.B. Installation einer Alarmanlage) oder es kann ein erhöhtes Bewusstsein für die Fragilität des Lebens entstehen (McCann & Pearlman, 1990).

**Vertrauen.** Das Bedürfnis nach Vertrauen zeigt sich in der Zuversicht, sich auf sich selbst und andere verlassen zu können. In der Arbeit mit Personen, die traumatisiert sind, wird man jedoch häufig mit Betrug, Verrat und Verletzung konfrontiert – dies ist besonders schlimm, wenn nahestehende Personen eine Abhängigkeit ausgenutzt haben (z.B. bei Kindesmissbrauch). Eine Veränderung dieses Schemata zeigt sich beispielsweise in einem größeren Misstrauen, Zynismus und Argwohn gegenüber Anderen und ihren Motiven (McCann & Pearlman, 1990).

**Wertschätzung.** Das Bedürfnis nach Wertschätzung beschreibt den Wunsch, von anderen und sich selbst wertgeschätzt zu werden sowie einem grundsätzlichen Gefühl, dass die Welt ein wohlwollender Ort ist. Werden häufig Erzählungen über grausame und gefühllose Menschen vernommen, die andere mutwillig verletzen, kann dies zu einer verminderten Wertschätzung Anderer oder von Menschen im Allgemeinen führen. Die Sicht von psychologisch tätigen Personen auf die menschliche Natur kann dadurch bitterer, zynischer und pessimistischer werden, oder sich auch in Wut äußern (McCann & Pearlman, 1990).

**Kontrolle.** Das Bedürfnis nach Kontrolle äußert sich in dem Wunsch die eigenen Gefühle und Verhaltensweisen zu beherrschen sowie auch andere Menschen und deren Verhalten beeinflussen zu können. Die Konfrontation mit Geschichten über Situationen extremer Hilflosigkeit, Verletzlichkeit oder Lähmung, kann Unsicherheit über die eigene Kontrolle und Wirksamkeit in der Welt hervorrufen. Auch hier sind vor allem Personen betroffen, die ein

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

großes Kontroll- und Machtbedürfnis haben. In ihrer Arbeit als psychologisch tätige Person könnte sich eine Veränderung dieses Schemas zum Beispiel darin äußern, dass Klient\*innen auf unangemessene Weise zum Handeln gedrängt werden. So kann versucht werden, mit der eigenen Unsicherheit umzugehen (McCann & Pearlman, 1990).

**Intimität.** Beim Bedürfnis nach Intimität geht es um das Gefühl, mit sich selbst und anderen verbunden zu sein. Personen mit Traumatisierung erleben häufig eine Entfremdung von anderen und der Welt. Ähnliches können auch psychologisch tätige Personen erleben, die durch die Erzählungen Verachtung oder Abscheu empfinden. Betroffene verspüren vielleicht ein Gefühl des Getrenntseins von Familie, Freund\*innen oder auch Arbeitskolleg\*innen, das durch die erforderliche Vertraulichkeit in der Therapie häufig verstärkt wird. Auch Gefühle von Scham oder Schuld verstärken die Kluft zu anderen, da Fachkräfte sich selbst und anderen häufig nicht eingestehen wollen, dass sie durch ihre Arbeit negativ beeinflusst werden (McCann & Pearlman, 1990).

Als zusätzliche Schemata, die möglicherweise von Veränderung betroffen sein könnten, wurden diese fünf grundlegenden Bedürfnisse später noch um die zwei weiteren Bereiche Referenzrahmen von Erfahrungen und Bedürfnis nach Unabhängigkeit ergänzt (Saakvitne et al., 1998).

**Referenzrahmen von Erfahrungen.** Der Referenzrahmen von Erfahrungen beschreibt ein Schema der Kausalität: Er erlaubt es Erfahrungen sinnvoll zu interpretieren und Ursachenzuschreibungen zu treffen. Dies stellt ein Grundbedürfnis des Menschen dar. Ähnlich wie Menschen mit Traumatisierung häufig darüber nachdenken, warum genau ihnen dieses Trauma widerfahren ist, können sich auch psychologisch tätige Personen diese Frage stellen, was jedoch auch destruktive Züge annehmen kann. Ein Beispiel dafür wäre, dass die psychologisch tätige Person im Rahmen ihrer Sinnfindung dem Opfer die Schuld zuschiebt oder das Ereignis herunterspielt. Wenn es nicht gelingt eine angemessene Erklärung für ein Ereignis zu finden, kann dies zu einem allgemeinen Gefühl der Orientierungslosigkeit und zu durchdringendem Unbehagen führen (McCann & Pearlman, 1990).

**Unabhängigkeit.** Auch das Bedürfnis nach Unabhängigkeit kann durch das direkte oder indirekte Erleben eines Traumas getriggert werden. Bei einem Trauma wird häufig (gewaltsam) in die höchstpersönliche Autonomie und Unabhängigkeit eines Menschen eingegriffen. Bei Personen mit einem starken Autonomiebedürfnis kann diese Verletzung der Souveränität dazu führen, dass dieses Bedürfnis noch stärker ausgeprägt wird oder sich in Albträumen oder Angstzuständen äußert (McCann & Pearlman, 1990).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Zusammenfassung.** Die CSDT stellt einen umfassenden theoretischen Rahmen für das Verständnis der ST bereit (Dunkley & Whelan, 2006). So wie direkte Opfer von Traumata durch diese Erfahrung verändert werden können, können auch Personen, die indirekt mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert werden, Veränderungen erfahren. Nach der CSDT konstruieren Menschen ihre eigene Realität durch komplexe kognitive Strukturen und Schemata. Eine kontinuierliche und kumulative Auseinandersetzung mit den Geschichten von Klient\*innen, die traumatisiert sind, kann zu einer Erschütterung bestehender Schemata – vor allem in den sieben beschriebenen Bedürfnisbereichen – und zu Veränderungen im eigenen Gedächtnissystem führen. Die Folge ist das Erleben schmerzhafter Bilder und Emotionen, die mit den traumatischen Erinnerungen von Klient\*innen zusammenhängen sowie das Auftreten typischer PTBS-Symptome, wie Vermeidungsverhalten oder intrusive Gedanken. Indem die Theorie annimmt, dass sich die Reaktion auf ein Trauma aus einer komplexen Wechselwirkung zwischen Individuum, traumatischem Ereignis und Kontext ergibt und hier spezifische Wege aufzeigt, wie welche Bedürfnisbereiche verändert werden können, berücksichtigt sie Variabilität in den Reaktionen. Damit ermöglicht die Theorie eine Erklärung, warum unterschiedliche Personen, auf verschiedenen Arten auf eine ähnliche Erfahrung reagieren. Damit wird betont, dass die Auswirkungen der ST bei jedem Menschen einzigartig sind (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995). Dies beinhaltet demnach auch, dass die Effekte der Arbeit mit Personen, die eine Traumatisierung erfahren mussten, nicht immer zu negativen Veränderungen führen müssen und es auch positive Auswirkungen geben kann. Auf diese und ihre Verortung in der CSDT soll daher im nächsten Abschnitt eingegangen werden.

### ***Verortung der positiven Auswirkungen von Trauma-Arbeit in die CSDT***

Neben der Erklärung der ST bietet die CSDT auch die Möglichkeit positive Veränderungen nach Erfahrung traumatischer Erlebnisse zu verorten (K. Cohen & Collens, 2013). Entsprechend der Annahme, dass jeder Mensch auf einzigartige Weise durch die Berührung mit einem Trauma beeinflusst werden kann, sind natürlich auch positive Veränderungen möglich. Nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses (oder dem Hören darüber), kann es zur Erfahrung von Dissonanz zwischen bestehenden Schemata und neuer Information kommen, was zu Veränderung und Anpassung führt (K. Cohen & Collens, 2013; Saakvitne et al., 1998). Nach Joseph und Linley (2008) können durch ein Trauma unterschiedliche kognitive Reaktionen ausgelöst werden – abhängig von individuellen Erfahrungen, biologischen und psychologischen Ressourcen sowie sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontexten: Entweder wird keine Veränderung ausgelöst (man spricht von

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Assimilation) oder es kommt zu einer (negativen oder positiven) Akkomodation bestehender Schemata. Bei Erzählungen über traumatische Erlebnisse kann eine negative Akkomodation zu den zuvor beschriebenen Erfahrungen einer ST führen. Eine Dissonanz kann jedoch nicht nur durch die schockierenden Elemente einer traumatischen Erfahrung ausgelöst werden, sondern auch durch das oftmals auftretende und beeindruckende posttraumatische Wachstum der Klient\*innen. Dessen Beobachtung kann bei der psychologisch tätigen Person eine positive Akkomodation auslösen, die mit Wachstum gleichzusetzen ist. Dabei wird angenommen, dass das Selbst eine facettenreiche Struktur ist und die verschiedenen Prozesse in unterschiedlichen Facetten des Selbst auch parallel auftreten können (Joseph & Linley, 2008; Saakvitne et al., 1998). Damit stellen positive und negative Effekte der Trauma-Arbeit zwei bis zu einem gewissen Grad unabhängige, aber zugleich auch verbundene Prozesse dar. Entsprechend der CSDT sind diese Veränderungen abhängig davon, welche Bereiche und Bedürfnisse für eine psychologisch tätige Person bedeutsam sind und welche Erfahrungen sie bisher gemacht hat (McCann & Pearlman, 1990).

Analog zu den negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit können auch bei den positiven Effekten spezifische Aspekte des Selbst identifiziert werden, die am stärksten von traumatischen Ereignissen beeinflusst werden. Genauer wurde dies im Zusammenhang mit dem PTW untersucht. Hier hat sich gezeigt, dass die beschriebenen Schema-Veränderungen der ST äquivalent zu den fünf Bereichen des PTW sind. Posttraumatisches Wachstum passiert also in ähnlichen Bereichen, in denen sich bei Kontakt mit traumatischem Material auch Disstress und negative Entwicklungen zeigen können (Saakvitne et al., 1998). Dabei ist jedoch zu beachten, dass die SR ähnliche, aber nicht dieselben Bereiche wie das PTW umfasst (K. Cohen & Collens, 2013).

In der therapeutischen Beziehung arbeiten beide (psychologisch tätige Person und Klient\*in) am gleichen Ziel und werden dadurch auch beide von dieser Beziehung beeinflusst (Saakvitne et al., 1998). Der Prozess der Aufarbeitung der Stellvertretenden Traumatisierung verläuft im Grunde genommen parallel zur Aufarbeitung der direkten Traumata von Klient\*innen (McCann & Pearlman, 1990). Dabei gelten Erfahrung und Zeit als Schlüsselfaktoren, um die negativen Auswirkungen der Arbeit abzufedern und aufzuarbeiten. Daher wird gefordert, dass psychologisch tätige Personen über einen längeren Zeitraum mit ihren Klient\*innen zusammenarbeiten sollen, damit sie die Gelegenheit haben, den Prozess der Aufarbeitung gemeinsam zu erleben und möglicherweise auch mit dem posttraumatischen Wachstum ihrer Klient\*innen in Kontakt kommen können (K. Cohen & Collens, 2013).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Fazit zur CSDT.** Die CSDT erlaubt einen umfassenden Blick auf die Auswirkungen von Trauma-Arbeit: Sowohl positive als auch negative Effekte werden durch die Exposition an traumatisches Material und durch eine professionelle Beziehung zu einer Person mit Traumatisierung ausgelöst (K. Cohen & Collens, 2013; Joseph & Linley, 2008). Durch die konstruktivistische Sichtweise, die angenommene facettenreiche Struktur des Selbst und den Einbezug der Entwicklungsperspektive erlaubt es die Theorie, Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen des Selbst in unterschiedliche Richtungen zu erklären. Dabei scheinen die Bereiche der Veränderungen bei positiven und negativen Effekten analog zueinander zu sein. Geschichten von Menschen mit Traumatisierung enthalten sowohl Erzählungen über Hilflosigkeit als auch Erzählungen über Wachstum und Stärke. Durch die Reziprozität der therapeutischen Beziehung können psychologisch tätige Personen, abhängig von ihren persönlichen Erfahrungen, Hintergründen und Bedürfnissen, sowohl Verletzungen als auch Wachstum erfahren. Diese Veränderungen können aufeinander aufbauen, sie können aber auch parallel zueinander verlaufen. Die psychologisch tätige Person sollte daher verstehen, wie die eigenen Schemata beeinflusst und verändert werden können und es ist wichtig, dass sie sich damit auseinandersetzt, welche Bedürfnisbereiche für sie besonders relevant und damit besonders anfällig für Veränderungen sind (K. Cohen & Collens, 2013; McCann & Pearlman, 1990; Saakvitne et al., 1998).

### **Stand der Forschung zum Zusammenspiel von positiven und negativen Effekten**

Im Folgenden soll daher der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenspiel von positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit erläutert werden, um einen genaueren Einblick in die Interaktion und Koexistenz der SR und der ST zu gewähren.

#### ***Zusammenhang positiver und negativer Auswirkungen von Trauma-Arbeit***

Obwohl sich die bisherige Forschung stark auf die negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit konzentriert hat (Sodeke-Gregson et al., 2013), besteht inzwischen ein Konsens, dass auch Wachstum und Produktivität aus dieser Arbeit erwachsen können (Branson, 2019; Coleman et al., 2021). Wie genau die beiden Prozesse zusammenhängen und ob eine Wechselwirkung besteht, ist jedoch nicht abschließend geklärt. Immer wieder wird angenommen, dass die positiven Effekte die negativen Auswirkungen der Arbeit mit Menschen, die traumatisiert wurden, abfedern können. Gerade das erlebte Wachstum und die Zufriedenheit könnten ein Gegengewicht zur ST bieten. Daher wird gefordert, dass man die positiven Auswirkungen verstehen und fördern muss, um die schmerzhaften und schwierigen Aspekte der Arbeit ausgleichen zu können (Hernández et al., 2010; Lazos & Kredentser, 2021; Silveira & Boyer, 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Aus der Literatur kann herausgearbeitet werden, dass sowohl die SR als auch die ST normale menschliche Prozesse darstellen, die durch Konfrontation mit stressigen Ereignissen ausgelöst werden (Hernández et al., 2007). Es wird davon ausgegangen, dass das Miterleben des Leids der Klient\*innen ein wesentliches Element einer erfolgreichen Trauma-Therapie darstellt. Damit sind psychologisch tätige Personen dauerhaft empathisch in die traumatischen Erzählungen ihrer Klient\*innen involviert. Eine mögliche Erklärung zur Interaktion zwischen der SR und der ST besagt daher, dass es zur Ausbildung einer ST kommen muss, bevor sich SR entwickeln kann. Das Erfahren der ST löst demnach eine Art Sinnsuche aus, die zuerst vor allem durch Unsicherheit und Orientierungslosigkeit geprägt ist. Im weiteren Verlauf kann sie jedoch dazu führen, dass Strategien entwickelt werden, die die Resilienz der psychologisch tätigen Person fördert. Der Blick auf die negativen Effekte wird im Rahmen dieser Begründung also umgekehrt: Anstatt die ST als negative Auswirkung zu betrachten, spiegelt sie hier eine natürliche Phase des therapeutischen Prozesses wider, die notwendig ist, um persönliches emotionales Wachstum anzuregen und zu stärken (Gil, 2015; Pack, 2014). Vor dem Hintergrund der CSDT kommt es also durch die Dissonanz in bestehenden Schemata, die durch die traumatischen Erzählungen der Klient\*innen ausgelöst werden, zunächst zur Ausbildung von negativen Auswirkungen: Die psychologisch tätige Person empfindet beispielsweise ein tiefes Gefühl der Scham darüber, wozu unsere Spezies fähig ist. Im weiteren Verlauf – und auch im Kontakt mit dem Heilungsprozess und dem möglicherweise auftretenden posttraumatischen Wachstum der Klient\*innen – erlebt die psychologisch tätige Person eine weitere Akkomodation ihrer Schemata – diesmal jedoch in positive Richtung. Beide Prozesse werden also durch den Kontakt mit dem traumatischen Material und durch die therapeutische Beziehung ausgelöst und können aufeinander aufbauen (Arnold et al., 2005; K. Cohen & Collens, 2013).

In der Realität ergibt sich vermutlich ein weit komplexeres Bild. Weder der Therapieprozess noch die Veränderungen in den Schemata verlaufen komplett stringent. Die Erzählungen von Personen mit Traumatisierung enthalten beides: Schmerzhaftes, aber auch beeindruckende und resiliente Elemente, die sich durchaus auch gleichzeitig zeigen können (Hernández et al., 2007; Hernandez-Wolfe, 2018). Dementsprechend verläuft eine ähnliche Entwicklung bei den psychologisch tätigen Personen: Positive Veränderungen schließen das Vorhandensein negativer Auswirkungen nicht aus. Im Gegenteil zeigt sich, dass die beiden Prozesse koexistieren können und keine durchgängige Erfahrung darstellen (K. Cohen & Collens, 2013; Coleman et al., 2021; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Puvimanasinghe et al., 2015). Entsprechend der Annahmen von Joseph und Linley (2008) und der CSDT können

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

beim facettenreichen Selbst durch die Trauma-Arbeit einige Facetten positiv und einige negativ verändert werden, während andere wiederum unverändert bleiben. Persönliche Erfahrungen und Eigenschaften sowie bestehende Schemata beeinflussen dabei, welche Aspekte des Selbst von diesen Veränderungen betroffen sind (Saakvitne et al., 1998). Trotzdem ist es möglich, dass die Prozesse aufeinander aufbauen: Die Assimilation und Akkomodation von Schemata ist nie abgeschlossen und durch neue Informationen wird die kognitive Struktur stets komplexer. Der Trend, dass zunächst negative Veränderungen auftreten, die in weiterer Folge zu positiven Entwicklungen führen, ist demnach sicherlich möglich, wird jedoch nicht in jedem Fall auftreten oder gleich ablaufen. Dies unterstützt insgesamt die Theorie, dass die Auswirkungen der Trauma-Arbeit eine individuelle und einzigartige Erfahrung darstellen (McCann & Pearlman, 1990).

Zusammengenommen zeigt sich, dass psychologisch tätige Personen, die mit Klient\*innen mit Traumatisierung arbeiten, sowohl positive als auch negative Auswirkungen erleben können (Sodeke-Gregson et al., 2013). Die Forschung zum gemeinsamen Auftreten der ST und der SR ist noch lückenhaft und die Interaktion zwischen den beiden Prozessen vermutlich weit komplexer als bisher angenommen (Puvimanasinghe et al., 2015). Ein vertieftes Verständnis über beide Phänomene kann jedoch dazu beitragen, das Wohlbefinden psychologisch tätiger Personen zu steigern sowie dabei zu helfen, die negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit abzufedern und die positiven Effekte zu fördern (Hernández et al., 2010; Sansbury et al., 2015; Shepard, 2013). Anstatt die ST als rein negative Reaktion von psychologisch tätigen Personen zu betrachten, kann sie zudem auch als natürlicher und notwendiger Schritt für die Ausbildung einer SR betrachtet werden (Gil, 2015; Pack, 2014). Dennoch können die beiden Prozesse durchaus auch parallel miteinander verlaufen. In der therapeutischen Beziehung arbeiten Klient\*in und psychologisch tätige Personen zusammen und werden dadurch auch beide durch diese Beziehung beeinflusst. Bei der Bewältigung von Traumata schließen sich Schmerz und Wachstum daher weder bei Klient\*innen noch bei psychologisch tätigen Personen aus. Es besteht also wahrscheinlich keine einfache Dichotomie zwischen positiven und negativen Effekten der Trauma-Arbeit. Deshalb bedarf es einer ganzheitlicheren Sichtweise auf dieses Thema, die die traditionell binäre Betrachtung dieser Konstrukte hinter sich lässt (K. Cohen & Collens, 2013; Saakvitne et al., 1998).

Dabei können beide Prozesse nicht nur durch persönliche Erfahrungen und Hintergründe von Individuen beeinflusst werden, sondern auch durch verschiedene Umgebungsfaktoren – wie die CSDT stets betont (McCann & Pearlman, 1990). Um psychologisch tätige Personen



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

bei ihrer Arbeit und den Herausforderungen damit angemessen unterstützen zu können, sollte ein fundiertes Wissen über solche Faktoren bestehen, da diese einfacher beeinflusst und verändert werden können als persönliche Merkmale von Menschen. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich daher mit verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren der beiden Konzepte und gibt einen Überblick über den derzeitigen Stand der Forschung in diesem Bereich.

### **Risiko- und Schutzfaktoren der SR und der ST**

Das Erleben von positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit kann durch das Vorhandensein verschiedener Elemente verstärkt oder verringert werden. In der Literatur werden daher verschiedene Faktoren untersucht, die mit der SR und der ST in Zusammenhang stehen und diese beeinflussen können (Edelkott et al., 2016; Hernandez-Wolfe, 2018). Diese sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren werden in der vorliegenden Arbeit grob in Merkmale der psychologisch tätigen Person und in Merkmale der Situation unterteilt. Die Merkmale der psychologisch tätigen Person umfassen Faktoren, die nicht aktiv beeinflussbar sind (z.B. traumatische Erfahrungen der Person oder die Erfahrung in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Arbeit). Sie können sich aber auch auf Dinge beziehen, auf die die psychologisch tätige Person bis zu einem gewissen Grad Einfluss nehmen kann (z.B. das Ausüben einer Achtsamkeits- oder Entspannungspraxis oder der theoretische Hintergrund der Ausbildung). Merkmale der Situation beschreiben entweder Aspekte der Tätigkeit an sich (z.B. Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung oder Belastungsgrad der Klient\*innen mit Traumatisierung, mit denen gearbeitet wird) oder institutionelle Faktoren (z.B. Arbeitsbedingungen oder das Angebot an Fortbildungen und/oder Supervision/Intervision). Verschiedene Autor\*innen betonen, dass vor allem Organisationen in der Pflicht stehen, ihre Mitarbeiter\*innen durch das Bereitstellen institutioneller Unterstützung vor den negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit zu schützen und zur Ausbildung positiver Effekte beizutragen (Bride & Kintzle, 2011; K. Cohen & Collens, 2013; Howlett & Collins, 2014). Es zeigt sich jedoch, dass es insgesamt nur wenig Studien gibt, die gezielt das Zusammenwirken verschiedener Variablen untersuchen, die das Auftreten der SR und der ST fördern oder abschwächen könnten (Harrison & Westwood, 2009; Hensel et al., 2015; Ivicic & Motta, 2017). Vor allem bei der SR gibt es kaum quantitative Befunde und auch wenn mehr Forschung zur ST in diesem Bereich existiert, zeigen sich große Ambivalenzen in den Ergebnissen. Daher besteht keine Einigkeit darüber, welche Variablen genau mit den Konzepten assoziiert werden oder sie am besten vorhersagen können (Bride, Jones & Macmaster, 2007; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Mögliche Gründe für die uneinheitlichen Ergebnisse könnte die Verwendung

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

unterschiedlicher Messinstrumente oder die Untersuchung verschiedener Berufsgruppen sein (Sodeke-Gregson et al., 2013). Auch die bereits angesprochenen Probleme bei der Definition der positiven und negativen Effekte spielen hier sicherlich eine Rolle (Dunkley & Whelan, 2006; Greinacher et al., 2019). Wegen der Inkonsistenz wird weitere Forschung zu Risiko- und Schutzfaktoren der ST und der SR gefordert (Cieslak et al., 2014). Trotz ambivalenter Ergebnisse haben sich einige Faktoren herauskristallisiert, die besonders häufig untersucht wurden und von denen auch auf theoretischer Basis starke Vermutungen bestehen, dass sie die positiven und negativen Auswirkungen beeinflussen können. Diese Faktoren lassen sich in vier größere Themen unterteilen: Erfahrung in der Arbeit mit Personen, die traumatisiert sind, sowie Kenntnisse über die positiven und negativen Auswirkungen, das Ausmaß an Exposition an traumatisches Material, persönliche Merkmale der psychologisch tätigen Person und institutionelle Rahmenbedingungen. Nachfolgend soll auf den derzeitigen Stand der Forschung zu diesen Faktoren eingegangen werden.

### ***Erfahrung und Wissen***

Das Erleben negativer Auswirkungen der Arbeit mit Personen, die traumatisiert sind, kann im Laufe der Zeit durch zunehmende Erfahrung und verbesserte Strategien vermindert werden (Schauben & Frazier, 1995). Außerdem kann Wissen über diese Effekte als Vorbereitung genutzt werden, die dabei hilft, sich für dieses Risiko zu wappnen. Zugleich kann ein Bewusstsein über die potenziell positiven Auswirkungen dieser Tätigkeit die Empfänglichkeit dafür erhöhen und damit die Auftretenswahrscheinlichkeit fördern (Edelkott et al., 2016). Daher stellen Erfahrungen in der Arbeit mit Personen, die traumatisiert sind sowie Kenntnisse über die positiven und negativen Auswirkungen wichtige protektive Faktoren dar, die im Folgenden genauer erläutert werden.

**Erfahrung in der Arbeit mit Menschen, die traumatisiert sind.** Es wird angenommen, dass mehr Erfahrung in der Trauma-Arbeit dabei hilft, mit den schwierigen Aspekten dieser Tätigkeit gut umzugehen (K. Cohen & Collens, 2013). Psychologisch tätige Personen entwickeln mit zunehmender Dauer ihrer Praxis effektivere Strategien zur Bewältigung und sind vermutlich besser in der Lage, persönliche Herausforderungen in der Arbeit zu erkennen und so auch schneller zu überwinden (Schauben & Frazier, 1995). Damit stellt Erfahrung auch eine wichtige Grundlage für das Erleben von positiven Effekten dar (Hernandez-Wolfe et al., 2015). Dies konnte in einer Doktorarbeit aus dem Jahr 2020 bestätigt werden, bei der SR positiv mit den Jahren der Praxis korrelierte (Reynolds, 2020).

Auch bei der ST konnten Steed und Downing (1998) in einer Untersuchung mit Berater\*innen von Klient\*innen, die sexuellen Missbrauch erlebt hatten, zeigen, dass die

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

negativen Auswirkungen der Arbeit mit der Zeit eher abnehmen. Eine Studie zu psychosozialen Fachkräften fand ebenfalls, dass die Dauer der Arbeit mit Opfern von Traumata negativ mit traumatischen Symptomen korreliert war (Petersen, 2014). Auch in einer Studie an  $N = 532$  Trauma-Spezialist\*innen zeigte sich, dass das Risiko für das Erleben negativer Effekte bei Personen, die weniger erfahren waren, anstieg, während mehr Erfahrung zugleich mit mehr positiven Auswirkungen korrelierte. Dies deutet darauf hin, dass berufliche Erfahrung als Puffer für das Erleben der ST dienen könnte (Craig & Sprang, 2010). In einer Metasynthese von Cohen und Collens (2013) über 20 qualitativen Studien wurde Erfahrung überdies als eine der Schlüsselfaktoren zur Milderung negativer emotionaler Auswirkungen identifiziert. Die Autor\*innen gehen davon aus, dass dies vor allem mit einem wachsenden Selbstvertrauen und einem höheren Kompetenzgefühl zusammenhängen könnte (K. Cohen & Collens, 2013). An einer Stichprobe von  $N = 161$  New Yorker Professionist\*innen konnte ein solcher Zusammenhang empirisch bestätigt werden: Das ST-Level lag hier in den ersten fünf Jahren der Praxis signifikant höher als in den Jahren danach (Cohen's  $d = 0.42$ ), während bei Berufseinsteiger\*innen signifikant niedrigere Werte der SR gefunden wurden, die ab fünf Jahren in der Praxis signifikant anstiegen (Cohen's  $d = 0.47$ ; Demchak-Buotte, 2021).

Allerdings sind nicht alle Ergebnisse so eindeutig: Neben den Studien, die mehr Erfahrung mit niedrigeren Ausprägungen der ST und höheren Ausprägungen der SR in Verbindung bringen, finden andere keine Zusammenhänge. Eine Metaanalyse von Hensel und Kolleg\*innen (2015) über 38 Studien untersuchte beispielsweise 17 Risikofaktoren für die ST bei Fachkräften, die durch ihre therapeutische Arbeit indirekt einem Trauma ausgesetzt sind. Über die 16 Studien, die Erfahrung mit der ST in Verbindung gebracht haben, ergibt sich zwar ein signifikanter Gesamteffekt ( $r = -.07, p < .05$ ); die Autor\*innen schlussfolgern jedoch, dass dieser kleine Effekt wahrscheinlich nur auf die große Stichprobe ( $N = 2.429$ ) zurückzuführen und daher vernachlässigbar sei (Hensel et al., 2015). In einer Studie zu  $N = 88$  psychologischen Fachkräften zeigt sich ebenfalls, dass eine längere Dauer der Exposition nicht mit dem Auftreten von ST in Zusammenhang steht. In dieser Studie war jedoch die Anzahl der Berufsjahre und die Anzahl der Stunden, die mit Klient\*innen verbracht wurden, in eine Variable zusammengefasst worden, weshalb auch darauf hingewiesen wird, dass eine andere Kombination möglicherweise auch zu veränderten Ergebnissen führen könnte (Ivicic & Motta, 2017). Auch in anderen Studien konnte kein Zusammenhang zwischen positiven (Bride & Kintzle, 2011; Lazos & Kredentser, 2021) und negativen Effekten der

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Trauma-Arbeit (Bride, Jones, & Macmaster, 2007; Jenkins & Baird, 2002) und Erfahrung gefunden werden.

Einige Forscher\*innen gehen daher davon aus, dass die positiven und negativen Auswirkungen der Arbeit mit Personen, die traumatisiert sind, vor allem in den ersten Berufsjahren bewusst wahrgenommen werden und mit der Zeit eher abnehmen (Edelkott et al., 2016). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass psychologisch tätige Personen vor allem in den ersten fünf Jahren in der Tätigkeit durch die Konfrontation mit den traumatischen Erzählungen eine Art Sinnkrise erleben, die sich auch in Symptomen wie Atemproblemen, Angst, einem Gefühl der Machtlosigkeit oder einer gestörten therapeutischen Beziehung äußern kann. Diese Phase wird meist sehr bewusst und intensiv erlebt. In weiterer Folge kann diese Suche nach Bedeutung und Identität zu einem tieferen und differenzierterem Verständnis für das gesamte Spektrum menschlichen Verhaltens führen, das dann aber auch weniger intensiv wahrgenommen wird (Arnold et al., 2005; Pack, 2014).

Es ist schwierig abschließend zu entscheiden, wie Erfahrung das Auftreten von SR und ST beeinflusst, da einige Befunde diesen Faktor mit dem Auftreten der ST und der SR in Verbindung bringen, während andere keine Zusammenhänge berichten. Dennoch überwiegen in der Literatur Befunde, die darauf hindeuten, dass Erfahrung das Auftreten der SR positiv beeinflusst und als ein protektiver Faktor für die ST fungieren kann. Weitere Forschung sollte diesen Faktor jedoch genauer untersuchen (Branson, 2019; Dunkley & Whelan, 2006).

Erfahrung gehört zu den Merkmalen einer Person und kann daher nicht aktiv beeinflusst werden. Daher ist sie für eine gezielte Unterstützung psychologisch tätiger Personen weniger von Nutzen. Die Schlüsselfaktoren, die Erfahrung jedoch als möglichen Schutzfaktor relevant machen, sind ein Bewusstsein und Wissen über den Umgang mit den Auswirkungen der Trauma-Arbeit (Hernández et al., 2007; Hernández et al., 2010). Ein solches kann psychologisch tätigen Personen im Rahmen von Aus- und Fortbildungen sehr wohl aktiv mitgegeben werden. Aus- und Fortbildungen stellen daher ebenfalls einen häufig untersuchten protektiven Faktor dar.

**Wissen über positive und negative Auswirkungen der Trauma-Arbeit.** Informationen über die möglichen Effekte der Arbeit mit Klient\*innen, die traumatisiert sind, können psychologisch tätige Personen auf das Risiko einer ST vorbereiten und sie für das Erleben positiver Auswirkungen empfänglicher machen. Daher wird eine Integration dieser Konzepte in Aus- und Weiterbildungen häufig gefordert (Edelkott et al., 2016; Hernández et al., 2010). Dabei ist der Einbezug beider Aspekte wichtig: Zum einen sollten psychologisch tätige Personen die Symptome einer ST kennen, um sie identifizieren und so, wenn nötig, auch

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

intervenieren zu können (Pack, 2014; Puvimanasinghe et al., 2015). Zudem sollten effektive Strategien der Selbstfürsorge und die Bedeutung sozialer Unterstützung vermittelt werden, damit die Wahrscheinlichkeit für das Erleben negativer Effekte bereits im Vorhinein gesenkt wird (Howlett & Collins, 2014).

Daneben sollte jedoch auch die SR explizit in Aus- und Weiterbildungen integriert werden (Puvimanasinghe et al., 2015). Durch die Schaffung von Bewusstsein über die potenziell positiven Auswirkungen der Trauma-Arbeit erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, dass psychologisch tätige Personen diese Effekte erleben, positive Arbeitserfahrungen machen und ein Vertrauen in ihre beruflichen Kompetenzen aufbauen (Hernandez-Wolfe et al., 2015; Lazos & Kredentser, 2021).

Der therapeutische Ansatz, den psychologisch tätige Personen verfolgen, könnte hier durch die unterschiedlichen Schwerpunktlegungen ebenfalls zu einem Unterschied im Erleben von positiven und negativen Effekten der Trauma-Arbeit beitragen (Wheeler & McElvaney, 2017). Tatsächlich zeigt sich, dass gerade Ansätze, die einen Fokus auf die Stärken und die Resilienz von Klient\*innen legen, mit mehr positiven Effekten einhergehen. In verschiedenen Studien wird beschrieben, dass ein wachstumsorientierter Ansatz in der Arbeit mit Menschen, die traumatisiert sind, förderlicher ist als ein defizitorientierter (Coleman et al., 2021) und, dass die Anwendung evidenzbasierter Praktiken mit einer statistisch signifikanten Verringerung von Mitleidsermüdung und Burnout sowie mit einer Steigerung der Mitgefühlzufriedenheit zusammenhängt (Craig & Sprang, 2010). Dies kann vielleicht damit erklärt werden, dass ein vorhandenes Bewusstsein für die Auswirkungen der Arbeit mit Menschen, die eine Traumatisierung erleben mussten, dazu führt, dass negative Effekte leichter identifiziert und dagegen interveniert werden kann, während zugleich das Auftreten positiver Effekte fokussiert und gestärkt werden kann (Hensel et al., 2015; Hernandez-Wolfe et al., 2015).

Allerdings wird ebenfalls berichtet, dass psychologisch tätige Personen mit zunehmender Erfahrung in der Trauma-Arbeit immer öfter narrative, stärkenbasierte und emanzipatorische Ansätze verwenden und versuchen eine partnerschaftliche und gleichberechtigte Beziehung zu ihren Klient\*innen aufzubauen (Edelkott et al., 2016; Pack, 2014) oder, dass verstärkt klient\*innenzentrierte und stärkenbasierte Modelle eingesetzt werden, um den individuellen Bedürfnissen von Klient\*innen gerecht zu werden (Puvimanasinghe et al., 2015). Dies deutet darauf hin, dass insgesamt wieder die Erfahrung in der Arbeit mit Menschen, die traumatisiert wurden, einen stärkeren Einfluss auf die Ausbildung einer ST bzw. einer SR hat.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Dennoch könnte der therapeutische Ansatz einer psychologisch tätigen Person diesen Einfluss verstärken.

Gut ausgebildete Personen, die sich vor den negativen Auswirkungen der Arbeit schützen können, erleben eine lohnende und wachstumsfördernde Tätigkeit, was zu Zufriedenheit, Engagement und zur Weiterbeschäftigung beiträgt und sich zugleich auch in der Effizienz und Effektivität der Behandlung widerspiegelt (Coleman et al., 2021). Hier ist besonders die Rolle der Organisation hervorzuheben: Gerade sie steht in der Pflicht ihre Mitarbeiter\*innen bestmöglich zu unterstützen und zu fördern. Psychologisch tätige Personen sollten sich niemals allein für die Bewältigung von Herausforderungen ihrer Arbeit verantwortlich fühlen. Berufliche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Trainings und administrative Unterstützung müssen bereitgestellt werden, um einen angemessenen Beistand zu bieten (Harrison & Westwood, 2009).

Auch empirische Daten stützen diese Aussagen. In einer Studie aus dem Jahr 2008 wurde die Stellvertretende Traumatisierung bei Psychotherapeut\*innen in Ausbildung untersucht. Es zeigte sich, dass 25% vor ihrer Arbeit mit Klient\*innen, die Traumatisierungen erfahren mussten, keine formale Ausbildung für diesen speziellen Bereich erhalten hatten. Diese Therapeut\*innen verspürten Gefühle der Angst, Scham und Inkompetenz - analog zu Symptomen der ST. Außerdem wurde hier kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit keiner und minimaler Ausbildung gefunden, was darauf hindeutet, dass ein gewisses Ausmaß an Wissen erforderlich ist, um eine positive Wirkung spüren zu können (S. A. Adams & Riggs, 2008).

Auch bei der SR wurde in einer Stichprobe mit Professionist\*innen aus verschiedensten psychosozialen Bereichen ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von speziellen Trauma-Ausbildungen bzw. Trainings und dem Auftreten der SR gefunden (Reynolds, 2020). Weitere Studien, die den Zusammenhang zwischen Resilienz und speziell auf Traumata fokussierte Trainings untersuchten, konnten diese positiven Korrelationen bestätigen (Lazos & Kredentser, 2021; Vera, 2020). In einer Studie zu Trauma-Spezialist\*innen wurde zudem berichtet, dass Therapeut\*innen, die zusätzliche spezielle Trauma-Trainings absolviert hatten, weniger Burnout und mehr Mitgefühlszufriedenheit erlebten (Craig & Sprang, 2010).

Dagegen gibt es jedoch auch – wie meist in diesem Bereich – gegenteilige Ergebnisse zur Bedeutung von Aus- und Weiterbildung (Branson, 2019). Beispielsweise wurde in einer Stichprobe zu  $N = 216$  Berater\*innen bei Drogenmissbrauch gefunden, dass die Höhe der Ausbildung – erhoben mit einem dichotomen Item – weder mit der Arbeitszufriedenheit noch

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

mit dem beruflichen Engagement zusammenhängt (Bride & Kintzle, 2011). In einer Metastudie von Hensel und Kolleg\*innen (2015) zeigte sich ebenfalls, dass sich über die sechs inkludierten Studien, die die Auswirkungen von Trauma-Trainings auf die Ausbildung einer ST untersucht haben, nur ein kleiner Effekt fand, der jedoch in die erwartete Richtung zeigte ( $r = -.05$ ,  $p < .05$ ). Manche Expert\*innen fordern daher, dass keine flächendeckenden Maßnahmen zur ST getroffen werden sollen. Eine Befürchtung dabei ist, dass bei psychologisch tätigen Personen erst durch das Hören über die ST ein Leidensdruck entsteht und es dadurch zu einer Überbewertung der Intensität der Reaktionen kommt (Elwood et al., 2011). Auch die Metastudie von Hensel und Kolleg\*innen (2015) kommt zu der Schlussfolgerung, dass eine spezifische Ausbildung zur ST vermutlich nicht nötig sei. Dennoch betonen die Autor\*innen, dass ein gewisses Bewusstsein über die Existenz der ST und ihren Symptomen wichtig sei, um sie erkennen und bei Bedarf intervenieren zu können.

Auf Grundlage der derzeitigen Datenlage gibt es starke Hinweise dafür, dass Trauma-bezogene Aus- und Fortbildungen, die Informationen über die ST und die SR inkludieren, hilfreich sein können, um psychologisch tätige Personen in ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung zu unterstützen und sie vor negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit zu schützen (Coleman et al., 2021). Bei der Umsetzung dieser Angebote kommt besonders Arbeitgeber\*innen eine wichtige Rolle zu (Harrison & Westwood, 2009). Dagegen werden spezielle Trainings zur ST eher abgelehnt und es kann noch nicht abschließend beantwortet werden, ob der therapeutische Ansatz einer psychologisch tätigen Person das Auftreten von positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit beeinflusst (Elwood et al., 2011; Hensel et al., 2015; Wheeler & McElvaney, 2017).

### ***Exposition an traumatisches Material***

Damit es zur Entstehung einer ST bzw. einer SR kommen kann, muss die psychologisch tätige Person in Kontakt mit Personen, die traumatisiert sind, stehen. Gerade eine intensive kumulative Konfrontation mit traumatischen Erzählungen gilt als Schlüssel für das Auftreten von sowohl positiven als auch negativen Auswirkungen dieser Tätigkeit (Hernández et al., 2007; McCann & Pearlman, 1990). Ein häufig eingesetztes Maß, um diese Exposition zu operationalisieren, stellt die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung dar, mit denen eine psychologisch tätige Person arbeitet. Je höher diese ist, desto stärker sollte auch die Konfrontation mit traumatischem Material sein, was wiederum die Auftretenswahrscheinlichkeit der ST und der SR beeinflussen könnte (K. Baird & Kracen, 2006; Gil, 2015).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Dennoch zeigen sich in der Forschung gemischte Befunde: Viele Studien berichten zwar von einem Zusammenhang zwischen der ST und einer hohen Fallzahl, doch ähnlich viele Ergebnisse zeigen hier keine signifikanten Korrelationen (Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Zur SR gibt es in diesem Bereich noch kaum quantitative Forschung. Zwei Dissertationen konnten jedoch bei  $N = 302$  Professionist\*innen aus verschiedensten psychosozialen Bereichen (Reynolds, 2020) und bei  $N = 161$  psychosozialen Fachkräften (Demchak-Buotte, 2021) keinen Zusammenhang zwischen der SR und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung finden. Dagegen wird eine geringe Fallzahl an Klient\*innen, die eine Traumatisierung erfahren mussten, in qualitativen Studien immer wieder mit der SR in Verbindung gebracht, wie beispielsweise in einer Studie zu Berater\*innen von Opfern sexuellen Missbrauchs (Pack, 2014) oder bei Betreuer\*innen von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Südastralien (Puvimanasinghe et al., 2015). Auch eine Studie zur Mitgefühlzufriedenheit, die ebenfalls positive Effekte einer Arbeit beschreibt, zeigt, dass eine niedrige Fallzahl und eine ausgewogene Verteilung von Tätigkeiten einen signifikanten Prädiktor für Mitgefühlzufriedenheit darstellt (Sodeke-Gregson et al., 2013).

In quantitativen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung werden auch immer wieder nicht-signifikante Korrelationen gefunden. Beispielsweise wurde bei einer Studie zu Berater\*innen von Opfern sexueller Übergriffe keine signifikante Korrelation zwischen den Kontaktstunden mit den Klient\*innen und STS-Symptomen gefunden (Ghahramanlou & Brodbeck, 2000). Ebenso zeigte sich in einer Gruppe von Trauma-Psychotherapeut\*innen keine signifikante Beziehung zwischen dem Ausmaß der ST und der Exposition gegenüber Opfern häuslicher oder sexueller Gewalt (Jenkins & Baird, 2002). Verschiedene andere Studien zeigen ein ähnliches Bild (Bride & Kintzle, 2011; Perron & Hiltz, 2006; Vera, 2020). In einer Untersuchung wurde sogar ein negativer Zusammenhang gefunden: Bei der Untersuchung einer Stichprobe von Berater\*innen, die auf häusliche und sexuelle Übergriffe spezialisiert waren, zeigte sich, dass Mitarbeiter\*innen, die mehr Klient\*innen betreuten, weniger Symptome einer Stellvertretenden Traumatisierung aufwiesen (S. Baird & Jenkins, 2003).

Dagegen finden ähnlich viele Studien, dass eine hohe Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung sehr wohl als Risikofaktor für eine ST angesehen werden kann. Schauben und Frazier (1995) fanden zum Beispiel, dass Therapeut\*innen mit einem höheren Anteil an Klient\*innen mit Traumatisierung in ihrer Fallzahl mehr gestörte Überzeugungen über sich selbst und andere hatten, mehr PTBS-Symptome zeigten und häufiger über stellvertretende



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Traumata berichteten. Auch in einer Stichprobe mit Trauma-Spezialist\*innen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Prozentsatz an Klient\*innen mit einer PTBS-Diagnose und dem Ausmaß an Mitleidsermüdung und Burnout (Craig & Sprang, 2010). In einer Studie zu Sozialarbeiter\*innen, die Militärangehörige und Veteranen betreuten, wurde gefunden, dass das Ausmaß der Arbeit mit Klient\*innen, die eine Traumatisierung erfahren mussten, der Faktor war, der am stärksten mit einer ST assoziiert war und 17% der Varianz erklärte (Owens-King, 2019). Auch die Synthese von Forschungsergebnissen, die zwischen 1994 und 2003 veröffentlicht wurden, unterstützt diese Annahme, dass das Ausmaß der Exposition gegenüber traumatischem Material von Klient\*innen die Wahrscheinlichkeit einer ST erhöht (K. Baird & Kracen, 2006). Einige weitere Studien bestätigen diesen positiven Zusammenhang zwischen einer ST und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung ebenfalls (Bride, Jones, & Macmaster, 2007; Creamer & Liddle, 2005; Devilly et al., 2009; Gottesman, 2008).

Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2015 unterschied in ihrer Untersuchung zudem zwischen drei Maßen der Fallzahlbelastung: die gesamte Fallzahl einer psychologisch tätigen Person, die reine Fallzahl an Personen mit Traumatisierung und das Verhältnis zwischen der Anzahl an Klient\*innen, die eine Traumatisierung erfahren mussten und Klient\*innen ohne traumatischer Erfahrung. Alle drei Maße wiesen kleine positive Effektgrößen auf, wobei das Fallzahlverhältnis den größten Effekt zeigte ( $r = .19, p < .001$ ). Dies deutet darauf hin, dass der Anteil der Zeit, der mit Klient\*innen, die traumatisiert wurden, verbracht wird, eine größere Rolle spielt als die tatsächliche Gesamtanzahl an betreuten Personen oder die Häufigkeit der Betreuung (Hensel et al., 2015). Auch andere Studien merken an, dass es vielleicht weniger wichtig sei, wie viel Zeit mit Klient\*innen verbracht werde, sondern es eher darum gehe, welche Traumatisierungen behandelt würden und mit welcher Intensität sie besprochen würden (K. Cohen & Collens, 2013; Ivicic & Motta, 2017).

Dies lässt sich auch gut anhand der CSDT erklären: Abhängig davon, wie überwältigend eine Erfahrung ist, kommt es zu einer größeren oder kleineren Dissonanz mit bestehenden Schemata, was eine Akkomodation dringlicher oder eben unwichtiger macht (Saakvitne et al., 1998). Dennoch wurden in bisherigen Studien eigentlich nie direkte Vergleiche zwischen psychologisch tätigen Personen, die mit Klient\*innen mit unterschiedlichen Traumatisierung arbeiten, angestellt. Es wurden zwar unterschiedliche Berufsgruppen und verschiedene Klient\*innengruppen näher beleuchtet, aber eine direkte Gegenüberstellung hat bisher noch nicht stattgefunden. Daher wäre der Einbezug eines breiten Spektrums an traumatischen Erfahrungen wichtig, um abschätzen zu können, welche Auswirkung die Art und Intensität

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

der Traumatisierung der Klient\*innen auf das Erfahren von positiven oder negativen Effekten der Trauma-Arbeit haben (K. Cohen & Collens, 2013; Dunkley & Whelan, 2006).

Diese Ergebnisse bieten auch eine mögliche Erklärung für die Varianz der Befunde in diesem Bereich: Die meisten Studien unterscheiden nicht zwischen verschiedenen Maßen der Fallzahl oder unterschiedlichen Traumatisierungen und es werden generell unterschiedliche Methoden der Erhebung eingesetzt. Dies erschwert die Vergleichbarkeit und könnte dazu führen, dass manche Studien positive und andere keine Zusammenhänge finden.

Insgesamt scheint es vor allem aufgrund theoretischer Begründungen wahrscheinlich, dass die Exposition an traumatisches Material wichtig für die Ausbildung der ST und der SR ist. Ob die häufig untersuchte Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung diesen Faktor ausreichend abbildet, ist jedoch nicht eindeutig geklärt. Die Hinweise, dass die Intensität der Konfrontation relevanter zu sein scheint als die Dauer der Exposition, werden in diesem Maß nicht berücksichtigt, was eine mögliche Erklärung für die widersprüchlichen Befunde in diesem Bereich darstellt.

### ***Merkmale der Person und institutionelle Rahmenbedingungen***

Neben Erfahrung und Wissen und der Exposition an traumatisches Material können auch andere Merkmale der psychologisch tätigen Person sowie institutionelle Rahmenbedingungen das Auftreten einer SR bzw. einer ST beeinflussen. Wie auch in der CSDT betont, spielen frühere Erfahrungen und bestehende Schemata eine wesentliche Rolle dabei, wie ein Individuum durch neue Erlebnisse beeinflusst wird. Gerade direkte traumatische Erfahrungen können psychologisch tätige Personen daher noch anfälliger für Auswirkungen der Trauma-Arbeit machen (McCann & Pearlman, 1990). Daneben kann die psychologisch tätige Person jedoch auch durch eigene Verhaltensweisen die Auftretenswahrscheinlichkeit der SR bzw. der ST verändern. Eine mögliche positive Strategie stellt hier die Achtsamkeitspraxis dar, die als Teil der Selbstfürsorge umfassend untersucht wurde (Litam et al., 2021).

Doch die psychologisch tätige Person sollte natürlich nicht allein für den Umgang mit Herausforderungen verantwortlich sein. Arbeitgeber\*innen und Organisationen müssen das Wohlergehen ihrer Angestellten fördern und sie durch angemessene Rahmenbedingungen unterstützen (Harrison & Westwood, 2009). Die Arbeitsumgebung und das Angebot von Super- bzw. Intervision sollen daher als wichtige Faktoren genauer beleuchtet werden.

**Traumatische Vergangenheit der psychologisch tätigen Person.** Eine regelmäßige Konfrontation mit traumatischen Erzählungen kann persönliche Trauma-Erfahrungen triggern (Hernandez-Wolfe et al., 2015). Dies ist relevant, da psychologisch tätige Personen, die in diesem Bereich tätig sind, höhere Prävalenzraten einer Traumatisierung aufweisen als die

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Allgemeinbevölkerung (Follette et al., 1994). Ein möglicher Grund dafür ist, dass nach der Bewältigung eines eigenen Traumas, der Wunsch verspürt wird, andere bei ihrem Bewältigungsprozess zu unterstützen. Daher ist es besonders wichtig, dass der Zusammenhang zwischen Auswirkungen der Trauma-Arbeit und traumatischen Erfahrungen der psychologisch tätigen Person umfassend untersucht wird (Branson, 2019; Jenkins et al., 2011). Eine traumatische Vergangenheit der psychologisch tätigen Person zählt tatsächlich zu den am häufigsten untersuchten Faktoren in diesem Bereich. Die Ergebnisse sind jedoch uneinheitlich (Craig & Sprang, 2010; Dunkley & Whelan, 2006; Sodeke-Gregson et al., 2013).

Einige Studien fanden, dass eine traumatische Erfahrung der psychologisch tätigen Person ein signifikanter Risikofaktor für das Erleben der ST darstellt (Ghahramanlou & Brodbeck, 2000; Gil, 2015; Kassam-Adams, 1999; Reynolds, 2020). Auch Pearlman und Mac Ian (1995) untersuchten die ST bei  $N = 188$  Trauma-Therapeut\*innen und zeigten, dass Personen mit persönlichen traumatischen Erfahrungen stärker belastet waren als solche ohne. Daraus wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass eigene unbewältigte Traumatisierungen zum Prozess der ST beitragen können. Allerdings wird auch betont, dass dies zugleich eine Chance für Wachstum und Entwicklung darstellen könne, wenn sich die psychologisch tätige Person über ihre eigenen Konflikte und ungelösten Traumata bewusst ist und sie aufarbeitet. Dann lassen sich die Auswirkungen auf die Schemata begrenzen oder sogar in eine fruchtbare Richtung umlenken (Pearlman & Mac Ian, 1995). Auch in Stichproben zu Mitarbeiter\*innen der Kinderfürsorge wurde ein positiver Zusammenhang zwischen einer persönlichen Trauma-Geschichte und STS gefunden (Bride, Jones, & Macmaster, 2007; Nelson-Gardell & Harris, 2003).

Eine Metasynthese (K. Baird & Kracen, 2006) und eine Metaanalyse (Hensel et al., 2015) unterstützen eine solche positive Beziehung ebenfalls. In die Metaanalyse von Hensel et al. (2015) wurden 11 Studien inkludiert, die diesen Zusammenhang untersucht hatten. In all diesen Studien bestand eine positive Korrelation zwischen der ST und einer Trauma-Geschichte der psychologisch tätigen Person, wobei die Stärke des Zusammenhangs variierte. Den Grund dafür vermuten die Autor\*innen in der Art des erlebten Traumas. Beispielsweise zeigen sich hohe Effektstärken bei Therapeut\*innen, die selbst sexuelle oder häusliche Gewalt erlebt hatten und jetzt mit Opfern dieser Art von Missbrauch arbeiten ( $r = .42, p < .001$ ; Jenkins & Baird, 2002) oder bei Therapeut\*innen, die mit Kindern, die Traumata erleben mussten, arbeiten und selbst traumatische Erlebnisse in ihrer Kindheit erfahren hatten ( $r = .31, p < .001$ ; Nelson-Gardell & Harris, 2003). Dagegen zeigt sich kein signifikanter

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Effekt, wenn die psychologisch tätige Person Erfahrungen mit Terrorismus gemacht hat und nun in der Arbeit mit Opfern von Terrorismus tätig ist (Dekel et al., 2006).

Es gibt jedoch auch Untersuchungen, die keinen solchen Zusammenhang entdecken können. Beispielsweise wurde bei einer Studie zu Therapeut\*innen, die mit Opfern sexueller Gewalt arbeiten, gefunden, dass eine traumatische Vergangenheit der psychologisch tätigen Person nicht mit negativen Effekten der Tätigkeit in Verbindung steht. Als mögliche Erklärung wird angegeben, dass Therapeut\*innen mit ähnlichen Erfahrungen besser in der Lage sind, sich in ihre Klient\*innen hineinzusetzen und ihnen auf einer Ebene zu begegnen (Schauben & Frazier, 1995). Ähnlich dazu wurde in einer Stichprobe von Masterstudent\*innen der Sozialarbeit gezeigt, dass diejenigen mit einer traumatischen Vorgeschichte zwar eher Symptome einer ST erleben, aber zugleich auch mehr positive Bewältigungsstrategien zu Verfügung haben, was ihnen einen besseren Umgang damit erlaubt (Shannon et al., 2014). Dies entspricht auch den zuvor angeführten Annahmen von Pearlman und Mac Ian (1995). Daher wurde die Hypothese aufgestellt, dass eine persönliche traumatische Vergangenheit auch als protektiver Faktor betrachtet werden kann, da diese Erfahrungen zur Entwicklung von Copingstrategien und Resilienz beitragen können (Branson, 2019). Ergebnisse zur Resilienz scheinen diese Theorie zum Teil zu bestätigen: Während bei psychologisch tätigen Personen, die Gewalt erfahren hatten, ein negativer Zusammenhang zur Resilienz bestand, waren andere traumatische Ereignisse, wie zum Beispiel Familienkrisen, Scheidung oder finanzielle Probleme sogar positiv mit Resilienz korreliert. Wenn jedoch nur das allgemeine Vorhandensein einer traumatischen Vergangenheit herangezogen wurde, ohne Berücksichtigung der Art des erlebten Traumas, zeigte sich eine negative Verbindung zur Resilienz (Lazos & Kredentser, 2021).

Bei den wenigen Untersuchungen zwischen dem Erleben einer SR und persönlichen traumatischen Erfahrungen einer psychologisch tätigen Person, ergab sich ein ähnlich ambivalentes Bild. Entweder wurde kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen gefunden (Killian et al., 2017) oder es bestand ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erleben einer SR und einer traumatischen Erfahrung der psychologisch tätigen Person (Reynolds, 2020).

Der genaue Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen von psychologisch tätigen Personen und dem Auftreten einer SR bzw. einer ST ist nicht abschließend geklärt. Bei der ST deutet sich zwar stark an, dass es sich um eine positive Beziehung handelt (z.B. Nelson-Gardell & Harris, 2003; Pearlman & Mac Ian, 1995; Shannon et al., 2014), aber manchmal finden sich auch keine Zusammenhänge (Schauben & Frazier, 1995). Außerdem

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

wurde neben der Annahme von traumatischen Erfahrungen als Risikofaktor auch die alternative Betrachtungsweise als protektiver Faktor vorgeschlagen (Branson, 2019; Pearlman & Mac Ian, 1995), was durch Ergebnisse zur Resilienz und zur SR zum Teil unterstützt wird. Vermutlich handelt es sich um einen komplexen Zusammenhang, der nicht nur durch das Vorhandensein einer traumatischen Erfahrung, sondern auch durch die Art des erlebten Traumas sowie der Art der Traumatisierung der behandelten Klient\*innen beeinflusst wird (Lazos & Kredentser, 2021; Reynolds, 2020).

Das Vorhandensein einer traumatischen Erfahrung kann nicht aktiv beeinflusst werden. Trotzdem können psychologisch tätige Personen die Auftretenswahrscheinlichkeit von positiven und negativen Effekten durch ihre Verhaltensweisen auch aktiv verändern. Eine wichtige Rolle kommt dabei Selbstfürsorgestrategien, wie der Achtsamkeit, zu.

### **Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person.**

Gerade im Bereich von helfenden Professionen wird immer wieder auf die Bedeutung von Selbstfürsorgepraktiken hingewiesen, um die Resilienz und das Wohlbefinden von psychologisch tätigen Personen zu stärken und negative Auswirkungen der Arbeit abzufedern (Bride & Kintzle, 2011; Litam et al., 2021; Owens-King, 2019). Oft zeigen sich in diesen Bereichen nämlich problematische Verhaltensweisen, wie soziale Isolation, fehlende (Essens-)pausen oder das Hintenanstellen der eigenen Bedürfnisse vor die der Klient\*innen. Dies führt in weiterer Folge zu einem schlechten klinischen Urteilsvermögen, einem erhöhten Risiko von ethischen Verstößen, Grenzverletzungen oder einer unangemessenen emotionalen Anteilnahme (Killian et al., 2017).

Eine mögliche Selbstfürsorgestrategie, die bereits umfassend untersucht wurde, ist die Achtsamkeit (z.B. Aydin Sünbül & Yerin Güneri, 2019; Harrison & Westwood, 2009; Lomas et al., 2019). Definiert wird diese als ein Bewusstseinszustand, der entsteht, wenn man seine Aufmerksamkeit gezielt, absichtlich und unvoreingenommen auf den gegenwärtigen Moment richtet (Kabat-Zinn, 2003). Das Konzept stammt aus dem Buddhismus und entstand vermutlich etwa im 5. Jahrhundert vor Christus (Lomas, 2017) und wurde in westlichen Ländern vor allem durch das achtsamkeitsbasiertes Stressreduktionsprogramm für chronische Schmerzen bekannt (Kabat-Zinn, 1982). Der Begriff beschreibt sowohl einen Bewusstseinszustand als auch eine Form der Meditation, die dazu genutzt wird, diesen Zustand zu erreichen (Lomas et al., 2019). Die Hauptbedeutung der Achtsamkeit besteht vermutlich darin, dass sie den sogenannten metakognitiven Mechanismus der Neu-Wahrnehmung erleichtert, der dabei hilft, den Blick neu auszurichten und einen neuen Fokus zu setzen (Shapiro et al., 2006).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Die Bedeutung der Achtsamkeit wurde schon häufiger bei verschiedenen Gesundheitsberufen untersucht. In einer Metaanalyse über randomisiert-kontrollierte Studien konnte gezeigt werden, dass sie das Wohlbefinden verbessern und Burnout, Disstress und Stress reduzieren kann (Lomas et al., 2019). Die Effektgrößen liegen im mittleren bis hohen Bereich und zeigen damit den Wert, den Achtsamkeit für Mitarbeiter\*innen im Gesundheitsbereich haben kann (Lomas et al., 2019).

Darüber hinaus sind sich Achtsamkeit und Resilienz auf konzeptioneller Ebene sehr ähnlich. Resiliente Menschen zeigen eine akzeptierende und nicht-wertende Haltung gegenüber ihren eigenen Erfahrungen und begegnen sich selbst mit Akzeptanz, was auch Kernelemente der Achtsamkeit beschreibt. Zugleich stellen diese Einstellungen wichtige Faktor in der Überwindung von Traumata dar (Grabbe et al., 2012). Auch konnte gezeigt werden, dass Achtsamkeit über indirekte Pfade zu höherer Resilienz führt (Aydin Sünbül & Yerin Güneri, 2019).

Eine positive Wirkung der Achtsamkeit konnte auch im Bereich der Therapie gezeigt werden: Psychologisch tätige Personen, die ihre Aufmerksamkeit gezielt ins Hier und Jetzt lenken können, zeigen mehr Geduld, Mitgefühl und Gelassenheit im Umgang mit ihren Klient\*innen. Sie können während der Therapie ruhiger und fokussierter bleiben und zeigen eine verbesserte Fähigkeit der Perspektivenübernahme (Harrison & Westwood, 2009). All dies kann dazu beitragen die negativen Auswirkungen der ST zu verhindern und das Erleben von positiven Effekten der SR zu stärken. So wurde zum Beispiel bereits des Öfteren gezeigt, dass Achtsamkeit als Schutzfaktor für die ST fungieren kann (K. Baird & Kracen, 2006; Hotchkiss & Leshner, 2018; Howlett & Collins, 2014). Auch eine Metasynthese von Christopher und Maris (2010) über fünf qualitative Studien ergab, dass Achtsamkeitsübungen eine ST wirksam verhindern können. Außerdem fördern sie eine bewusstere Selbst- und Fremdwahrnehmung, was psychologisch tätigen Personen dabei hilft, die Bedürfnisse ihrer Klient\*innen besser erkennen und darauf eingehen zu können (Christopher & Maris, 2010). Eine Studie zu Sozialarbeiter\*innen aus New York City ergab ebenfalls, dass eine höhere Achtsamkeit mit geringerer STS korrelierte (Diner, 2016). Auch in Zusammenhang mit der SR wurde die Bedeutung der Achtsamkeit unterstrichen und beschrieben, dass diese Praktik bei der Arbeit als wichtige Unterstützung fungiert (Hernandez-Wolfe et al., 2015).

Neben den vielen positiven Effekten der Achtsamkeit, wird jedoch auch betont, dass Achtsamkeit nicht dazu benutzt werden darf, psychologisch tätigen Personen die alleinige Last aufzubürden, die negativen und problematischen Aspekte ihrer Arbeit bewältigen zu müssen. Arbeitgeber\*innen stehen hier in der Pflicht, die Arbeitsumgebung fördernd zu

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

gestalten und ihre Mitarbeiter\*innen bei der Bewältigung von Herausforderungen zu unterstützen (Lomas et al., 2019).

**Institutionelle Rahmenbedingungen.** Das Vorhandensein einer positiven und unterstützenden Arbeitsumgebung stellt einen wichtigen Schutzfaktor für eine ST dar und fördert das Erleben einer SR. Es zeigt sich, dass eine unterstützende Arbeitsumgebung mit niedrigeren STS-Werten in Verbindung gebracht werden kann (Boscarino et al., 2004) und, dass das Arbeitsumfeld generell eine wichtige Rolle bei der Verringerung der negativen Auswirkungen von sekundärer Trauma-Exposition spielt (Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Auch eine Metaanalyse bestätigt die wichtige Rolle, die die Arbeitsbedingungen auf das Verhindern von negativen Effekten haben (Lim et al., 2010). Die Arbeitszufriedenheit scheint zudem ein Schlüsselement dafür zu sein, wer am anfälligsten für eine ST ist und wer früh aus der Trauma-Arbeit aussteigen wird. Daher kann und darf der Umgang mit einer ST nicht nur in der Verantwortung von Mitarbeiter\*innen liegen, sondern muss von der Institution mitgetragen werden (Bride & Kintzle, 2011).

Negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit kann nämlich nicht nur mit regelmäßiger Selbstfürsorge begegnet werden, sondern sie hängt auch von der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen ab, die außerhalb der Kontrolle von psychologisch tätigen Personen liegen (Owens-King, 2019).

Ein weiterer wichtiger Faktor, der die Psychohygiene von psychologisch tätigen Personen fördert und ebenfalls durch Arbeitgeber\*innen unterstützt werden kann, ist das Angebot von Supervision bzw. Intervision. Diese beiden werden schon seit längerem als wertvolle und wichtige Instrumente betrachtet, um negative Auswirkungen der Arbeit im psychosozialen Bereich abzuschwächen. Trotzdem kommen sie häufig aufgrund verschiedener Problematiken, wie z.B. Personalmangel oder zeitlichem Druck, nicht zum Einsatz (Ben-Porat, 2015; Branson, 2019).

Auch in Verbindung mit den positiven und negativen Effekten der Arbeit mit Menschen, die traumatisiert sind, zeigen verschiedene Studien die Bedeutung der Supervision (z.B. K. Baird & Kracen, 2006; Coleman et al., 2021; Sodeke-Gregson et al., 2013). Supervision gilt als wichtiger Faktor, der mit der SR und anderen positiven Auswirkungen zusammenhängt (Hernandez-Wolfe et al., 2015). Besonders der Einbezug der SR in Super- oder Intervision kann vorbeugend gegen das Ausbilden von negativen Effekten wirken und das Auftreten von positiven Auswirkungen fördern. Mitarbeiter\*innen können in diesem Rahmen ihre positiven Arbeitserfahrungen miteinander teilen und so das Bewusstsein für eine SR schärfen (Puvimanasinghe et al., 2015).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Zwar gibt es auch in diesem Bereich der Forschung noch keine quantitativen Belege im Zusammenhang mit der SR, doch eine Studie zur Mitgefühlzufriedenheit zeigt, dass die wahrgenommene Unterstützung durch Supervision mit einer höheren Ausprägung derselben korreliert (Sodeke-Gregson et al., 2013). Außerdem findet sich auch zwischen Resilienz und Supervision ein positiver Zusammenhang (Lazos & Kredentser, 2021). Das Angebot einer Super- oder Intervision gilt zudem als Schutzfaktor für das Auftreten einer ST, während die fehlende oder unangemessene Bereitstellung dieser als Risikofaktor betrachtet werden (K. Baird & Kracen, 2006; Gil, 2015; Pack, 2014).

Schon früh in der Forschung zu negativen Effekten der Trauma-Arbeit wurde festgestellt, dass psychologisch tätige Personen, die keine angemessene Supervision erhielten, höhere Werte an ST zeigten (K. Baird & Kracen, 2006; Saakvitne et al., 1998; Slattery & Goodman, 2009). Dies zeigt sich insbesondere dann, wenn jemand selbst eine traumatische Vergangenheit hatte und noch wenig Erfahrung im Bereich der Trauma-Arbeit sammeln konnte (McCann & Pearlman, 1990). Außerdem werden negative Auswirkungen häufig von Gefühlen der Scham oder Schuld begleitet, was viele davon abhält, sich angemessene Hilfe zu suchen. Der Druck, als kompetent angesehen werden zu müssen, verstärkt die Anfälligkeit für die ST jedoch noch weiter. Hier stehen Organisationen in der Pflicht einen sicheren Raum zu schaffen, in dem Personen ihre Erfahrungen ohne Angst vor Verurteilung teilen können (Branson, 2019; Howlett & Collins, 2014). Der Umgang mit negativen Auswirkungen darf nicht das alleinige Problem der psychologisch tätigen Personen sein – es besteht die ethische Verpflichtung, Strategien zum Schutz von Mitarbeiter\*innen zu etablieren und eine Organisationskultur zu schaffen, die den Arbeitenden niederschweligen Zugang zu formellen und informellen Unterstützungsnetzen bieten (Bride & Kintzle, 2011)

Eine qualitative Studie zu Psychotherapeut\*innen bestätigt dies: Alle Teilnehmer\*innen sprachen von der wichtigen Rolle, die Supervision oder auch eine informelle Intervision mit Peers einnimmt. Durch den Austausch mit anderen wurden Gefühle der Isolation verringert und Schuld oder Scham, die mit Symptomen der ST einhergingen, konnten abgebaut werden. Diese Entpathologisierung eröffnete die Möglichkeit den Umgang mit negativen Effekten zu verbessern, die Selbstfürsorge zu stärken und insgesamt zu einer besseren Selbstwahrnehmung zu gelangen. Außerdem konnten in der Interaktion mit den Peers die Strategien der anderen im Umgang mit der ST ausgetauscht und gelernt werden (Harrison & Westwood, 2009). Ähnliches fand auch eine Studie zu Kliniker\*innen, die mit Opfern der Anschläge vom 11. September arbeiteten. Auch hier gaben alle Teilnehmer\*innen an, wie sehr ihnen sowohl traditionelle Supervision als auch Intervision mit Peers dabei geholfen



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

hätten, mit ihren Stressreaktionen umzugehen und sie zu verringern (Pulido, 2012).

Quantitative Daten bestätigen ebenfalls, dass ein höheres Maß an klinischer Supervision mit weniger STS bei Anwält\*innen von Opfern häuslicher Gewalt (Slattery & Goodman, 2009), bei psychosozialen Fachkräften (Petersen, 2014) oder auch bei Mitarbeiter\*innen von Kinderschutzdiensten (Bride, Jones, & Macmaster, 2007) in Zusammenhang steht.

Allerdings konnte in anderen Studien manchmal auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer ST und Supervision gefunden werden. In Studien zu Berater\*innen bei häuslicher Gewalt und sexuellen Übergriffen (Kassam-Adams, 1999) oder zu australischen Fachkräften für Klient\*innen mit Traumatisierung (Meldrum et al., 2002) wurde kein Zusammenhang entdeckt. In einer Stichprobe von  $N = 253$  Therapeut\*innen, wurde sogar gefunden, dass Personen, die mehr individuelle Supervision in Anspruch nahmen, mehr STS zeigten. Als mögliche Erklärung wurde hier angegeben, dass Therapeut\*innen, die mehr Disstress erleben vielleicht eher Supervision in Anspruch nehmen, oder es von ihren Vorgesetzten eher vorgeschrieben bekommen als unbelastetere Mitarbeiter\*innen (Sodeke-Gregson et al., 2013).

Insgesamt wird in diesem Zusammenhang kritisiert, dass es keine einheitliche Messung von Supervision und Intervision gibt und manchmal die Quantität und manchmal die Qualität von Supervision erhoben wird. Dabei sind sich viele Expert\*innen einig, dass die Qualität von Super- oder Intervision der eigentlich ausschlaggebende Punkt für ihre Wirkung ist (Coleman et al., 2021; Howlett & Collins, 2014; Ivicic & Motta, 2017). Dies bestätigt auch die Metaanalyse von Hensel und Kolleg\*innen (2015), bei der der kumulierte Effekt der reinen Supervision als nicht-signifikanter Faktor eingestuft wurde, während das Zusammennehmen der Effekte von Studien, die die Qualität von Supervision untersucht hatten, einen signifikanten Zusammenhang zur ST aufwiesen. Hier wurde ebenfalls die Schlussfolgerung gezogen, dass die Qualität wichtiger ist als die reine Anzahl an Supervisionsstunden, wobei zusätzlich kritisch angemerkt wurde, dass die große Heterogenität der Messungen die Vergleichbarkeit erschwert (Hensel et al., 2015). Auch in einer Studie von Ivicic und Motta (2017), die im Gegensatz zu der genannten Annahme keinen Zusammenhang zur Qualität der Supervision entdecken konnten, wird dieser Punkt aufgegriffen. Die verwendete Subskala war ebenfalls nicht dezidiert als Maß der Qualität von Supervision entwickelt worden, weshalb hier die Forderung zur Entwicklung eines empirisch validierten Instrumentes laut wurde. Auch andere Expert\*innen bemängelten die fehlende Forschung zu Elementen, die eine „gute“ Supervision charakterisieren (Sodeke-Gregson et al., 2013).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Obwohl Super- oder Intervision keinesfalls immun gegen die negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit machen können, ist die Bereitstellung eines sicheren Umfeldes, in dem schmerzhaft und schwierige Reaktionen geteilt und verarbeitet werden können, zweifelsohne von wesentlicher Bedeutung (McCann & Pearlman, 1990). Auch wenn psychologisch tätige Personen oft um die Bedeutung von Selbstfürsorge wissen, stellt eine tatsächliche Umsetzung in der Praxis dennoch eine Herausforderung dar.

Außerdem darf der Umgang mit negativen Auswirkungen nicht nur psychologisch tätigen Personen überlassen werden. Daher braucht es organisatorische Unterstützung, die die Selbstreflexion und Selbstfürsorge fördert. Auch kann sie dazu beitragen möglicherweise aufkommende negative Effekte zu entpathologisieren und klarzustellen, dass diese eine normale Reaktion auf die Arbeit mit Klient\*innen, die traumatisiert sind, darstellen (Coleman et al., 2021; Harrison & Westwood, 2009). Die Unterstützung von Mitarbeiter\*innen ist dabei nicht nur wichtig, um ihr Wohlergehen zu erhalten und zu fördern, sondern ist auch ausschlaggebend dafür, dass Klient\*innen eine angemessene und zufriedenstellende Betreuung erhalten. Allerdings sollte hier die Qualität und nicht die Quantität dieser Angebote im Vordergrund stehen. Neben den negativen Effekten der Arbeit mit Menschen, die traumatisiert sind, sollten außerdem auch die positiven Auswirkungen in die Super- und Intervision miteinfließen, da diese das Erleben einer SR fördern und als Puffer gegenüber einer ST dienen können (Killian et al., 2017; Puvimanasinghe et al., 2015).

### **Zusammenfassung des aktuellen Standes der Forschung**

Psychologisch tätige Personen, die mit Menschen arbeiten, die eine Traumatisierung erfahren mussten, können durch diese Tätigkeit ähnliche Reaktionen erleben, wie sie auch ihre Klient\*innen erfahren (K. Cohen & Collens, 2013; Wheeler & McElvaney, 2017). Diese Reaktionen können negativ, aber auch positiv ausfallen.

**Positive und negative Effekte von Trauma-Arbeit.** Ein häufig verwendeter Begriff, um die negativen Reaktionen in Folge einer Arbeit mit Personen, die eine Traumatisierung erfahren haben, ist die Stellvertretenden Traumatisierung (ST). Diese beschreibt negative Veränderungen der inneren Erfahrungen und der Glaubenssysteme von psychologisch tätigen Personen, die sich aus der kumulativen Konfrontation mit bildhaften Berichten über traumatische Erlebnisse ergeben (McCann & Pearlman, 1990). Auf diesen Begriff wird auch in der vorliegenden Arbeit zurückgegriffen.

Neuere Forschung hat gezeigt, dass auch persönliches und berufliches Wachstum durch das Miterleben von Resilienz-Prozessen der Klient\*innen auftreten können, weshalb 2007 das Konzept der Stellvertretenden Resilienz (SR) eingeführt wurde (Hernández et al., 2007).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Dieses beschreibt einen Prozess, von einzigartigen und positiven Veränderungen der eigenen Resilienz, die sich vor allem in sieben Dimensionen manifestieren können. Als Basis für die Entstehung gilt dabei die Reziprozität der therapeutischen Beziehung, die davon ausgeht, dass psychologisch tätige Personen die Heilungsprozesse ihrer Klient\*innen nicht nur miterleben, sondern selbst an ihnen teilnehmen (Hernandez-Wolfe et al., 2015; Hernandez-Wolfe, 2018).

Neben der SR werden in der Literatur auch das Posttraumatische Wachstum (PTW), das Stellvertretende Posttraumatische Wachstum (SPTW) und die Mitgefühlzufriedenheit genannt, um die positiven Auswirkungen der Trauma-Arbeit zu beschreiben. Ersteres bezieht sich jedoch auf Wachstum nach dem Erleben eines primären Traumas (Arnold et al., 2005), während es bei letzterer um das Erleben einer allgemeinen Erfüllung im Bereich von helfenden Professionen geht (Killian et al., 2017; Larsen & Stamm, 2008). Das SPTW kann in großen Teilen als äquivalent zur SR betrachtet werden (Barrington & Shakespeare-Finch, 2013). Der Schwerpunkt liegt hier aber auf dem persönlichen Wachstum, während professionelle Aspekte außen vor gelassen werden (Edelkott et al., 2016). Im Sinne der Ganzheitlichkeit wird in der vorliegenden Arbeit daher der umfassendere Begriff der SR bevorzugt. Da dieses Konzept noch nicht lange im Fokus des Interesses steht, ist der Stand der Forschung mangelhaft und bisherige Ergebnisse beziehen sich hauptsächlich auf qualitative Studien (Puvimanasinghe et al., 2015; Tedeschi & Calhoun, 1996). Obwohl diesen natürlich ein großer Wert zukommt, wird dennoch der Ruf nach quantitativen Ergänzungs- und Vertiefungsstudien laut (Arnold et al., 2005; Silveira & Boyer, 2015). Dieser Forderung soll in dieser Arbeit daher Rechnung getragen werden.

Obwohl die Erforschung negativer Effekte im Vergleich zu positiven bisher im Vordergrund stand, bestehen auch in diesem Bereich viele Unstimmigkeiten und Forschungslücken (Hensel et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013). Dies lässt sich vor allem auf unklare Konzeptualisierungen und Definitionsprobleme zurückführen, was die Validität und Reliabilität von Forschungsergebnissen beeinträchtigt (Branson, 2019). Die laufende Diskussion, ob die eingesetzten Terminologien synonym oder in Abgrenzung zueinander zu verwenden sind, wurde in der vorliegenden Arbeit in einer umfassenden theoretischen Analyse aufgegriffen. Entsprechend des häufig vertretenen Standpunktes, dass eine eindeutige Abgrenzung von Begrifflichkeiten zu mehr Klarheit beiträgt (S. Baird & Jenkins, 2003; Craig & Sprang, 2010), wird daher auf das Konzept der ST zurückgegriffen. Dieses ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtungsweise der erlebten negativen Auswirkungen mit speziellem Fokus auf kognitive Veränderungen und basiert auf einem

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

umfassenden theoretischen Rahmenmodell: der Constructivist Self-Development-Theory (CSDT; McCann & Pearlman, 1990). Andere häufig eingesetzte Begriffe, wie der Sekundäre traumatische Stress (STS), der sich nur auf die Symptome einer PTBS bezieht (Figley, 1995) oder die Sekundäre Traumatisierung, die unzureichend konzeptualisiert wurde (z.B. Gil, 2015; Greinacher et al., 2019), werden dagegen als nicht geeignet eingestuft, um die negativen Effekte der Trauma-Arbeit ganzheitlich zu untersuchen. Auch die öfter verwendeten Konzepte Burnout und Gegenübertragung werden beleuchtet – da diese beiden sich jedoch nicht nur auf Effekte der Arbeit mit Menschen mit Traumatisierung beziehen müssen (z.B. Cieslak et al., 2014; McCann & Pearlman, 1990) – werden auch sie als ungeeignet betrachtet. Der ebenfalls häufig genannte Begriff der Mitleidsermüdung beschreibt zwar, ähnlich der ST, explizit Auswirkungen der Trauma-Arbeit, wird jedoch des Öfteren als ein übergeordnetes Konzept beschrieben (R. E. Adams et al., 2006; Stamm, 2002). Da ein Vergleich mit den positiven Effekten der SR angestrebt wird, stellt die ST, die auf einer ähnlichen Ebene angesiedelt werden kann – zumindest für den Zweck der vorliegenden Arbeit – eine besser geeignete Wahl dar. Insgesamt wird an dieser Diskussion kritisiert, dass hauptsächlich konzeptuelle Analysen durchgeführt werden, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den angeführten Konstrukten zu untersuchen, während empirische Betrachtungen selten sind (R. E. Adams et al., 2006; Cieslak et al., 2014).

Die CSDT, die das theoretische Rahmenmodell der ST darstellt, wird ebenfalls vorgestellt. Diese Theorie ermöglicht eine umfassende Betrachtungsweise der Auswirkungen von Trauma-Arbeit, die sowohl negative als auch positive Aspekte inkludiert (K. Cohen & Collens, 2013; Dunkley & Whelan, 2006). Die konstruktivistische Sichtweise, die angenommene facettenreiche Struktur des Selbst und die Annahme einer komplexen Wechselwirkung zwischen Individuum, traumatischem Ereignis und Kontext ermöglicht die Erklärung von einzigartigen Reaktionen auf die Trauma-Arbeit, die in unterschiedliche Richtungen verlaufen können (Joseph & Linley, 2008; McCann & Pearlman, 1990).

In welchem Zusammenhang positive und negative Effekte der Trauma-Arbeit genau zueinander stehen, konnte noch nicht abschließend geklärt werden, was neben der seltenen gemeinsamen Betrachtung dieser Auswirkungen, vermutlich auch an der Komplexität dieser Interaktion liegen mag (Branson, 2019; Coleman et al., 2021). Die positiven Effekte der SR könnten einerseits als Puffer für die negativen Reaktionen der ST dienen (Silveira & Boyer, 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013), andererseits könnte die ST auch als notwendiger Schritt bei der Entstehung einer SR dienen (Gil, 2015; Pack, 2014). In der Realität scheint ein

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

komplexer Zusammenhang wahrscheinlich, in dem die beiden Prozesse sowohl aufeinander aufbauen als auch parallel zueinander existieren können, da manche Aspekte des Selbst negativ, andere positiv und wieder andere durch Kontakt mit traumatischem Material gar nicht verändert werden können (K. Cohen & Collens, 2013; Joseph & Linley, 2008).

Zusammengenommen ergibt sich aus diesen Ausführungen die Notwendigkeit einer gemeinsamen Betrachtung der positiven und negativen Auswirkungen von Trauma-Arbeit, die es ermöglicht, diese komplexe Interaktion ganzheitlich zu betrachten (Saakvitne et al., 1998).

**Risiko- und Schutzfaktoren von SR und ST.** Verschiedene Faktoren können die Auftretenswahrscheinlichkeit von SR und ST beeinflussen (Edelkott et al., 2016; Hernandez-Wolfe, 2018). Auch in diesem Bereich mangelt es bei der SR jedoch noch an Forschung, während sich bei den negativen Effekten häufig ambivalente Ergebnisse finden (Bride, Jones, & Macmaster, 2007; Sabin-Farrell & Turpin, 2003), was vermutlich an der Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente und der Untersuchung verschiedener Berufsgruppen liegt (Sodeke-Gregson et al., 2013). Außerdem fehlt es derzeit noch an Forschung zum gezielten Zusammenwirken mehrerer Einflussgrößen (Harrison & Westwood, 2009; Hensel et al., 2015). Trotzdem konnten einige Faktoren herausgearbeitet werden, die vermutlich mit SR und ST in Verbindung stehen: Erfahrung in der Arbeit mit Personen, die traumatisiert sind, Wissen über die positiven und negativen Auswirkungen, das Ausmaß an Exposition an traumatisches Material, persönliche Merkmale der psychologisch tätigen Person und institutionelle Rahmenbedingungen. Der aktuelle Forschungsstand dieser Faktoren wird im Folgenden kurz umrissen.

Es finden sich ambivalente Befunde zur Erfahrung in der Arbeit mit Personen, die traumatisiert wurden (häufig operationalisiert über die Dauer in der Trauma-Arbeit). Sie wird meist – auch auf Basis theoretischer Überlegungen – als protektiver Faktor für die ST vorgestellt (McCann & Pearlman, 1990; Schauben & Frazier, 1995) und es wird angenommen, dass sie das Auftreten einer SR positiv beeinflusst (K. Cohen & Collens, 2013; Hernandez-Wolfe et al., 2015). Dennoch können einige Studien diesen Zusammenhang nicht bestätigen (Bride & Kintzle, 2011; Ivicic & Motta, 2017). Dies könnte möglicherweise daran liegen, dass die Veränderungen sich vor allem in den frühen Berufsjahren zeigen und im Laufe der Zeit nicht mehr so bewusst wahrgenommen werden – es sich also nicht um einen linearen Zusammenhang handelt (Edelkott et al., 2016; Pack, 2014). Obgleich die Befunde, die für Erfahrung als Schutzfaktor sprechen, tendenziell überwiegen, wird aufgrund

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

gegenteiliger Ergebnisse weitere Forschung zu diesem Faktor gefordert (Branson, 2019; Dunkley & Whelan, 2006).

Um psychologisch tätige Personen aktiv in ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung zu unterstützen, können außerdem Trauma-bezogene Aus- und Fortbildungen, die Informationen über ST und SR inkludieren, hilfreich sein (Coleman et al., 2021). Obgleich sich auch für diese Annahme in der aktuellen Literatur nicht nur Bestätigung finden lässt (z.B. Bride & Kintzle, 2011), überwiegen doch die Ergebnisse, die eine solche stützen (Craig & Sprang, 2010; Reynolds, 2020). Es scheint vor allem ein gewisses Ausmaß an Aus- und Fortbildungen nötig zu sein, um negative Effekte abfedern und positive stärken zu können, weshalb vor allem auch die Verantwortung von Organisationen betont wird (S. A. Adams & Riggs, 2008; Harrison & Westwood, 2009). Das Einführen von speziellen Trainings zur ST wird von der derzeitigen Forschung aber nicht unbedingt befürwortet (Hensel et al., 2015; Wheeler & McElvaney, 2017). In diesem Zusammenhang wird auch hinterfragt, ob der therapeutische Ansatz einer psychologisch tätigen Person mit dem Auftreten von SR und ST in Verbindung stehen könnte. Aufgrund mangelnder Forschung kann dies jedoch nicht eindeutig beantwortet werden (Edelkott et al., 2016; Elwood et al., 2011).

Als Ursache für die Entstehung von positiven und negativen Effekten gilt der Kontakt zu Menschen mit Traumatisierungen, wobei insbesondere eine kumulative Konfrontation mit diesen Erfahrungen die Auftretenswahrscheinlichkeit von beiden erhöht (Hernández et al., 2007; McCann & Pearlman, 1990). Häufig wird als Maß der Operationalisierung die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung eingesetzt. Bei den positiven Auswirkungen besteht hier meist die Annahme, dass höhere Fallzahlen mit niedrigeren Ausprägungen der SR zusammenhängen sollte. In der Literatur finden sich jedoch sowohl empirische Bestätigung (z.B. Pack, 2014; Puvimanasinghe et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013) als auch häufige Widerlegungen des positiven Zusammenhangs zur ST und des negativen zur SR (z.B. Demchak-Buotte, 2021; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000; Reynolds, 2020). Eine mögliche Erklärung dafür besagt, dass die Fallzahl die Exposition an traumatisches Material möglicherweise nicht ausreichend abbildet und zusätzlich die Intensität der traumatischen Belastung berücksichtigt werden sollte (K. Cohen & Collens, 2013; Dunkley & Whelan, 2006).

Zu den Merkmalen der Personen gehörend, stellt eine traumatische Vergangenheit der psychologisch tätigen Person einen häufig untersuchten Faktor dar. Auch hier zeigen sich uneinheitliche Ergebnisse (Craig & Sprang, 2010; Sodeke-Gregson et al., 2013). Es gibt zwar

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

starke Belege dafür, dass eine positive Beziehung zur ST besteht (z.B. McCann & Pearlman, 1990; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Shannon et al., 2014), zum Teil kann jedoch auch kein Zusammenhang entdeckt werden (Schauben & Frazier, 1995). Außerdem besteht zugleich die Annahme, dass eine traumatische Vergangenheit auch als protektiver Faktor fungieren kann, sofern eine gewisse Aufarbeitung stattgefunden hat (Branson, 2019; Pearlman & Mac Ian, 1995). Dies konnte zum Teil durch Befunde zur Resilienz und zur SR bestätigt werden (z.B. Reynolds, 2020). Insgesamt gibt es Hinweise darauf, dass es sich vermutlich um ein komplexes Zusammenspiel zwischen eigenen Erfahrungen, dem Umgang damit sowie der Art des erlebten Traumas und der Art der Traumatisierung der behandelten Klient\*innen handelt (Lazos & Kredentser, 2021).

Als ein weiterer relevanter Faktor, der zu den Merkmalen einer Person gezählt werden und aktiv beeinflusst werden kann, wird die Achtsamkeits- und Entspannungspraxis einer psychologisch tätigen Person eingeführt. Ihre Bedeutung für das Wohlbefinden wurde schon in zahlreichen Studien bestätigt und es finden sich auch eindeutige Zusammenhänge dafür, dass sie die Auftretenswahrscheinlichkeit für eine ST abschwächen und für eine SR erhöhen kann (Christopher & Maris, 2010; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Hotchkiss & Leshner, 2018; Lomas et al., 2019).

In diesem Zusammenhang wird jedoch darauf verwiesen, dass der Umgang mit Herausforderungen der Tätigkeit und auch das Etablieren von Arbeitszufriedenheit, nicht allein in der Verantwortung von psychologisch tätigen Personen liegen darf (Harrison & Westwood, 2009). Daher wird auf der Ebene der institutionellen Rahmenbedingungen auch die Bedeutung einer positiven Arbeitsumgebung betont, die generell zu einer Verringerung von negativen Auswirkungen beitragen und positive Outcomes stärken kann (Boscarino et al., 2004; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Auch das Etablieren eines angemessenen Unterstützungsnetzwerks wird an dieser Stelle gefordert. Gerade Super- und Intervision werden als wichtige Ressource für den Umgang mit herausfordernden Aspekten einer Tätigkeit eingeführt, die zugleich das Auftreten einer SR verstärken können (Killian et al., 2017; Puvimanasinghe et al., 2015). Auch hier finden sich zwar Ergebnisse, die diesen Zusammenhang nicht unterstützen, doch dies lässt sich vermutlich auf die uneinheitliche Messung von Super- und Intervision zurückführen, die häufig nur Quantität und nicht Qualität berücksichtigt, obgleich immer wieder betont wird, dass insbesondere letztere den eigentlich relevanten Faktor darstellt (Howlett & Collins, 2014; Ivicic & Motta, 2017).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

### *Ziele der vorliegenden Arbeit*

Die Zusammenfassung der aktuellen Forschungslage zeigt die Relevanz dieses Bereichs auf. Die Erforschung der ST ist von großer Relevanz, da sich Einschränkungen des Wohlbefindens der psychologisch tätigen Person sowie auch ethische Bedenken bezüglich der Qualität der Behandlung ergeben (Harrison & Westwood, 2009; Lazos & Kredentser, 2021). Auch die Mitarbeiter\*innenfluktuation stellt in diesem Fall ein großes Problem dar (Boscarino et al., 2004; Cieslak et al., 2014; Collins & Long, 2003).

Aber auch die Untersuchung der positiven Phänomene ist wichtig, da mehr Wissen in diesem Bereich, das Empowerment und die Selbstwahrnehmung sowie die Selbstfürsorge von psychologisch tätigen Personen stärken kann. So kann in weiterer Folge auch die Effizienz der Behandlung gesteigert werden (K. Cohen & Collens, 2013; Hernández et al., 2007). Außerdem könnten die positiven Effekte von Trauma-Arbeit die negativen Reaktionen abfedern (Silveira & Boyer, 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013).

Vor diesem Hintergrund sollen in der vorliegenden Studie psychologisch tätige Personen in Österreich und Deutschland befragt werden, um mehr Wissen in diesem Bereich zu generieren und bestehende Forschungslücken zu schließen. Daraus lassen sich die grundsätzlichen Ziele für diese Arbeit ableiten. Zum einen soll ein Fokus auf die positiven Effekte von Trauma-Arbeit gelegt werden, die bisher selten untersucht wurden. Die angestrebte quantitative Erforschung der SR soll an dieser Forschungslücke ansetzen und die bestehenden qualitativen Befunde ergänzen und vertiefen.

Dem herrschenden Definitionsproblem von negativen (und zum Teil auch positiven) Auswirkungen wird in dieser Arbeit auf zweierlei Weise Rechnung getragen: Zum einen soll die vorangegangene theoretische Abgrenzung eine eindeutige und transparente Konzeptualisierung der untersuchten Konstrukte ST und SR, wie sie in der vorliegenden Untersuchung verstanden werden, ermöglichen. Zum anderen sollen neben SR und ST auch die Mitleidsermüdung, Burnout und die Mitgefühlzufriedenheit erhoben werden, um die häufig theoretisch beleuchteten Konzeptualisierungen um eine empirische Untersuchung zu erweitern.

Ein weiterer wichtiger und in der bisherigen Forschung oft vernachlässigter Bereich, stellt die gemeinsame Betrachtung von positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit dar. Da es viele Hinweise darauf gibt, dass eine Interaktion zwischen den beiden Konzepten bestehen könnte (K. Cohen & Collens, 2013; Gil, 2015; Pack, 2014), sollen die beiden Konzepte SR und ST in der vorliegenden Studie gemeinsam untersucht und miteinander verglichen werden.



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Da sich in der Forschung viele ambivalente Ergebnisse zu verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren von ST und SR finden, werden auch in diesem Bereich weitere Untersuchungen gefordert (Harrison & Westwood, 2009; Hensel et al., 2015; Ivicic & Motta, 2017). Dieser Punkt wird ebenfalls mit geplanten Analysen dieser Zusammenhänge aufgegriffen. Dabei sollen zudem verschiedene häufige Kritikpunkte dieser Erhebungen berücksichtigt werden. Da sich andeutet, dass die Erfahrung einer psychologisch tätigen Person möglicherweise nicht linear mit SR und ST in Verbindung steht, soll beispielsweise überprüft werden, ob ein anderer Zusammenhang diese Beziehung vielleicht besser erklären kann.

Im Rahmen von Aus- und Fortbildungen wird berichtet, dass ein gewisser Umfang erforderlich ist, damit sich Auswirkungen zeigen können. Dieser Punkt soll ebenfalls in der Untersuchung berücksichtigt werden.

Außerdem wird die Exposition an traumatisches Material, die meist über die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierungen operationalisiert wird, um weitere Maße ergänzt, wobei zum einen die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen mit Traumatisierung und zum anderen eine Kombination aus diesen beiden Belastungsmaßen zum Einsatz kommen sollen. Damit soll dem Kritikpunkt, dass die Fallzahl als Operationalisierung für die Exposition an traumatisches Material möglicherweise nicht ausreicht, Rechnung getragen werden.

An eine weitere Forschungslücke setzt zudem die Erforschung der Super- und Intervision an, bei der in der vorliegenden Arbeit nicht nur das quantitative Vorhandensein, sondern auch die Qualität berücksichtigt wird.

Auch soll das Zusammenwirken der verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren gezielt untersucht werden, da in diesem Bereich ebenfalls ein Mangel an Forschung besteht.

Mit diesen Zielen soll diese Arbeit insgesamt einen Beitrag zur vertieften Erforschung von positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit leisten.

### **Fragestellungen und Hypothesen**

Im Folgenden werden die zu untersuchenden Fragestellung aus dem aktuellen Stand der Forschung abgeleitet und präsentiert.

#### **Deskriptive Statistiken und Prävalenzen**

Zu Beginn sollen verschiedene deskriptive Maße sowie Prävalenzen der untersuchten Konstrukte SR, ST, Mitgefühlszufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung analysiert werden.

##### ***Fragestellung 1***

Zur SR gibt es aufgrund der wenigen quantitativen Untersuchungen bisher wenig Zahlen zur Prävalenz. In qualitativen Studien zur SR wird jedoch durchgängig davon berichtet, dass alle Befragten von positiven Auswirkungen ihrer Arbeit mit Personen, die traumatisiert wurden, berichteten (z.B. Hernández et al., 2007; Puvimanasinghe et al., 2015; Wheeler & McElvaney, 2017).

Obwohl die Prävalenz der ST häufiger untersucht wurde, konnte sie bisher noch nicht eindeutig bestimmt werden (Craig & Sprang, 2010; Ivicic & Motta, 2017). Die Spannweite der berichteten Prävalenzzahlen reicht von 14% bis 78% und zeigt damit eine hohe Varianz. In einer amerikanischen Studie mit Auszubildenden der Psychologie wurde beispielsweise berichtet, dass 14% mäßige bis schwere ST-Symptome auf der Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Bride et al., 2004) zeigten (Gottesman, 2008). Ebenfalls mit der STSS wurde eine Stichprobe von Sozialarbeiter\*innen ( $N = 282$ ) untersucht, bei der 15.2% alle Kernkriterien einer PTBS erfüllten. Allerdings erlebten 55% mindestens ein Hauptsymptom. Das am häufigsten berichtete Symptom war dabei das Auftreten von aufdringlichen und unerwünschten Gedanken in Zusammenhang mit der Arbeit (Bride, 2007). Weitere Studien fanden, dass 27% der Mitarbeiter\*innen im Strafvollzug von Jugendlichen eine schwere ST zeigten (Smith Hatcher et al., 2011) und eine Studie mit  $N = 253$  Therapeut\*innen ergab sogar, dass 70% ein hohes Risiko für eine ST aufwiesen (Sodeke-Gregson et al., 2013). Bei einem systematischen Review über ST bei Krankenpflegern und -schwestern lagen die gefundenen Prävalenzzahlen zwischen 25% und 78% (Beck, 2011).

Ein Großteil der gefundenen Werte liegt damit in einem niedrigen bis mittleren Bereich. Die großen Kontraste in den Werten sind vermutlich auf Unterschiede in den untersuchten Berufsgruppen und verwendeten Messinstrumenten zurückzuführen (Elwood et al., 2011; Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

Es zeigt sich, dass die Zahlen zur Prävalenz der SR mangelhaft sind, während die widersprüchlichen Ergebnisse und methodischen Probleme bei der ST auch keine eindeutigen

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Aussagen zu ihrer Prävalenz zulassen. Da sich bisherige Studien außerdem noch nie mit vorwiegend österreichisch psychologisch tätigen Personen beschäftigt haben, ist eine Erforschung des Ausprägungsgrads dieser Konzepte in einer solchen Stichprobe besonders interessant. Daher soll folgende Fragestellung untersucht werden:

F1: In welchem Ausmaß zeigen psychologisch tätige Personen Stellvertretende Resilienz (SR) und Stellvertretende Traumatisierung (ST) in ihrer Arbeit mit Personen mit Traumatisierung?

### ***Fragestellung 2***

Neben der SR und der ST werden in der Literatur häufig auch andere Konzepte im Rahmen von Trauma-Arbeit untersucht (z.B. Figley, 1995; Gil, 2015; Greinacher et al., 2019). Obwohl in der vorliegenden Arbeit der Schwerpunkt auf die Untersuchung der ST und der SR gelegt wird, die durch ihren geteilten Fokus auf kognitive Veränderungen auf einer ähnlichen Ebene angesiedelt werden können sowie eine umfangreiche theoretische Fundierung aufweisen, weshalb sie als besonders geeignet für den Zweck dieser Arbeit erscheinen, sollen auch andere Konzepte berücksichtigt werden. Daher sollen die Konzepte der Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung genauer beleuchtet werden. Dies setzt an dem Kritikpunkt an, dass hauptsächlich konzeptuelle Analysen durchgeführt werden, um dem Definitionsproblem in diesem Forschungsbereich zu begegnen, während empirische Untersuchungen häufig zu kurz kommen (R. E. Adams et al., 2006; Cieslak et al., 2014).

Zunächst soll daher auch hier der Ausprägungsgrad dieser Konzepten in der vorliegenden österreichischen Stichproben psychologisch tätiger Personen untersucht werden in der es bis dato noch keine vergleichbare Studie gegeben hat. Daraus ergibt sich die folgende Fragestellung:

F2: In welchem Ausmaß zeigen psychologisch tätige Personen Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung in ihrer Arbeit mit Personen mit Traumatisierung?

### ***Fragestellung 3***

Aus- und Fortbildungen können dabei helfen ein Bewusstsein und Wissen zu den Konzepten SR und ST zu generieren. Dies gilt als wichtiger Faktor bei der Verringerung negativer Auswirkungen von Trauma-Arbeit und bei der Stärkung von positiven Effekten dieser Tätigkeit (Craig & Sprang, 2010; Reynolds, 2020). Besonders die Integration von SR und ST und ein genereller Fokus auf die Stärke und die Resilienz von Personen in solche Weiterbildungen könnten diesen Prozess unterstützen (Coleman et al., 2021). Allerdings wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass ein gewisser Umfang an Aus- und Fortbildungen

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

gegeben sein muss, um von den positiven Auswirkungen dieser profitieren zu können (R. E. Adams et al., 2006; Harrison & Westwood, 2009). Da derzeit keine Studien darüber vorliegen, in welchem Ausmaß sich psychologisch tätige Personen in Österreich im Rahmen von Fortbildungen mit den Themen Resilienz, SR und ST beschäftigen, soll daher zunächst ein genereller Überblick über das Ausmaß an Fortbildungen, sowie über die Art von absolvierten Fortbildungen erzeugt werden. Daraus ergibt sich die dritte Fragestellung:

F3: In welchem Ausmaß haben sich die psychologisch tätigen Personen im Rahmen von Fortbildungen mit den Themen Resilienz, ST und SR beschäftigt?

### **Vergleich von SR und ST mit anderen Konzepten**

Die folgenden beiden Fragestellungen möchten die Ausprägungen von SR und ST mit anderen Konzepten in diesem Bereich (Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung) vergleichen sowie ihre Zusammenhänge untersuchen.

#### ***Fragestellung 4***

Die Verwendung verschiedenster Begrifflichkeiten und Konzeptualisierungen führt zu uneindeutigen Ergebnissen und schränkt die Vergleichbarkeit und Validität der Forschungsergebnisse ein. Obwohl des Öfteren narrative Analysen durchgeführt wurden, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den unterschiedlichen Konzepten im Bereich der Auswirkungen von Trauma-Arbeit auf psychologisch tätige Personen zu eruieren, gibt es selten empirische Untersuchungen dazu (R. E. Adams et al., 2006; S. Baird & Jenkins, 2003; Branson, 2019). In der vierten Fragestellung soll diesem Kritikpunkt Rechnung getragen werden, indem die Konzepte SR, ST, Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung miteinander verglichen werden.

Die Mitgefühlzufriedenheit beschreibt dabei die Erfüllung, die sich aus einer befriedigenden Arbeit ergibt (Larsen & Stamm, 2008), während die Mitleidsermüdung als ein Zustand der Erschöpfung und Dysfunktion definiert wird, der durch eine indirekte Exposition mit den traumatischen Erfahrungen anderer ausgelöst wird (Figley, 1995). Beide Konzepte werden meist als übergeordnet zu SR und ST betrachtet. Die Mitgefühlzufriedenheit bezieht sich im Gegensatz zur SR nämlich allgemein auf alle helfende Professionen (Killian et al., 2017), während die Mitleidsermüdung meist als ein übergeordnetes Konstrukt beschrieben wird, das die anderen Konzeptionen (z.B. ST, STS und Burnout) als latente Eigenschaften umfasst (R. E. Adams et al., 2006; Figley, 2002). Somit teilen diese Konzepte einige Elemente mit SR und ST, während sie sich in anderen Punkten voneinander abgrenzen lassen. Deshalb erscheinen sie für das angestrebte Ziel des Vergleichs als geeignete Wahl.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Burnout ist dagegen ein allgemeiner Begriff für einen Erschöpfungszustand, der vor allem durch arbeitsbedingte Stressoren und damit einhergehender emotionaler Beteiligung ausgelöst wird (Maslach et al., 2001). Da dieses Konzept häufig als Indikator für schlechtes Wohlbefinden herangezogen wird (Newell & MacNeil, 2011), soll er zu diesem Zweck auch in der vorliegenden Arbeit dienen. Insgesamt kann also sowohl der spezielle Bereich der Trauma-Arbeit (Mitleidsermüdung) als auch das allgemein in helfenden Professionen untersuchte Wohlbefinden (Mitgefühlzufriedenheit und Burnout) abgedeckt werden. So wird eine gute Bandbreite an Vergleichsmöglichkeiten geschaffen. Dies führt zu folgender Fragestellung:

F4: Unterscheiden sich die Levels der SR und der ST von den Levels der Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung?

### **Fragestellung 5**

Die fünfte Fragestellung knüpft ebenfalls an der seltenen gemeinsamen empirischen Erforschung der verschiedenen Konzepte der Auswirkungen von Trauma-Arbeit an (R. E. Adams et al., 2006; S. Baird & Jenkins, 2003; Branson, 2019) und möchte die vorangegangene Fragestellung weiterführend. Deshalb sollen Zusammenhänge zwischen SR und ST sowie den ebenfalls häufig untersuchten Konstrukten Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung analysiert werden. Da SR und Mitgefühlzufriedenheit beide positive Auswirkungen von Tätigkeiten beschreiben (Hernández et al., 2007; Larsen & Stamm, 2008) und ST, Burnout und Mitleidsermüdung sich auf negative Effekte beziehen (Figley, 1995; Maslach et al., 2001; McCann & Pearlman, 1990), werden zwischen den ersten beiden, sowie den letzten dreien jeweils positive Korrelationen erwartet, während beim Vergleich von positiven mit negativen Effekten negative Beziehungsmuster angenommen werden. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen:

F5: In welcher Beziehung stehen die Konzepte Stellvertretende Resilienz (SR) und Stellvertretende Traumatisierung (ST) mit den Konzepten Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung?

H5.1: Es zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen SR und Mitgefühlzufriedenheit.

H5.2: Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen SR und Burnout.

H5.3: Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen SR und Mitleidsermüdung.

H5.4: Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen ST und Mitgefühlzufriedenheit.

H5.5: Es zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen ST und Burnout.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

H5.6: Es zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen ST und Mitleidsermüdung.

### **Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit**

Immer wieder wird in der Literatur die Erfahrung in der Arbeit mit Personen mit Traumatisierung als ein Faktor diskutiert, der mit den positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit in Zusammenhang stehen könnte. Dabei gehen die meisten Studien davon aus, dass eine größere Erfahrung mit höherer SR und niedriger ST korreliert sein sollte, da im Laufe der Zeit mehr Bewältigungs- und Copingstrategien entwickelt werden (z.B. Craig & Sprang, 2010; Devilly et al., 2009; Schauben & Frazier, 1995). Diese Annahme konnte jedoch in empirischen Studien nicht immer bestätigt werden (z.B. Bride & Kintzle, 2011; Ivicic & Motta, 2017; Lazos & Kredentser, 2021). Daher soll in den folgenden drei Fragestellungen der Zusammenhang zwischen SR respektive ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit genauer beleuchtet werden, um der uneindeutigen Datenlage in diesem Bereich entgegenzuwirken.

#### ***Fragestellung 6***

Zunächst soll daher grundsätzlich das Vorhandensein eines Zusammenhangs überprüft werden. Aufgrund der ambivalenten Datenlage wird die folgende Fragestellung explorativ – ohne die Angabe von Hypothesen – durchgeführt:

F6.1: In welcher Beziehung stehen SR und die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit?

F6.2: In welcher Beziehung stehen ST und die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit?

#### ***Fragestellung 7***

Vor dem Hintergrund der CSDT, die von einer komplexen und möglicherweise nicht immer stringent verlaufenden Ausbildung einer ST bzw. einer SR ausgeht (McCann & Pearlman, 1990), könnte es sein, dass die Ausprägungen der SR und der ST sich nicht linear über die Zeit hinweg verändern. Da diese Möglichkeit in bisherigen Untersuchungen nicht berücksichtigt wurde, könnte dies zu den widersprüchlichen Ergebnissen geführt haben. In manchen Studien wird zudem davon ausgegangen, dass sich die SR und ST in unterschiedlichen Phasen der Erfahrungsdauer anders zeigen und sich vor allem in den ersten Berufsjahren stärker manifestieren (Edelkott et al., 2016; Pack, 2014). Diese Annahmen sollen in den nächsten beiden Fragestellungen überprüft werden.

In der siebten Fragestellung werden deshalb unterschiedliche Phasen des Berufslebens miteinander verglichen, um so mögliche Veränderungen der SR- und ST-Werte über die Zeit beobachten zu können. Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Fragestellung:

F7: Unterscheiden sich die Levels der SR und der ST abhängig von der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit? Folgende Hypothese soll dabei getestet werden:

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

H7.1: Die Mittelwerte der SR unterscheiden sich in den drei Gruppen „kurze Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (0-5 Jahre), „mittlere Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (6-10 Jahre) und „lange Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (> 10 Jahre) signifikant voneinander.

H7.2: Die Mittelwerte der ST unterscheiden sich in den drei Gruppen „kurze Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (0-5 Jahre), „mittlere Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (6-10 Jahre) und „lange Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (> 10 Jahre) signifikant voneinander.

### ***Fragestellung 8***

Auch der Punkt, dass der Zusammenhang zwischen SR bzw. ST und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit möglicherweise nicht linear verläuft, soll berücksichtigt werden. Es sollen daher verschiedene Gleichungsmodelle (linear, logarithmisch, invers, quadratisch, kubisch, zusammengesetzt, Potenzfunktion, s-förmig, Aufbaufunktion, exponentiell und logistisch) auf ihren Erklärungswert hin miteinander verglichen werden, um zu überprüfen, ob andere Modelle als das Lineare diese Beziehung besser beschreiben können. Da eine solche Untersuchung bisher noch nicht durchgeführt wurde, wird diese Fragestellung ohne Hypothesen durchgeführt:

F8: Welches Modell zeigt den größten Modell-Fit für den Zusammenhang zwischen SR respektive ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit?

### **Exposition an traumatisches Material**

Die Exposition an traumatisches Material gilt als Grundlage für die Ausbildung sowohl einer SR als auch einer ST (Hernández et al., 2007; McCann & Pearlman, 1990). Neben der Erfahrungsdauer ist daher auch das Ausmaß und die Intensität in denen psychologisch tätige Personen mit traumatischen Erzählungen konfrontiert werden ausschlaggebend für die Ausbildung einer SR, respektive einer ST. Die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung wird dabei meist zur Operationalisierung herangezogen, wobei davon ausgegangen wird, dass eine hohe Fallzahl als Risikofaktor für eine ST fungiert und eine niedrige Fallzahl mit höherer SR zusammenhängt (K. Baird & Kracen, 2006; Gil, 2015). Es zeigen sich jedoch gemischte Befunde (Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Eine mögliche Erklärung für diese stellt die Vermutung dar, dass die Fallzahl als Maß der Operationalisierung zu kurz greift und vor allem die Intensität der Traumatisierung der Klient\*innen mit denen gearbeitet wird ebenfalls eine Rolle spielen könnte (K. Cohen & Collens, 2013; Ivicic & Motta, 2017).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

### ***Fragestellungen 9 bis 11***

Daher sollen zunächst die Zusammenhänge zwischen SR bzw. ST und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung untersucht werden, um die bisher uneindeutige Befundlage genauer zu beleuchten. Im Anschluss werden darüber hinaus jedoch auch noch die Beziehung zur Intensität der Traumatisierung sowie zu einer kombinierten Variable, die sich aus Fallzahl und Intensität zusammensetzt, untersucht. Damit soll dem Kritikpunkt der Forschung, dass die alleinige Untersuchung von Fallzahl als Maß der Exposition zu kurz gegriffen sei, Rechnung getragen werden. Daher ergeben sich folgende drei Fragestellungen:

F9: Welche Beziehung besteht zwischen der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und dem Ausmaß an SR/ST? Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

H9.1: Die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung steht mit dem Ausmaß an SR in negativer Beziehung.

H9.2: Die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung steht mit dem Ausmaß an ST in positiver Beziehung.

F10: Welche Beziehung besteht zwischen der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und dem Ausmaß an SR/ST? Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

H10.1: Das Ausmaß der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung steht mit dem Ausmaß an SR in negativer Beziehung.

H10.2: Das Ausmaß der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung steht mit dem Ausmaß an ST in positiver Beziehung.

F11: Welche Beziehung besteht zwischen der Variable „Trauma-Belastung“, die sich aus der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung zusammensetzt, und dem Ausmaß an SR/ST? Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

H11.1: Die Variable „Trauma-Belastung“ steht mit dem Ausmaß an SR in negativer Beziehung.

H11.2: Die Variable „Trauma-Belastung“, steht mit dem Ausmaß an ST in positiver Beziehung.

### ***Fragestellung 12***

Um des Weiteren genauer zu beleuchten, welche der beiden Variablen – die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung oder die Intensität der Belastung infolge der Traumatisierung – einen größeren Einfluss auf die Ausbildung einer SR bzw. einer ST hat,



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

sollen zudem Multiple Regressionen mit Rückwärtselimination durchgeführt werden. Dies führt zu folgenden Fragestellungen:

F12.1: Welche der folgenden Faktoren sind signifikant mit dem Ausmaß einer SR assoziiert: Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung?

F12.2: Welche der folgenden Faktoren sind signifikant mit dem Ausmaß einer ST assoziiert: Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung?

### ***Fragestellungen 13 bis 15***

Wie zuvor bereits ausgeführt, wird häufig davon ausgegangen, dass SR und ST sich über die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und damit einhergehender Erfahrung verändern. Obgleich dieser Zusammenhang auf theoretischer Ebene bereits recht gut belegt werden konnte (Hernandez-Wolfe et al., 2015; McCann & Pearlman, 1990), finden sich in empirischen Studien immer wieder keine signifikanten Ergebnisse (z.B. Bride & Kintzle, 2011; Ivicic & Motta, 2017; Lazos & Kredentser, 2021). Ein weiterer wichtiger Faktor für die Ausbildung sowohl einer ST als auch einer SR stellt die Konfrontation mit traumatischem Material dar. Gerade der kumulative und zugleich intensive Kontakt mit indirekten traumatischen Erfahrungen gilt dabei als ausschlaggebender Faktor (Hernández et al., 2007; McCann & Pearlman, 1990). Daher erscheint es logisch, dass die Dauer der Praxis nicht allein für die Entstehung von SR bzw. ST verantwortlich ist, sondern durch den Grad an Exposition an traumatisches Material beeinflusst wird. In den folgenden Fragestellungen soll deshalb untersucht werden, ob verschiedene Maße der Exposition mit traumatischem Material den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR bzw. ST beeinflussen. Es ergeben sich folgende Fragestellungen, die aufgrund der erstmaligen Durchführung explorativ durchgeführt werden:

F13.1: Moderiert die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR?

F13.2: Moderiert die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST?

F14.1: Moderiert die durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR?

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

F14.2: Moderiert die durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST?

F15.1: Moderiert die Variable „Trauma-Belastung“, die sich aus der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung zusammensetzt, den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR?

F15.2: Moderiert die Variable „Trauma-Belastung“, die sich aus der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung zusammensetzt, den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST?

### **Interaktion zwischen positiven und negativen Effekten**

Es gibt bisher wenig Studien, die positive und negative Effekte von Trauma-Arbeit gemeinsam untersuchen. Trotzdem gibt es viele Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang zwischen den beiden Konzepten besteht und sie sich nicht gegenseitig ausschließen (K. Cohen & Collens, 2013). Eine der am häufigsten getroffenen Annahmen in diesem Bereich besagt, dass die positiven Auswirkungen der Trauma-Arbeit die negativen abfedern könnten und die SR damit ein wertvolles Gegengewicht zur ST bieten könnte (Silveira & Boyer, 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013). Andererseits kann die ST auch als notwendiger Schritt bei der Entstehung einer SR gesehen werden (Gil, 2015; Pack, 2014). Vermutlich existiert ein komplexer Zusammenhang, in dem die beiden Prozesse sowohl aufeinander aufbauen als auch parallel zueinander existieren können (K. Cohen & Collens, 2013; Joseph & Linley, 2008). Insgesamt zeigen diese Ausführungen, dass die seltene gemeinsame Untersuchung von positiven und negativen Auswirkungen von Trauma-Arbeit zu einer eingeschränkten Sicht auf diesen Themenbereich führt (Saakvitne et al., 1998). An diese Forschungslücke setzten die folgenden Fragestellungen daher an.

### **Fragestellung 16**

Zunächst sollen SR und ST generell auf einen möglichen Zusammenhang hin überprüft werden. Die seltene gemeinsame Betrachtung dieser beiden Konzepte bietet dabei keine ausreichende Datenbasis für die Formulierung von Hypothesen. Dies führt daher zur folgenden Fragestellung:

F16: In welcher Beziehung stehen SR und ST zueinander?

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

### *Fragestellungen 17 bis 24*

Um diesen Zusammenhang genauer zu beleuchten, soll darüber hinaus jedoch auch die Annahme der Pufferfunktion der SR für die ST analysiert werden. Daher soll überprüft werden, ob der Einfluss verschiedener Belastungsvariablen für eine ST, wie eine niedrige Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, eine hohe Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung oder eine hohe Intensität der Belastung infolge einer Traumatisierung, durch das Vorhandensein einer SR beeinflusst werden kann. Da dieses Thema bisher noch gar nicht untersucht wurde, sind hier verschiedene Einflusswege denkbar. Die SR könnte sowohl einen moderierenden Effekt ausüben und die Stärke bzw. eventuell auch die Richtung des Zusammenhangs zwischen ST und den verschiedenen Belastungsvariablen beeinflussen. Sie könnte jedoch ebenso gut selbst von den Belastungsvariablen beeinflusst werden und in weiterer Folge dann wiederum die ST beeinflussen und damit als Mediator wirken. Um beiden Überlegungen Raum zu geben und mehr Klarheit für zukünftige Forschungen zu schaffen, sollen daher sowohl explorative Moderationen als auch Mediationen berechnet werden. Damit ergeben sich die folgenden Fragestellungen:

F17: Moderiert die SR den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und einer ST?

F18: Moderiert die SR den Zusammenhang zwischen einer hohen Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und einer ST?

F19: Moderiert die SR den Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und einer ST?

F20: Moderiert SR den Zusammenhang zwischen der Variable „Trauma-Belastung“, die sich aus der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung zusammensetzt, und einer ST?

F21: Mediiert die SR den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und einer ST?

F22: Mediiert die SR den Zusammenhang zwischen einer hohen Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und einer ST?

F23: Mediiert die SR den Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und einer ST?

F24: Mediiert SR den Zusammenhang zwischen der Variable „Trauma-Belastung“, die sich aus der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Traumatisierung und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung zusammensetzt, und einer ST?

### **Risiko- und Schutzfaktoren für SR und ST**

Das Auftreten der SR und der ST kann durch das Vorhandensein verschiedener Faktoren beeinflusst werden (Edelkott et al., 2016; Hernandez-Wolfe, 2018). Diese sogenannten Schutz- oder Risikofaktoren hängen entweder mit der psychologisch tätigen Person oder mit ihrer Tätigkeit zusammen. Obwohl sich hier immer wieder ambivalente Ergebnisse finden (Cieslak et al., 2014; Sabin-Farrell & Turpin, 2003), lassen sich generelle Vermutungen darüber ableiten, wie die Faktoren die SR und die ST beeinflussen.

#### ***Fragestellungen 25 bis 28***

Ein Beispiel für ein Merkmal der Person wäre das Ausüben von Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken. Diese zählen zu den Verhaltensweisen einer psychologisch tätigen Person, die eine SR stärken (Grabbe et al., 2012) und eine ST abmindern können (Christopher & Maris, 2010; Hotchkiss & Leshner, 2018). Dabei finden sich durchgängig positive Auswirkungen von Achtsamkeit auf das Wohlbefinden sowie das Stressniveau von Personen (Lomas et al., 2019).

Doch nicht nur psychologisch tätige Personen sollen verantwortlich für den Umgang mit Herausforderungen und dem Etablieren von Zufriedenheit sein. Auch Organisationen stehen dabei in der Pflicht (Harrison & Westwood, 2009). Daher werden auch Merkmale der Situation untersucht. Diese lassen sich in der Tätigkeit oder in den institutionellen Rahmenbedingungen verorten.

Die Arbeitsbedingungen können zu den institutionellen Rahmenbedingungen gezählt werden. Gute Arbeitsbedingungen gelten dabei als wichtige Voraussetzung für das Abfedern negativer Effekte und beeinflussen zudem die generelle Arbeitszufriedenheit, was wiederum mit anderen positiven Outcomes assoziiert werden kann (Boscarino et al., 2004; Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

Auch das Bereitstellen von Trauma-bezogenen Fortbildungsmöglichkeiten – insbesondere solchen, die ST und SR beinhalten – steht in positiver Beziehung zur SR und in negativer zur ST (Craig & Sprang, 2010; Reynolds, 2020). Obwohl einige Studien diese Befunde nicht bestätigen konnten, liegt dies vermutlich an dem häufig nicht berücksichtigtem Ausmaß von Fortbildungen. Ein gewisser Umfang gilt nämlich als Voraussetzung, damit eine protektive Wirkung zustande kommen kann (S. A. Adams & Riggs, 2008; Harrison & Westwood, 2009). Dieser Punkt soll in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen werden, weshalb auch die Anzahl der absolvierten Fortbildungen berücksichtigt wird.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Ein angemessenes Unterstützungswerk in der Arbeit, das Supervision bzw. Intervention umfasst, wird ebenfalls als wichtige Ressource im Umgang mit Herausforderungen gesehen und kann das Auftreten einer SR verstärken (Killian et al., 2017; Puvimanasinghe et al., 2015). Auch zu diesem Faktor finden sich in der Literatur teils widersprüchliche Ergebnisse. Dies lässt sich jedoch meist darauf zurückführen, dass Quantität und nicht Qualität von Super- bzw. Intervention erhoben wird. Dabei gilt letztere als ausschlaggebend für den Erfolg dieser Maßnahme (Howlett & Collins, 2014; Ivicic & Motta, 2017). Daher soll auch dieser Kritikpunkt aufgegriffen werden, indem der Zusammenhang zur Qualität von Supervision untersucht wird.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgenden Fragestellungen und Hypothesen zu den Risiko- und Schutzfaktoren der SR bzw. der ST:

F25: Welche Beziehung besteht zwischen den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person und dem Ausmaß an SR/ST? Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

H25.1: Das Ausmaß an Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person steht mit dem Ausmaß an SR in positiver Beziehung.

H25.2: Das Ausmaß an Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person steht mit dem Ausmaß an ST in negativer Beziehung.

F26: Welche Beziehung besteht zwischen den Arbeitsbedingungen und dem Ausmaß an SR/ST? Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

H26.1: Das Ausmaß an guten Arbeitsbedingungen steht mit dem Ausmaß an SR in einer positiven Beziehung.

H26.2: Das Ausmaß an guten Arbeitsbedingungen steht mit dem Ausmaß an ST in einer negativen Beziehung.

F27: Welche Rolle spielen Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR bei der Ausbildung von SR/ST? Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

H27.1: Das Ausmaß an Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR steht mit dem Ausmaß an SR in einer positiven Beziehung.

H27.2: Das Ausmaß an Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR steht mit dem Ausmaß an ST in einer negativen Beziehung.

F28: Welche Rolle spielt die Qualität von Supervision bzw. Intervention bei der Ausbildung von SR/ST? Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

H28.1: Die Qualität der Supervision bzw. Intervention steht mit dem Ausmaß an SR in einer positiven Beziehung.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

H28.2: Die Qualität der Supervision bzw. Intervision steht mit dem Ausmaß an ST in einer negativen Beziehung.

### ***Fragestellung 29***

Ein weiteres Beispiele für ein Merkmal der Person wäre ihre psychotherapeutische Orientierung. Diese könnte aufgrund unterschiedlicher Herangehensweisen in der Therapie die Ausprägung der SR bzw. der ST beeinflussen (Wheeler & McElvaney, 2017). Bisher wurde hier nur in qualitativen Studien berichtet, dass resilienz- und stärkenbasierte Ansätze mit mehr SR in Verbindung stehen (Edelkott et al., 2016). Da sich eine Operationalisierung ohne nähere Angaben schwierig gestaltet, werden stattdessen die vier psychotherapeutischen Grundorientierungen (Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, Humanistische Orientierung, Systemische Orientierung und Verhaltenstherapeutische Orientierung) zur Untersuchung herangezogen. In diesem Fall wird daher nur auf die Teilstichprobe der Psychotherapeut\*innen zurückgegriffen.

Zu den genannten Orientierungen bestehen bisher noch keine Annahmen und es wurden auch noch keine Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt. Daher sollen die folgenden Fragestellungen explorativ – ohne die Angabe von Hypothesen – durchgeführt werden:

F29.1: Unterscheiden sich die Levels von SR abhängig von der psychotherapeutischen Orientierung der Trauma-Psychotherapeut\*innen?

F29.2: Unterscheiden sich die Levels von ST abhängig von der psychotherapeutischen Orientierung der Trauma-Psychotherapeut\*innen?

### ***Fragestellung 30***

Noch seltener als einzelne Risiko- und Schutzfaktoren wird das Zusammenwirken verschiedener Variablen untersucht und es besteht daher wenig Wissen darüber, welche Faktoren besonders relevant für das Auftreten von positiven und negativen Effekten sind (Harrison & Westwood, 2009; Hensel et al., 2015; Ivicic & Motta, 2017). Daher sollen die bereits genannten Faktoren zusammen in einer Multiplen Regression mit Rückwärtselimination untersucht werden. Zusätzlich sollen in dieses Modell die ebenfalls vorgestellten Faktoren Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung sowie die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung inkludiert werden. Als neuer Faktor wird außerdem die eigene traumatische Erfahrung der psychologisch tätigen Person miteingeschlossen. Bei dieser wird meist davon ausgegangen, dass das Vorhandensein einer solchen das Auftreten einer ST verstärkt und das einer SR vermindert, wobei auch die Annahme als protektiver Faktor geäußert wurde (Bride, Jones, & Macmaster, 2007; Nelson-Gardell & Harris, 2003).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

An die Forschungslücke der fehlenden gemeinsamen Betrachtung von Faktoren, die mit SR und ST assoziiert sind, knüpfen daher folgende Fragestellungen an:

F30.1: Welche der folgenden Faktoren sind signifikant mit dem Ausmaß einer SR assoziiert: Arbeitsumgebung, Supervision/Intervision, Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person, Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR, Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, traumatische Erfahrungen einer psychologisch tätigen Person und durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung?

F30.2: Welche der folgenden Faktoren sind signifikant mit dem Ausmaß einer ST assoziiert: Arbeitsumgebung, Supervision/Intervision, Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person, Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR, Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, traumatische Erfahrungen der psychologisch tätigen Person und durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung?

## Methodik

### Untersuchungsdesign

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine querschnittliche Online-Fragebogen-Studie durchgeführt. Der Fragebogen setzte sich aus verschiedenen Selbstberichtsverfahren zusammen, die die untersuchten Konstrukte operationalisieren. Über die Umfrageplattform SoSci-Survey (<https://www.soscisurvey.de>) konnten die teilnehmenden psychologisch tätigen Personen den Online-Fragebogen selbstständig auf ihren jeweiligen Endgeräten durchführen. Die freiwillige Teilnahme konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen durch Verlassen der Website beendet werden.

### Studienteilnehmende

Die untersuchte Stichprobe bestand aus psychologisch tätigen Personen aus Österreich und Deutschland und wurde im Frühjahr 2022 erhoben. Als Einschlusskriterien galt dabei eine aktuelle psychologische Tätigkeit, bei der unter anderem mit Personen, die traumatisiert sind, gearbeitet wird. Ausreichende Deutschkenntnisse zur Beantwortung des Fragebogens mussten ebenfalls gegeben sein. Ausgeschlossen wurden Personen, bei denen kein Skalenwert der Hauptvariablen der Studie – der SR und der ST – gebildet werden konnte. Zur Bildung des Skalenmittelwerts mussten mindestens 80% der Items einer Skala beantwortet werden. Von den ursprünglich 888 rekrutierten Teilnehmer\*innen mussten aufgrund dieser Vorgaben 175 Personen von den weiteren Analysen ausgeschlossen werden.

Eine a priori Poweranalyse, die über das Tool G\*Power berechnet worden war, hat ergeben, dass eine Stichprobe von 395 psychologisch tätigen Personen nötig ist, um bei  $\alpha = .05$  und kleinen erwarteten Effekten eine Power von  $\beta = .8$  zu erzielen.

Insgesamt wurden  $N = 713$  psychologisch tätige Personen in die Datenauswertung eingeschlossen. Die resultierende Stichprobe bestand zu 80.5% aus Frauen, zu 19.2% aus Männern und 0.3% wollten keine Angabe zu ihrem Geschlecht machen. Diese Verteilung ist durchaus repräsentativ für diesen Bereich (Sagerschnig & Nowotny, 2020). Das mittlere Alter der Teilnehmer\*innen lag bei 50.1 Jahren ( $SD = 10.6$ ;  $Mdn = 50$ ) und reichte von 24 bis 90. Fast alle untersuchten Personen hatten einen Hochschulabschluss (96.1%). Ein Großteil der Stichprobe bestand aus Österreicher\*innen (73%), 24.2% waren Deutsche und 2.8% stammten aus anderen Ländern. Unter diesen wurde am häufigsten eine italienische Nationalität angegeben (1%). Die Berufsgruppen – bei denen auch eine Mehrfachauswahl möglich war - verteilten sich wie folgt: Klinische Psycholog\*innen: 345 Personen (48.4%), Gesundheitspsycholog\*innen: 274 Personen (38.4%), Psychotherapeut\*innen: 487 Personen (68.3%), Psychiater\*innen: 28 Personen (3.9%) und andere Berufsgruppen 69 (9.7%). Im



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

offenen Antwortfeld der anderen ausgeübten Berufe wurden verschiedenste (Sozial-)Berufe angegeben, wie beispielsweise Psychotherapeut\*in in Ausbildung, Diplomierter Sozialarbeiter\*in, Notfallpsycholog\*in usw., wobei Arzt\*Ärztin mit 1.1% am häufigsten aufschien. 59.0% der Teilnehmer\*innen gaben außerdem an, selbst schon einmal eine traumatische Erfahrung gemacht zu haben, 34.8% waren hingegen selbst noch nie mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert worden und 6.2% wollten dazu keine Angabe machen.

Weitere berufsbezogene Merkmale der Stichprobe, wie die Dauer der Praxis in einer klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeit sowie in der Trauma-Arbeit, die durchschnittlich betreute Fallzahl an Klient\*innen und an Klient\*innen mit Traumatisierung sowie die durchschnittliche Belastung der Klient\*innen mit Traumatisierung finden sich in Tabelle 1.

**Tabelle 1**

### *Berufsbezogene Charakteristika der Stichprobe*

Charakteristika	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>N</i>
Dauer Praxis allgemein (Jahre)	16.6	9.7	15.0	711
Dauer Praxis Trauma-Arbeit (Jahre)	13.4	8.8	11.0	711
Fallzahl alle Klient*innen ( <i>M</i> /Woche)	16.8	10.0	15.0	702
Fallzahl Klient*innen mit Trauma ( <i>M</i> /Woche)	6.9	5.8	5.0	691
Trauma-Belastung der Klient*innen	3.8	0.6	4.0	713

*Anmerkung.* Die Dauer der Praxis wurde jeweils in Jahren angegeben. Die Fallzahl bezieht sich jeweils auf die durchschnittliche Fallzahl pro Woche in den letzten sechs Monaten. Die Trauma-Belastung der Klient\*innen beschreibt die durchschnittliche traumatische Belastung der Klient\*innen, die über ein fünfstufiges Item mit den Antwortmöglichkeiten (*sehr niedrig/ niedrig/ mittel/ hoch/ sehr hoch*) erhoben wurde.

### **Messinstrumente**

Im Folgenden wird der Aufbau des verwendeten Online-Fragebogens näher erläutert. Zu Beginn wurden verschiedene demographische und berufsbezogene Informationen erfragt und im Anschluss daran folgte die Fragebogenbatterie, die sich aus verschiedenen Skalen zur Erfassung der untersuchten Konstrukte zusammensetzte. Mithilfe dieser bereits etablierten oder selbst entwickelten Verfahren wurden in der angegebenen Reihenfolge die Stellvertretende Resilienz, die Stellvertretende Traumatisierung, die Arbeitsbedingungen, die Qualität von Super- und Intervision, die Fortbildungen, die Achtsamkeits- und

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Entspannungspraktiken und am Ende die Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung operationalisiert.

**Demographische und berufsbezogene Items.** Zu Beginn wurden in vier Items die demographischen Merkmale Geschlecht (*weiblich/ männlich/ divers/ keine Angabe*), Alter (in offenem Antwortformat), Nationalität (*Österreich/ Deutschland/ Andere* (mit nachfolgendem offenem Antwortfeld) und höchste abgeschlossene Ausbildung (*Pflichtschule/ Lehrabschluss oder Meisterprüfung/ berufsbildende mittlere Schule (z.B. Handelsschule)/ Matura, Abitur/ Bachelor, Master oder äquivalent (z.B. Magister, Diplom)/ PhD, Doktorat*) erfragt. Die darauffolgenden berufsbezogenen Fragen inkludierten die Berufsgruppe der befragten Person, die mithilfe einer Mehrfachauswahl beantwortet werden konnte (*Klinische\*r Psychologin/ Gesundheitspsycholog\*in/ Psychotherapeut\*in/ Psychiater\*in/ Andere* (mit nachfolgendem offenem Antwortfeld) und die Dauer in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeit sowie in der Trauma-Arbeit in Jahren, die beide mit einer offenen Eingabe beantwortet werden konnten. Vor der Frage zur Dauer in der Trauma-Arbeit wurde zusätzlich abgefragt, ob aktuell in der Trauma-Arbeit gearbeitet wird. Konnte diese Frage auch bei erneuter Erklärung, was dies in der aktuellen Studie zu bedeuten hat – nicht beantwortet werden, wurde die Teilnahme an der Studie für die betroffene Person automatisch beendet. So sollte die Erfüllung dieses wichtigen Einschlusskriteriums gewährleistet werden. Der angezeigte Text für diesen Fall findet sich im Anhang.

Wenn bei der Berufsgruppe (auch) „Psychotherapeut\*in“ gewählt wurde, wurde eine weitere Frage zur psychotherapeutischen Grundrichtung eingeblendet, bei der aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ausgewählt werden konnte (*Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung/ Humanistische Orientierung/ Systemische Orientierung/ Verhaltenstherapeutische Orientierung*). Im Anschluss wurde die durchschnittliche Fallzahl pro Woche sowie die durchschnittliche Anzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung pro Woche über eine offene Eingabe erfragt. Außerdem wurden die Teilnehmer\*innen gebeten, die durchschnittliche traumatische Belastung ihrer Klient\*innen einzuschätzen, wobei aus fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ausgewählt werden konnte (*sehr niedrig/ niedrig/ mittel/ hoch/ sehr hoch*).

Am Ende dieses Teils der Fragebogenbatterie wurden noch persönliche traumatische Erfahrungen über das Format *ja/nein/keine Angabe* erfasst. Bei Beantwortung dieser Frage mit „ja“ sollte anschließend in offenem Antwortformat das Zurückliegen dieses Erlebnisses in Jahren angegeben werden.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Stellvertretende Resilienz.** Zur Messung der SR wurde die Vicarious Resilience Scale (VRS) von Killian und Kolleg\*innen (2017) eingesetzt. Basierend auf vier vorangegangenen qualitativen Studien (Edelkott et al., 2016; Engstrom et al., 2008; Hernández et al., 2007; Hernandez-Wolfe et al., 2015) wurde angenommen, dass die SR aus folgenden sieben Dimensionen besteht: Veränderungen in den Lebenszielen und -perspektiven, durch Klient\*innen inspirierte Hoffnung, eine erhöhte Selbstwahrnehmung und mehr Selbstfürsorgepraktiken, ein erhöhtes Bewusstsein für die eigenen Ressourcen, eine gesteigerte Anerkennung der Spiritualität der Klient\*innen als therapeutische Ressource, ein gesteigertes Bewusstsein darüber, wie eigene Macht und Privilegien mit dem sozialen Status der Klient\*innen zusammenhängen und eine verbesserte Fähigkeit während traumatischer Erzählungen von Klient\*innen präsent zu bleiben. Diese Dimensionen dienten als Grundlage bei der Skalenentwicklung.

Die verwendete deutschsprachige Version wurde mit Hilfe des parallel-blind Verfahrens selbstständig übersetzt. Die Skala setzt sich aus 27 Items zusammen, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala beantwortet werden können (0 = *habe ich nicht erlebt* bis 5 = *habe ich in sehr starkem Ausmaß erlebt*). Ein Beispielitem ist: „Ich fühle mich den Personen in meinem Leben verbundener.“ Der Skalenwert wird durch Aufsummieren gebildet, womit sich ein totaler Score von 0 – 135 ergibt. Höhere Werte bedeuten eine höhere Ausprägung der SR.

Bisherige Befunde zeigen eine exzellente interne Konsistenz ( $\alpha = .92$ ) und Untersuchungen zu den Zusammenhängen mit den Konzepten posttraumatisches Wachstum, Mitgefühlzufriedenheit, Mitleidsermüdung und Burnout konnten die konvergente und diskriminante Validität bestätigen (Killian et al., 2017).

Die interne Konsistenz der vorliegenden Stichprobe wurde mit  $N = 711$  berechnet und liegt bei  $\alpha = .95$ . Sie ist damit vergleichbar zu vorangegangenen Untersuchungen exzellent (Blanz, 2015).

**Stellvertretende Traumatisierung.** Für die Erhebung der ST kam der Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST; Daniels, 2006) zum Einsatz. Er beinhaltet Fragen zu den vier PTBS-Symptomclustern intrusive Gedanken, Vermeidungsverhalten, negative Kognitionen und Stimmung und Hyperarousal sowie Fragen zum Bedrohungsempfinden und zum Sicherheitsverhalten von Personen. Ein Beispielitem lautet: „Ich habe unwillentlich an das, was dem\*der Klient\*in passiert ist, gedacht.“

31 Items sollen dabei auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Polen 1 (*nie*) bis 5 (*sehr oft*) beantwortet werden. Die zusätzliche Frage zur Dauer der Symptome wurde aus

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

ökonomischen Gründen in der vorliegenden Studie nicht mit in den Fragebogen aufgenommen.

Durch Aufsummieren der Item-Werte ergibt sich ein totale Score von 31 bis 155, wobei höhere Werte für höhere ST-Ausprägungen stehen. Außerdem wurden Cut-Offs für den Fragebogen entwickelt: Bis inklusive 64 Punkte gilt eine Person als nicht stellvertretend traumatisiert, von 65 bis 82 Punkte spricht man von einer moderaten ST und bei einem Wert von über 82 Punkten handelt es sich um eine schwere ST (Daniels, 2006).

Bisherige Befunde konnten der Skala eine hohe bis sehr hohe interne Konsistenz ( $\alpha = .82$  bis  $\alpha = .91$ ) und gute psychometrische Qualität inklusive Validität bescheinigen (Weitkamp et al., 2014).

Damit vergleichbar war auch die interne Konsistenz in der vorliegenden Stichprobe, die mit  $N = 706$  berechnet wurde, exzellent ( $\alpha = .92$ ; Blanz, 2015).

**Arbeitsbedingungen.** Die Arbeitsbedingungen wurden mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB) von Neuberger (1976) erfasst, der die deutschsprachige Adaptation des Job Descriptive Index (JDI; Smith et al., 1969) darstellt. Dieser Fragebogen besteht aus einer Liste mit positiven und negativen Adjektiven und kurzen Aussagen, zu denen die Befragten jeweils angeben sollen, inwiefern sie auf ihre Arbeit zutreffen. Neuberger (1976) erweiterte die fünf Facetten des JDI (Tätigkeiten, Kollegen\*innen, Entwicklungsmöglichkeiten, Bezahlung und Vorgesetzte\*r) um die beiden Facetten Arbeitsbedingungen und Organisation und Leitung. Mit insgesamt 79 Items soll dieses Verfahren die Arbeitszufriedenheit messen.

Dem ABB wurden gute psychometrische Kennwerte bescheinigt. Die Reliabilitätswerte liegen dabei zwischen  $\alpha = .81$  und  $\alpha = .91$  (Neuberger & Allerbeck, 1978).

In der vorliegenden Studie wurde nur die Subskala „Arbeitsbedingungen“ eingesetzt. Nach dem Einleitungssatz: „Meine Arbeitsbedingungen sind ... Gemeint sind die Bedingungen, unter denen Sie arbeiten (z.B. Hilfsmittel, Arbeitsraum, Umgebung, Lärm, Temperatur usw.)“ wurden 11 Items abgefragt. Ein Beispielitem ist: „unruhig“. Auf einer vierstufigen Likert-Skala mit den Polen 1 (*ja*) bis 4 (*nein*) konnten die Items beantwortet werden. Die Item-Werte werden zur Bildung des Skalenwerts aufsummiert. Zuvor müssen jedoch fünf invertierte Items umgepolt werden. Es ergibt sich ein totaler Score von 11 bis 44, wobei höhere Werte für bessere Arbeitsbedingungen stehen. Ein weiteres Item zur Gesamtzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, das über eine Kunin-Skala mit Smileys erhoben werden sollte, wurde aus dem Fragebogen entfernt, da eine Auswertung nur in

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Kombination mit den Gesamtzufriedenheitsitems der anderen Subskalen möglich gewesen wäre.

Der Subskala Arbeitsbedingungen wurde gute psychometrische Qualität bescheinigt (Neuberger, 1976).

Die interne Konsistenz in der vorliegenden Stichprobe wurde mit  $N = 709$  überprüft und ist mit  $\alpha = .87$  als hoch einzustufen (Blaž, 2015).

**Supervision bzw. Intervision.** Zur Erhebung der Supervision bzw. der Intervision wurde zunächst das Vorhandensein einer solchen abgefragt (*ja/nein*). Bei Bestätigung mit „ja“ wurde die Skala Brief form of the Supervisory Working Alliance Inventory–Trainee Form (BSWAI-T; Sabella et al., 2020) eingeblendet. Diese stellt eine Kurzversion des Verfahrens Supervisory Working Alliance Inventory–Trainee Form (SWAI-T; Efstathiou et al., 1990) dar und deckt wichtige Aspekte einer supervisierten Arbeit ab. Sie erfragt unter anderem die Zielorientierung der Supervisions- bzw. Intervisionssitzungen sowie die Zuwendung des\*der Supervisor\*in. Die eingesetzte deutschsprachige Version der Skala wurde mit Hilfe des parallel-blind Verfahrens selbstständig übersetzt. Außerdem wurde der Term „Intervision“ ergänzt, um eine größere Bandbreite der Realität psychologisch tätiger Personen abzudecken.

Das Verfahren umfasst fünf Items, die auf einer siebenstufigen Likert-Skala beantwortet werden können ( $1 = \text{fast nie}$  bis  $7 = \text{fast immer}$ ). Durch Aufsummieren der Item-Werte ergibt sich ein möglicher Gesamtscore von 5 bis 35, wobei höhere Werte eine höhere Qualität von Super- bzw. Intervision widerspiegeln. Ein Beispielitem lautet: „Ich fühle mich bei der Zusammenarbeit in meiner Supervision/ Intervision wohl.“

Dem Verfahren wurde eine hohe interne Konsistenz ( $\alpha = .92$ ) und eine hohe konvergente Validität bescheinigt. Außerdem konnten nur minimale Unterschiede in den psychometrischen Eigenschaften im Vergleich zur Langform entdeckt werden (Sabella et al., 2020).

Die Untersuchung der internen Konsistenz mit dem vorliegenden  $N$  von 643 konnte mit  $\alpha = .82$  als hoch eingestuft werden (Blaž, 2015).

**Fortbildungen.** Um das Ausmaß und die Art von Fortbildungen zu den Themen Resilienz, SR und ST zu erfragen, wurde selbst eine Skala entwickelt. Nach der Einleitungsfrage: „Wie viele Fortbildungen haben Sie im Laufe Ihrer Tätigkeit zu folgenden Themen absolviert? (Mehrfachauswahl möglich)“, wurden zu den drei Themen jeweils vier Arten von Fortbildungen mit möglicher Mehrfachauswahl abgefragt (*Workshops/Kurse/Trainings, Seminare/Vorträge, Bücher gelesen, Artikel/Papers gelesen*). Bei Auswahl einer der Fortbildungsarten konnte in einem dahinterstehendem offenen

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Antwortfeld die Anzahl an besuchten Fortbildungen bzw. gelesener Literatur angegeben werden.

Die so erstellte Skala, die in allen späteren Analysen eingesetzt wurde, besteht aus diesen 12 Items, wobei ein gesetztes Häkchens für eine absolvierte Fortbildung steht, während kein Häkchen das Nicht-Besuchen dieser Fortbildung bedeutet. Damit ergibt sich bei Aufsummieren ein totaler Score von 0 bis 12, wobei höhere Werte für mehr absolvierte Fortbildungen stehen. Die Skala kann in die drei Subskalen Resilienz, SR und ST aufgeteilt werden, die jeweils aus vier Items bestehen und einen Gesamtscore von 0 bis 4 aufweisen. Auch hier stehen höhere Werte für mehr absolvierte Fortbildungen im untersuchten Themenbereich.

Die internen Konsistenzen der Gesamtskala und der Subskalen wurden mit einem  $N$  von 704 berechnet. Die Reliabilität der Gesamtskala ist als hoch einzustufen ( $\alpha = .87$ ), während die Subskala Resilienz eine fragwürdige ( $\alpha = .66$ ), die Subskala der ST eine akzeptable ( $\alpha = .73$ ) und die Subskala der SR sogar eine exzellente ( $\alpha = .90$ ) interne Konsistenz aufweisen (Blanz, 2015).

**Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken.** Zur Erhebung von Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person, wurde eine Skala eingesetzt, die im Rahmen eines Bachelorseminars an der Universität Wien im Frühjahr 2020 entwickelt wurde. Nach der Einleitungsfrage: „Wie häufig üben Sie ...“ konnten die drei Items (*Meditation oder Achtsamkeitsübungen/ Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation/ Andere Entspannungsverfahren (keine Meditation)*) auf einer sechsstufigen Likert-Skala mit den Polen 1 (*nie*) bis 6 (*4 Mal pro Woche und mehr*) beantwortet werden. Durch Aufsummieren der erreichten Werte ergab sich ein möglicher Gesamtscore von 3 bis 18, wobei höhere Werte häufigere Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken widerspiegeln.

Die Berechnung der Reliabilität erfolgte mit einem  $N$  von 697 und ist mit  $\alpha = .54$  als niedrig einzustufen (Blanz, 2015).

**Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung.** Die deutsche Version der Professional Quality of Life Scale (ProQOL; Stamm, 2010) von Gräßer und Kolleg\*innen (2016) wurde eingesetzt, um die Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung zu erheben. Die Skala besteht aus 30 Items, wobei sich jede Subskala aus 10 Items zusammensetzt. Zur Beantwortung der Items kommt eine fünfstufige Likert-Skala zum Einsatz (1 = *nie* bis zu 5 = *sehr oft/immer*).

Es können nur die Subskalen ausgewertet werden – eine Gesamtinterpretation der Skala ist nicht möglich. Durch Aufsummieren der Werte ergibt sich pro Subskala ein möglicher

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Gesamtscore von 10 bis 50, wobei auch Cut-Offs entwickelt wurden (Stamm, 2010). Bei allen drei Subskalen stehen Werte unter 22 Punkte für eine niedrige, Werte zwischen 23 und 41 Punkte für eine durchschnittliche und Werte über 42 Punkte für eine hohe Ausprägung der Konzepte. Bei der Subskala Burnout müssen vor Bildung des Skalenwerts fünf invertierte Items umgepolt werden.

Höhere Werte auf der Subskala Mitgefühlzufriedenheit bedeuten eine größere Zufriedenheit mit sich selbst als effektive Pflege- bzw. Betreuungsperson. Ein Beispielitem für diese Subskala lautet: „Es macht mich zufrieden, anderen [helfen] zu können.“

Burnout wird in diesem Verfahren als ein Teil der Mitleidsermüdung konzeptualisiert und geht mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Schwierigkeiten in der effektiven Ausübung des Berufs einher. Auf der Burnout-Subskala bedeuten höhere Werte ein höheres Burnout-Risiko. Ein Beispielitem dieser Subskala ist: „Ich fühle mich durch meinen Beruf als [Helfer/in] gefangen.“

Die Mitleidsermüdung beschreibt hier die Folgen einer sekundären Exposition mit traumatischen Ereignissen anderer und auch hier bedeuten höhere Werte höhere Ausprägungen der Mitleidsermüdung. Ein Beispielitem für diese Subskala ist: „Bei unerwarteten Geräuschen zucke ich zusammen oder erschrecke mich.“

Verschiedene Studien bescheinigen dem Verfahren eine gute Konstruktvalidität (Stamm, 2010) eine gegebene diskriminante Validität sowie gute psychometrische Eigenschaften (Kipf, 2019). Die Untersuchung zur internen Konsistenz von Gräßer und Kolleg\*innen (2016) zeigt eine hohe Reliabilität für die Subskalen Mitgefühlzufriedenheit ( $\alpha = .88$ ) und Mitleidsermüdung ( $\alpha = .81$ ) und eine akzeptable Reliabilität für die Subskala Burnout ( $\alpha = .75$ ; Blanz, 2015).

In der vorliegenden Arbeit ist die interne Konsistenz nach den Vorgaben von Blanz (2015) für die Subskala Mitgefühlzufriedenheit mit  $\alpha = .87$  ( $N = 685$ ) ebenfalls als hoch, für die Subskala Mitleidsermüdung mit  $\alpha = .70$  ( $N = 690$ ) als akzeptabel und für die Subskala Burnout mit  $\alpha = .69$  ( $N = 693$ ) als fragwürdig einzustufen.

### Untersuchungsdurchführung

Vor Beginn der Datenerhebung wurde eine Präregistrierung der Studie über die Website AsPredicted (<http://AsPredicted.org/>) durchgeführt. Dies sollte sicherstellen, dass Analyseentscheidungen vor Sichten der beobachteten Daten getroffen werden und außerdem eine eindeutige Kennzeichnung von konfirmatorischen und explorativen Hypothesen ermöglichen. Damit soll Problemen wie dem Publikationsbias oder dem *p*-hacking begegnet werden (Munafò et al., 2017). Die ausgefüllte AsPredicted Template findet sich im Anhang.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Der Erhebungszeitraum der Daten fand im Zeitraum 21. März bis 3. Mai 2022 statt. Die parallel stattfindende Rekrutierung der Studienteilnehmer\*innen hat über einen reinen Online-Kontakt stattgefunden. Die E-Mail-Adressen potenzieller Teilnehmer\*innen wurden in Österreich den öffentlich zugänglichen Listen der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen (<http://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/>) sowie der Psychotherapeutenliste (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>) des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz entnommen. Für den Zugang zu Kontaktdaten in Deutschland wurden ebenfalls verschiedene öffentliche Websites genutzt, die E-Mail-Adressen von psychologisch tätigen Personen zur Verfügung stellen, wie beispielsweise die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT; <https://www.degpt.de>). Zum Versand der E-Mails wurde der Serienmaildienst der Umfrageplattform SoSci-Survey programmiert. So konnten in drei Wellen 12.969 E-Mails versendet werden. Der Text der gesendeten E-Mails sowie ein zusätzlich angehängter Flyer mit den wichtigsten Informationen über die Studie befinden sich im Anhang.

Über den in der Mail geteilten Link konnte direkt auf die Umfrage zugegriffen werden. Auf der ersten Seite wurden die Teilnehmer\*innen nochmal auf die wichtigsten Informationen zur Studie, Ablauf, Datenschutz sowie ihre freiwillige Teilnahme hingewiesen. Dieser Einleitungstext befindet sich ebenfalls im Anhang. Außerdem wurde die E-Mail-Adresse der Studienleitung für mögliche Fragen bereitgestellt. Erst nach Bestätigung des Informed Consent durch Setzen eines Häkchens konnte mit der Beantwortung der Fragen begonnen werden. Nach den demographischen und berufsbezogenen Fragen folgte die Vorgabe der Fragebogenbatterie. Die jeweils nächste Seite konnte dabei nur erreicht werden, wenn alle Items auf der vorangegangenen Seite beantwortet worden waren. Sonst musste bestätigt werden, dass das Item wirklich nicht beantwortet werden sollte. Dies sollte das Nicht-Beantworten von Items durch Übersehen oder Vergessen reduzieren. Im Rahmen der berufsbezogenen Fragen wurde zudem überprüft, ob das Einschlusskriterium der aktuellen Arbeit mit Klient\*innen mit Traumatisierung gegeben war. Konnte diese Frage – auch nach erneuter Erklärung der Bedeutung von Trauma-Arbeit in der vorliegenden Studie – nicht bestätigt werden, wurde die Befragung des\*der jeweiligen Teilnehmer\*in beendet.

Am Ende des Fragebogens wurde erneut die E-Mail-Adresse der Studienleitung für weitere Fragen oder Anmerkungen bereitgestellt. Durch das selbstständige Verlassen der Website konnte die Beantwortung abgeschlossen werden.



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

### Statistisches Vorgehen

Für die Analyse der Daten wurde die Statistiksoftware *IBM SPSS* (Version 26) verwendet. Dafür wurden die Daten direkt aus der Umfrageplattform in das Programm geladen. Vor Durchführung der statistischen Analysen wurde eine Datenbereinigung durchgeführt, in deren Zuge die Daten unter anderem auf Ausreißer überprüft und Items mit offenem Antwortformat auf Auffälligkeiten überprüft wurden (Storozuk et al., 2020). Bei den Fragen zur Dauer der Praxis und zur Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit mussten hier angegebene Jahreszahlen in das gewünschte Format der Jahre umgewandelt werden. Auch wurde überprüft, ob alle Teilnehmer\*innen durchschnittlich zumindest mit einem\*einer Klient\*in mit Traumatisierung pro Woche arbeiten, um das Einschlusskriterium der aktuellen Tätigkeit in der Trauma-Arbeit zu erfüllen. Dies konnte in allen Fällen bestätigt werden.

Nach dieser Bereinigung der Daten wurden die benötigten Skalen durch Aufsummieren der Item-Werte gebildet und die jeweiligen Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Dabei wurde für alle Skalen eine Mindestanzahl von 80% beantworteten Items festgelegt. Alle Skalen wiesen eine Intervallskalierung auf.

Entsprechend des Ausschlusskriteriums wurden in einem nächsten Schritt alle Fälle aus dem Datensatz entfernt, bei denen kein Skalenwert der Hauptfaktoren SR (erhoben mit der VRS) und/oder ST (erhoben mit dem FST) vorlag (19.7%), wodurch eine endgültige Stichprobe von 713 Teilnehmer\*innen erzielt wurde.

Vor Durchführung der Analysen wurden die jeweiligen Voraussetzungen der verwendeten Verfahren überprüft. Dabei wurde ein Alpha Level von .05 festgelegt. Von signifikanten Ergebnissen werden die Effektstärken Pearsons  $r$  beziehungsweise Spearman's  $r_s$  bei Korrelationen, Cohens  $f^2$  bei Multiplen Regressionen oder das  $\eta^2$  bei ANOVAs berichtet. Gemäß Cohen (1988) gilt dabei ein Effekt von  $r$  bzw.  $r_s$  .10 als klein, von .30 als mittel und von .50 als groß. Ein  $\eta^2$  von .01 wird als kleiner, von .06 als mittlerer und von .14 als großer Effekt klassifiziert. Beim  $f^2$  stellen Werte von .02, .15 und .35 kleine, mittlere bzw. große Effekte dar (J. Cohen, 1998). Für Moderations- und Mediationsanalysen werden gemäß Hayes (2017) keine Effektstärken berichtet.

Im Folgenden wird das Vorgehen sowie die Voraussetzungsprüfungen der verschiedenen statistischen Verfahren näher beleuchtet, bevor die Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen berichtet werden.

### Korrelationen

Vor Berechnung der Korrelationen wurden die Voraussetzungen der Pearson-Korrelation überprüft. Die Intervallskalierung der untersuchten Variablen konnte bei allen durchgeführten

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Analysen über das gewählte Antwortformat als erfüllt betrachtet werden. Die Linearität des Zusammenhangs wurde mittels Streudiagrammen überprüft, wobei gefunden wurde, dass diese in allen Fällen vorsichtig angenommen werden konnte. Über die Normalverteilungstests *Kolmogorov-Smirnov* bzw. *Shapiro-Wilk-Test* und Histogramme wurde getestet, ob die Variablen annäherungsweise normalverteilt sind. Dies konnte in vielen Fällen nicht bestätigt werden. Auch die Überprüfung von Ausreißern mithilfe von Boxplot-Diagrammen führte bei fast allen Analysen zu Verletzungen der Annahmen. Gerade um die Effekte von extremen Werten zu minimieren wird der Umstieg auf die Spearman-Korrelation angeraten, die auch insgesamt robust auf Voraussetzungsverletzungen reagiert (Field, 2013). Daher wurde bei allen Berechnungen auf dieses nicht-parametrisches Pendant der Pearson-Korrelation zurückgegriffen.

### ANOVA

Vor Durchführung der ANOVAs wurden zunächst die statistischen Voraussetzungen des Verfahrens überprüft. Die Intervallskalierung der AVs konnte bei allen Analysen aufgrund des gewählten Antwortformats der SR und der ST angenommen werden. Auch die Faktorstufen – zum einen die angegebene psychotherapeutische Orientierung mit vier Ausprägungen und zum anderen die Unterteilung der Dauer der Praxis in drei Gruppen – konnten mittels gegebener Datenstruktur als voneinander unabhängig und kategorial betrachtet werden. Die annähernde Normalverteilung der AVs innerhalb der Gruppen wurde über die Normalverteilungstests *Kolmogorov-Smirnov* respektive *Shapiro-Wilk-Test* sowie über die Schiefe und Kurtosis überprüft. Schiefe und Kurtosis lagen in allen Fällen innerhalb angemessener Parameter (Schiefe: +/- 2.0, Kurtosis: +/- 7.0). Die Normalverteilungstests zeigten jedoch in allen Fällen signifikante Werte, was auf eine Verletzung dieser Voraussetzung hindeutet. Durch den zentralen Grenzwertsatz und der gegebenen großen Stichprobe, kann diese Verletzung jedoch als vernachlässigbar betrachtet werden (Field, 2013). Mittels *Levene-Test* wurde außerdem die Varianzhomogenität der AV zwischen den Stichproben überprüft. Diese konnte für die Fragestellung 29 und für die Hypothese 7.2 bestätigt werden. Bei der Hypothese 7.1 wurde der Test jedoch signifikant. In einem solchen Fall empfiehlt Field (2013) die Interpretation des robusteren Welch-Test.

Wenn das Modell signifikant wird, können im nächsten Schritt Post-hoc-Tests berechnet werden, die die einzelnen Gruppen miteinander vergleichen und so aufzeigen können, wo die gefundenen Unterschiede liegen. Bei Abweichungen von der Varianzhomogenität wird hier der Games-Howell Post-hoc-Test empfohlen, bei unterschiedlichen Gruppengrößen ist der GT2-Test von Hochberg zu berechnen und bei gleichen Gruppengrößen sollten die Kontraste

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

nach Tukey interpretiert werden. Grundsätzlich sollten die Gruppengrößen jedoch möglichst gleich groß sein, da dies die Robustheit des Verfahrens erhöht (Field, 2013).

### ***ANOVA mit Messwiederholung***

Die ANOVA mit Messwiederholung erlaubt den Vergleich von abhängigen Daten. Im vorliegenden Fall handelt es sich um die Untersuchung von Messwerten derselben Personen in verschiedenen Skalen.

Vor Durchführung dieses Verfahrens wurden seine Voraussetzungen überprüft. Die Abhängigkeit der Messungen war durch den Vergleich derselben Personen gegeben. Auch die Intervallskalierung der untersuchten Variablen – in dem vorliegenden Fall die Skalenwerte der VRS, der FST und der Subskalen des ProQOL – konnte aufgrund des gewählten Antwortformats als erfüllt betrachtet werden. Die Normalverteilung für jede Stufe des Innersubjektfaktors wurde über *Q-Q-Plots* und die die Normalverteilungstests *Kolmogorov-Smirnov* bzw. *Shapiro-Wilk-Test* getestet. Hier wurden Verletzungen der Voraussetzung festgestellt, die jedoch durch den zentralen Grenzwertsatz als vernachlässigbar betrachtet werden können (Field, 2013). Über Boxplot-Diagramme konnten einige Ausreißer festgestellt werden. Aufgrund inhaltlicher Überlegungen und zum Erhalt von Varianz in den Daten wurden diese jedoch im Datensatz belassen. Die Sphärizität wurde über den *Mauchly-Test* überprüft, wobei eine Verletzung dieser Voraussetzung gefunden wurde. In einem solchen Fall wird daher zum Einsatz der Greenhouse-Geisser-Korrektur geraten (Girden, 1992).

Bei einem signifikanten Modell können in einem nächsten Schritt Post-hoc-Tests berechnet werden. Diese vergleichen die einzelnen Gruppen miteinander und zeigen so auf, wo genau die gefundenen Unterschiede liegen.

### ***Kurvenanpassung***

Die Kurvenanpassung in SPSS prüft, welche Trendfunktion den Zusammenhang zwischen zwei Variablen X und Y am besten repräsentieren und erklären kann (Motulsky & Christopoulos, 2004). Dabei wird für jedes Modell neben dem *F*-Wert und dem Signifikanzniveau der Anteil der erklärten Varianz ( $R^2$ ) angegeben. So kann zum einen mittels der Signifikanz überprüft werden, ob ein Modell in der Lage ist die Daten zu erklären und zum anderen kann über das  $R^2$  die Anpassung des Modells an die Daten geschätzt werden (Toutenburg & Heumann, 2008). Dabei gilt als Faustregel, dass bei ähnlichen Passungen verschiedener Gleichungsmodelle, immer das lineare Modell aufgrund seiner Einfachheit und günstigen Eigenschaften bevorzugt werden sollte (Field, 2013).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

SPSS prüft den Modell-Fit für 11 Gleichungsmodelle: linear, logarithmisch, invers, quadratisch, kubisch, zusammengesetzt, Potenzfunktion, s-förmig, Aufbaufunktion, exponentiell und logistisch (IBM Corporation, 2022).

Vor Durchführung der Kurvenanpassung wurden ihre Voraussetzungen überprüft. Zum einen müssen die untersuchten Variablen intervallskaliert sein (Motulsky & Christopoulos, 2004), was durch das gewählte Antwortformat sowohl für SR bzw. ST als auch die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit als gegeben angenommen werden konnte. Manche Gleichungsmodelle erfordern außerdem, dass nur positive Werte in den Daten inkludiert sein dürfen und reagieren zudem anfällig auf extreme Ausreißer (IBM Corporation, 2022). Daher wurden alle Fälle von der Analyse ausgeschlossen, die die Voraussetzung der positiven Werte nicht erfüllten. Außerdem wurden alle inkludierten Variablen mithilfe von Boxplot-Diagrammen und Streudiagrammen auf extreme Ausreißer untersucht, wobei solche Fälle ebenfalls vor Durchführung der Berechnung aus dem Datensatz entfernt wurden.

### ***Multiple Regression***

Vor Durchführung der Multiplen Regressionsanalysen wurden die statistischen Voraussetzung des Verfahrens überprüft. Das Messniveau der AVs SR respektive ST konnten über das gewählte Antwortformat bestätigt werden. Für den Faktor der Trauma-Erfahrung der psychologisch tätigen Person wurde eine Dummykodierung vorgenommen, bei der die Angabe noch keine traumatische Erfahrung erlebt zu haben als Referenzkategorie fungierte. Bei der Analyse der Boxplot-Diagramme wurde entdeckt, dass bei der Skala zur Arbeitsumgebung zwei extreme Ausreißer vorhanden waren, bei der Skala der Supervision/Intervision ebenfalls zwei und bei der ST-Skala fanden sich sechs extrem ausreißende Werte. Diese wurden daher aus den folgenden Analysen ausgeschlossen. Durch Überprüfung der Streudiagramme der standardisierten Residuen konnten sowohl für die Voraussetzung der Linearität des Zusammenhangs zwischen jedem Faktor und den AVs als auch für die Annahme der Homoskedastizität der Residuen keine Voraussetzungsverletzungen festgestellt werden. Die Unabhängigkeit der Residuen konnte mittels *Durbin-Watson-Test* bestätigt werden und auch die Normalverteilung der Residuen konnte nach der Analyse der *P-P-Plots* angenommen werden. Durch Überprüfung des *Variance Inflation Factors* konnte auch das Vorliegen von Multikollinearität ausgeschlossen werden. Beide Multiple Regressionsanalysen wurden über eine schrittweise Rückwärtselimination durchgeführt.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

### **Moderationen**

Der Durchführung der Moderationsanalysen ist ein *mean centering* der unabhängigen Variablen (UVs) und der Moderatoren vorangegangen. Aus diesen beiden Variablen wurde im Anschluss jeweils ein Interaktionsterm gebildet. Dann wurden die statistischen Voraussetzungen des Verfahrens überprüft. Das Messniveau der UVs und der Moderatoren konnte in allen Fällen über das gewählte Antwortformat als metrisch (Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, Trauma-Belastung gesamt) oder mindestens ordinal (durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung) angenommen werden und auch die AVs – bei allen Analysen entweder die SR oder die ST – konnten so als metrisch klassifiziert werden. Bei allen durchgeführten Moderationen konnte der lineare Zusammenhang des Prädiktors mit dem Outcome mittels Streudiagrammen als ausreichend gegeben interpretiert werden. Ebenso wurden keine Verletzungen der Homoskedastizitätsvoraussetzung ersichtlich. Die Überprüfung von Ausreißern mittels Boxplot- und Streudiagrammen ergab, dass es extreme ausreißende Fälle bei den FST-Werten gibt. Daher wurden alle Berechnungen mit dieser Variable zweimal durchgeführt – einmal mit und einmal ohne extreme Ausreißer, da ein Ausschluss meist empfohlen wird (Field, 2013). Da sich jedoch in keinem Fall größere Unterschiede zeigten, werden in der vorliegenden Arbeit aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die Ergebnissen mit allen Fällen berichtet. Diese Entscheidung basiert darauf, dass die ohnehin geringe Varianz der ST in diesem Fall besser abgebildet werden kann.

Alle anderen inkludierten Variablen zeigten keine oder nur nicht-extreme Ausreißer, die daher für alle Berechnungen im Datensatz verblieben.

Über den *Durbin-Watson-Test* konnte die Unabhängigkeit der Residuen bestätigt werden und mittels des *Variance Inflation Factors* konnte auch das Vorliegen von Multikollinearität ausgeschlossen werden. Die Normalverteilung der Residuen wurde mithilfe von *P-P-Plots* untersucht, wobei keine Voraussetzungsverletzung festgestellt werden konnte.

### **Mediationen**

Mediationen werden in der vorliegenden Arbeit mit dem SPSS Macro *PROCESS* (Modell 4; A. F. Hayes, 2017) berechnet. In diesem werden die unstandardisierten Pfadkoeffizienten des totalen, direkten und indirekten Effekts mithilfe einer linearen Regression nach der Methode der kleinsten Quadrate ermittelt. Ein *Percentile Bootstrapping* Vorgehen mit 5000 Iterationen wird dazu genutzt Konfidenzintervalle und Inferenzstatistiken zu berechnen. Als signifikant werden – wie empfohlen – Effekte betrachtet, deren Konfidenzintervall nicht Null einschließt (Zhao et al., 2010).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Vor Durchführung der Analyse wurden die Voraussetzungen des Verfahrens überprüft. Die Linearität zwischen den unabhängigen Variablen und den abhängigen Variablen bzw. den Mediatoren konnte über Streudiagramme der standardisierten Residuen als annehmbar angenommen werden. Auch die Unabhängigkeit der Beobachtungen konnte aufgrund der Datenstruktur bestätigt werden. Die Voraussetzungen der Normalverteilung sowie der Homoskedastizität der Residuen können nach Vorgabe von Hayes (2017) aufgrund des *Percentile Bootstrapping* Vorgehens von PROCESS vernachlässigt werden. Die Annahme der zeitlichen Präzedenz kann wegen des querschnittlichen Designs nicht erfüllt werden. Daher können keine kausalen Interpretationen der Ergebnisse vorgenommen werden.

### Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die statistischen Ergebnisse der Fragestellungen und Hypothesen präsentiert. Dabei wird nach der Reihenfolge der Fragestellungen vorgegangen. In der anschließenden Diskussion werden die berichteten Ergebnisse dann interpretiert und zu der bisherigen Literatur in Bezug gesetzt.

#### Deskriptive Statistiken und Prävalenzen

Zu Beginn werden die deskriptiven Statistiken und Prävalenzen der Variablen SR, ST, Mitgefühlszufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung sowie von Fortbildungen betrachtet.

**Fragestellung 1.** Zur Untersuchung der Prävalenz der Konzepte der SR und der ST wurden die deskriptiven Statistiken der Skalen VRS und FST analysiert. Die Ergebnisse dieser Analysen finden sich in Tabelle 2.

Auf der VRS können Werte zwischen 0 und 135 Punkten erzielt werden, wobei höhere Werte auf eine höhere Ausprägung der SR hindeuten. Da für dieses Verfahren bisher noch keine Cut-offs entwickelt wurden, werden die Perzentile herangezogen, um eine Einordnung zu ermöglichen. Diese ergeben sich für die untersuchte Stichprobe wie folgt: Das 10. Perzentil liegt bei 53 erzielten Punkten, das 25. Perzentil bei 74 Punkten, das 50. Perzentil (Median) bei 91 Punkten, das 75. Perzentil bei 103 Punkten und das 90. Perzentil liegt bei 112 erzielten Punkten. Damit ergibt sich folgende Verteilung: Bei 73 (10.2%) der psychologisch tätigen Personen der untersuchten Stichprobe lagen die Werte unter inklusive 53 Punkten, 100 (13.9%) erzielten Werte zwischen 54 und 73 Punkten, 179 (25.3%) lagen im Bereich von 74 bis 90 Punkten, 170 (23.8%) erreichten Werte von 91 bis 102 Punkten, 112 (15.7%) hatten Werte von 103 bis 111 Punkten und 79 (11.1%) Personen lagen über inklusive 112 Punkten. Damit kann bei einer Mehrheit der psychologisch tätigen Personen in Österreich und Deutschland von mittleren Ausprägungen der SR auf der Skala gesprochen werden, wobei höhere Werte häufiger waren als niedrige. Ohne etablierte Cut-Offs ist eine inhaltliche Interpretation dieser Ausprägungen jedoch nicht möglich.

Beim FST, der zur Erhebung der ST eingesetzt wurde, können zwischen 31 und 155 Punkten erzielt werden. Für dieses Verfahren liegen validierte Cut-Offs vor: Bis inklusive 64 Punkte spricht man von einer nicht vorhandenen ST, 65 bis 82 Punkte beschreiben eine moderate ST und über 82 Punkte gelten als schwere ST (Daniels, 2006). Bei 667 (93.5%) psychologisch tätigen Personen der untersuchten Stichprobe lagen die Werte unter 64 Punkten, was als nicht stellvertretend traumatisiert gilt. 36 (5.1%) erzielten Werte zwischen 65 und 82 Punkten und nur 10 Teilnehmer\*innen (1.8%) galten mit mehr als 82 Punkten als schwer stellvertretend traumatisiert. Es zeigt sich also, dass die meisten psychologisch tätigen

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Personen in Österreich und Deutschland keine ST erleben und nur eine Minderheit mittlere oder hohe Ausprägungen.

**Tabelle 2**

*Deskriptive Statistiken der Stellvertretenden Resilienz (SR) und der Stellvertretenden Traumatisierung (ST) in der Stichprobe*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
SR	86.7	23.7	91.0	0	135
ST	45.9	11.4	43.0	31	96

*Anmerkung.*  $N = 713$ . SR wurde mit der Vicarious Resilience Scale (VRS) erhoben und ST mit dem Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST).

**Fragestellung 2.** Um den Ausprägungsgrad der ebenfalls untersuchten Konzepte Mitgefühlszufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung zu ermitteln, wurden die deskriptiven Statistiken der deutschsprachigen Version der Skala ProQOL (Gräßer et al., 2016) analysiert, die die drei Konstrukte mittels dreier Subskalen erfasst. Die Ergebnisse dieser Auswertung finden sich in Tabelle 3.

Pro Subskala ergibt sich ein möglicher Gesamtscore von 10 bis 50 Punkten. Die etablierten Cut-Offs der Subskalen lauten wie folgt: Werte unter 22 Punkte stehen für eine niedrige, Werte zwischen 23 und 41 Punkte für eine durchschnittliche und Werte über 42 Punkte für eine hohe Ausprägung der Konzepte (Stamm, 2010).

In der vorliegenden Stichprobe hatten bei der Mitgefühlszufriedenheit 2 (0.3%) psychologisch tätige Personen niedrige Werte, 325 (46.8%) erzielten durchschnittliche Werte und 368 (52.9%) wiesen eine hohe Ausprägung der Mitgefühlszufriedenheit auf.

In der Subskala Burnout lagen 583 (83.1%) der Teilnehmer\*innen im niedrigen, 110 (18.8%) im durchschnittlichen und 1 (0.1%) Person im hohen Bereich.

Bei der Mitleidsermüdung lagen 631 (90.9%) der untersuchten Personen im Bereich einer niedrigen Ausprägung und 63 (9.1%) zeigten hier durchschnittliche Werte. In der vorliegenden Stichprobe berichtete keine der psychologisch tätigen Personen von hohen Ausprägungen der Mitleidsermüdung.

Damit zeigen sich bei psychologisch tätigen Personen in Österreich und Deutschland tendenziell hohe Werte der Mitgefühlszufriedenheit und niedrige Ausprägungen von Burnout und Mitleidsermüdung.



**Tabelle 3**

*Deskriptive Statistiken der Konzepte Mitgefühlszufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung in der Stichprobe*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Mitgefühlszufriedenheit	41.5	4.9	42.0	17	50
Burnout	18.8	3.9	19.0	10	43
Mitleidsermüdung	17.1	3.8	17.0	10	32

*Anmerkung.* Mitgefühlszufriedenheit:  $N = 693$ . Burnout und Mitleidsermüdung  $N = 694$ . Alle drei Konzepte wurden mit der deutschen Version der Professional Quality of Life Scale (ProQOL) erhoben.

**Fragestellung 3.** In der dritten Fragestellung sollte eruiert werden, in welchem Ausmaß sich psychologisch tätige Personen im Rahmen von Fortbildungen mit den Themen Resilienz, ST und SR beschäftigt haben. Hier werden zwei unterschiedliche Maße betrachtet. Zum einen werden die deskriptiven Statistiken der verwendeten Skala analysiert, die durch einfaches Aufsummieren der angegebenen Fortbildungsarten – unabhängig von der Anzahl der besuchten Fortbildungen – gebildet wurde. Diese Werte finden sich in Tabelle 4 und die Häufigkeitsverteilungen der drei Subskalen in Tabelle 5.

Das zweite untersuchte Maß beschreibt, wie hoch die tatsächliche Anzahl an absolvierten Fortbildungsarten war (erhoben über ein offenes Antwortformat). Die vier folgenden Arten von Fortbildungen wurden dabei pro Themenbereich abgefragt: das Besuchen von Workshops, Kursen und/oder Trainings, das Besuchen von Seminaren und/oder Vorträgen, das Lesen von Büchern und das Lesen von Artikeln und/ oder Papers. Die deskriptiven Statistiken dazu finden sich in Tabelle 6.

Grundsätzlich besuchten psychologisch tätigen Personen in Österreich und Deutschland relativ wenig Fortbildungen zu allen drei genannten Themengebieten. Der Besuch von Fortbildungen zur Resilienz wurde jedoch am häufigsten angegeben, während kaum Fortbildungen zur ST und noch weniger zur SR absolviert wurden. Auch überwog bei allen drei Themengebieten der Erwerb theoretischen Wissens (z.B. Lesen von Literatur) gegenüber praktischen Skills (z.B. Besuch von Trainings).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 4***Deskriptive Statistiken zur Gesamtskala und den Subskalen der absolvierten Fortbildungen*

Themen der Fortbildungen	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Sub. Resilienz	2.4	1.4	2	0	4
Sub. ST	2.0	1.5	2	0	4
Sub. SR	0.9	1.5	0	0	4
Gesamtskala	5.2	3.6	4	0	12

*Anmerkung.*  $N = 704$ . Sub. = Subskala. Die Skala wurde durch einfaches Aufsummieren verschiedener Fortbildungsarten unabhängig von der absolvierten Anzahl gebildet, wobei ein Maximum an 12 Punkten erreicht werden konnte. Pro Subskala konnten maximal 4 Punkte erzielt werden.

**Tabelle 5***Häufigkeitsverteilung der gewählten Fortbildungsart in den Fortbildungs-Subskalen*

Themen der Fortbildungen	Anzahl gewählter Fortbildungsart pro Thema				
	0	1	2	3	4
Sub. Resilienz	10.9%	18.0%	23.4%	18.8%	28.8%
Sub. ST	20.9%	23.7%	19.0%	12.4%	24.0%
Sub. SR	66.1%	12.2%	4.1%	3.3%	14.3%

*Anmerkung.*  $N = 704$ . Sub. = Subskala. Die Skala wurde durch einfaches Aufsummieren verschiedener Fortbildungsarten unabhängig von der absolvierten Anzahl gebildet.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 6**

*Deskriptive Statistiken zur Anzahl der absolvierten Fortbildungsarten innerhalb der Themenbereiche Resilienz, Stellvertretende Traumatisierung (ST) und Stellvertretende Resilienz (SR)*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>N</i>
Resilienz						154
WKT	8.6	18.3	4	0	200	
Seminare/Vorträge	6.5	84.6	5	0	1000	
Bücher	22.0	87.2	5	0	1000	
Artikel/ Papers	65.6	412.0	10	0	5000	
ST						125
WKT	4.5	6.0	2	0	30	
Seminare/Vorträge	6.4	9.3	3	0	50	
Bücher	6.3	8.5	3	0	50	
Artikel/ Papers	13.7	24.3	5	0	150	
SR						84
WKT	1.4	3.3	0	0	20	
Seminare/Vorträge	2.1	4.2	0	0	25	
Bücher	2.1	3.7	0	0	20	
Artikel/ Papers	4.0	6.8	0	0	30	

*Anmerkung.* WKT = Workshops/ Kurse/ Trainings. Die Anzahl wurde über ein offenes Antwortfeld erhoben.

**Vergleich von SR und ST mit anderen Konzepten**

In den folgenden beiden Fragestellungen werden Vergleiche zwischen SR und ST sowie den Konzepten Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung angestellt und ihre Zusammenhänge näher beleuchtet.

**Fragestellung 4.** In der vierten Fragestellung sollte untersucht werden, ob sich die Häufigkeiten der Konzepte SR, ST, Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung voneinander unterscheiden. Um dies zu berechnen, wurde eine ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Aufgrund der Verletzung der Voraussetzung der Sphärizität wird wie empfohlen die Greenhouse-Geisser-Korrektur verwendet (Girden, 1992). In die Berechnung wurden  $N = 693$  Fälle inkludiert.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Die ANOVA mit Messwiederholung mit Greenhouse-Geisser-Korrektur zeigte, dass sich die Werte der SR, der ST, der Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und der Mitleidsermüdung signifikant voneinander unterscheiden,  $F(1.6, 1080.1) = 4039.22, p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .85$ . Damit kann die Fragestellung vier mit „Ja, es finden sich Unterschiede“ beantwortet werden.

Daher wurden in einem nächsten Schritt Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur berechnet, um aufzuzeigen zwischen welchen der Gruppen die gefundenen Unterschiede liegen. Es zeigte sich eine signifikant höhere Ausprägung der SR als der ST,  $M_{\text{Diff}} = 41.0$ , 95%-KI[38.4, 43.7],  $p < .001$ .

Die Gruppenunterschiede zwischen der SR und den anderen Konzepten finden sich in Tabelle 7 und die zur ST in Tabelle 8. Die Unterschiede zwischen den Konstrukten Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung sind in Tabelle 9 angeführt. Alle Gruppenvergleiche sind signifikant. Die SR und die ST zeigen jeweils höhere Werte als die Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung und beim Vergleich der drei Konstrukte untereinander finden sich höhere Ausprägungen der Mitgefühlzufriedenheit im Gegensatz zu Burnout und Mitleidsermüdung sowie höhere Werte des Burnout im Vergleich zur Mitleidsermüdung.

**Tabelle 7**

*Ergebnisse der Post-hoc-Tests der ANOVA mit Messwiederholung für die Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout, Mitleidsermüdung und SR*

Bonferroni korrigierte Post-hoc-Tests bei der SR			
Gruppenvergleich	$M_{\text{Diff}}$	95%-KI	$p$
SR und MitZuf.	45.5	[43.1, 48.0]	< .001
SR und Burnout	68.2	[65.6, 70.8]	< .001
SR und MitErmüd.	69.9	[67.4, 72.4]	< .001

*Anmerkung.*  $N = 693$ . MitZuf. = Mitgefühlzufriedenheit. MitErmüd. = Mitleidsermüdung. SR wurde mit der Vicarious Resilience Scale (VRS) erhoben und die drei Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung mit der deutschen Version der Professional Quality of Life Scale (ProQOL).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 8**

*Ergebnisse der Post-hoc-Tests der ANOVA mit Messwiederholung für die Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout, Mitleidsermüdung und ST*

Gruppenvergleich	Bonferroni korrigierte Post-hoc-Tests bei der ST		
	$M_{\text{Diff}}$	95%-KI	$p$
ST und MitZuf.	4.5	[3.1, 5.9]	< .001
ST und Burnout	27.2	[26.1, 28.3]	< .001
ST und MitErmüd.	28.9	[27.9, 30.0]	< .001

*Anmerkung.*  $N = 693$ . MitZuf. = Mitgefühlzufriedenheit. MitErmüd. = Mitleidsermüdung.

ST wurde mit dem Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST) erhoben und die drei Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung mit der deutschen Version der Professional Quality of Life Scale (ProQOL).

**Tabelle 9**

*Ergebnisse der Post-hoc-Tests der ANOVA mit Messwiederholung für die Konzepte Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung*

Gruppenvergleich	Bonferroni korrigierte Post-hoc-Tests bei der ST		
	$M_{\text{Diff}}$	95%-KI	$p$
MitZuf. und Burnout	22.7	[21.9, 23.5]	< .001
MitZuf. und MitErmüd.	24.4	[23.6, 25.1]	< .001
Burnout und MitErmüd.	1.7	[1.3, 2.1]	< .001

*Anmerkung.*  $N = 693$ . MitZuf. = Mitgefühlzufriedenheit. MitErmüd. = Mitleidsermüdung.

Die drei Konzepte wurden mit der deutschen Version der Professional Quality of Life Scale (ProQOL) erhoben.

**Fragestellung 5.** In der fünften Fragestellung sollte der Vergleich zwischen SR und ST sowie den Konzepten Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung fortgeführt werden. Dazu wurden die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Konstrukten mithilfe von Spearman-Korrelationen berechnet. Die Ergebnisse dieser Analysen finden sich in Tabelle 10.

Die Zusammenhänge waren alle signifikant. Bei der SR zeigt sich die erwartete negative Beziehung zu Burnout und die erwartete positive Korrelation mit Mitgefühlzufriedenheit. Jedoch findet sich ebenfalls ein positiver Zusammenhang zur Mitleidsermüdung, was nicht der Erwartung entspricht. Damit können Hypothese 5.1 und 5.2 angenommen werden, aber

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Hypothese 5.3 muss verworfen werden. Alle Effekte liegen im kleinen Bereich (J. Cohen, 1998).

Bei der ST finden sich ausschließlich die erwarteten Zusammenhänge, weshalb Hypothese 5.4, 5.5 und 5.6 angenommen werden können. Der Effekt liegt bei der Mitgefühlszufriedenheit im kleinen Bereich, bei Burnout im mittleren Bereich und bei der Mitleidsermüdung zeigt sich sogar ein großer Effekt (J. Cohen, 1998).

**Tabelle 10**

*Spearman-Korrelationen zwischen den Konzepten Mitgefühlszufriedenheit, Burnout, Mitleidsermüdung und SR und ST*

Faktor	SR	ST	
	Korrelation nach Spearman ( $r_s$ )		$n$
Mitgefühlszufriedenheit	.25	-.15	693
Burnout	-.15	.43	694
Mitleidsermüdung	.11	.64	694

*Anmerkung.* Alle Ergebnisse sind signifikant zu  $p < .001$ .

### Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit

Im Folgenden soll der Zusammenhang zwischen SR bzw. ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit untersucht werden. Hier wird zuerst eine einfache Korrelationsanalyse durchgeführt. An diese schließt die Berechnung einer ANOVA an, in der die Ausprägung von SR respektive ST in drei verschiedenen Phasen des Berufslebens miteinander verglichen werden. Am Ende dieses thematischen Abschnitts werden verschiedene Gleichungsmodelle mittels einer Kurvenanpassung miteinander verglichen, um zu überprüfen, ob neben dem linearen Modell andere Modelle den Zusammenhang zwischen SR bzw. ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit besser erklären können.

#### **Korrelationen**

Zur Überprüfung der Frage, in welchem Zusammenhang SR bzw. ST mit der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit stehen, wurden Spearman-Korrelationen berechnet.

**Fragestellung 6.1.** Es zeigt sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen SR und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit,  $r_s(709) = .16$ ,  $p < .001$ . Dabei handelt es sich um einen kleinen Effekt nach Cohen (1988).

**Fragestellung 6.2.** Zwischen der ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit findet sich ebenfalls eine signifikant positive Beziehung,  $r_s(709) = .08$ ,  $p = .033$ . Dies liegt nach Cohen (1988) knapp unterhalb eines kleinen Effekts.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**ANOVA**

Um zu untersuchen, ob sich signifikante Mittelwertsunterschiede der SR bzw. der ST in drei unterschiedlichen Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit zeigen, wurden ANOVAs berechnet. Vor der Berechnung mussten zunächst die drei Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit gebildet werden. Die Analyse wurde an  $N = 711$  Fällen durchgeführt. Wie im Vorhinein festgelegt, fielen in die Gruppe 1 alle Personen, die zwischen 0 und 5 Jahren in der Trauma-Arbeit tätig waren, in die Gruppe 2 wurden alle Teilnehmenden eingeschlossen, die angegeben hatten, zwischen 6 und 10 Jahren mit Menschen, die traumatisiert sind, zu arbeiten und in die Gruppe 3 fielen alle psychologisch Tätigen, die seit über 10 Jahren in der Trauma-Arbeit tätig waren. Dadurch ergab sich eine Verteilung von 148 Personen (20.8%) in Gruppe 1, 191 Personen in Gruppe 2 (26.9%) und 372 Personen (52.3%) in Gruppe 3. Die Mittelwerte der beiden abhängigen Variablen in den jeweiligen Gruppen finden sich in Tabelle 11.

**Tabelle 11**

*Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima von SR und ST in den drei Gruppen der Praxis in der Trauma-Arbeit*

	SR			ST		
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
G1: 0-5 Jahre	82.3 (28.4)	0	135	45.7 (12.3)	31	96
G2: 6-10 Jahre	84.3 (22.4)	6	126	44.3 (10.8)	31	95
G3: > 10 Jahre	89.9 (23.6)	2	135	46.9 (11.3)	31	92

*Anmerkung.* G = Gruppe. Die Stellvertretende Resilienz (SR) wurde mit der Vicarious Resilience Scale und die Stellvertretende Traumatisierung (ST) mit dem Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung erhoben.

**Hypothese 7.1.** Um zu überprüfen, ob sich die Mittelwerte der SR in den drei Gruppen „kurze Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (0-5 Jahre), „mittlere Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (6-10 Jahre) und „lange Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (> 10 Jahre) signifikant voneinander unterscheiden, wurde eine ANOVA berechnet. Da bei den Voraussetzungsüberprüfungen eine Verletzung der Varianzhomogenität festgestellt worden war, kam der Welch-Test zum Einsatz. Es wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit auf die Ausprägung der SR gefunden,  $F(2, 322.5) = 6.73$ ,  $p = .001$ , partielles  $\eta^2 = .02$ . Dies stellt

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

einen kleinen Effekt dar (J. Cohen, 1998). Damit kann die Hypothese 7.1 als richtig angenommen werden.

Aufgrund des signifikanten Ergebnisses wurden im Anschluss Post-hoc-Tests durchgeführt, bei denen aufgrund der verletzten Varianzhomogenität der Games-Howell Post-hoc-Test interpretiert wurde (Field, 2013). Die Kontraste finden sich in Tabelle 12.

Es zeigen sich signifikante Mittelwertsdifferenzen zwischen Gruppe 1 und 3 und zwischen Gruppe 2 und 3, nicht aber zwischen Gruppe 1 und 2. Alle Differenzen weisen in eine positive Richtung.

**Tabelle 12**

*Ergebnisse des Games-Howell Post-hoc-Tests der ANOVA für die drei a-priori formulierten Gruppen der Dauer in der Trauma-Arbeit bei der SR*

Games-Howell Post-hoc-Test bei der SR			
Gruppenvergleich	$M_{\text{Diff}}$	95%-KI	$p$
0-5 und 6-10 Jahre	2.0	[-4.7, 8.7]	.764
6-10 und > 10 Jahre	5.6	[1.0, 10.3]	.010*
0-5 und > 10 Jahre	7.6	[1.5, 13.8]	.012*

*Anmerkung.* SR = Stellvertretende Resilienz. Wurde mit der VRS erhoben.

\*Nur die mit Sternchen markierten Ergebnisse sind signifikant.

**Hypothese 7.2.** In der nächsten ANOVA wurde untersucht, ob sich die Werte der ST in den drei Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit signifikant voneinander unterscheiden. Auch hier ergab die Berechnung einen signifikanten Unterschied in der Ausprägung der ST zwischen den Gruppen „kurze Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (0-5 Jahre), „mittlere Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (6-10 Jahre) und „lange Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (> 10 Jahre),  $F(2, 708) = 3.36, p = .035$ , partielles  $\eta^2 = .00$ . Hier kann nach Cohen (1998) noch nicht von einem kleinen Effekt gesprochen werden. Aufgrund der Signifikanz des Gesamtmodells kann die Hypothese 7.2 trotzdem als richtig angenommen werden.

Im Anschluss wurden wiederum Post-hoc-Tests berechnet. Aufgrund der erfüllten Voraussetzungen, aber der ungleichen Gruppengrößen, wurde bei dieser Hypothese der GT2 Post-hoc-Test von Hochberg interpretiert (Field, 2013). Die Kontraste finden sich in Tabelle 13.

Es zeigt sich nur zwischen Gruppe 1 und 3 eine signifikante Mittelwertsdifferenz, die anderen Kontraste sind nicht signifikant. Die Differenzen zwischen Gruppe 1 und 3 sowie



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

zwischen Gruppe 2 und 3 weisen in eine positive Richtung, während die Differenz zwischen Gruppe 1 und 2 negativ war.

**Tabelle 13**

*Ergebnisse des GT2 Post-hoc-Test von Hochberg der ANOVA für die drei a-priori formulierten Gruppen der Dauer in der Trauma-Arbeit bei der ST*

GT2 Post-hoc-Test von Hochberg bei der ST			
Gruppenvergleich	$M_{\text{Diff}}$	95%-KI	$p$
0-5 und 6-10 Jahre	-1.4	[-1.5, 4.4]	.575
6-10 und > 10 Jahre	1.2	[-1.5, 3.8]	.640
0-5 und > 10 Jahre	2.6	[0.2, 5.0]	.030*

*Anmerkung.* ST = Stellvertretende Traumatisierung. Wurde mit der FST erhoben.

\*Nur die mit Sternchen markierten Ergebnisse sind signifikant.

**ANOVA mit gleich großen Gruppen**

Grundsätzlich wird empfohlen, dass die Gruppengrößen bei einer ANOVA möglichst gleich groß sein sollen, da dies die Robustheit des Verfahrens erhöht (Field, 2013). Aufgrund der a-priori Festlegung der drei Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit konnte diese Voraussetzung in der ersten Analyse nicht erfüllt werden. Daher wurde eine weitere Analyse durchgeführt, bei der die drei Gruppen aus den Daten heraus gebildet wurden. Daraus ergab sich folgende Verteilung: In Gruppe 1 fielen 248 Personen (34.9%), die zwischen 0 und 8 Jahren in der Trauma-Arbeit tätig waren, Gruppe 2 inkludierte 239 psychologisch Arbeitende (33.6%), die zwischen 9 und 16 Jahren in der Trauma-Arbeit tätig sind und in Gruppe 3 wurden 224 Personen (31.5%) eingeschlossen, die eine Tätigkeit in der Trauma-Arbeit von über 16 Jahren angegeben hatten.

**Hypothese 7.1 mit gleich großen Gruppen.** Um zu überprüfen, ob sich die Mittelwerte der SR in den drei Gruppen „kurze Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (0-8 Jahre), „mittlere Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (9-16 Jahre) und „lange Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (> 16 Jahre) signifikant voneinander unterscheiden, wurde eine ANOVA berechnet. Die Voraussetzungsüberprüfungen ergaben wiederum eine Verletzung der Varianzhomogenität, aber alle anderen Voraussetzungen konnten als erfüllt betrachtet werden. Daher wurde wieder der Welch-Test eingesetzt.

Es wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit auf die Ausprägung der SR

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

gefunden,  $F(2, 471.16) = 10.40$ ,  $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .03$ . Dies stellt einen kleinen Effekt dar (J. Cohen, 1998). Damit kann die Hypothese 7.1 erneut als richtig bestätigt werden.

Aufgrund des signifikanten Ergebnisses wurden im Anschluss Post-hoc-Tests durchgeführt, bei denen aufgrund der verletzten Varianzhomogenität der Games-Howell Post-hoc-Test interpretiert wurde (Field, 2013). Die Kontraste finden sich in Tabelle 14.

Es zeigen sich signifikante Mittelwertsdifferenzen zwischen Gruppe 1 und 3 und zwischen Gruppe 2 und 3, nicht aber zwischen Gruppe 1 und 2. Alle Differenzen weisen in eine positive Richtung.

**Tabelle 14**

*Ergebnisse des Games-Howell Post-hoc-Tests der ANOVA für die drei gleich großen Gruppen der Dauer in der Trauma-Arbeit bei der SR*

Games-Howell Post-hoc-Test bei der SR			
Gruppenvergleich	$M_{\text{Diff}}$	95%-KI	$p$
0-8 und 9-16 Jahre	4.1	[-1.1, 9.3]	.156
9-16 und > 16 Jahre	5.6	[0.9, 10.3]	.015*
0-8 und > 16 Jahre	9.7	[4.6, 14.7]	< .001**

*Anmerkung.* SR = Stellvertretende Resilienz. Wurde mit der VRS erhoben. Nur mit Sternchen markierten Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

**Hypothese 7.2 mit gleich großen Gruppen.** In der zweiten ANOVA mit gleich großen Gruppen wurde untersucht, ob sich die Werte der ST in den drei Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit signifikant voneinander unterscheiden. Die Voraussetzungsüberprüfung zeigte hier keine Verletzungen auf.

Hier ergab die Berechnung jedoch keinen signifikanten Unterschied in der Ausprägung der ST zwischen den Gruppen „kurze Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (0-8 Jahre), „mittlere Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (9-16 Jahre) und „lange Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit“ (> 16 Jahre),  $F(2, 708) = 1.86$ ,  $p = .156$ . Daher muss die Hypothese 7.2 verworfen werden. In einem solchen Fall werden normalerweise keine Post-hoc-Tests berechnet. Um mögliche Unterschiede zwischen der Analyse mit den a-priori formulierten ungleich großen Gruppen und den gleich großen Gruppen zu ermöglichen, werden die Post-hoc-Tests an dieser Stelle trotzdem berichtet. Sie finden sich in Tabelle 15. Nach Empfehlung von Field (2013), sollen bei gleichen Gruppengrößen die Kontraste nach Tukey interpretiert

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

werden, auf die daher zurückgegriffen wird. Auch hier fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede mehr.

**Tabelle 15**

*Ergebnisse des Tukey Post-hoc-Test der ANOVA für die drei gleich großen Gruppen der Dauer in der Trauma-Arbeit bei der ST*

Tukey Post-hoc-Test bei der ST			
Gruppenvergleich	$M_{\text{Diff}}$	95%-KI	$p$
0-8 und 9-16 Jahre	1.4	[-1.1, 3.8]	.389
9-16 und > 16 Jahre	0.6	[-1.9, 3.1]	.832
0-8 und > 16 Jahre	2.0	[-0.5, 4.4]	.147

*Anmerkung.* ST = Stellvertretende Traumatisierung. Wurde mit der FST erhoben.

\*Nur die mit Sternchen markierten Ergebnisse sind signifikant.

**Kurvenanpassung**

Um zu untersuchen, ob ein linearer Zusammenhang die Beziehung zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und einer SR bzw. einer ST am besten beschreiben kann, wurde eine Kurvenanpassung durchgeführt. Das Ziel dabei war es zu überprüfen, welches Modell den größten Modell-Fit zeigt. Da eine solche Untersuchung bisher noch nicht stattgefunden hat, sollen explorativ alle elf von SPSS ausgegebenen Gleichungsmodelle miteinander verglichen werden.

**Hypothese 8.1.** Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und der SR ergab die Überprüfung, dass bei drei Fällen bei der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und bei einem Fall bei der VRS, Werte kleiner gleich Null angegeben worden waren. Extreme Ausreißer wurden bei keiner der Variablen festgestellt. Daher wurden insgesamt vier Fälle aus der Analyse ausgeschlossen, was zu einem verbleibenden  $N = 709$  führte.

In Tabelle 16 finden sich die Ergebnisse der Kurvenanpassung. Es zeigt sich, dass alle untersuchten Gleichungsmodelle mit einem  $p < .001$  signifikant werden und somit zur Beschreibung des Zusammenhangs geeignet scheinen. Vergleichbar über das korrigierte  $R^2$  erklärt das logarithmische Modell die Beziehung am besten. Da das lineare Modell in seinem Erklärungswert jedoch nur unwesentlich von den anderen Gleichungsmodellen abweicht, sollte es – wie von Field (2013) empfohlen – trotzdem bevorzugt werden. Damit kann die

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Schlussfolgerung gezogen werden, dass das lineare Modell den Zusammenhang zwischen SR und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit gut beschreiben kann.

**Tabelle 16**

*Kurvenanpassung verschiedener Gleichungsmodelle für den Zusammenhang zwischen SR und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit*

Gleichungsmodell	Modell	$R^2$	korrr. $R^2$
Logarithmisch	$F(1, 707) = 22.68$	.031	.030
Potenzfunktion	$F(1, 707) = 21.47$	.029	.028
Quadratisch	$F(2, 706) = 10.94$	.030	.027
Invers	$F(1, 707) = 19.73$	.027	.026
Kubisch	$F(3, 705) = 7.41$	.031	.026
S-förmig	$F(1, 707) = 19.78$	.027	.026
Linear	$F(1, 707) = 18.90$	.026	.025
Zusammengesetzt	$F(1, 707) = 16.97$	.023	.022
Aufbaufunktion	$F(1, 707) = 16.97$	.023	.022
Exponentiell	$F(1, 707) = 16.97$	.023	.022
Logistisch	$F(1, 707) = 16.97$	.023	.022

*Anmerkung.* Alle Modelle sind signifikant mit  $p < .001$ . Nach Anteil der größten Varianzaufklärung (korrigiertes  $R^2$ ) angeordnet.

**Hypothese 8.2.** Bei Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST wurden wiederum die drei Fälle, mit den Werten kleiner gleich Null bei der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, ausgeschlossen. Keine derartigen Fälle konnten beim FST-Skalenwert entdeckt werden. Hier konnten jedoch über Boxplot- und Streudiagramme 10 extreme Ausreißer festgestellt werden. Daher wurden insgesamt 13 Fälle aus der Analyse ausgeschlossen, was zu einem verbleibenden  $N = 700$  führte.

Die Ergebnisse der Kurvenanpassung finden sich in Tabelle 17. Es zeigt sich, dass nicht alle Gleichungsmodelle den Zusammenhang zwischen der ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit signifikant erklären können. Das inverse, kubische und s-förmige Modell sind nicht signifikant und auch die anderen Modelle sind nur mit einem  $p < .05$  signifikant. Es gibt kein Modell, das nach dem korrigierten  $R^2$  einen größeren Anteil der Varianz erklären kann als das lineare Modell. Damit kann geschlussfolgert werden, dass das lineare Modell am besten geeignet ist, die Beziehung zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST zu beschreiben.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 17**

*Kurvenanpassung verschiedener Gleichungsmodelle für den Zusammenhang zwischen ST und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit*

Gleichungsmodell	Modell	<i>p</i>	$R^2$	korr. $R^2$
Potenzfunktion	$F(1, 698) = 5.10$	.024*	.007	.006
Linear	$F(1, 698) = 5.05$	.025*	.007	.006
Logarithmisch	$F(1, 698) = 4.97$	.026*	.007	.006
Zusammengesetzt	$F(1, 698) = 4.49$	.035*	.006	.005
Aufbaufunktion	$F(1, 698) = 4.49$	.035*	.006	.005
Exponentiell	$F(1, 698) = 4.49$	.035*	.006	.005
Logistisch	$F(1, 698) = 4.49$	.035*	.006	.005
Quadratisch	$F(2, 697) = 3.17$	.043*	.004	.001
Invers	$F(1, 698) = 1.85$	.173	.009	.006
Kubisch	$F(3, 696) = 2.11$	.097	.009	.005
S-förmig	$F(1, 698) = 2.43$	.120	.003	.002

*Anmerkung.* Nach Anteil der größten Varianzaufklärung (korrigiertes  $R^2$ ) angeordnet.

Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .05$ .

### ***Explorative Regressionsanalysen***

Im Rahmen von zwei explorativen Multiplen Regressionsanalysen mit schrittweiser Rückwärtselimination sollte zudem überprüft werden, ob der Einfluss des Alters der psychologisch tätigen Person oder die Dauer in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Praxis allgemein mehr Einfluss auf die SR respektive die ST haben als die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit.

Die Überprüfung der Voraussetzungen ergab dabei keine Verletzungen und es wurden auch keine ausreißenden Werte entdeckt, weshalb beide Analysen ohne Ausschlüsse durchgeführt wurden ( $N = 708$ ).

**Explorative Fragestellung 1.1.** In der ersten explorativen Multiplen Regression mit schrittweiser Rückwärtselimination sollte untersucht werden, welcher der folgenden drei Faktoren eine SR signifikant vorhersagen können: Alter der psychologisch tätigen Person, Dauer in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Praxis allgemein und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

In drei Schritten wurden nacheinander die Variablen Dauer der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Praxis allgemein und das Alter der psychologisch tätigen Person ausgeschlossen. Damit verblieb im Modell nur noch die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit ( $b = 0.43$ ,  $\beta = .162$ ,  $p < .001$ ). Das Gesamtmodell war signifikant,  $F(1, 707) = 18.99$ ,  $p < .001$  und erklärte 2.6% der Varianz (korr.  $R^2 = .025$ ). Der Effekt beträgt  $f^2 = .03$  und ist damit als klein einzustufen (J. Cohen, 1998).

**Explorative Fragestellung 1.2.** In der zweiten explorativen Multiplen Regression mit schrittweiser Rückwärtselimination sollte analysiert werden, welcher der folgenden drei Faktoren eine ST signifikant vorhersagen können: Alter der psychologisch tätigen Person, Dauer in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Praxis allgemein und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit.

Es wurden in vier Schritten nacheinander die Prädiktoren Dauer in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Praxis allgemein, Alter der psychologisch tätigen Person und dann die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit ausgeschlossen. Das Gesamtmodell war nicht signifikant  $F(1, 707) = 1.90$ ,  $p = .169$ . Keine der Variablen sagte damit die ST signifikant vorher.

## Exposition an traumatisches Material

Im Rahmen des folgenden Themenabschnitts wird die Bedeutung der Exposition an traumatisches Material für eine SR respektive ST genauer beleuchtet. Zunächst werden hier Korrelationen zwischen verschiedenen Maßen der Exposition mit SR bzw. ST berechnet, denen Multiple Regressionen mit Rückwärtselimination folgen. Mit diesen soll überprüft werden, welche Variable (Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung oder durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung) einen größeren Teil der Varianz von SR bzw. ST erklären kann. Am Ende wird, in Rückgriff auf die zuvor näher beleuchtete Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, mittels Moderationen berechnet werden, ob verschiedene Maße der Exposition an traumatisches Material den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR bzw. ST beeinflussen.

## Korrelationen

In den Fragestellungen 9, 10 und 11 wird der Zusammenhang zwischen SR bzw. ST und verschiedenen Belastungsmaßen mithilfe von Spearman-Korrelationen untersucht. Die Ergebnisse dieser Analysen finden sich in Tabelle 18.

Bei der SR finden sich signifikant positive Korrelationen mit der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und mit der kombinierten Variable „Trauma-Belastung“, die sich aus der

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung zusammensetzt. Beide Effekte liegen im kleinen Bereich (J. Cohen, 1998). Mit der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung findet sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang. Damit müssen die Hypothesen 9.1 und 11.1 aufgrund des nicht erwarteten positiven Zusammenhangs verworfen werden und die Hypothese 10.1 aufgrund der fehlenden Signifikanz.

Bei der ST zeigen sich dagegen signifikant positive Beziehungen mit der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und zur kombinierten Variable „Trauma-Belastung“. Bei beiden kann nach Cohen (1998) noch nicht von einem kleinen Effekt gesprochen werden. Es findet sich kein signifikanter Zusammenhang mit der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung. Hier können somit die Hypothesen 10.2 und 11.2 als erfüllt betrachtet werden, während Hypothese 9.2 wegen der fehlenden Signifikanz verworfen wird.

**Tabelle 18**

*Spearman-Korrelationen von verschiedenen Belastungsvariablen mit SR und ST*

Faktor	SR	ST	N
	Korrelation nach Spearman ( $r_s$ )		
FZ Klient*innen mit Trauma	.15**	.07	691
Intensität der Trauma-Belastung	-.02	.08*	713
Trauma-Belastung gesamt	.14**	.08*	691

*Anmerkung.* FZ = Fallzahl. Bei der Intensität der Trauma-Belastung handelt es sich um die eingeschätzte durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung. Die Variable „Trauma-Belastung gesamt“ wurde aus der Addition der zuvor untersuchten Variablen Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der Intensität der Trauma-Belastung gebildet. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

### **Multiple Regression**

**Fragestellung 12.1.** In der nächsten Fragestellung sollte überprüft werden, ob die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung oder die Intensität der Trauma-Belastung der Klient\*innen stärker mit einer SR in Verbindung steht. Dazu wurde eine Multiple Regression mit schrittweiser Rückwärtselimination an einem  $N = 690$  durchgeführt.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Beide Variablen wurden in das finale Modell inkludiert. Dabei erklärte die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung vergleichbar über das standardisierte  $\beta$  einen größeren Anteil der Varianz ( $b = 0.65$ ,  $\beta = .16$ ,  $p < .001$ ) als die Intensität der Trauma-Belastung der Klient\*innen ( $b = -3.17$ ,  $\beta = -.08$ ,  $p = .038$ ). Das Gesamtmodell war signifikant,  $F(2, 688) = 8.90$ ,  $p < .001$  und erklärte 2.5% der Varianz (korr.  $R^2 = .022$ ). Der Effekt beträgt  $f^2 = .02$  und ist damit als klein einzustufen (J. Cohen, 1998).

**Fragestellung 12.2.** In der Fragestellung 12.2 wurde berechnet, ob die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung oder die durchschnittliche Intensität der Trauma-Belastung der Klient\*innen mehr Varianz der ST aufklären kann. Es wurde erneut eine Multiple Regression mit schrittweiser Rückwärtselimination an  $N = 690$  inkludierten Fällen durchgeführt.

Im zweiten Schritt wurde die Variable Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung ausgeschlossen. Damit verblieb im Modell nur noch die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung ( $b = 1.51$ ,  $\beta = .08$ ,  $p = .036$ ). Das Gesamtmodell war signifikant,  $F(1, 707) = 4.44$ ,  $p = .036$  und erklärte 0.6% der Varianz (korr.  $R^2 = .005$ ). Der Effekt beträgt  $f^2 = .01$  und kann damit noch nicht als klein eingestuft werden (J. Cohen, 1998).

### **Moderationen**

In den folgenden Analysen soll untersucht werden, ob verschiedene Maße der Exposition an traumatisches Material den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR bzw. ST beeinflussen. Zu diesem Zweck werden Moderatoranalysen berechnet. Es werden drei Maße der Exposition betrachtet: Die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und eine kombinierte Variable – genannt „Trauma-Belastung gesamt“, die sich aus den beiden zuvor genannten Faktoren zusammensetzt.

**Fragestellung 13.1.** Um zu bestimmen, ob die Interaktion aus der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit die SR signifikant vorhersagt, wurde eine Moderationsanalyse durchgeführt. Die Berechnung wurde mit einem  $N$  von 689 Teilnehmer\*innen durchgeführt. Beide Prädiktoren sagten die SR signifikant voraus,  $F(3,685) = 10.53$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .044$  (korr.  $R^2 = .040$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 19. Sowohl der Prädiktor als auch der Moderator zeigten einen signifikant positiven Zusammenhang mit der SR. Außerdem besteht eine signifikante Interaktion zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung. Die negative Richtung



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

deutet daraufhin, dass die Interaktion den Einfluss der Dauer der Trauma-Arbeit auf die SR abschwächt.

**Tabelle 19**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.38	0.11	.14	< .001**
FZ Klient*innen mit Trauma	0.53	0.17	.13	.002*
Interaktionseffekt				
FZ Klient*innen mit Trauma + DPTA	-0.04	0.02	-.10	.015*

*Anmerkung.*  $N = 689$ . FZ = Fallzahl. DPTA = Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

**Fragestellung 13.2.** In der zweiten Moderationsanalyse sollte untersucht werden, ob die Interaktion aus der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit die ST signifikant vorhersagt.

Die Analyse wurde mit  $N = 689$  durchgeführt. Die Moderationsanalyse zeigte, dass die beiden Prädiktoren die ST nicht signifikant vorhersagen können,  $F(3,685) = 1.84$ ,  $p = .139$ ,  $R^2 = .008$  (korr.  $R^2 = .004$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 20. Weder der Prädiktor noch der Moderator zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit der ST. Es besteht auch keine signifikante Interaktion zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung. Dies bedeutet, dass die Interaktion den Zusammenhang zwischen Dauer der Trauma-Arbeit und ST nicht beeinflusst.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 20**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.06	.05	.05	.261
FZ Klient*innen mit Trauma	0.14	.08	.07	.084
Interaktionseffekt				
FZ Klient*innen mit Trauma + DPTA	-0.01	.01	-.03	.437

*Anmerkung.*  $N = 689$ . FZ = Fallzahl. DPTA = Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

**Fragestellung 14.1.** Weiters sollte untersucht werden, ob die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung die SR vorhersagen können. In der Berechnung mit  $N = 711$  sagten beide Prädiktoren SR signifikant voraus,  $F(3,707) = 7.88$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .032$  (korr.  $R^2 = .028$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 21. Die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit zeigte einen signifikant positiven Zusammenhang mit der SR, aber der Effekt der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung war nicht signifikant. Auch der Interaktionseffekt erwies sich als nicht signifikant. Dies bedeutet, dass die Interaktion den Zusammenhang zwischen Dauer der Trauma-Arbeit und SR nicht beeinflusst.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 21**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.48	0.10	.18	< .001*
Intensität der Trauma-Belastung	-1.84	1.45	-.05	.205
Interaktionseffekt				
Intensität der Trauma-Belastung + DPTA	-0.22	0.17	-.05	.192

*Anmerkung.*  $N = 711$ . DPTA = Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. Bei der Intensität der Trauma-Belastung handelt es sich um die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .001$ .

**Fragestellung 14.2.** In der nächsten Moderationsanalyse wurde untersucht, ob die ST durch die Interaktion aus der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung signifikant vorhergesagt werden kann. In die Analyse wurden  $N = 711$  Fälle inkludiert. Das Modell erwies sich jedoch als nicht signifikant,  $F(3, 707) = 2.26$ ,  $p = .080$ ,  $R^2 = .010$  (korr.  $R^2 = .005$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 22. Weder der Prädiktor noch der Moderator zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit der ST. Der Interaktionseffekt war ebenfalls nicht signifikant. Dies bedeutet, dass die Interaktion den Zusammenhang zwischen Dauer der Trauma-Arbeit und ST nicht beeinflusst.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 22**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.07	.05	.06	.140
Intensität der Trauma-Belastung	1.36	.71	.07	.055
Interaktionseffekt				
Intensität der Trauma-Belastung + DPTA	-0.08	.08	-.04	.354

*Anmerkung.*  $N = 711$ . DPTA = Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. Bei der Intensität der Trauma-Belastung handelt es sich um die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

**Fragestellung 15.1.** Um zu bestimmen, ob die Interaktion aus der kombinierten Variable „Trauma-Belastung gesamt“ und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit die SR signifikant vorhersagt, wurde ebenfalls eine Moderationsanalyse durchgeführt. Die Berechnung wurde mit einem  $N$  von 689 Teilnehmer\*innen durchgeführt. Beide Prädiktoren sagten die SR signifikant voraus,  $F(3,685) = 10.07$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .042$  (korr.  $R^2 = .038$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 23. Sowohl der Prädiktor als auch der Moderator zeigten einen signifikant positiven Zusammenhang mit der SR. Zudem besteht eine signifikante Interaktion zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und der Variable „Trauma-Belastung gesamt“. Die negative Richtung deutet daraufhin, dass die Interaktion den Einfluss der Dauer der Trauma-Arbeit auf die SR abschwächt.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 23**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der Variable „Trauma-Belastung gesamt“ auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.82	0.21	.30	< .001**
Trauma-Belastung gesamt	1.01	0.31	.25	.001*
Interaktionseffekt				
Trauma-Belastung gesamt + DPTA	-0.04	0.02	-.28	.017*

*Anmerkung.*  $N = 689$ . DPTA = Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. „Trauma-Belastung gesamt“ ist eine kombinierte Variable, die sich aus der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung zusammensetzt. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

**Fragestellung 15.2.** In der letzten Moderationsanalyse sollte untersucht werden, ob die Interaktion aus der kombinierten Variable „Trauma-Belastung gesamt“ und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit die ST signifikant vorhersagt.

Die Analyse wurde mit  $N = 689$  durchgeführt. Die Moderationsanalyse zeigte, dass die beiden Prädiktoren die ST nicht signifikant vorhersagen können,  $F(3,685) = 2.08$ ,  $p = .101$ ,  $R^2 = .009$  (korr.  $R^2 = .005$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 24. Weder der Prädiktor noch der Moderator zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit der ST. Es bestand auch keine signifikante Interaktion zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und der Variable „Trauma-Belastung gesamt“. Dies bedeutet, dass die Interaktion den Zusammenhang zwischen Dauer der Trauma-Arbeit und ST nicht beeinflusst.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 24**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der Variable „Trauma-Belastung gesamt“ auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.14	.11	.10	.196
Trauma-Belastung gesamt	0.25	.15	.13	.102
Interaktionseffekt				
Trauma-Belastung gesamt + DPTA	-0.01	.01	-.11	.368

*Anmerkung.*  $N = 689$ . DPTA = Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. „Trauma-Belastung gesamt“ ist eine kombinierte Variable, die sich aus der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung zusammensetzt. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

**Interaktion zwischen positiven und negativen Effekten**

Der folgende Themenabschnitt setzt sich mit der Interaktion zwischen positiven und negativen Auswirkungen von Trauma-Arbeit auseinander. Zunächst soll dabei der Zusammenhang zwischen der SR und der ST berechnet werden. Im Anschluss wird über Moderations- und Mediationsanalysen die Annahme überprüft, ob die SR den Einfluss verschiedener Belastungsvariablen auf die ST beeinflussen kann.

**Korrelation**

**Fragestellung 16.** In der ersten Fragestellung zu diesem Themenbereich wurde das Verhältnis zwischen SR und ST untersucht. Die Spearman-Korrelation wurde für ein  $N = 713$  berechnet. Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der SR und der ST ( $r_s(711) = .15, p < .001$ ). Dabei handelt es sich um einen kleinen Effekt (J. Cohen, 1998).

**Moderationen und Mediationen**

Um zu überprüfen, ob die SR den Einfluss verschiedener Belastungsvariablen auf die ST beeinflussen kann, sollen im nächsten Abschnitt Moderations- und Mediationsanalysen berechnet werden. Da dieses Thema bisher noch nicht untersucht wurde, sind nämlich sowohl moderierende Effekte als auch mediiierende Effekte der SR möglich. Um hier Klarheit zu schaffen, werden somit beide Analysen explorativ durchgeführt.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Fragestellung 17.** Um zu bestimmen, ob die Interaktion aus der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und der SR die ST signifikant vorhersagt, wurde eine Moderationsanalyse durchgeführt. Die Berechnung wurde mit  $N = 711$  Teilnehmer\*innen durchgeführt. Das Modell erwies sich als signifikant,  $F(3, 707) = 5.11$ ,  $p = .002$ ,  $R^2 = .021$  (korr.  $R^2 = .017$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 25. Weder Prädiktor noch Moderator sagten die ST signifikant voraus. Auch die Interaktion aus der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und der SR zeigte keinen signifikanten Effekt. Dies bedeutet, dass die Interaktion den Zusammenhang zwischen Dauer der Trauma-Arbeit und ST nicht beeinflusst.

**Tabelle 25**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von SR auf den Zusammenhang zwischen ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
SR	0.03	0.03	.06	.348
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	-0.21	0.19	-.16	.268
Interaktionseffekt				
SR und Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.01	0.00	.22	.167

*Anmerkung.*  $N = 711$ . Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

**Fragestellung 18.** In der nächsten Moderationsanalyse sollte untersucht werden, ob die SR den Zusammenhang zwischen der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der ST moderiert. Die Berechnung inkludierte  $N = 691$  Fälle. Beide Prädiktoren sagten die ST signifikant voraus,  $F(3, 687) = 7.12$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .030$  (korr.  $R^2 = .026$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 26. Der Prädiktor zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit der ST, jedoch fand sich bei SR als Moderator ein signifikant positiver Effekt. Die Interaktion aus der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der SR zeigte einen signifikanten Effekt. Die negative Richtung deutet auf eine Abschwächung des Einflusses der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung auf die ST durch die Interaktion mit SR hin.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 26**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von SR auf den Zusammenhang zwischen ST und der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
SR	0.05	0.02	.11	.005*
FZ Klient*innen mit Trauma	0.14	0.08	.07	.065
Interaktionseffekt				
SR und FZ Klient*innen mit Trauma	-0.01	0.00	-.10	.010*

*Anmerkung.*  $N = 691$ . FZ = Fallzahl. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .05$ .

**Fragestellung 19.** In der dritten Moderationsanalyse wurde untersucht, ob die ST durch die Interaktion aus der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und der SR signifikant vorhergesagt werden kann. In die Analysen flossen  $N = 713$  Fälle ein. Beide Prädiktoren sagten die ST signifikant voraus,  $F(3,709) = 8.06$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .033$  (korr.  $R^2 = .029$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 27. Sowohl der Prädiktor als auch der Moderator zeigten einen signifikant positiven Zusammenhang zur ST. Die Interaktion zwischen der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und der SR zeigte ebenfalls einen signifikanten Effekt. Die negative Richtung deutet auf eine Abschwächung des Einflusses der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen mit Traumatisierung auf die ST durch die Interaktion mit der SR hin.



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 27**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von SR auf den Zusammenhang zwischen ST und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
SR	0.36	0.12	.75	.002*
Intensität der Trauma-Belastung	8.38	2.78	.45	.003*
Interaktionseffekt				
SR und Intensität der Trauma-Belastung	-0.08	0.03	-.71	.011*

*Anmerkung.*  $N = 713$ . Bei der Intensität der Trauma-Belastung handelt es sich um die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .05$ .

**Fragestellung 20.** In der letzten Moderationsanalyse sollte untersucht werden, ob die Interaktion aus der kombinierten Variable „Trauma-Belastung gesamt“ und der SR die ST signifikant vorhersagt. Die Berechnung inkludierte  $N = 691$  Fälle. Beide Prädiktoren sagten die ST signifikant voraus,  $F(3,687) = 7.75$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .033$  (korr.  $R^2 = .028$ ).

Die Haupteffekte und der Interaktionseffekt finden sich in Tabelle 28. Sowohl der Prädiktor als auch der Moderator zeigten einen signifikant positiven Zusammenhang zur ST. Auch die Interaktion zwischen der Variable „Trauma-Belastung gesamt“ und SR zeigte einen signifikanten Effekt. Die negative Richtung deutet auf eine Abschwächung des Einflusses der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung auf die ST durch die Interaktion mit der SR hin.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 28**

*Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von SR auf den Zusammenhang zwischen ST und der Variable „Trauma-Belastung gesamt“*

Effekte	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>
Haupteffekte				
SR	0.16	0.04	.33	< .001**
Trauma-Belastung gesamt	1.01	0.33	.53	.002*
Interaktionseffekt				
SR und Trauma-Belastung gesamt	-0.01	0.00	-.54	.005*

*Anmerkung.*  $N = 691$ . Trauma-Belastung gesamt“ ist eine kombinierte Variable, die sich aus der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung zusammensetzt. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

In weiterer Folge soll nun überprüft werden, ob die SR bei denselben Zusammenhängen als Mediator fungiert. Dabei wurde jeweils ein 95% Perzentil Bootstrap Konfidenzintervall mit 5000 Iterationen eingesetzt.

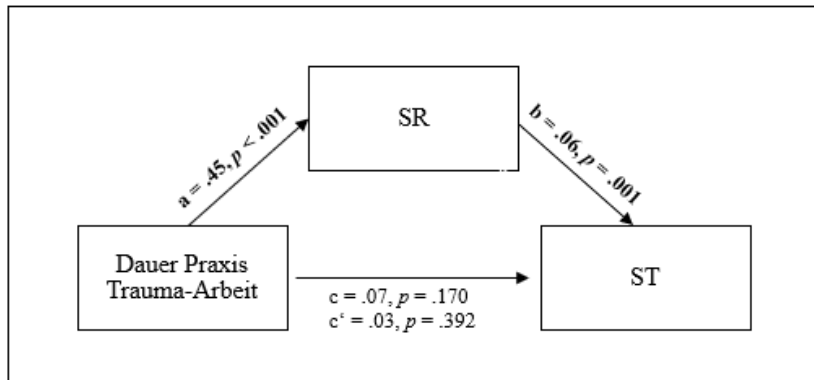
**Fragestellung 21.** In der ersten Mediationsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und die ST über den Mediator SR an  $N = 711$  Fällen getestet. Es konnte kein Effekt der Dauer der Praxis der Trauma-Arbeit auf die ST festgestellt werden ( $p = .170$ ). Trotzdem kann nach neuerem Erkenntnisstand eine Mediation vorliegen, da als ausschlaggebender Faktor der indirekte Effekt gilt (Zhao et al., 2010).

Abbildung 1 zeigt, dass eine längere Dauer der Praxis signifikant mit einem höheren Ausmaß an SR assoziiert war,  $b = .45$ ,  $p < .001$ , ein höheres Ausmaß an SR wiederum signifikant mit einer höheren ST,  $b = .06$ ,  $p = .001$ . Das 95% Konfidenzintervall des spezifischen indirekten Effekts ergibt, dass der Zusammenhang von Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST signifikant über SR vermittelt wurde,  $b = .03$ , 95% KI [.01, .05]. Somit kann von einer vollständigen Mediation der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit auf die ST durch die SR ausgegangen werden.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Abbildung 1.**

*Mediationsmodell zum Einfluss von Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit auf ST über den Mediator SR*



*Anmerkung.*  $N = 711$ . 95% Perzentil Bootstrap Konfidenzintervall mit 5000 Iterationen. Fett gedruckte Beschriftungen stellen signifikante Effekte dar, normale Beschriftungen nicht signifikante.

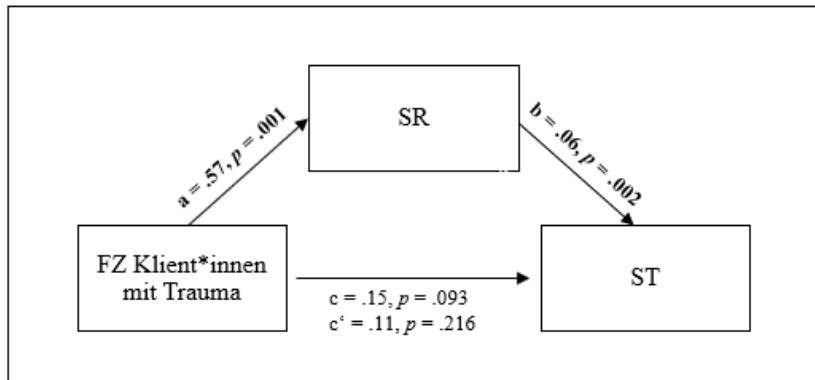
**Fragestellung 22.** In der zweiten Mediationsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und ST über den Mediator SR getestet. In die Analyse wurden  $N = 691$  Fälle inkludiert. Es konnte kein Effekt der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung auf die ST festgestellt werden ( $p = .093$ ). Trotzdem kann nach neuerem Erkenntnisstand eine Mediation vorliegen, da als ausschlaggebender Faktor der indirekte Effekt gilt (Zhao et al., 2010).

Abbildung 2 zeigt, dass eine höhere Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung signifikant mit einem höheren Ausmaß an SR assoziiert war,  $b = .57, p = .001$ . Ein höheres Ausmaß der SR hing wiederum signifikant mit einer höheren ST zusammen,  $b = .06, p = .002$ . Das 95% Konfidenzintervall des spezifischen indirekten Effekts ergibt, dass der Zusammenhang von Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und ST signifikant über SR vermittelt wurde,  $b = .03, 95\% \text{ KI } [.01, .07]$ . Somit kann von einer vollständigen Mediation der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung auf die ST durch die SR ausgegangen werden.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Abbildung 2.**

*Mediationsmodell zum Einfluss von Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung auf ST über den Mediator SR*



*Anmerkung.*  $N = 691$ . FZ = Fallzahl. 95% Perzentil Bootstrap Konfidenzintervall mit 5000 Iterationen. Fett gedruckte Beschriftungen stellen signifikante Effekte dar, normale Beschriftungen nicht signifikante.

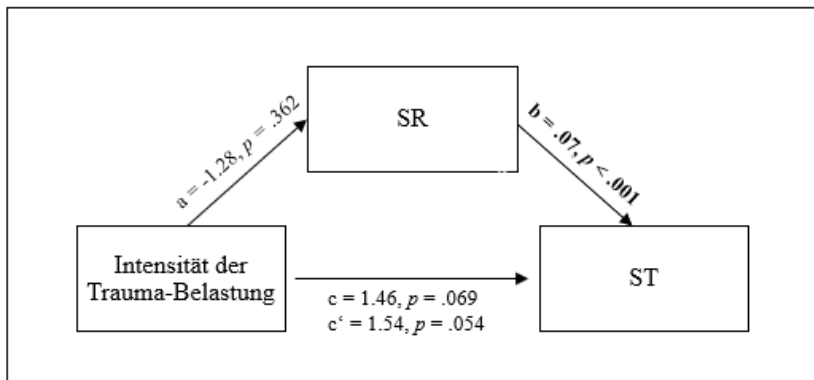
**Fragestellung 23.** Die dritte Mediationsanalyse sollte den Einfluss der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung auf die ST über den Mediator SR an einem  $N = 713$  testen. Es konnte kein Effekt von der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung auf die ST festgestellt werden ( $p = .069$ ). Trotzdem kann nach neuem Erkenntnisstand eine Mediation vorliegen, da als ausschlaggebender Faktor der indirekte Effekt gilt (Zhao et al., 2010).

Abbildung 3 zeigt, dass eine höhere durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung mit niedrigeren Werten der SR assoziiert war. Hierbei handelt es sich jedoch um einen nicht-signifikanten Effekt,  $b = -1.28$ ,  $p = .362$ . Ein höheres Ausmaß an SR hing jedoch signifikant mit einer höheren ST zusammen,  $b = .07$ ,  $p < .001$ . Das 95% Konfidenzintervall des spezifischen indirekten Effekts ergibt, dass der Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und ST nicht signifikant über SR vermittelt wurde,  $b = -.08$ , 95% KI  $[-.3, .09]$ . Es liegt somit keine Mediation vor.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Abbildung 3.**

*Mediationsmodell zum Einfluss der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung auf ST über den Mediator SR*



*Anmerkung.*  $N = 713$ . Bei der Intensität der Trauma-Belastung handelt es sich um die eingeschätzte Intensität der Trauma-Belastung der Klient\*innen mit Traumatisierung. 95% Perzentil Bootstrap Konfidenzintervall mit 5000 Iterationen. Fett gedruckte Beschriftungen stellen signifikante Effekte dar, normale Beschriftungen nicht signifikante.

**Fragestellung 24.** In der letzten Mediationsanalyse sollte der Zusammenhang zwischen der kombinierten Variable Trauma-Belastung und ST über den Mediator SR untersucht werden. Die Variable Trauma-Belastung wurde durch das Addieren der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung gebildet. Die Analyse wurde an  $N = 691$  Fällen durchgeführt.

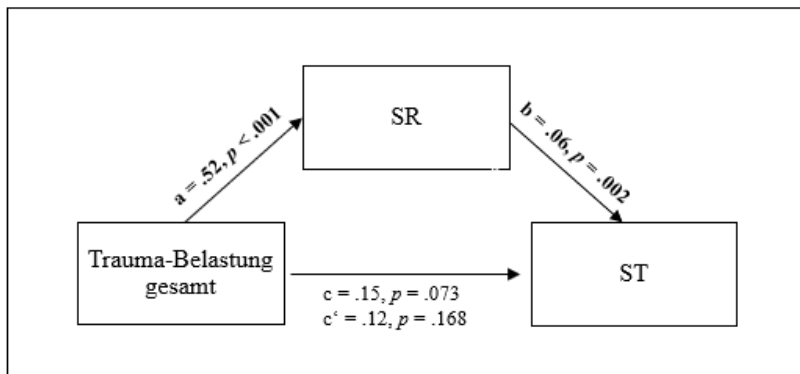
Es konnte kein Effekt der Trauma-Belastung auf die ST festgestellt werden ( $p = .073$ ). Trotzdem kann nach neuem Erkenntnisstand eine Mediation vorliegen, da als ausschlaggebender Faktor der indirekte Effekt gilt (Zhao et al., 2010).

Abbildung 4 zeigt, dass eine höhere Trauma-Belastung signifikant mit einem höheren Ausmaß an SR assoziiert war,  $b = .52$ ,  $p < .001$ . Ein höheres Ausmaß an SR hing wiederum signifikant mit einer höheren ST zusammen,  $b = .06$ ,  $p = .002$ . Das 95% Konfidenzintervall des spezifischen indirekten Effekts ergibt, dass der Zusammenhang von Trauma-Belastung und ST signifikant über SR vermittelt wurde,  $b = .03$ , 95% KI [.01, .06]. Es kann damit auch hier von einer vollständigen Mediation ausgegangen werden.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Abbildung 4.**

*Mediationsmodell zum Einfluss der kombinierten Variable „Trauma-Belastung gesamt“ auf ST über den Mediator SR*



*Anmerkung.*  $N = 691$ . Trauma-Belastung gesamt ist eine kombinierte Variable aus der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung. 95% Perzentil Bootstrap Konfidenzintervall mit 5000 Iterationen. Fett gedruckte Beschriftungen stellen signifikante Effekte dar, normale Beschriftungen nicht signifikante.

**Risiko- und Schutzfaktoren von SR und ST**

Das Ausmaß an SR und ST können durch das Vorhandensein verschiedener Faktoren beeinflusst werden (Edelkott et al., 2016; Hernandez-Wolfe, 2018). Um den Zusammenhang der beiden Konzepte mit derartigen Risiko- und Schutzfaktoren zu untersuchen, sollen im folgenden Abschnitt zunächst Korrelationen, dann eine ANOVA und zum Abschluss Multiple Regressionen mit Rückwärtselimination berechnet werden.

**Korrelationen**

**Fragestellungen 25 bis 28.** Die Ergebnisse der Spearman-Korrelationen zu den Fragestellungen 25, 26, 27 und 28 finden sich in Tabelle 29. Alle Faktoren zeigen mit  $p < .001$  signifikante Zusammenhänge mit SR und ST. Nur der Zusammenhang zwischen Anzahl der Fortbildungen und der ST ist mit einem  $p < .05$  signifikant. Es handelt sich durchgängig um kleine Effekte. Nur die Beziehung zwischen den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person und der SR ( $r_s(701) = .31, p < .001$ ) spiegeln einen mittleren Effekt wider (J. Cohen, 1998).

Die Risiko- und Schutzfaktoren zeigen in allen Fällen die erwarteten Zusammenhänge mit der SR, die bei allen Faktoren in eine positive Richtung vorhergesagt wurden. Damit können alle Hypothesen (25.1, 26.1, 27.1 und 28.1) bestätigt werden.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Bei der ST wurden jeweils die gegenteiligen Zusammenhänge angenommen. Diese negativen Korrelationen zeigten sich auch bei den Faktoren Qualität von Supervision/Intervision und Arbeitsbedingungen, jedoch nicht bei Fortbildungen (inklusive ihren Subskalen) und bei den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person. Hier finden sich signifikant positive Zusammenhänge. Die Hypothesen 26.2 und 28.2 werden damit angenommen, während die Hypothesen 25.2 und 27.2 verworfen werden müssen.

**Tabelle 29**

*Spearman-Korrelationen der Risiko- und Schutzfaktoren mit SR und ST*

Faktor	SR	ST	
	Korrelation nach Spearman ( $r_s$ )		$N$
Achtsamkeits-/Entspannungspraktiken	.31**	.14**	703
Arbeitsbedingungen	.13**	-.22**	709
Fortbildungen			
Gesamtskala	.20**	.10**	704
Sub. Resilienz	.22**	.12**	704
Sub. ST	.14**	.07**	704
Sub. SR	.10**	.09**	704
Anzahl Fortbildungen	.22**	.13*	500
Supervision/Intervision	.16**	-.12**	647

*Anmerkung.* Sub. = Subskala. SR wurde mit der Vicarious Resilience Scale (VRS) erhoben und ST mit dem Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST). Bei den Fortbildungen wurden die Gesamtskala sowie die drei Subskalen durch einfaches Aufsummieren verschiedener Fortbildungsarten unabhängig von der absolvierten Anzahl gebildet, während die Anzahl wurde über ein offenes Antwortfeld erhoben wurde. Nur mit Sternchen markierte Ergebnisse sind signifikant.

\* $p = .002$ . \*\* $p < .001$ .

## ANOVA

Um zu untersuchen, ob sich signifikante Mittelwertsunterschiede der SR bzw. der ST zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Schulen zeigen, wurden ANOVAs durchgeführt. In die Analyse wurden 487 Psychotherapeut\*innen miteinbezogen, die sich einer der vier zur Auswahl stehenden psychotherapeutischen Grundorientierungen zugeordnet hatten. Die Verteilung auf die Gruppen ergab sich dabei wie folgt: Tiefenpsychologisch-

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

psychodynamische Orientierung: 122 Psychotherapeut\*innen, Humanistische Orientierung: 152 Psychotherapeut\*innen, Systemische Orientierung: 94 Psychotherapeut\*innen und Verhaltenstherapeutische Orientierung: 119 Psychotherapeut\*innen. Die Mittelwerte der beiden abhängigen Variablen in den jeweiligen Gruppen finden sich in Tabelle 30.

**Tabelle 30**

*Mittelwerte und Standardabweichungen der SR und der ST in den verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen*

	SR			ST		
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Tiefenpsych.	88.5 (21.7)	28	127	47.2 (11.7)	31	92
Humanistische	88.3 (24.6)	2	135	46.3 (11.5)	31	93
Systemische	87.2 (23.2)	22	135	44.8 (10.3)	31	80
Verhalten	84.8 (24.5)	11	133	45.4 (11.2)	31	91

*Anmerkung.* Tiefenpsych. = Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung; Verhalten = Verhaltenstherapeutische Orientierung. SR wurde mit der Vicarious Resilience Scale (VRS) erhoben und ST mit dem Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST).

**Fragestellung 29.1.** Um zu überprüfen, ob sich die Mittelwerte der SR in den vier Gruppen Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, Humanistische Orientierung, Systemische Orientierung und Verhaltenstherapeutische Orientierung signifikant voneinander unterscheiden, wurde eine ANOVA berechnet. Es konnte jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen hinsichtlich der Ausprägung der SR gefunden werden,  $F(3, 483) = .64, p = .591$ . Daher wurden im Anschluss auch keine Post-hoc-Tests durchgeführt.

**Fragestellung 29.2.** In der zweiten ANOVA wurde untersucht, ob sich die Werte der ST in den vier psychotherapeutischen Grundorientierungen unterscheiden. Auch hier ergab die Berechnung keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, Humanistische Orientierung, Systemische Orientierung und Verhaltenstherapeutische Orientierung,  $F(3, 483) = .92, p = .431$ , weshalb auch hier keine weiterführenden Analysen berechnet wurden.

**Multiple Regression**

**Fragestellung 30.1.** In der ersten Multiplen Regression mit schrittweiser Rückwärtselimination sollte untersucht werden, welcher der folgenden acht Faktoren eine SR signifikant vorhersagen können: Arbeitsumgebung, Qualität von Supervision/Intervision,



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person, Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR, Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, traumatische Erfahrungen der psychologisch tätigen Person und durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung. Vier extrem ausreißende Werte bei den Skalen zur Arbeitsumgebung und zur Supervision/Intervision wurden vor Berechnung aus der Analyse ausgeschlossen, was zu einem resultierenden  $N$  von 581 führte. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 31.

Bei der Berechnung der Regressionsanalyse zur SR wurden in vier Schritten nacheinander Arbeitsumgebung, Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR und dann Qualität von Supervision/ Intervision aus dem Modell entfernt. Alle fünf resultierenden Faktoren konnten die SR signifikant vorhersagen. Die Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person waren dabei der Faktor, der am stärksten mit einer SR assoziiert war, gefolgt von der traumatischen Erfahrung der psychologisch tätigen Person – wobei das Vorhandensein einer solchen die SR negativ vorhersagte. Es folgten die Dauer in der Trauma-Arbeit, die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und schließlich die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung. Alle Faktoren zeigten einen positiven Zusammenhang zur SR. Nur die durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung war negativ mit der SR assoziiert. Das Gesamtmodell war ebenfalls signifikant,  $F(5,575) = 20.53$ ,  $p < .001$  und erklärte 15.1% der Varianz (korr.  $R^2 = .144$ ). Der Gesamteffekt des Modells ist mit  $f^2 = .18$  als mittel einzustufen (J. Cohen, 1998).

**Fragestellung 30.2.** Die zweite Multiplen Regression mit schrittweiser Rückwärtselimination sollte den Einfluss der Faktoren Arbeitsumgebung, Qualität von Supervision/Intervision, Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person, Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR, Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, traumatische Erfahrungen der psychologisch tätigen Person und durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung auf die ST untersuchen. Wegen insgesamt 10 extremen Ausreißern bei den Skalen FST, Arbeitsumgebung und Supervision/Intervision wurde diese Analyse mit  $N = 575$  Fällen durchgeführt. Die Ergebnisse der Berechnung finden sich in Tabelle 32.

Es wurden drei Faktoren in vier Schritten ausgeschlossen und zwar nacheinander die Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person, die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

im letzten Schritt die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, womit im finalen Modell noch die restlichen fünf Prädiktoren verblieben. Auch hier war das Gesamtmodell signifikant:  $F(5, 569) = 11.67, p < .001$  und erklärte 9.3% der Varianz (korr.  $R^2 = .085$ ). Der Effekt beträgt  $f^2 = .10$  und ist damit als klein einzustufen (J. Cohen, 1998).

Dabei erklärte die Arbeitsumgebung den größten Anteil der Varianz der ST, gefolgt von Qualität der Supervision/Intervision, traumatischer Erfahrung der psychologisch tätigen Person, Fortbildungen und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, wobei dieser Faktor nicht signifikant wurde. Arbeitsbedingungen und Supervision/Intervision stehen in negativer Beziehung zur ST, während die restlichen Faktoren positiv damit assoziiert sind. Das Vorhandensein einer traumatischen Erfahrung sagt wiederum höhere Werte der ST vorher.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 31**

*Ergebnisse der Regressionsanalyse mit schrittweiser Rückwärtselimination zur Vorhersage der SR über acht inkludierte Faktoren*

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>	$\Delta R^2$
Modell 1					.158, $p < .001$
Arbeitsumgebung	1.10	2.1	.022	.603	
Supervision/Intervision	0.32	0.2	.057	.159	
Achtsam.-Entspann.-Praktiken	4.17	0.8	.211	< .001	
Fortbildungen	0.32	0.3	.049	.232	
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.21	0.1	.077	.065	
FZ Klient*innen mit Trauma	0.32	0.2	.079	.058	
Trauma-Erfahrung der PTP	9.66	1.9	.202	< .001	
Intensität der Trauma-Belastung	-2.88	1.5	-.077	.054	
Modell 2					.000, $p = .603$
Supervision/Intervision	0.35	0.2	.062	.111	
Achtsam.-Entspann.-Praktiken	4.17	0.8	.211	< .001	
Fortbildungen	0.32	0.3	.050	.023	
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.21	0.1	.080	.055	
FZ Klient*innen mit Trauma	0.33	0.2	.083	.046	
Trauma-Erfahrung der PTP	9.79	1.9	.205	< .001	
Intensität der Trauma-Belastung	-2.97	1.5	-.080	.046	
Modell 3					-.002, $p = .223$
Supervision	0.36	0.2	.063	.107	
Achtsam.-Entspann.-Praktiken	4.36	0.8	.221	< .001	
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.24	0.1	.092	.024	
FZ Klient*innen mit Trauma	0.33	0.2	.083	.037	
Trauma-Erfahrung der PTP	9.96	1.9	.209	< .001	
Intensität der Trauma-Belastung	-2.89	1.5	-.077	.052	
Modell 4					-.004, $p = .107$
Achtsam.-Entspann.-Praktiken	4.41	0.8	.228	< .001	
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.25	0.1	.097	.016	
FZ Klient*innen mit Trauma	0.34	0.2	.087	.036	
Trauma-Erfahrung der PTP	9.90	1.9	.210	< .001	
Intensität der Trauma-Belastung	-2.93	1.5	-.079	.048	
$R^2$ Gesamt					.151, $p < .001$

*Anmerkung.* FZ = Fallzahl. PTP = psychologisch tätige Person. Achtsam.-Entspann.-Praktiken = Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person. Die Trauma-Erfahrung einer psychologisch tätigen Person wurde mittels einer Dummyvariable in die Regression eingefügt, die Referenzgruppe war eine vorhandene traumatische Erfahrung. *B*: unstandardisierter Regressionskoeffizient;  $\beta$ : standardisierter Regressionskoeffizient.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

**Tabelle 32**

*Ergebnisse der Regressionsanalyse mit schrittweiser Rückwärtselimination zur Vorhersage der ST über acht inkludierte Faktoren*

	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>	$\Delta R^2$
Modell 1					.097, $p < .001$
Arbeitsumgebung	-5.08	1.0	-.216	< .001	
Supervision/Intervision	-0.33	0.1	-.128	.003	
Achtsam.-Entspann.-Praktiken	0.20	0.4	.022	.599	
Fortbildungen	0.32	0.1	.110	.010	
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.08	0.1	.064	.142	
FZ Klient*innen mit Trauma	0.08	0.1	.043	.326	
Trauma-Erfahrung der PTP	2.36	0.9	.109	.010	
Intensität der Trauma-Belastung	0.53	0.7	.031	.459	
Modell 2					.000, $p = .599$
Arbeitsumgebung	-5.07	1.0	-.216	< .001	
Supervision/ Intervention	-0.32	0.1	-.126	.003	
Fortbildungen	0.34	0.1	.115	.006	
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.08	0.1	.065	.137	
FZ Klient*innen mit Trauma	0.08	0.1	.042	.335	
Trauma-Erfahrung der PTP	2.43	0.9	.112	.007	
Intensität der Trauma-Belastung	0.52	0.7	.030	.464	
Modell 3					-.001, $p = .464$
Arbeitsumgebung	-5.16	1.0	-.220	< .001	
Supervision/ Intervention	-0.32	0.1	-.125	.003	
Fortbildungen	0.34	0.1	.116	.006	
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.08	0.1	.066	.133	
FZ Klient*innen mit Trauma	0.09	0.1	.050	.238	
Trauma-Erfahrung der PTP	2.44	0.9	.113	.007	
Modell 4					-.002, $p = .238$
Arbeitsumgebung	-5.01	1.0	-.213	< .001	
Supervision/ Intervention	-0.32	0.1	-.124	.003	
Fortbildungen	0.34	0.1	.116	.006	
Dauer Praxis Trauma-Arbeit	0.09	0.1	.078	.067	
Trauma-Erfahrung der PTP	2.51	0.9	.116	.005	
$R^2$ Gesamt					.093, $p < .001$

*Anmerkung.* FZ = Fallzahl. PTP = psychologisch tätige Person. Achtsam.-Entspann.-Praktiken = Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person. Die Trauma-Erfahrung einer psychologisch tätigen Person wurde mittels einer Dummyvariable in die Regression eingefügt, die Referenzgruppe war eine vorhandene traumatische Erfahrung. *B*: unstandardisierter Regressionskoeffizient;  $\beta$ : standardisierter Regressionskoeffizient.

### **Diskussion**

Im folgenden Abschnitt werden die zuvor berichteten Ergebnisse nun interpretiert und mit der aktuellen Forschungslage in Bezug gesetzt. Gemäß den Zielen der vorliegenden Arbeit soll so ein vertieftes Verständnis über die positiven Effekte der Trauma-Arbeit geschaffen werden, das die bestehenden qualitativen Befunde ergänzt. Außerdem soll der empirische Vergleich von SR und ST mit drei anderen Konzepten mehr Klarheit in das herrschende Definitionsproblem dieses Bereichs bringen. Auch die gemeinsame Betrachtung von positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit will eine mögliche Interaktion berücksichtigen und einen ganzheitlichen Blick auf dieses Thema ermöglichen. Abschließend sollen zudem verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren von ST und SR sowie ihr Zusammenspiel genauer beleuchtet werden.

### **Deskriptive Statistiken und Prävalenzen**

In den ersten Fragestellungen sollten die Prävalenzen der Konzepte SR und ST sowie der Mitgefühlzufriedenheit, des Burnouts und der Mitleidsermüdung in der untersuchten Stichprobe mithilfe von deskriptiven Statistiken beschrieben werden. Diese sollen im Folgenden in den bisherigen Wissenstand eingegliedert und interpretiert werden. In der dritten Fragestellung sollte zudem das Ausmaß an absolvierten Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR dargestellt werden.

**SR.** Da das Konzept der SR bisher selten quantitativ untersucht wurde, können derzeit schwer Aussagen zu ihrer Prävalenz getroffen werden. Qualitative Studien dazu berichten jedoch durchgängig davon, dass alle befragten Personen von positiven Auswirkungen ihrer Arbeit mit Menschen mit Traumata sprechen (z.B. Hernández et al., 2007; Puvimanasinghe et al., 2015; Wheeler & McElvaney, 2017). Um die gefundenen Ergebnisse in der untersuchten Stichprobe jedoch auch mit quantitativen Befunden vergleichen zu können, kann eine Doktorarbeit aus dem Jahr 2020 herangezogen werden, in der ebenfalls die Vicarious Resilience Scale (VRS; Killian et al., 2017) zur Messung der SR eingesetzt worden war. In dieser Studie wurde berichtet, dass über 50% der Teilnehmer\*innen Werte über dem 70. Perzentil der Skala erzielt hatten (Reynolds, 2020). In der vorliegenden Stichprobe lagen im Vergleich dazu 44% der Teilnehmer\*innen über dem 70. Perzentil der VRS. Trotz einer gewissen Abweichung nach unten sind diese Ergebnisse durchaus vergleichbar und zeigen in beiden Fällen, dass psychologisch tätige Personen häufig hohe Ausprägungen an SR erleben. Ein Großteil der befragten Personen (49.1%) lag in dieser Untersuchung jedoch zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil, während hohe (über dem 75. Perzentil) und niedrige Werte (unter dem 25. Perzentil) seltener waren. Hohe Werte waren dabei etwas häufiger (26.8%) als niedrige

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

(24.1%). Grundsätzlich kann daher eine Annäherung an eine linksschiefe Normalverteilung der Werte angenommen werden.

Ein Problem in diesem Bereich stellt jedoch das Fehlen von etablierten Cut-Offs der VRS dar, was eine eindeutige inhaltliche Interpretation der Werte unmöglich macht.

**ST.** Die bisherige Studienlage zur Prävalenz der ST ist zwar umfangreicher, aber uneinheitlich und zeigt große Diskrepanzen (Ivicic & Motta, 2017). Unterschiedlichste Messinstrumente, verschiedene Konzeptualisierungen und Operationalisierungen der negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit und die Untersuchung diverser Berufsgruppen sind vermutlich dafür verantwortlich (Elwood et al., 2011). Vor allem die großen Unterschiede der untersuchten Bereiche, wie zum Beispiel Gesundheitswesen (Ivicic & Motta, 2017), Sozialarbeit (Bride, 2007), Jugendstrafvollzug (Smith Hatcher et al., 2011) oder Auszubildende der Psychologie (Gottesman, 2008) erschweren einen möglichen Vergleich. Zur Einordnung der Prävalenzzahlen der vorliegenden Stichprobe wurde daher eine Studie mit deutschen Trauma-Psychotherapeut\*innen herangezogen, bei der derselbe Fragebogen – der Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST; Daniels, 2006) – eingesetzt worden war. Dies soll, durch selbe Operationalisierung und gleichem kulturellen Hintergrund der Teilnehmer\*innen, eine bessere Vergleichbarkeit gewährleisten. In dieser Studie zu 1.124 Trauma-Psychotherapeut\*innen berichteten 19.9% eine moderate ST und 9.2% eine schwere ST (Daniels, 2006). Im Vergleich dazu erzielten in der hier untersuchten Stichprobe nur 5.1% Werte im moderaten Bereich und nur in 1.8% der Fälle konnte von einer hohen ST gesprochen werden. Ein möglicher Grund für diese starke Abweichung könnte an der Stichprobenauswahl liegen. In der Studie von Daniels (2006) wurden explizit Trauma-Psychotherapeut\*innen befragt, während in die vorliegende Stichprobe alle psychologisch tätigen Personen eingeschlossen wurden, die angegeben hatten, unter anderem auch Klient\*innen mit Traumatisierung zu betreuen. Dies könnte daher zu einem anderen Grad der Exposition an traumatisches Material in den beiden Gruppen geführt haben, das sich in den gefundenen Werten der ST widerspiegelt. Dennoch stellt dies nur eine mögliche Erklärung für die gefundene Abweichung dar. Es muss trotzdem im Hinterkopf behalten werden, dass die vorliegenden Ergebnisse auch eine Abweichung von den wahren Werten der ST bei psychologisch tätigen Personen darstellen könnten, da in der bisherigen Literatur – trotz erschwerter Vergleichs- und Generalisierbarkeit – nie so niedrige Prävalenzen gefunden werden konnten (Beck, 2011; Sodeke-Gregson et al., 2013). Daher muss die damit einhergehende geringe Ausprägung der ST bei den weiteren Analysen berücksichtigt werden, da es möglicherweise nicht gelingt alle Zusammenhänge zur ST korrekt abzubilden.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Insgesamt gibt es spärliche (SR) und widersprüchliche Vergleichsmöglichkeiten (ST), was eine definitive Aussage zur Prävalenz von positiven und negativen Effekten der Trauma-Arbeit erschwert. Die Etablierung von Cut-Offs und eine einheitlichere Vorgehensweise bei der Untersuchung der Prävalenz sind daher vonnöten (Elwood et al., 2011; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Dennoch zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Stichprobe für österreichische und deutsche psychologisch tätige Personen die Tendenz von niedrigen Ausprägungen der Stellvertretender Traumatisierung und hohen Ausprägungen der Stellvertretenden Resilienz, was insgesamt begrüßenswert ist.

**Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung.** Definitionsprobleme der positiven und negativen Konzepte im Bereich der Trauma-Arbeit, wie das Verwenden unterschiedlicher Terminologien, Operationalisierungen und Messinstrumenten, erschwert die Forschung in diesem Bereich (Beck, 2011; Cieslak et al., 2014). Oft wird diesem Problem mit narrativen Analysen begegnet, wodurch empirische Untersuchungen zu den beschriebenen Konstrukten häufig auf der Strecke bleiben (R. E. Adams et al., 2006; S. Baird & Jenkins, 2003). Daher wurden in der vorliegenden Arbeit drei Konzepte und ihre Zusammenhänge zur ST und zur SR näher beleuchtet: die Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und die Mitleidsermüdung.

Die Mitleidsermüdung beschreibt einen Zustand der Erschöpfung und Dysfunktion, der durch eine indirekte Exposition an traumatisches Material entsteht. Sie wird meist als übergeordnetes Konzept zur ST und zu Burnout gesehen (R. E. Adams et al., 2006; Figley, 1995, 2002). In der vorliegenden Stichprobe zeigen sich im Durchschnitt niedrige Ausprägungen in der Mitleidsermüdung (Gräßer et al., 2016).

Bei Burnout handelt es sich ebenfalls um einen Erschöpfungszustand, wobei das längere Ausgesetztsein an emotional anspruchsvolle Situationen für die Entstehung verantwortlich ist (Pines & Aronson, 1998). Diese Situationen sind hauptsächlich im Arbeitskontext zu verorten und müssen nicht mit Trauma-Arbeit in Verbindung stehen (Cieslak et al., 2014; Maslach et al., 2001). Auch die Burnout-Werte lagen bei den untersuchten Teilnehmer\*innen im niedrigen Bereich (Gräßer et al., 2016).

Die Mitgefühlzufriedenheit beschreibt dagegen positive Effekte einer befriedigenden Arbeit, die sich in Freude und Erfüllung zeigen. Dieses Konzept steht in Zusammenhang mit helfenden Tätigkeiten – es kann jedoch nicht nur im Rahmen der Arbeit mit Menschen, die traumatisiert wurden, auftreten (Killian et al., 2017; Larsen & Stamm, 2008). Die Mitgefühlzufriedenheit liegt knapp im hohen Bereich der Ausprägung (Gräßer et al., 2016).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Vergleichbare Untersuchungen an einer ähnlichen Stichprobe mit gleichem kulturellen Hintergrund und/oder gleichem Berufsfeld sind leider nicht bekannt. Daher kann zur Einordnung dieser Ergebnisse in die Literatur nur eine Studie aus dem Jahr 2010 herangezogen werden, in der die drei Konstrukte ebenfalls mit der Professional Quality of Life Scale (ProQOL; Stamm, 2010) an einer Stichprobe von klinisch tätigen Psycholog\*innen und Sozialarbeiter\*innen erhoben worden sind. In dieser Studie erzielten 46% der Teilnehmer\*innen hohe Werte der Mitgefühlzufriedenheit, während jeweils nur 5% über dem Cut-Off für Burnout sowie Mitleidsermüdung lagen (Craig & Sprang, 2010). Grund für diese Abweichungen könnten die bereits genannten Unterschieden im kulturellen Hintergrund und Berufsfeld der beiden Stichproben sein. Der letztgenannte Punkt wird häufiger kritisiert, da er einen Vergleich besonders erschwert (Elwood et al., 2011; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Zwar konnte diese Kritik aufgrund mangelnder Alternativen in dem getätigten Vergleich nicht aufgegriffen werden, sie soll an dieser Stelle jedoch trotzdem nochmals hervorgehoben werden, da sie die Notwendigkeit weiterer Forschung aufzeigt. Dennoch zeigt sich bei den beiden verglichenen Studien insgesamt ein geteilter Trend von niedrigen Ausprägungen der negativen Auswirkungen, sowie hohen Werten der positiven Reaktionen. Diese lassen sich gut mit den ebenfalls niedrigen Ausprägungen der ST sowie den hohen Ausprägungen der SR in Beziehung setzten. Die kombinierten Ergebnisse deuten darauf hin, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe tatsächlich um eine sehr gering belastete Gruppe handelt. Eine genauere Vergleich zwischen diesen Konstrukten erfolgt in einem späteren Abschnitt.

### ***Ausmaß an absolvierten Fortbildungen***

In der dritten Fragestellung wurde untersucht in welchem Ausmaß Fortbildungen zu den Themen Resilienz, SR und ST besucht wurden. Hier zeigte sich, dass psychologisch tätige Personen in Österreich und Deutschland insgesamt eher wenig Fortbildungen in diesen Bereichen besucht haben: Von den maximal 12 erreichbaren Punkten, lagen die Werte mit einem Mittelwert von 5.2 Punkten ( $SD = 3.6$ ,  $Mdn = 4$ ) eher im unteren Bereich. Auch hat ein Großteil (51.8%) der untersuchten Teilnehmer\*innen angegeben, im Schnitt nur zwischen 0 und 4 Fortbildungen zu den drei Themen besucht zu haben. Betrachtet man die einzelnen Themenbereiche genauer, zeigt sich, dass am häufigsten Fortbildungen im Bereich der Resilienz absolviert wurden, während die Teilnehmer\*innen sich kaum mit der SR beschäftigt haben. Auch die Häufigkeitsverteilungen bestätigen dieses Bild: Während auffällig viele Personen (66.1%) nie Fortbildungen zur SR besucht haben, waren es nur 10.9%, die sich in diesem Rahmen noch nie mit Resilienz auseinandergesetzt haben. Dies



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

entspricht jedoch auch den Erwartungen, da Resilienz ein allgemeines und etabliertes Konstrukt der Psychologie darstellt, während die ST – und vor allem auch die SR – speziellere und weniger bekannte Konzepte beschreiben.

Bei den Betrachtungen zur Anzahl der Art an absolvierten Fortbildungen, die im offenen Antwortformat erhoben wurden, zeigt sich eine sehr große Spannweite, was das Treffen von Aussagen erschwert. Auch haben viele Personen diese Items übersprungen, wodurch die Repräsentativität eingeschränkt wird. Trotzdem zeigt sich ein Trend dahingehend, dass Teilnehmer\*innen sich tendenziell mehr theoretisches Wissen angeeignet haben (z.B. über das Lesen von Literatur oder das Besuchen von Vorträgen) als sich praktisch mit den Themen auseinanderzusetzen (z.B. über Kurse oder Trainings). Auch dies ist aufgrund der Unterschiede im zeitlichen Aufwand sowie der Zugänglichkeit und des Kostenfaktor plausibel und zu erwarten. Spannend war dabei jedoch eine Abweichung von diesem Schema bei der Resilienz: Hier zeigte sich, dass im Durchschnitt mehr Workshops/Kurse und/oder Trainings ( $M = 8.6$ ,  $SD = 18.3$ ) besucht wurden als Seminare und/oder Vorträge ( $M = 6.5$ ,  $SD = 84.6$ ). Jedoch wurde auch in diesem Themenbereich das Lesen von Literatur als häufigste Art der Fortbildung angegeben. Auch der zuvor beschriebene Trend in den Themenbereichen bestätigt sich bei den Angaben zur Anzahl nochmals: Unabhängig von der Art der Fortbildung wurden am meisten Fortbildungen im Bereich der Resilienz, dann im Bereich der ST und am wenigsten im Bereich der SR absolviert.

Alles in allem besuchen die untersuchten psychologisch tätigen Personen im Schnitt relativ wenig Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR, wobei sie sich am häufigsten mit der Resilienz und am wenigsten mit der SR beschäftigen. Außerdem überwiegt der Erwerb theoretischen Wissens gegenüber praktischen Skills.

### **Vergleich von SR und ST mit anderen Konzepten**

Um dem häufigen Kritikpunkt mangelnder empirischer Vergleiche zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Konzepte im Bereich der Auswirkungen von Trauma-Arbeit Rechnung zu tragen (R. E. Adams et al., 2006; S. Baird & Jenkins, 2003; Branson, 2019), wurden in der vorliegenden Arbeit die Häufigkeiten der Konzepte SR, ST, Mitgefühlzufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung miteinander verglichen.

Eine ANOVA mit Messwiederholung zeigte dabei einen signifikanten Unterschied der Ausprägungen der fünf untersuchten Konzepte.

In den durchgeführten Gruppenvergleichen zur SR fand sich dabei die kleinste Differenz zur Mitgefühlzufriedenheit und die größte zur Mitleidsermüdung. Dies entspricht den Erwartungen, da die ersten beiden Konzepte positive Auswirkungen von Arbeit beschreiben

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

und sich auch bei beiden im Schnitt hohe Werte gezeigt haben, wie in den vorangegangenen Ausführungen zu den Prävalenzen ersichtlich.

Auch bei der ST zeigt sich dasselbe Muster: Die kleinste Differenz besteht zur Mitgefühlszufriedenheit und die größte zur Mitleidsermüdung. In diesem Fall sind diese Werte jedoch anders zu interpretieren: In der Skala FST zur Messung der ST können insgesamt viel höhere Werte erzielt werden (Gesamtscore von 31 bis 155) als in der Subskala Mitleidsermüdung der ProQOL (Gesamtscore von 10 bis 50). Durch diese Unterschiede in der Skalierung sowie den generell niedrigen Werte der ST und der Mitleidsermüdung in der vorliegenden Stichprobe (siehe Abschnitt zu den Prävalenzen), zeigt sich der größte Unterschied zwischen ähnlich – in diesem Fall niedrig – ausgeprägten Konstrukten. Dagegen findet sich die kleinste Differenz zwischen der niedrig ausgeprägten ST und der hohen Mitgefühlszufriedenheit.

Beim Vergleich der drei mit dem ProQOL erhobenen Konzepte untereinander wurde derselbe Trend in den Differenzen entdeckt, wie sie auch bei den Prävalenzen gefunden wurden: Die Mitgefühlszufriedenheit zeigt die höchsten Ausprägungen, gefolgt von Burnout, während sich die niedrigsten Werte bei der Mitleidsermüdung zeigen.

In weiterer Folge wurden zudem Korrelationen zwischen SR, ST und den drei anderen Konzepten berechnet. Entsprechend ihrer Definitionen wurde angenommen, dass die ST in positiver Beziehung zu Mitleidsermüdung und zu Burnout steht und negativ mit Mitgefühlszufriedenheit assoziiert ist. Genau diese erwarteten Zusammenhänge sind auch gefunden worden, wobei sich die stärkste Korrelation zur Mitleidsermüdung zeigte ( $r_s(692) = .64, p < .001$ ), die einen großen Effekt darstellt (J. Cohen, 1998). Dies und auch die geteilte geringe Ausprägung in der vorliegenden Stichprobe bestärkt die theoretische Annahme, dass die Mitleidsermüdung als übergeordnet zur ST betrachtet werden kann und die beiden Konzepte somit viele Elemente teilen (R. E. Adams et al., 2006; Figley, 2002). Auch der Vergleich zu den anderen Konzepten bestärkt dies. ST und Mitleidsermüdung zeigen insgesamt ähnliche Muster: Ein positiver, jedoch kleinerer Zusammenhang mit Burnout, zu dem sich zugleich der nächstkleinere Unterschied in den Häufigkeitsvergleichen findet sowie ein negativer Zusammenhang mit Mitgefühlszufriedenheit, zu der beide Konzepte auch die größte (inhaltliche) Differenz aufweisen.

Für die SR wurden genau die umgekehrten Zusammenhänge angenommen. Mit der Mitgefühlszufriedenheit findet sich auch die erwartete positive Korrelation und auch mit Burnout zeigt sich die angenommene negative Beziehung. Mit der Mitleidsermüdung ist die SR jedoch entgegen der Erwartung positiv korreliert. Dieses Ergebnis ist besonders

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

spannend, da sich hier zugleich auch die größte Differenz zwischen SR und Mitleidsermüdung findet. Mit Rückgriff auf die Definition der Konzepte lässt sich dieser Zusammenhang jedoch erklären. Sowohl SR als auch die Mitleidsermüdung beschreiben Auswirkungen von Trauma-Arbeit. Obwohl erstere positive und letztere negative Reaktionen auf diese Tätigkeit beschreibt (was sich vermutlich in der großen Differenz der Häufigkeitsausprägung widerspiegelt), belegt die Literatur eine Interaktion zwischen positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit (K. Cohen & Collens, 2013; McCann & Pearlman, 1990). Außerdem können beiden Prozesse koexistieren und damit auch parallele Erfahrungen darstellen (Coleman et al., 2021; Puvimanasinghe et al., 2015).

Insgesamt lässt sich aus den Ausführungen eine Bestätigung der theoretischen Konzeptualisierung ablesen. Mitleidsermüdung, SR und ST beschreiben alle die Auswirkungen von Trauma-Arbeit auf psychologisch tätige Personen und teilen daher verschiedene Elemente miteinander, wobei besonders die ST und die Mitleidsermüdung einen starken – und theoretisch gut erklärbaren – Zusammenhang zeigen. Auch die Verbindung zu Burnout entspricht den Erwartungen: Es steht in positiver Beziehung zu den negativen Effekten der ST, während sich negative Korrelationen zu den positiven Auswirkungen der SR zeigen. Hier spiegelt der weniger starke Zusammenhang auch die geringere konzeptuelle Überschneidung wider, da Burnout nicht nur in der Trauma-Arbeit verortet werden kann. Ein ähnliches Bild zeigt sich dabei auch zur Mitgefühlszufriedenheit, die die erwarteten Zusammenhänge zeigt (negativ zur ST und positiv zur SR). Die Effekte liegen jedoch bei beiden Korrelationen im kleinen Bereich und da die Mitgefühlszufriedenheit sich ebenfalls allgemeiner auf verschiedenste Tätigkeiten bezieht, ist auch dies gut nachvollziehbar.

### **Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR bzw. ST**

Die Erfahrung einer psychologisch tätigen Person – vor allem Erfahrung in der Arbeit mit Personen, die eine Traumatisierung erfahren mussten – wurde bereits häufig mit positiven und negativen Auswirkungen dieser Tätigkeit in Verbindung gebracht. Dabei wird meist davon ausgegangen, dass mehr Erfahrung positiv mit der SR und negativ mit der ST korreliert sein sollte. Obgleich dieser Zusammenhang auf theoretischer Basis recht klar zu sein scheint und es auch empirische Belege dafür gibt, finden sich in manchen Untersuchungen auch keine Effekte (Bride & Kintzle, 2011; Ivicic & Motta, 2017; Lazos & Kredentser, 2021). Daher wurde in der vorliegenden Arbeit mittels Korrelationsanalysen zunächst überprüft, ob ein Zusammenhang vorliegt und in welche Richtung. Bei der SR

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

zeigte sich dabei auch der erwartete positive Zusammenhang. Die Beziehung mit der ST war jedoch entgegen der Erwartung ebenfalls signifikant positiv.

Da auf der Basis der Literatur die Annahme getroffen wurde, dass sich SR und ST in unterschiedlichen Phasen der beruflichen Entwicklung anders zeigen und sich vor allem in den ersten Berufsjahren stärker manifestieren (Edelkott et al., 2016; Pack, 2014), sollten diese Befunde um ANOVAs, in der drei unterschiedliche Gruppen der Dauer der Praxis verglichen wurden, erweitert werden. Diese Analyse wurde zweimal durchgeführt, da die a-priori formulierten Gruppen zu unterschiedlichen Gruppengrößen geführt haben. Da die Empfehlung besteht, ANOVAs mit gleich großen Gruppen zu berechnen (Field, 2013), wurde eine zweite Berechnung angehängt, bei der die drei Gruppen aus den Daten heraus gebildet wurden.

Bei der SR fanden sich bei beiden Analysen signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. Bei der ST war jedoch nur die erste Analyse mit den a-priori Gruppen signifikant, die Berechnung mit gleich großen Gruppen führte zu keinem signifikanten Ergebnis. Die daran angehängten Gruppenvergleiche, die aufzeigen sollten, wo die gefundenen Unterschiede zu finden sind, zeigten, dass sowohl die Ausprägung der SR als auch die der ST mit zunehmender Dauer in der Trauma-Arbeit anstiegen. Dies bestätigt also nochmals die gefundenen positiven Korrelationsmuster.

Eine genaueren Aufschlüsselung der Mittelwertsdifferenzen der Post-hoc-Tests zeigt bei der SR sowohl bei den gleich großen Gruppen als auch bei ungleich-großen Gruppen dasselbe Muster auf: Die Ausprägung der SR nimmt im Laufe der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit kontinuierlich zu, wobei jeweils der Unterschied zwischen Gruppe 1 (0-5 Jahre bzw. 0-8 Jahre) und Gruppe 2 (6-10 Jahre bzw. 9-16 Jahre) nicht signifikant war. Die Ergebnisse der SR entsprechen also der Erwartung und zeigen dasselbe Ergebnis, wie die Korrelationsanalyse: Mehr Erfahrung in der Arbeit mit Personen, die traumatisiert wurden, hängt mit einer höheren Ausprägung der positiven Effekte dieser Tätigkeit zusammen. Dies steht auch in Einklang mit bisherigen Annahmen und Ergebnissen in der Literatur (Demchak-Buotte, 2021; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Reynolds, 2020).

Dagegen finden sich bei der ST andere Muster: Bei der Analyse der a-priori formulierten Gruppen mit ungleicher Größe zeigten die Mittelwertsdifferenzen eine Abnahme der Werte der ST von Gruppe 1 auf Gruppe 2, wobei dieser Unterschied nicht signifikant war. Im weiteren Verlauf der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit stieg die ST dann tendenziell an, wobei der einzige signifikante Unterschied zwischen Gruppe 2 und 3 zu finden war. Bei der Berechnung mit gleich großen Gruppen fanden sich hingegen keine signifikanten

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Mittelwertsdifferenzen mehr und alle Unterschiede gehen in eine positive Richtung, was auf eine tendenzielle Zunahme der Werte der ST über die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit hindeutet. Das gesamte Modell war hier jedoch nicht signifikant, weshalb diese Gruppenvergleiche eigentlich nicht interpretiert werden dürfen. Da die ANOVA mit gleich großen Gruppen als robust gilt (Field, 2013), kann hier den Ergebnissen der zweiten Berechnung mehr Vertrauen geschenkt werden, weshalb in den folgenden Ausführungen lediglich auf diese referenziert wird.

Die Ergebnisse zur ST sind überraschend: Obwohl manche Studien bereits keinen Zusammenhang zwischen Erfahrung und negativen Effekten der Trauma-Arbeit finden konnten (Bride, Jones, & Macmaster, 2007; Ivicic & Motta, 2017; Jenkins & Baird, 2002) – wo auch diese nicht-signifikante ANOVA mit ihren Mittelwertsdifferenzen zu verorten sind – zeigten bisher alle signifikanten Befunde eine negative Beziehung zwischen den beiden Variablen (z.B. Craig & Sprang, 2010; Petersen, 2014; Steed & Downing, 1998). Dagegen zeigen sowohl die signifikant positive Korrelation als auch die nicht-signifikante ANOVA einen unerwarteten Anstieg der ST über die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit hinweg. Mit Blick auf die niedrigen Prävalenzraten der ST in der vorliegenden Stichprobe, kann es jedoch sein, dass diese Bodeneffekte und die geringe Varianz in den Daten einfach nicht dazu geeignet waren, den Zusammenhang korrekt darzustellen. Eine alternative Erklärung bietet hier zudem auch das theoretische Rahmenmodell der ST – die CSDT (McCann & Pearlman, 1990). Diese Theorie geht davon aus, dass Menschen ihre Realität mithilfe komplexer, kognitiver Strukturen – sogenannter Schemata (Piaget, 1971) – konstruieren und interpretieren. Die ST wird dabei als Ausdruck für veränderte Schemata betrachtet, zu denen es kommt, wenn neue Erfahrungen und Informationen nicht mit bestehenden Schemata übereinstimmen. Durch die kumulierte Exposition an traumatisches Material kann es im Rahmen der Trauma-Arbeit deshalb zu (negativen) Schema-Veränderungen kommen: Die psychologisch tätige Person erlebt die negativen Effekte einer ST. Je länger eine Person nun in einer solchen Tätigkeit arbeitet, desto intensiver und dauerhafter ist auch der Kontakt mit den traumatischen Erzählungen der Klient\*innen. Dies könnte sich daher in weiterer Folge auch in stärkeren und dauerhafteren Schema-Veränderungen widerspiegeln.

Diese Alternativerklärung sollte jedoch mit Vorsicht betrachtet werden: Zum einen waren die Kontraste bei der Berechnung mit gleich großen Gruppen nicht signifikant. Zum anderen müssen die zuvor angeführten Bodeneffekte der ST in der vorliegenden Stichprobe sowie die daraus resultierende geringe Varianz in den Daten als Limitationen berücksichtigt werden.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Eine weitere mögliche Erklärung für die immer wieder von der Erwartung abweichenden Ergebnisse könnte die Annahme sein, dass die Ausbildung der positiven und negativen Effekte über die Zeit hinweg möglicherweise nicht stringent verläuft (Edelkott et al., 2016; Pack, 2014). Daher sollte in den Fragestellungen 8.1 und 8.2 verschiedene Gleichungsmodelle auf ihren Erklärungswert hin miteinander verglichen werden, um zu überprüfen, ob andere Modelle als das lineare diese Beziehung besser beschreiben können.

Bei der Kurvenanpassung für die SR zeigte sich hier auch, dass das logarithmische Modell den besten Modell-Fit aufweist. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Entwicklung einer SR über die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit tatsächlich nicht komplett linear verläuft, wie auch manchmal in der Literatur vermutet wurde (z.B. Edelkott et al., 2016; Pack, 2014). Allerdings weichen sowohl das logarithmische als auch die anderen Modelle, die ein größeres korrigiertes  $R^2$  aufweisen als das lineare Modell (Potenzfunktion, quadratisch, invers, kubisch, S-förmig) in ihrem Anteil der Varianzaufklärung kaum wesentlich vom linearen Modell ab, was bedeutet, dass der Erklärungswert nur geringfügig höher ist. Entsprechend der Vorgaben von Field (2013) sollte in einem solchen Fall das lineare Modell aufgrund seiner Einfachheit und günstigeren Eigenschaften immer bevorzugt werden. Die Kurvenanpassung für die ST zeigte dagegen, dass kein anderes Modell die Beziehung besser als das lineare beschreiben kann.

An dieser Stelle wurde außerdem explorativ überprüft, ob die Variablen Alter der psychologisch tätigen Person und Dauer in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Praxis allgemein möglicherweise relevanter für die Ausprägung der SR bzw. der ST sein könnten als die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. Diese Analyse wurde mittels Multipler Regression mit schrittweiser Rückwärtselimination durchgeführt. Es zeigte sich ein signifikantes Gesamtmodell der SR, in das nur die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit eingeschlossen wurde, während das Gesamtmodell der ST nicht signifikant wurde. Für die SR bestätigt sich damit, dass die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit der relevanteste Prädiktor ist, während sich die beiden anderen Variablen nicht zur Vorhersage der SR eignen.

Beim Modell der ST wurden alle drei Faktoren aus dem Modell ausgeschlossen. Dennoch deutet die Reihenfolge des Ausschlusses darauf hin, dass die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, die als letztes ausgeschlossen wurde, wichtiger für die Ausprägung der ST ist als die beiden anderen Faktoren.

Für den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR bzw. ST bedeuten diese Ausführungen also zum einen, dass die Verwendung eines linearen

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Modells die Beziehung sowohl zur SR als auch zur ST am adäquatesten abbilden kann. Die durchgeführte Kurvenanpassung stellte somit ein wertvolles Instrument dar, um abzuklären, dass das lineare Modell tatsächlich geeignet ist, den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit sowie SR bzw. ST zu erklären.

Darüber hinaus bestehen signifikante Unterschiede in den Ausprägungen der abhängigen Variable SR über die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit hinweg. Dabei konnte der erwartete Anstieg der Werte der SR mit zunehmender Erfahrung bestätigt werden.

Bei der ST war dagegen nur das Modell mit den a-priori formulierten ungleichen Gruppengrößen signifikant. Da ein Modell mit gleichen Gruppengrößen jedoch als robuster gilt (Field, 2013), kann hier die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich keine Unterschiede der ST in den drei Gruppen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit zeigen. Aufgrund der ebenfalls gefundenen signifikant positiven Korrelation und der generellen Vorsicht, die aufgrund der geringen Varianz in den Werten der ST geboten ist, wurden die Gruppenvergleiche der Post-hoc-Tests trotzdem betrachtet und vorsichtig interpretiert. Für den tendenziellen Anstieg der ST über die Dauer in der Trauma-Arbeit wird daher unter Berücksichtigung dieser Einschränkung die CSDT als mögliche Alternativerklärung angeführt.

Die explorativen Analysen zeigen außerdem, dass tatsächlich die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit am relevantesten für die Ausprägung der SR und der ST ist. Dies bestätigt, dass die psychologisch tätige Person Erfahrungen in der Arbeit mit Klient\*innen mit Traumatisierungen haben muss, während allgemeine Erfahrungen in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Praxis und das Alter keinen Einfluss auf die Ausprägung der SR bzw. der ST zeigen.

### **Exposition an traumatisches Material**

Die Exposition an traumatisches Material von Klient\*innen gilt als Ursache für die Entstehung von sowohl SR als auch ST (K. Baird & Kracen, 2006; Hernández et al., 2007). Daher wurden zunächst die Zusammenhänge von SR und ST mit verschiedenen Maßen der Exposition betrachtet. Dabei war einerseits die häufig berichtete Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung betrachtet worden. Da hier jedoch der Kritikpunkt besteht, dass diese Operationalisierung womöglich nicht ausreicht, um das Maß an Exposition ausreichend abzubilden (K. Cohen & Collens, 2013; Ivicic & Motta, 2017), wurde zusätzlich die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung betrachtet. Darüber hinaus wurde – um den Einfluss beider Variablen gemeinsam betrachten

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

zu können – eine kombinierte Variable „Trauma-Belastung gesamt“ gebildet, die sich aus den anderen beiden zusammensetzt.

Mit der ST waren positive Beziehungen zu den drei Belastungsmaßen erwartet worden, die auch gefunden werden konnten. Der Zusammenhang mit der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung war dabei jedoch nicht signifikant, was auch in früheren Studien schon des Öfteren beobachtet worden war (z.B. Demchak-Buotte, 2021; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000; Reynolds, 2020).

Die signifikanten Beziehungen mit der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und zur Variable „Trauma-Belastung gesamt“ bestätigen jedoch die theoretische Annahme, dass eine häufige und intensive Exposition an traumatisches Material als Risikofaktor für die ST gilt (McCann & Pearlman, 1990). Zusammengenommen sprechen diese Befunde zudem dafür, dass der Kritikpunkt, die Fallzahl reiche als Maß der Operationalisierung nicht aus (K. Cohen & Collens, 2013; Dunkley & Whelan, 2006), zu Recht angeführt worden ist. Gerade die signifikant positive Korrelation mit der kombinierten Variable „Trauma-Belastung gesamt“ zeigt, dass sich bei einer breiteren Betrachtungsweise, die über die reine Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung hinausgeht, sehr wohl Zusammenhänge zur Exposition an traumatisches Material finden lassen, während die reine Betrachtung der Fallzahl dafür nicht ausreicht.

Dieser Befund wird auch in der darauf folgenden Multiplen Regression bestätigt. In dieser wird die Fallzahl aus dem finalen Gesamtmodell entfernt, womit die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung als relevanter für die Erklärung der ST erachtet werden kann. Da insbesondere ein intensiver Kontakt mit traumatischem Material als Schlüsselfaktor bei der Entstehung einer SR gilt (Saakvitne et al., 1998), ist dies gut nachvollziehbar. Insgesamt beinhalten diese Ergebnisse wichtige Implikationen für zukünftige Forschung. Diese sollte versuchen, die Exposition an traumatisches Material möglichst umfassend zu untersuchen und vor allem auch der Intensität der Belastung der betreuten Klient\*innen breiten Raum zu geben. Limitierend sind für die berichteten Ergebnisse jedoch die kleinen Effekte zu nennen, die zum einen an der geringen Ausprägung und Varianz der ST in der vorliegenden Stichprobe liegen könnten, jedoch auch als Hinweis verstanden werden können, in Zukunft noch bessere Operationalisierungen für die Exposition an traumatisches Material zu entwickeln.

Für die SR waren mit allen drei Belastungsmaßen negative Korrelationen vorhergesagt worden. Dies traf jedoch nur auf den Zusammenhang mit der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung zu, der jedoch nicht signifikant war.



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Dagegen fanden sich mit der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der Variable „Trauma-Belastung gesamt“ signifikant positive Beziehungen.

Ein Grund für den nicht-signifikanten Zusammenhang mit der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung könnte an der Repräsentation dieses Maßes über ein einziges Item liegen, bei dem sich zusätzlich starke Deckeneffekte zeigten.

Eine weitere Erklärung bietet sich mit Blick auf die positiven Zusammenhänge mit den anderen beiden Maßen. Grundsätzlich gilt – ähnlich wie bei der zuvor beschriebenen unerwartet positiven Beziehung zwischen ST und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit – ein kumulierter Kontakt mit indirekten Resilienz-Erfahrungen als Ursache für die Entstehung von SR (Hernández et al., 2007). Der häufigere Kontakt (repräsentiert über die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung) führt demnach zunächst zu einer höheren Wahrscheinlichkeit mit dem posttraumatischem Wachstum von Klient\*innen in Kontakt zu kommen und von dieser Stärke und Resilienz profitieren zu können. Je stärker die Belastung der Klient\*innen (repräsentiert über die Intensität der Belastung infolge der Traumatisierung), desto stärker werden jedoch auch ihre negativen Reaktionen ausfallen, während zugleich positive Prozesse seltener auftreten. Da stets betont wird, dass das Ausbilden von stellvertretenden Reaktionen parallel zu der Entwicklung von Klient\*innen verläuft (Hernandez-Wolfe, 2018), machen die gefundenen Ergebnisse durchaus Sinn. Diese Annahme wird auch durch die ebenfalls durchgeführte Multiple Regression gestützt, bei der beide Maße ins finale Modell inkludiert wurden, wobei die Fallzahl einen größeren Teil der Varianz erklärte und in positiver Beziehung zur SR stand, während die Intensität der Trauma-Belastung ebenfalls als signifikanter Faktor fungierte und wiederum einen negativen Zusammenhang mit der SR aufwies. Das bedeutet zum einen, dass eine höhere Fallzahl mit höheren Werten der SR einhergeht, während die Arbeit mit stärker belasteten Personen mit niedrigeren Werten der SR assoziiert ist.

Vor diesem Hintergrund sollten zukünftige Studien den Zusammenhang zur Exposition an traumatisches Material weiter beleuchten, da sich eine komplexe Interaktion andeutet, in der zum einen ein gewisses Maß an Kontakt mit traumatischem Material notwendig zur Ausbildung positiver Effekte ist, während zum anderen ein zu intensiver Kontakt wieder zu einer Abschwächung dieser Effekte führen kann.

**Einfluss verschiedener Belastungsvariablen auf den Zusammenhang von SR bzw. ST und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit.** Aufgrund der beschriebenen Verbindung zwischen SR respektive ST mit sowohl der Erfahrung in der Trauma-Arbeit als auch dem

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Kontakt mit traumatischem Material (Hernández et al., 2007; McCann & Pearlman, 1990), ist eine Beeinflussung des Zusammenhangs der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit mit SR bzw. ST durch den Grad an Exposition an traumatisches Material gut vorstellbar. Um diese Annahme zu untersuchen, wurden daher explorative Moderationsanalysen mit verschiedenen Belastungsvariablen als Moderatoren durchgeführt.

Bei der ersten Berechnung fungierte die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung als Moderator. Zur SR zeigte sich hier auch der erwartete Zusammenhang: Wenn die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung ins Moderationsmodell miteingeschlossen wird, schwächte dieser Faktor die Beziehung signifikant ab. Das bedeutet, dass eine lange Dauer in der Trauma-Arbeit zwar mit höheren Werten an SR einhergeht, aber eine hohe Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung diesen Zusammenhang senkt. Diese Ergebnisse bestätigen theoretische Annahmen (Gil, 2015) sowie Befunde aus qualitativen Studien (Pack, 2014; Puvimanasinghe et al., 2015).

Bei den Ergebnissen zur ST waren dagegen weder das Gesamtmodell noch die Interaktion signifikant, was bedeutet, dass die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung hier keinen Einfluss auf die Beziehung ausübt. Außerdem zeigten sowohl Prädiktor als auch Moderator keine signifikanten Haupteffekte. Auch in der Literatur finden sich in diesem Bereich immer wieder nicht-signifikante Ergebnisse (z.B. Bride & Kintzle, 2011; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000; Jenkins & Baird, 2002). Trotzdem sollte auf Basis theoretischer Annahmen insbesondere der kumulative und intensive Kontakt mit traumatischen Erzählungen ausschlaggebend für das Ausbilden einer Stellvertretenden Traumatisierung sein (McCann & Pearlman, 1990). Bei der vorliegenden Berechnung muss daher wieder limitierend auf die niedrige Ausprägung der ST in den erhobenen Daten verwiesen werden. Außerdem könnte es sein, dass die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung – im vorliegenden Fall und auch in der Literatur – einfach nicht am besten geeignet ist, um das Maß an Exposition adäquat abzubilden. Zum einen wird häufig darauf verwiesen, dass eine gewisse Balance zwischen verschiedenen Tätigkeiten und Klient\*innengruppen ebenfalls relevant wäre (Sodeke-Gregson et al., 2013) und auch eine Metaanalyse bestätigt, dass das Verhältnis zwischen der Anzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und Klient\*innen ohne Traumatisierung den stärksten Einfluss auf die Ausbildung einer ST hat (Hensel et al., 2015). Zum anderen sollte auch die Intensität der traumatischen Belastung der Klient\*innen berücksichtigt werden. Je nachdem wie stark die erlebten Auswirkungen der Klient\*innen sind und wie intensiv traumatisches Material besprochen wird, werden auch psychologisch tätige Personen anders durch ihre Arbeit beeinflusst (K. Cohen & Collens, 2013; Dunkley & Whelan, 2006).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Dieser Einfluss sollte daher in der nächsten Moderation näher untersucht werden. Hier wurde die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung als Moderator ins Modell miteinbezogen. Bei der SR fand sich hier auch ein signifikantes Gesamtmodell, während die Interaktion jedoch nicht signifikant wurde. Der Trend zeigt allerdings in eine negative Richtung, was wieder auf eine tendenzielle Abschwächung der Beziehung zwischen Dauer in der Trauma-Arbeit und der SR hindeuten würde. Der Haupteffekt der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit war hier signifikant, während der Haupteffekt der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung nicht signifikant war. Ersterer stand wie in vorherigen Untersuchungen (Hernandez-Wolfe et al., 2015; Reynolds, 2020) in positiver Beziehung und letzterer zeigte einen negativen Trend an.

Bei der ST wurden wieder weder das Gesamtmodell noch der Interaktionseffekt signifikant. Auch die beiden Haupteffekte waren nicht signifikant. Auch in diesem Fall ist die Operationalisierung von diesem Maß der Exposition nicht ideal: Die durchschnittliche Intensität der Belastung wurde nur über ein einziges Item erhoben, bei dem sich starke Deckeneffekte zeigten, während sich bei den Werten der ST Bodeneffekte fanden. Daher kann angezweifelt werden, ob das untersuchte Konzept adäquat abgebildet wurde.

Als letzter Moderator wurde die kombinierte Variable „Trauma-Belastung gesamt“ in das Modell inkludiert. Hier findet sich wieder ein signifikantes Gesamtmodell bei der SR, bei der die erneut negative signifikante Interaktion wieder auf eine Abschwächung der Beziehung zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR verweist.

Bei der ST sind dagegen weder Gesamtmodell, Interaktionseffekt noch Haupteffekte signifikant.

Insgesamt kann für die SR geschlussfolgert werden, dass eine längere Dauer in der Trauma-Arbeit mit höheren Werten einer SR in Verbindung steht. Werden jedoch verschiedene Maße der Exposition an traumatisches Material miteinbezogen, schwächen diese die Beziehung ab. Dies bedeutet, dass ein zu intensiver und kumulierter Kontakt mit traumatischen Erfahrungen anderer die positiven Auswirkungen von langer Erfahrung mindern kann. Dieser Befund steht in Einklang mit bisherigen Ergebnissen in der Literatur (Edelkott et al., 2016; Pack, 2014; Puvimanasinghe et al., 2015).

Bei der ST lassen sich jedoch keine solchen Zusammenhänge finden. Alle Modelle und Interaktionseffekte waren nicht signifikant. Da die vorangegangenen Berechnungen jedoch sowohl signifikant positive Beziehungen zur Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und den Belastungsmaßen durchschnittliche Intensität der Belastung sowie „Trauma-Belastung

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

gesamt“ gefunden werden konnten, sollten zukünftige Studien diese Annahmen dennoch weiter untersuchen, da die vorliegenden Limitationen mit Boden- und Deckeneffekten die Aussagekraft der gefundenen Ergebnisse einschränkt und starke theoretische Belege für das Vorliegen einer solchen Verbindung bestehen (K. Cohen & Collens, 2013; McCann & Pearlman, 1990). Außerdem wurden weder bei der Fallzahl noch bei der Belastung der Klient\*innen unterschiedliche Arten der Traumatisierung berücksichtigt. Dabei könnten diese eine große Rolle spielen: Je nach Erfahrung der psychologisch tätigen Person könnten unterschiedliche Traumatisierungen sie unterschiedlich stark betreffen und damit andere Effekte auf Schemata zeigen (K. Cohen & Collens, 2013). Alles in allem gestaltet sich eine angemessene Operationalisierung der Exposition an traumatisches Material als schwierig.

Für die vorliegende Studie muss jedoch die Schlussfolgerung gezogen werden, dass verschiedene Maße der Exposition an traumatisches Material keinen Einfluss auf die Beziehung zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST ausüben.

### **Interaktion zwischen positiven und negativen Effekten**

Um die Beziehung zwischen SR und ST genauer zu untersuchen, wurde einerseits eine Korrelationsanalyse durchgeführt und andererseits wurde mittels Moderations- und Mediationsmodellen analysiert, ob die SR den Einfluss von verschiedenen Belastungsvariablen auf die ST abfedern kann.

Die berechnete Spearman-Korrelation zeigte einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen SR und ST. Diese positive Beziehung könnte durch die Annahme, dass die ST einen notwendigen Schritt in der Ausbildung einer SR darstellt (Gil, 2015; Pack, 2014), erklärt werden. Je mehr ST eine Person erlebt hat, desto mehr SR kann sie – aufbauend auf der ST – entwickeln. Zudem kann dieses Muster auch auf das parallele Bestehen beider Konzepte verweisen, indem das Vorhandensein positiver Effekte das Vorhandensein negativer nicht ausschließt und umgekehrt (K. Cohen & Collens, 2013; Coleman et al., 2021; Hernandez-Wolfe et al., 2015).

In Rückgriff auf die Vergleiche zu anderen Konzepten (Fragestellung 4 und 5), zeigt der ebenfalls positive Zusammenhang zwischen SR und Mitleidsermüdung, zudem die konzeptuelle Ähnlichkeit zwischen ST und Mitleidsermüdung auf. Entsprechend der Definition von Mitleidsermüdung kann die ST als Teil dieser angesehen werden (Figley, 1998) und da die SR zu beiden Konzepten dasselbe Korrelationsmuster zeigt, bestärkt dies diese theoretische Annahme.

Ebenfalls spannend bei der Betrachtung der Befunde zu den Zusammenhängen mit den anderen Konzepten ist, dass sich bei der SR und der ST ganz andere Korrelationsmuster

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

finden: Bei der ST liegen die Effekte im mittleren (Burnout) und hohen Bereich (Mitleidsermüdung), während sich bei der SR mit allen drei untersuchten Konstrukten nur kleine Zusammenhänge zeigen. Auch mit den untersuchten Belastungsvariablen zeigen sich unterschiedliche Beziehungsmuster. Daraus kann geschlossen werden, dass es sich bei SR und ST um distinkte Konstrukte handelt. Obwohl beide die Auswirkungen von Trauma-Arbeit beschreiben und dadurch auch viele Elemente miteinander teilen, spiegeln sie keine einfache Dichotomie wider (Saakvitne et al., 1998).

**Moderationen.** Es wird außerdem immer wieder angenommen, dass die positiven Auswirkungen der Trauma-Arbeit die negativen Effekte abfedern können (Hernández et al., 2010; Silveira & Boyer, 2015). Obwohl SR und ST vermutlich koexistieren können, kann das Auftreten von positiven Veränderungen trotzdem das Erleben negativer Auswirkungen mildern. Daher sollte überprüft werden, ob das Vorhandensein einer SR die Beziehung zwischen verschiedenen Belastungsvariablen und einer ST beeinflussen kann.

Zuerst wurde dafür die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit als Prädiktor in das Modell eingeschlossen. Hier war zwar das Modell als Gesamtes signifikant, wobei der Interaktionseffekt sowie die Haupteffekte jedoch nicht signifikant wurden. Dies bedeutet, dass die SR keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit nimmt. An dieser Stelle soll jedoch wieder auf die geringe Varianz in der ST verwiesen werden, die möglicherweise eine korrekte Darstellung des Zusammenhangs verhindert. Es kann daher noch nicht abschließend beantwortet werden, in welcher Beziehung die drei Variablen SR, ST und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit zueinander stehen.

Dagegen waren die Modelle mit der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung und der kombinierten Variable „Trauma-Belastung gesamt“ als Prädiktoren allesamt signifikant. Außerdem zeigten sich bei allen signifikant negative Interaktionseffekte. Auch alle Haupteffekte dieser Modelle waren signifikant – mit Ausnahme der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung. Die negative Richtung des Interaktionseffekts deutet darauf hin, dass die SR tatsächlich den positiven Zusammenhang, der zwischen den drei Belastungsvariablen und der ST besteht, abschwächen kann. Das bedeutet, dass eine hohe Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und eine hohe durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung (sowie eine Kombination aus beiden Faktoren) mit höherer ST assoziiert sind, aber das Vorhandensein einer SR als Puffer für diese Einflüsse wirken kann. Damit kann die häufig angenommene Theorie, dass positive Effekte das Vorhandensein negativer abschwächen können (Hernández et al., 2010; Lazos &

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Kredentser, 2021; Silveira & Boyer, 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013), zumindest für diese drei Belastungsvariablen bestätigt werden. Jedoch muss bei allen signifikanten Modellen limitierend hinzugefügt werden, dass es sich durchgängig um sehr kleine Effekte handelt. Die Moderationsmodelle erklären alle nur einen sehr kleinen Teil der Varianz und auch die Interaktionseffekte sind sehr klein.

**Mediationen.** In weiterer Folge wurden zusätzlich Mediationsmodelle für die Zusammenhänge zwischen den bereits genannten Belastungsvariablen sowie ST mit dem Mediator SR berechnet. Da diese Beziehung bisher noch nicht untersucht wurde, ist auch vorstellbar, dass die SR den Einfluss der Belastungsvariablen zur ST vermittelt. Es zeigt sich, dass die totalen Effekte der Belastungsvariablen auf die ST in keinem der Mediationsmodelle signifikant waren. Obwohl dies lange als Voraussetzung für die Interpretation des Mediationseffektes galt (Baron & Kenny, 1986), gehen neuere Ansichten dazu davon aus, dass die Erfüllung dieser Voraussetzung nicht nötig ist und der eigentlich relevante Faktor der indirekte Effekt ist (Zhao et al., 2010). Dieser zeigte auch bei allen Analysen ein signifikantes Ergebnis, nur bei der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung zeigte sich keine Signifikanz.

Bei den anderen drei Belastungsvariablen (Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit, Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und „Trauma-Belastung gesamt“) findet sich jeweils eine signifikant positive Verbindung zur SR, als auch eine ebenfalls signifikant positive Beziehung von der SR weiter zur ST. Das heißt höhere Ausprägungen der genannten drei Belastungsvariablen stehen mit höheren Ausprägungen der SR in Zusammenhang. Höhere Ausprägungen der SR sind in weiterer Folge mit höheren Ausprägungen der ST assoziiert. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den bereits berichteten Ergebnisse zur positiven Beziehung zwischen SR und ST, sowie den gefundenen positiven Korrelationen zwischen SR und den verschiedenen Belastungsmaßen und sprechen dafür, dass auch medierende Zusammenhänge eine Rolle spielen.

**Fazit zu der Interaktion zwischen SR und ST.** Insgesamt zeigt sich, dass eine Interaktion zwischen der SR und der ST besteht. Die beiden Konzepte können zwar parallel zueinander auftreten, es handelt sich jedoch trotzdem um zwei distinkte Konstrukte. Da beide Prozesse durch die Konfrontation mit indirekten traumatischen Erfahrungen entstehen, ist auch nachvollziehbar, dass gleichzeitig positive und negative Veränderungen bei der psychologisch tätigen Person auftreten können – analog zu Personen, die ein Trauma erfahren mussten und sowohl Schmerz als auch Wachstum erleben können (Hernández et al., 2007; Hernandez-Wolfe, 2018). Der genaue Zusammenhang gestaltet sich vermutlich komplex:

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Zum einen finden sich Hinweise, dass die ST als Schritt in der Entstehung einer SR betrachtet werden kann. Andererseits scheinen die positiven Effekte der SR auch die negativen Auswirkungen der ST abfedern zu können. Diese unterschiedlichen Einflusswege können gut mit der Theorie des facettenreichen Selbst von Joseph und Linley (2008) erklärt und kombiniert werden. Durch die Arbeit mit Menschen, die traumatisiert wurden, können nämlich manche Aspekte des Selbst positiv, andere negativ und wieder andere gar nicht verändert werden – ähnlich wie auch die Erzählungen der Klient\*innen schmerzhaft, aber auch resiliente Elemente enthalten. Die CSDT bietet dabei mögliche Ansatzpunkte welche Aspekte dies sein können – immer vor dem Hintergrund der persönlichen Lebenserfahrung einer psychologisch tätigen Person (McCann & Pearlman, 1990).

Die gefundenen Ergebnisse bieten einen ersten spannenden Einblick in diese einzigartigen und nicht immer durchgängigen Erfahrungen, die psychologisch tätige Personen durch ihre Arbeit mit Menschen, die traumatisiert wurden, erleben können. Dieser sollte in zukünftigen Studien jedoch weiter vertieft und ergänzt werden.

### **Protektive und Risikofaktoren für ST und SR**

Die ST und die SR werden immer wieder mit verschiedenen Faktoren in Verbindung gebracht, die ihre Auftretenswahrscheinlichkeit erhöhen oder verringern können (Edelkott et al., 2016; Hernandez-Wolfe, 2018). Diese Faktoren werden in der vorliegenden Arbeit in Merkmale der Person und Merkmale der Situation unterteilt. Erstere sind entweder Eigenschaften einer psychologisch tätigen Person, die sie nicht aktiv beeinflussen kann, wie z.B. ihre Erfahrung in der Trauma-Arbeit, das Erleben eines Traumas oder Dinge, die aktiv von ihr beeinflusst werden können, wie das Ausüben von Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken oder die psychotherapeutische Ausrichtung, die gewählt wird. Letztere sind Merkmale der Tätigkeit an sich, wie beispielsweise die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung, mit denen gearbeitet wird, oder die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung. Es gehören aber auch Faktoren dazu, die Arbeitgeber\*innen bzw. Institutionen beeinflussen können, wie die Arbeitsbedingungen oder das Bereitstellen von Supervision bzw. Intervention oder Fortbildungen. All diese Faktoren wurden bereits entweder theoretisch oder empirisch mit der ST und der SR in Verbindung gebracht. Da jedoch aufgrund unterschiedlichster Konzeptualisierungen und Messverfahren der Konzepte sowie der Faktoren eine große Diskrepanz in den Befunden besteht, ist weitere Forschung in diesem Bereich nötig (Cieslak et al., 2014; Sodeke-Gregson et al., 2013).

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Zum einen wurde daher mittels einer ANOVA überprüft, ob die verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen der untersuchten Psychotherapeut\*innen in der Stichprobe zu Unterschieden in den Werten der SR und der ST führen. Es wurde zwischen vier Orientierungen unterschieden: Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, Humanistische Orientierung, Systemische Orientierung und Verhaltenstherapeutische Orientierung. Sowohl bei der SR als auch bei der ST konnten keine Unterschiede zwischen den vier Gruppen festgestellt werden.

Die Fragestellung basierte jedoch auf theoretischen Annahmen und wurde bisher noch nicht quantitativ untersucht. Daher war sie von vornherein explorativ formuliert worden. Bisher war nämlich vor allem beschrieben worden, dass Resilienz- und stärkenbasierte Ansätze sich von defizitorientierten unterscheiden lassen (Edelkott et al., 2016). Diese Begriffe – im Rahmen von qualitativen Studien entwickelt – werden jedoch nicht näher definiert, was eine Operationalisierung erschwerte. Die vorliegende Einordnung entspricht diesen Angaben daher nicht, sondern bezieht sich auf eine allgemeine und grobe Unterteilung der psychotherapeutischen Schulen in Österreich und Deutschland. Zudem wird in der Literatur ebenfalls beschrieben, dass psychologisch tätige Personen sich mit zunehmender Dauer in der Trauma-Arbeit in ihren Techniken und Methoden angleichen und öfter narrative, stärkenbasierte und emanzipatorische Ansätze einsetzen – unabhängig von ihrem ursprünglichen theoretischen Hintergrund (Pack, 2014). Daher könnte es sein, dass die Dauer in der Trauma-Arbeit relevanter für die Ausbildung der ST und der SR ist als die theoretische Orientierung einer psychologisch tätigen Person. Die zuvor berichteten Befunde, die beide Konzepte mit der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit in Beziehung setzen, unterstützen diese Annahme. Trotzdem kann aufgrund der vorgenommenen verallgemeinerten Gruppeneinteilung nicht komplett ausgeschlossen werden, dass die SR und die ST durch das Ausüben unterschiedlicher therapeutischer Ansätze beeinflusst werden können.

Die mittels Korrelationsanalysen untersuchten Faktoren zeigten bei der SR alle die erwarteten Effekte. Damit bestätigen sich die Annahmen aus der Literatur, dass mehr Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR, eine qualitativ hochwertige Supervision bzw. Intervision, gute Arbeitsbedingungen und das Ausüben von Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken mit einer höheren SR assoziiert sind.

Bei der ST zeigten dagegen nur die Qualität Supervision bzw. Intervision und die Arbeitsbedingungen die erwarteten negativen Zusammenhänge. Bei den Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR – sowohl gesamt als auch nach Themen aufgeschlüsselt -



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

sowie bei den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person fanden sich entgegen der Erwartung signifikant positive Korrelationen.

Da in bisherigen Studien zum Thema darauf hingewiesen wird, dass ein gewisser Umfang an Fortbildungen absolviert werden muss, damit sich Effekte davon zeigen können (S. A. Adams & Riggs, 2008), wurde in der vorliegenden Arbeit auch die Anzahl an absolvierten Fortbildungen miteinbezogen. Doch sowohl mit dieser als auch mit den anderen untersuchten Maßen der Fortbildung zeigten sich die positiven Beziehungen. Ein möglicher Grund für den positiven Zusammenhang zwischen Fortbildungen und ST stellt die nicht berücksichtigte Qualität der Fortbildungen dar. In der verwendeten Skala wurde nur erhoben, ob Fortbildungen zu den genannten Bereichen absolviert worden waren und wie viele. Dabei umfassen die erhobenen Fortbildungsarten eine breite Palette und reichen von absolvierten Trainings über das Besuchen von Seminaren oder Vorträgen bis hin zum Lesen von Literatur. Die deskriptiven Statistiken zeigten hier, dass die Teilnehmer\*innen vor allem in den theoretischen Fortbildungsarten, wie dem Lesen von Literatur, höhere Werte aufwiesen. Möglicherweise war das hauptsächlich theoretisch erworbene Wissen hier nicht ausreichend, um die negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit abzuschwächen.

Es ergibt sich noch eine weitere Erklärung aus der Literatur: Manche Autor\*innen haben die Befürchtung geäußert, dass eine Auseinandersetzung mit den negativen Auswirkungen der ST den Fokus der psychologisch tätigen Personen darauf lenkt, was zu einem verstärkten Leidensdruck führt (Elwood et al., 2011). Dagegen kann jedoch auch argumentiert werden, dass sich vor allem stärker belastete Personen häufiger mit den beschriebenen Themen auseinandergesetzt haben könnten, um ihre Erfahrungen besser einordnen zu können. Alles in allem ist der gefundene Zusammenhang überraschend und sollte daher weiter untersucht werden, wobei verschiedene Operationalisierungen von Fortbildungen (z.B. Anzahl, Qualität) anzuraten wären.

Der gefundene positive Zusammenhang zu den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person war ebenfalls unerwartet. Bisherige Studien, die diese Beziehung untersucht haben, fanden durchgängig, dass die beiden Konzepte negativ miteinander assoziiert sind (z.B. K. Baird & Kracen, 2006; Hotchkiss & Leshner, 2018; Howlett & Collins, 2014). Bei der vorliegenden Berechnung muss daher die niedrige Reliabilität der Skala zu den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken berücksichtigt werden. Auch bestand sie aus selbst erstellten Items, womit es sich um eine nicht-validierte Skala handelt. Anzuführen ist in diesem Zusammenhang außerdem, dass in der Literatur immer wieder betont wird, dass der Umgang mit negativen Effekten der Trauma-Arbeit nicht

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

allein auf die psychologisch tätige Person abgewälzt werden darf. Arbeitgeber\*innen stehen hier in der Pflicht ihre Mitarbeiter\*innen angemessen zu unterstützen (Bride & Kintzle, 2011; Owens-King, 2019).

Die Multiple Regression mit Rückwärtselimination zur ST bestärkt diese Vermutung. Bereits im ersten Schritt wurden die Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person aus dem Modell entfernt. Dagegen wurden ins finale Modell Arbeitsumgebung und Supervision bzw. Intervision als stärkste Prädiktoren miteingeschlossen, wobei beide eine negative Beziehung zur ST zeigten. Diese beiden Faktoren können klar den Merkmalen der Situation zugeordnet werden – und zwar den institutionellen Rahmenbedingungen im Speziellen.

Dagegen zeigte sich beim Regressionsmodell zur SR ein ganz anderes Muster: Hier sind die Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person der stärkste Prädiktor – gefolgt von ihren eigenen traumatischen Erfahrungen und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit. Die beiden erstgenannten Faktoren lassen sich den Merkmalen der Person zuordnen.

Diese beiden unterschiedlichen Ergebnisse zeigen zum einen, dass es sich bei der ST und der SR um verschiedene und distinkte Konzepte handelt, die durch unterschiedliche Umgebungsfaktoren beeinflusst werden. Zum anderen weisen diese Muster darauf hin, dass das Auftreten von positiven Effekten durch die psychologisch tätige Person – bis zu einem gewissen Grad – gefördert werden kann. Gerade das Ausüben von Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken scheint hier besonders hilfreich zu sein. Da Resilienz generell viel mit Achtsamkeit gemein hat (Grabbe et al., 2012) und die SR als latente Dimension auch ein verstärktes Auftreten von Selbstfürsorgepraktiken enthält (Hernandez-Wolfe, 2018), ist dies nicht verwunderlich. Das zunächst überraschend erscheinende Ergebnis, dass eine vorhandene traumatische Vergangenheit ebenfalls mit höherer SR assoziiert ist, kann diese Annahmen weiter bestärken. Das Vorhandensein einer traumatischen Erfahrung führt zunächst einmal zum Erleben von stärkerer ST – wie sich auch im Regressionsmodell zur ST zeigte. Zugleich können Personen aufgrund dieser Erfahrung jedoch auch mehr Bewältigungsstrategien im Umgang mit Traumata haben sowie einen empathischeren und verständnisvolleren Zugang zu ihren Klient\*innen entwickeln (Branson, 2019; Shannon et al., 2014). Auch hier kann die Person also durch ihren Umgang und die Aufarbeitung eines Traumas beeinflussen, welche Effekte sich daraus ergeben. Ähnlich damit kann die ebenfalls positive Beziehung zwischen der Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und der SR erklärt werden, wie an früherer Stelle bereits ausgeführt. Ein häufigerer Kontakt mit

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Personen, die traumatisiert wurden, trägt vermutlich zu einem breiteren Einblick in verschiedenste Erlebnisse und Herangehensweisen an ein Trauma bei. Es besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass psychologisch tätige Personen mit dem posttraumatischem Wachstum ihrer Klient\*innen in Kontakt kommen und von dieser Stärke und Resilienz profitieren können. Spannend sind hier auch die Ergebnisse der Moderationsanalysen, die verschiedene Belastungsmaße als Moderatoren inkludieren: Bei diesen konnte gezeigt werden, dass höhere Werte in verschiedenen Belastungsmaßen den Zusammenhang zwischen der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und einer SR abschwächen. Das könnte bedeuten, dass eine Belastung (in diesem Fall die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung und die Variable „Trauma-Belastung gesamt“) – ähnlich wie auch eine traumatische Vergangenheit einer psychologisch tätigen Person sowohl als protektive wie auch als Risikofaktoren für eine SR fungieren können. Der Kontakt zu Personen mit Traumatisierung muss zunächst nämlich gegeben sein, damit eine SR entstehen kann, zugleich kann ein zu intensiver und überwältigender Kontakt eher zur Ausbildung negativer Auswirkungen beitragen. Dies bestätigt sich zum Teil auch durch die Ergebnisse zur ST: Die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung sowie die durchschnittliche Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung waren beide positiv mit der ST assoziiert und erstere wurde erst im letzten Schritt aus dem Modell entfernt. Das Vorhandensein eines solch komplexen Zusammenspiels könnte damit außerdem eine weitere Möglichkeit darstellen, um die ambivalenten Ergebnisse im Bereich der Fallzahlen zu erklären. Weitere Forschung sollte diese Beziehung daher noch genauer untersuchen.

**Fazit zu Risiko- und Schutzfaktoren.** Insgesamt zeigt sich, dass fast alle der untersuchten Risiko- und Schutzfaktoren die erwarteten Zusammenhänge mit den beiden Konzepten zeigen. Bei der ST finden sich jedoch unerwartet signifikant positive Beziehungen mit Fortbildungen zu den Themen Resilienz, ST und SR und den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken, wofür mögliche Erklärungen angeführt wurden. Arbeitsbedingungen und Supervision bzw. Intervision sind jedoch negativ mit der ST assoziiert, was Befunde aus der Literatur bestätigt, dass eine fehlende soziale Unterstützung und schlechte Arbeitsbedingungen mit dem Erleben von mehr ST einhergehen (Boscarino et al., 2004; Gil, 2015). Bei den positiven Effekten bestätigt sich die Annahme, dass mehr Fortbildungen, gute Arbeitsbedingungen und das Ausüben von Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken mit höheren Werten an SR einhergehen.

Die Regressionsanalysen zeigen außerdem, dass Merkmale der Person – wie die Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken oder das Erleben einer eigenen traumatischen

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Erfahrung – den größten Teil der Varianz der SR aufklären können. Dagegen sind die stärksten Prädiktoren der ST Merkmale der Situation, wie die Arbeitsbedingungen oder das Vorhandensein qualitativ hochwertiger Supervision bzw. Intervision, welche vor allem durch die Institution beeinflusst werden können. Dies deutet daraufhin, dass psychologisch tätige Personen das Erleben von positiven Effekten der Trauma-Arbeit beeinflussen können. Im Umgang mit negativen Auswirkungen sollten die Arbeitnehmer\*innen jedoch nicht allein gelassen werden. Das Etablieren eines angemessenen Unterstützungsnetzwerks und einer positiven Arbeitsumgebung ist daher von größter Bedeutung, um psychologisch tätige Personen in ihrer Arbeit und in ihrem persönlichen Wohlbefinden zu fördern (Lomas et al., 2019; Owens-King, 2019).

### Limitationen und Stärken

Zu den Limitationen der vorliegenden Arbeit zählt das querschnittliche Design der Studie, das es nicht erlaubt, kausale Aussagen und Schlussfolgerungen zu tätigen. Die Skalen hatten zum Teil niedrige Reliabilitäten (z.B. die Skala zu den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken) was die Ergebnisinterpretation ebenfalls einschränkt. Durch das Vorlegen von Selbstauskunftsverfahren kann es bei den Antworten möglicherweise zu Verzerrungen gekommen sein – gerade bei sensiblen Fragen stellt dies ein Problem dar (Rasinski et al., 2005).

Die niedrig ausgeprägten Werte der ST und die fehlende Varianz in diesen Daten hat es vermutlich nicht immer erlaubt die Zusammenhänge korrekt darzustellen. Dies könnte zwar an der gewählten Stichprobe liegen. Da bisher jedoch selten so niedrige Ausprägungen gefunden wurden, muss diese Erklärung mit Vorsicht behandelt werden. Es könnte sich nämlich auch um verzerrte Ergebnisse handeln, die beispielsweise durch die Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten entstanden sind (Paulhus, 2017). Wenn die Werte jedoch die wahren Ausprägungen widerspiegeln, worauf die ebenfalls niedrigen Mitleidsermüdungs- und Burnout-Werte hindeuten, würde dies bedeuten, dass ein Großteil der österreichischen und deutschen psychologisch tätigen Personen meist nicht mit negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit zu kämpfen hat, was natürlich erfreulich wäre. Jedoch könnten die vorliegenden Ergebnisse dann wahrscheinlich nicht auf besonders gefährdete Gruppen, wie zum Beispiel dezidierte Trauma-Therapeut\*innen, übertragen werden.

Die fehlenden Cut-Offs bei der Skala zur SR schränken auch hier die Interpretation der Ergebnisse ein. Außerdem wurde die Schwere der Traumatisierung der Klient\*innen nur sehr oberflächlich erfasst und verschiedene Traumatisierungsarten wurden gar nicht berücksichtigt. Die vorliegenden Deckeneffekte beim Item zur durchschnittlichen Intensität

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung, sind hier ebenfalls als limitierend zu betonen.

Insgesamt zeigen sich durchgängig kleine Effekte, daher sollten alle Interpretationen mit Vorsicht betrachtet werden.

Neben den angeführten Limitationen weist die vorliegende Studie jedoch auch einige Stärken auf. Eine der wichtigsten ist die große und repräsentative Stichprobe für den untersuchten Bereich (Sagerschnig & Nowotny, 2020), die einen Einblick in einen breiten Querschnitt von österreichischen und deutschen psychologisch tätigen Personen erlaubt. Diese Arbeit ist zudem eine der ersten, die das Konzept der SR quantitativ untersucht hat, was eine wertvolle Ergänzung zur bisher hauptsächlich qualitativen Forschung darstellt. Auch der empirische Vergleich der Häufigkeiten der Konzepte SR, ST, Mitgefühlszufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung sowie die Untersuchung ihrer Zusammenhänge stellt wichtige Informationen für die bisher hauptsächlich narrativen Analysen zu diesem Thema bereit.

Schlussendlich erlaubt die gemeinsame Betrachtung von negativen und positiven Auswirkungen der Arbeit mit Personen, die ein Trauma erfahren haben, eine kohärente Sichtweise auf diesen traditionell binär erforschten Zweig, wodurch sich auch einige neue und spannende Forschungsbereiche auftun.

### **Conclusio**

Die klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Arbeit mit Menschen, die eine Traumatisierung erfahren haben, kann positive und negative Auswirkungen für die mit ihnen arbeitenden Personen zur Folge haben. Häufig untersuchte Konzepte in diesem Bereich stellen die Stellvertretende Traumatisierung (ST) und die Stellvertretende Resilienz (SR) dar. In der vorliegenden Stichprobe zeigen sich im Schnitt hohe Ausprägungen der positiven Effekte, wie der SR und der Mitgefühlszufriedenheit sowie niedrige Werte der ST, von Burnout und Mitleidsermüdung, was insgesamt auf eine geringe Belastung hindeutet.

Bei den beiden Konzepten SR und ST handelt es sich um distinkte Konstrukte, die mit verschiedenen Umgebungsfaktoren und anderen Konzepten in diesem Bereich unterschiedlich korreliert sind. Dennoch schließen die beiden sich nicht gegenseitig aus, sondern können parallel zueinander auftreten. Dabei kann die SR eine Pufferfunktion für die ST übernehmen, aber die ST stellt vermutlich auch einen notwendigen Schritt in der Ausbildung einer SR dar. Generell scheint eine komplexe Interaktion zwischen positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit zu bestehen.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

Über die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit hinweg nehmen die Ausprägungen der ST und der SR tendenziell zu, was in beiden Fällen wahrscheinlich durch den kumulierten Kontakt mit dem traumatischen Material der Klient\*innen erklärt werden kann. Jedoch können Maße der Exposition an traumatisches Material diesen Zusammenhang nur zum Teil moderieren und zeigen nur kleine Effekte.

Das Auftreten von positiven Auswirkungen wird vor allem durch das Vorliegen verschiedenster Merkmale der Person verstärkt. Als relevantester Faktor zeigten sich hier die Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person. Dagegen wird eine ST am stärksten von Merkmalen der Situation beeinflusst: Besonders eine ungünstige Arbeitsumgebung sowie eine fehlende Qualität der Super- bzw. Intervision sagen diese negativen Effekte voraus. Dies deutet darauf hin, dass positive Auswirkungen von psychologisch tätigen Personen selbst gefördert werden können, während sie jedoch im Umgang mit negativen Effekten von ihren Arbeitgeber\*innen unterstützt werden müssen. Insgesamt sollten Organisationen ihren Mitarbeiter\*innen jedoch nicht nur beim Umgang mit Herausforderungen zur Seite stehen, sondern natürlich auch zu ihrem Wohlbefinden beitragen.

Diese unterschiedlichen Muster in der Varianzaufklärung sowie das komplexe Wechselspiel zwischen der SR und der ST bestärken Forderungen aus der Literatur, dass eine gemeinsame Betrachtung von positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit zu einer ganzheitlicheren Sicht auf dieses Thema führt.

### **Ausblick und praktische Implikationen**

In Zukunft sollte eine einheitlichere Vorgehensweise bei der Untersuchung von negativen Effekten angestrebt werden, damit Generalisier- und Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen verbessert wird. Außerdem sollten positive und negative Auswirkungen der Trauma-Arbeit gemeinsam erforscht werden, um so das komplexe Zusammenspiel dieser Effekte weiter aufklären zu können.

Zukünftige Forschung sollte sich zudem vor allem mit dem Zusammenhang von positiven und negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit und der Exposition an traumatisches Material beschäftigen. Das derzeit hauptsächlich verwendete Maß zur Operationalisierung – die Fallzahl an Klient\*innen mit Traumatisierung – erscheint nicht ausreichend, um dieses Konzept adäquat abzubilden. Außerdem finden sich Hinweise, dass der Einbezug der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient\*innen infolge der Traumatisierung dieses Maß sinnvoll ergänzt. Zusätzlich sollten gezielt verschiedene Traumatisierungsarten

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

und daraus resultierende Unterschiede untersucht und verglichen werden, da diese die Auswirkungen ebenfalls beeinflussen könnten.

Aus der vorliegenden Arbeit ergibt sich vor allem eine wichtige Implikation für Organisationen und Arbeitgeber\*innen. Diese haben die Verpflichtung ihre Mitarbeiter\*innen im Umgang mit den potenziell negativen Auswirkungen der Trauma-Arbeit zu unterstützen. Vor allem eine positive Arbeitsumgebung und die Möglichkeit für Super- bzw. Intervision können negative Effekte puffern und müssen psychologisch tätigen Personen daher zur Verfügung gestellt werden, um ihr Wohlbefinden zu erhalten sowie eine effiziente Behandlung von Klient\*innen zu gewährleisten.

**Literaturverzeichnis**

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Adams, S. A., & Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), 26–34. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4.th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aparicio, E., Michalopoulos, L. M., & Unick, G. J. (2013). An examination of the psychometric properties of the Vicarious Trauma Scale in a sample of licensed social workers. *Health and Social Work*, 38, 199–206. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlt017>
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239–263. <https://doi.org/10.1177/0022167805274729>
- Aydin Sünbül, Z., & Yerin Güneri, O. (2019). The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 139, 337–342. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.009>
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181–188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18(1), 71–86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6). <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Barrington, A. J., & Shakespeare-Finch, J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma: An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 89–105. <https://doi.org/10.1080/09515070.2012.727553>
- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>
- Ben-Porat, A. (2015). Vicarious post-traumatic growth: Domestic violence therapists versus social service department therapists in Israel. *Journal of Family Violence*, 30(7), 923–933. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9714-x>
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Kohlhammer.
- Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the september 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6, 57–66.
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2–10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Jones, J. L., & Macmaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3-4), 69–80. [https://doi.org/10.1300/J394v04n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J394v04n03_05)
- Bride, B. E., & Kintzle, S. (2011). Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors. *Traumatology*, 17(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/1534765610395617>
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- 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(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Lawrence Erlbaum.
- Cheung, C.-K., & Chow, E. O.-W. (2011). Reciprocal influences between burnout and effectiveness in professional care for elders. *Social Work in Health Care*, 50(9), 694–718. <https://doi.org/10.1080/00981389.2011.580421>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Choi, G.-Y. (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work*, 35(3), 225–242. <https://doi.org/10.1080/03643107.2011.575333>
- Christopher, J. C., & Maris, J. A. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 114–125. <https://doi.org/10.1080/14733141003750285>
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/a0033798>
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metanalysis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570–580. <https://doi.org/10.1037/a0030388>
- Coleman, A. M., Chouliara, Z., & Currie, K. (2021). Working in the field of complex psychological trauma: A framework for personal and professional growth, training, and supervision. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 2791–2815. <https://doi.org/10.1177/0886260518759062>
- Collins, S., & Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 17–27. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00526.x>
- Constantine, M. (2002). Predictors of satisfaction with counseling: Racial and ethnic minority clients' attitudes toward counseling and ratings of their counselors' general and multicultural counseling competence. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 255–263. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.255>
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23(3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- 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(1), 89–96. <https://doi.org/10.1002/jts.20008>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung: Kritische Prüfung eines Konstruktes* [Doctoral dissertation, Universität Bielefeld]. Bielefelder E-Dissertation.  
<https://sekundaertraumatisierung.de/>
- Dekel, R., Hantman, S., Ginzburg, K., & Solomon, Z. (2006). The cost of caring? Social workers in hospitals confront ongoing terrorism. *British Journal of Social Work*, 37(7), 1247–1261. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl081>
- Demchak-Buotte, M. D. (2021). *Vicarious traumatization and vicarious resilience in mental health professionals: An investigation of group differences* [Doctoral dissertation, Walden University]. ProQuest Dissertations Publishing.  
<https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/10576/>
- Devilly, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 43(4), 373–385.  
<https://doi.org/10.1080/00048670902721079>
- Diner, M. T. (2016). *Measuring mindfulness and its relationship to secondary traumatic stress* [Doctoral dissertation, Yeshiva University]. ProQuest Dissertations Publishing.  
<https://www-proquest-com.uaccess.univie.ac.at/docview/1965485278?pq-origsite=primo>
- Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatising: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(1), 107–116.  
<https://doi.org/10.1080/03069880500483166>
- Edelkott, N., Engstrom, D. W., Hernandez-Wolfe, P., & Gangsei, D. (2016). Vicarious resilience: Complexities and variations. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 713–724. <https://doi.org/10.1037/ort0000180>
- Efstation, J. F., Patton, M. J., & Kardash, C. M. (1990). Measuring the working alliance in counselor supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 322–329.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.3.322>
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25–36.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Engstrom, D., Hernandez, P., & Gangsei, D. (2008). Vicarious resilience: A qualitative investigation into its description. *Traumatology*, 14(3), 13–21.  
<https://doi.org/10.1177/1534765608319323>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). Sage Publications Inc.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780203777381>
- Figley, C. R. (1998). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. CRC Press LLC.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed., pp. 3–28). MD: Sidran Press.
- Figley, C. R. (Ed.). (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780203890318-11>
- Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 275–282. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.275>
- Ghahramanlou, M., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 229–240.
- Gil, S. (2015). Is secondary traumatization a negative therapeutic response? *Journal of Loss and Trauma*, 20(5), 410–416. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.921036>
- Gilbar, O., Weinberg, M., & Gil, S. (2012). The effects of coping strategies on PTSD in victims of a terror attack and their spouses. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(2), 246–261. <https://doi.org/10.1177/0265407511426939>
- Girden, E. R. (1992). *ANOVA: Repeated measures. A Sage university paper: Quantitative applications in the social sciences* (8th ed.). Sage Publications Inc.
- Gottesman, J. (2008). *Secondary traumatic stress and resilience among practicum-level psychology trainees* [Doctoral dissertation, University of the Rockies]. ProQuest Dissertations Publishing.  
<https://www.proquest.com/docview/304362824?parentSessionId=8MCn%2B4YJGRkXzdbZUd2BDlucnFfQJz5k3QcPwbGjaog%3D&pq-origsite=primo&accountid=14682>
- Grabbe, L., Nguy, S. T., & Higgins, M. K. (2012). Spirituality development for homeless youth: A mindfulness meditation feasibility pilot. *Journal of Child and Family Studies*, 21(6), 925–937. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9552-2>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Gräßer, M., Hovermann, E., & Kebé, M. (2016). *Skala zur Erfassung der beruflichen Lebensqualität – Mitgefühlzufriedenheit und Mitgefühlsmüdigkeit*. Abgerufen von <https://proqol.org/proqol-measure>
- Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562840. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562840>
- Hallinan, S., Shiyko, M. P., Volpe, R., & Molnar, B. E. (2019). Reliability and validity of the Vicarious Trauma Organizational Readiness Guide (VT-ORG). *American Journal of Community Psychology*, 64(3-4), 481–493. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12395>
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy*, 46(2), 203–219. <https://doi.org/10.1037/a0016081>
- Hartman, C. R. (1995). The nurse-patient relationship and victims of violence. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 9, 175–192.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis, second edition: A regression-based approach*. Guilford Publications.
- Hayes, M. W. (2013). The challenge of burnout: An ethical perspective. *Annals of Psychotherapy & Integrative Health*, 16(2), 20–25.
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83–91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
- 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(1), 67–83. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2010.29.1.67>
- Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Social Science Premium Collection*, 46(2), 229–241. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00206.x>
- Hernandez-Wolfe, P. (2018). Vicarious resilience: A comprehensive review. *Revista De Estudios Sociales*(66), 9–17. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.02>
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153–172. <https://doi.org/10.1177/0022167814534322>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Hofmann, P. B. (2009). Addressing compassion fatigue. The problem is not new, but it requires more urgent attention. *Healthcare Executive*, 24(5), 40–42.
- Hotchkiss, J. T., & Leshner, R. (2018). Factors predicting burnout among chaplains: Compassion satisfaction, organizational factors, and the mediators of mindful self-care and secondary traumatic stress. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 72(2), 86–98. <https://doi.org/10.1177/1542305018780655>
- Howlett, S. L., & Collins, A. (2014). Vicarious traumatisation: Risk and resilience among crisis support volunteers in a community organisation. *South African Journal of Psychology*, 44(2), 180–190. <https://doi.org/10.1177/0081246314524387>
- IBM Corporation. (2022). *Kurvenanpassung*. <https://www.ibm.com/docs/de/spss-statistics/saas?topic=features-curve-estimation>
- Ivicic, R., & Motta, R. (2017). Variables associated with secondary traumatic stress among mental health professionals. *Traumatology*, 23(2), 196–204. <https://doi.org/10.1037/trm0000065>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. The Free Press.
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Jenkins, S. R., Mitchell, J. L., Baird, S., Whitfield, S. R., & Meyer, H. L. (2011). The counselor's trauma as counseling motivation: Vulnerability or stress inoculation? *Journal of Interpersonal Violence*, 26(12), 2392–2412. <https://doi.org/10.1177/0886260510383020>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. John Wiley & Sons.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3).
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kassam-Adams, N. (1999). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care*

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed., pp. 37–48). MD: Sidran Press.
- Killian, K. (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. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Killian, K., Hernandez-Wolfe, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2017). Development of the Vicarious Resilience Scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 9*(1), 23–31. <https://doi.org/10.1037/tra0000199>
- Kipf, S. (2019). *Die Validierung der österreichischen Übersetzung der Professional Quality of Life Scale (ProQOL)* [Master's thesis, University of Vienna]. <https://doi.org/10.25365/thesis.59391>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Lambert, S. F., & Lawson, G. (2013). Resilience of professional counselors following hurricanes Katrina and Rita. *Journal of Counseling & Development, 91*, 261–268. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013>
- Larsen, D., & Stamm, B. H. (2008). Professional quality of life and trauma therapists. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth* (Vol. 57, pp. 275–293). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118269718.ch14>
- Lazos, G., & Kredentser, O. (2021). Resilience of psychotherapists and the relationship between their personal and professional characteristics. *American Journal of Applied Psychology, 10*(6), 162–172. <https://doi.org/10.11648/j.ajap.20211006.15>
- Lim, N., Kim, E. K., Kim, H., Yang, E., & Lee, S. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: A meta-analysis. *Journal of Employment Counseling, 47*, 86–96. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2010>
- Litam, S. D. A., Ausloos, C. D., & Harrichand, J. J. S. (2021). Stress and resilience among professional counselors during the COVID-19 pandemic. *Journal of Counseling & Development, 99*(4), 384–395. <https://doi.org/10.1002/jcad.12391>
- Lomas, T. (2017). Recontextualising mindfulness: Theravada Buddhist perspectives on the ethical and spiritual dimensions of awareness. *Psychology of Religion and Spirituality, 9*(2), 209–219. <https://doi.org/10.1037/rel0000080>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2019). A systematic review and meta-analysis of the impact of mindfulness-based interventions on the well-being of healthcare professionals. *Mindfulness*, 10(7), 1193–1216.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-1062-5>
- Mahoney, M. J., & Lyddon, W. J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologist*, 16, 190–234.  
<https://doi.org/10.1177/0011000088162001>
- Malach-Pines, A. (2005). The Burnout Measure, Short Version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78–88. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.78>
- Maslach, C. H., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook*. Routledge.
- McCann, L. I., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- Meldrum, L., King, R., & Spooner, D. (2002). Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 85–106). Brunner-Routledge.
- Motulsky, H., & Christopoulos, A. (2004). *Fitting models to biological data using linear and nonlinear regression: A practical guide to curve fitting*. Oxford University Press.
- Munafò, M. R., Nosek, B. A., Bishop, D. V. M., Button, K. S., Chambers, C. D., Du Sert, N. P., Simonsohn, U., Wagenmakers, E.-J., Ware, J. J., & Ioannidis, J. P. A. (2017). A manifesto for reproducible science. *Nature Human Behaviour*, 1, 21.  
<https://doi.org/10.1038/s41562-016-0021>
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress and child welfare workers. *Child Welfare*, 82(1), 5–26.
- Neuberger, O. (1976). Der Arbeitsbeschreibungsbogen: Ein Versuch zur Messung der Arbeitszufriedenheit. *Problem und Entscheidung*, 1, 1–169.
- Neuberger, O., & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem „Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)“*. Hans Huber.
- 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(1), 25–43.  
<https://doi.org/10.1080/15555240.2011.540978>



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Owens-King, A. P. (2019). Secondary traumatic stress and self-care inextricably linked. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 37–47.  
<https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1472703>
- Pack, M. (2014). Vicarious resilience: A multilayered model of stress and trauma. *Affilia*, 29(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/0886109913510088>
- Paulhus, D. L. (2017). Socially desirable responding on self-reports. In V. Ziegler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1–5). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8>
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. WW Norton & Co.
- Perron, B. E., & Hiltz, B. S. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 216–234. <https://doi.org/10.1007/s10560-005-0044-3>
- Petersen, K. L. (2014). *Secondary traumatic stress in mental health providers* [Doctoral dissertation, Fielding Graduate University]. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www-proquest-com.uaccess.univie.ac.at/docview/1625974122?pq-origsite=primo>
- Piaget, J. (1971). *Psychology and epistemology: Towards a theory of knowledge*. Viking Press.
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1998). *Career burnout: Causes and cures*. NY: Free Press.
- Pulido, M. L. (2012). The ripple effect: Lessons learned about secondary traumatic stress among clinicians responding to the september 11th terrorist attacks. *Clinical Social Work Journal*, 40(3), 307–315. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0384-3>
- Puvimanasinghe, T., Denson, L. A., Augoustinos, M., & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatization: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 743–765. <https://doi.org/10.1177/1363461515577289>
- Rasinski, K. A., Visser, P. S., Zagatsky, M., & Rickett, E. M. (2005). Using implicit goal priming to improve the quality of self-report data. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41, 321–327. <https://doi.org/10.2466/pr0.1979.45.2.590>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Reynolds, A. (2020). *Exploring vicarious resilience among practitioners working with clients who have experienced traumatic events* [Doctoral dissertation, University of New York]. ProQuest Dissertations Publishing.  
<https://search.proquest.com/openview/bcbb278c34fcf4a81a6833534535713e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=51922&diss=y>
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Prentice Hall.
- Saakvitne, K. W., Tennen, H., & Affleck, G. (1998). Exploring thriving in the context of clinical trauma theory: Constructivist self development theory. *Journal of Social Issues*, 54(2), 279–299. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01219.x>
- Sabella, S. A., Schultz, J. C., & Landon, T. J. (2020). Validation of a brief form of the Supervisory Working Alliance Inventory. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 63(2), 115–124. <https://doi.org/10.1177/0034355219846652>
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449–480.  
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00030-8)
- Sagerschnig, S., & Nowotny, M. (2020). *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2019*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.  
[https://1588/1/Publikation\\_Berufsgruppen\\_1991-2019\\_bf.pdf](https://1588/1/Publikation_Berufsgruppen_1991-2019_bf.pdf)
- Samios, C., Abel, L. M., & Rodzik, A. K. (2013). The protective role of compassion satisfaction for therapists who work with sexual violence survivors: An application of the broaden-and-build theory of positive emotions. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26, 610–623. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.784278>
- Sansbury, B. S., Graves, K., & Scott, W. (2015). Managing traumatic stress responses among clinicians: Individual and organizational tools for self-care. *Trauma*, 17(2), 114–122.  
<https://doi.org/10.1177/1460408614551978>
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counsellors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49–64.
- Sexton, L. (1999). Vicarious traumatising of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(3), 393–403.  
<https://doi.org/10.1080/03069889908256279>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Shannon, P. J., Simmelink-McCleary, J., Im, H., Becher, E., & Crook-Lyon, R. E. (2014). Experiences of stress in a trauma treatment course. *Journal of Social Work Education*, 50(4), 678–693. <https://doi.org/10.1080/10437797.2014.947901>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>.
- Shepard, B. C. (2013). Between harm reduction, loss and wellness: On the occupational hazards of work. *Harm Reduction Journal*, 10, 5. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-5>
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176–200. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>
- Silveira, F. S., & Boyer, W. (2015). Vicarious resilience in counselors of child and youth victims of interpersonal trauma. *Qualitative Health Research*, 25(4), 513–526. <https://doi.org/10.1177/1049732314552284>
- Slattery, S. M., & Goodman, L. A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence Against Women*, 15(11), 1358–1379. <https://doi.org/10.1177/1077801209347469>
- Smith Hatcher, S., Bride, B. E., Oh, H., Moultrie King, D., & Franklin Catrett, J. (2011). An assessment of secondary traumatic stress in juvenile justice education workers. *Journal of Correctional Health Care*, 17(3), 208–217. <https://doi.org/10.1177/1078345811401509>
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 115–128). Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). Pocatello. ProQOL.org
- Steed, L. G., & Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2, 5-26. <http://www.massey.ac.nz/~trauma/>

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

- Storozuk, A., Ashley, M., Delage, V., & Maloney, E. A. (2020). Got bots? Practical recommendations to protect online survey data from bot attacks. *The Quantitative Methods for Psychology*, 16(5), 472–481. <https://doi.org/10.20982/tqmp.16.5.p472>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_03](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_03)
- Toutenburg, H., & Heumann, C. (2008). *Deskriptive Statistik: Eine Einführung in Methoden und Anwendungen mit R und SPSS* (6. Aufl.). Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-77788-5>
- Vera, D. (2020). *Are we ready to face trauma? Trauma knowledge serving as resilience to Vicarious Traumatization* [Doctoral dissertation, Alliant International University]. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www-proquest-com.uaccess.univie.ac.at/docview/2445555305?pq-origsite=primo>
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., & Klasen, F. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.21875>
- Wheeler, A. J., & McElvaney, R. (2017). “Why would you want to do that work?” The positive impact on therapists of working with child victims of sexual abuse in Ireland: A thematic analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1336077>
- Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197–206. <https://doi.org/10.1086/651257>

**Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1.</b> Mediationsmodell zum Einfluss von Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit auf ST über den Mediator SR .....	115
<b>Abbildung 2.</b> Mediationsmodell zum Einfluss von Fallzahl an Klient*innen mit Traumatisierung auf ST über den Mediator SR .....	116
<b>Abbildung 3.</b> Mediationsmodell zum Einfluss der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient*innen infolge der Traumatisierung auf ST über den Mediator SR .....	117
<b>Abbildung 4.</b> Mediationsmodell zum Einfluss der kombinierten Variable „Trauma-Belastung gesamt“ auf ST über den Mediator SR .....	118

**Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1.</b> Berufsbezogene Charakteristika der Stichprobe .....	73
<b>Tabelle 2.</b> Deskriptive Statistiken der Stellvertretenden Resilienz (SR) und der Stellvertretenden Traumatisierung (ST) in der Stichprobe .....	88
<b>Tabelle 3.</b> Deskriptive Statistiken der Konzepte Mitgefühlszufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung in der Stichprobe .....	89
<b>Tabelle 4.</b> Deskriptive Statistiken zur Gesamtskala und den Subskalen der absolvierten Fortbildungen .....	90
<b>Tabelle 5.</b> Häufigkeitsverteilung der gewählten Fortbildungsart in den Fortbildungs- Subskalen .....	90
<b>Tabelle 6.</b> Deskriptive Statistiken zur Anzahl der absolvierten Fortbildungsarten innerhalb der Themenbereiche Resilienz, Stellvertretende Traumatisierung (ST) und Stellvertretende Resilienz (SR) .....	91
<b>Tabelle 7.</b> Ergebnisse der Post-hoc-Tests der ANOVA mit Messwiederholung für die Konzepte Mitgefühlszufriedenheit, Burnout, Mitleidsermüdung und SR .....	92
<b>Tabelle 8.</b> Ergebnisse der Post-hoc-Tests der ANOVA mit Messwiederholung für die Konzepte Mitgefühlszufriedenheit, Burnout, Mitleidsermüdung und ST .....	93
<b>Tabelle 9.</b> Ergebnisse der Post-hoc-Tests der ANOVA mit Messwiederholung für die Konzepte Mitgefühlszufriedenheit, Burnout und Mitleidsermüdung .....	93
<b>Tabelle 10.</b> Spearman-Korrelationen zwischen den Konzepten Mitgefühlszufriedenheit, Burnout, Mitleidsermüdung und SR und ST .....	94
<b>Tabelle 11.</b> Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima von SR und ST in den drei Gruppen der Praxis in der Trauma-Arbeit .....	95
<b>Tabelle 12.</b> Ergebnisse des Games-Howell Post-hoc-Tests der ANOVA für die drei a-priori formulierten Gruppen der Dauer in der Trauma-Arbeit bei der SR .....	96
<b>Tabelle 13.</b> Ergebnisse des GT2 Post-hoc-Test von Hochberg der ANOVA für die drei a- priori formulierten Gruppen der Dauer in der Trauma-Arbeit bei der ST .....	97
<b>Tabelle 14.</b> Ergebnisse des Games-Howell Post-hoc-Tests der ANOVA für die drei gleich großen Gruppen der Dauer in der Trauma-Arbeit bei der SR .....	98
<b>Tabelle 15.</b> Ergebnisse des Tukey Post-hoc-Test der ANOVA für die drei gleich großen Gruppen der Dauer in der Trauma-Arbeit bei der ST .....	99
<b>Tabelle 16.</b> Kurvenanpassung verschiedener Gleichungsmodelle für den Zusammenhang zwischen SR und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit .....	100

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

<b>Tabelle 17.</b> Kurvenanpassung verschiedener Gleichungsmodelle für den Zusammenhang zwischen ST und Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit .....	101
<b>Tabelle 18.</b> Spearman-Korrelationen von verschiedenen Belastungsvariablen mit SR und ST .....	103
<b>Tabelle 19.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der Fallzahl an Klient*innen mit Traumatisierung auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR.....	105
<b>Tabelle 20.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der Fallzahl an Klient*innen mit Traumatisierung auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST .....	106
<b>Tabelle 21.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient*innen infolge der Traumatisierung auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR .....	107
<b>Tabelle 22.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient*innen infolge der Traumatisierung auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST.....	108
<b>Tabelle 23.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der Variable „Trauma-Belastung gesamt“ auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und SR.....	109
<b>Tabelle 24.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von der Variable „Trauma-Belastung gesamt“ auf den Zusammenhang zwischen Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit und ST .....	110
<b>Tabelle 25.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von SR auf den Zusammenhang zwischen ST und der Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit .....	111
<b>Tabelle 26.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von SR auf den Zusammenhang zwischen ST und der Fallzahl an Klient*innen mit Traumatisierung .....	112
<b>Tabelle 27.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von SR auf den Zusammenhang zwischen ST und der durchschnittlichen Intensität der Belastung der Klient*innen infolge der Traumatisierung .....	113
<b>Tabelle 28.</b> Haupteffekte und Interaktionseffekt der Moderationsanalyse von SR auf den Zusammenhang zwischen ST und der Variable „Trauma-Belastung gesamt“ .....	114
<b>Tabelle 29.</b> Spearman-Korrelationen der Risiko- und Schutzfaktoren mit SR und ST .....	119
<b>Tabelle 30.</b> Mittelwerte und Standardabweichungen der SR und der ST in den verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen .....	120

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

<b>Tabelle 31.</b> Ergebnisse der Regressionsanalyse mit schrittweiser Rückwärtselimination zur Vorhersage der SR über acht inkludierte Faktoren.....	123
<b>Tabelle 32.</b> Ergebnisse der Regressionsanalyse mit schrittweiser Rückwärtselimination zur Vorhersage der ST über acht inkludierte Faktoren .....	124



**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Beschreibung</b>
ABB	Arbeitsbeschreibungsbogen
BSWAI-T	Brief form of the Supervisory Working Alliance Inventory–Trainee Form
CSDT	Constructivist Self-Development-Theory
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
FST	Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung
JDI	Job Descriptive Index
ProQOL	Professional Quality of Life Scale
PTW	Posttraumatisches Wachstum
SPTW	Stellvertretendes Posttraumatisches Wachstum
SR	Stellvertretende Resilienz
ST	Stellvertretende Traumatisierung
STS	Sekundärer traumatischer Stress
STSS	Secondary Traumatic Stress Scale
SWAI-T	Supervisory Working Alliance Inventory–Trainee Form
VRS	Vicarious Resilience Scale

**Anhang****Anhangsverzeichnis**

Zusammenfassung .....	171
Abstract .....	172
<b>A. Materialien der Rekrutierung.....</b>	<b>173</b>
A1. Text der versendeten Serienmails .....	173
A2. Studienflyer zur Rekrutierung .....	174
<b>B. Studienmaterialien .....</b>	<b>175</b>
B1. Informed Consent .....	175
B2. Teilnahmevoraussetzung der Trauma-Arbeit .....	176
<b>C. Präregistrierung .....</b>	<b>177</b>
C1. AsPredicted Template .....	177

### **Zusammenfassung**

**Hintergrund.** Psychologisch tätige Personen können durch die Arbeit mit Menschen, die ein Trauma erfahren haben, beeinflusst werden. Besser erforscht sind hier die negativen Effekte der Trauma-Arbeit, die sich in Symptomen ähnlich einer PTBS zeigen können. Es gibt hier verschiedene Konzepte, wobei die Stellvertretende Traumatisierung (ST) eines der bekanntesten darstellt. Neuere Forschung hat gezeigt, dass sich auch persönliches Wachstum aus dieser Tätigkeit ergeben kann, woraus das Konzept der Stellvertretenden Resilienz (SR) entwickelt wurde.

**Ziele.** Die vorliegende Arbeit möchte das Verständnis der positiven Effekte von Trauma-Arbeit vertiefen, Vergleiche zu anderen Konstrukten in diesem Bereich anstellen, das Zusammenspiel zwischen positiven und negativen Auswirkungen dieser Tätigkeit genauer beleuchten sowie verschiedene Risikofaktoren untersuchen.

**Methodik.** Über eine querschnittliche Online-Studie wurden 713 psychologisch tätige Personen aus Österreich und Deutschland befragt, die unter anderem Klient\*innen mit Traumatisierung betreuen.

**Ergebnisse.** Über die Dauer der Praxis in der Trauma-Arbeit nehmen die SR und die ST zu. SR zeigt den stärksten Zusammenhang zu den Achtsamkeits- und Entspannungspraktiken einer psychologisch tätigen Person, während die ST negativ mit einer schlechten Arbeitsumgebung korreliert ist. Es zeigt sich eine starke Korrelation zwischen ST und Mitleidsermüdung. Bei der SR finden sich dagegen nur niedrige Zusammenhänge zu anderen Konzepten in diesem Bereich.

**Fazit.** Die ST und die SR stellen distinkte Konstrukte dar, die parallel zueinander auftreten können. Während positive Effekte durch die psychologisch tätige Person selbst gefördert werden können, braucht es im Umgang mit den negativen Auswirkungen dieser Tätigkeit institutionellen Beistand, woraus sich die Forderung nach angemessener Unterstützung ergibt.

*Schlagworte:* Stellvertretende Traumatisierung, Stellvertretenden Resilienz, Trauma-Arbeit

**Abstract**

**Objective.** Mental health professionals can be affected by working with people who have experienced trauma. More thoroughly researched are the negative effects of trauma work, which can trigger symptoms similar to PTSD. There are several concepts being used to describe this phenomenon, one of the most acquainted being vicarious traumatization (VT). Recent research has shown a positive impact can occur as a result of trauma work, which has led to the concept of vicarious resilience (VR).

**Aims.** This thesis aims to deepen the understanding of the positive effects of trauma work, to compare VR and VT with other concepts in this field, to explore the interaction between positive and negative effects and to examine various risk factors.

**Methods.** Via a cross-sectional online survey, 713 mental health professionals from Austria and Germany, working with people who have experienced trauma, were questioned.

**Results.** VR and VT increase over the duration of practice in trauma work. VR shows the strongest correlation to mindfulness and relaxation practices of mental health professionals, while VT is negatively associated with poor work environment. A strong correlation is found between VT and compassion fatigue. In contrast, VR is found to have low correlations with other concepts in the field.

**Conclusion.** VT and VR are distinct constructs that can occur in parallel. While positive effects can be enhanced by the mental health professionals themselves, institutional assistance is needed to mitigate the negative effects of this work, which results in the demand for appropriate support.

*Keywords:* vicarious traumatization, vicarious resilience, trauma work

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

## A. Materialien der Rekrutierung

## A1. Text der versendeten Serienmails

Sehr geehrte\*r Frau\*Herr \_\_\_\_\_,

Die klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische **Arbeit mit traumatisierten Menschen** kann negative Effekte für die helfenden Personen nach sich ziehen. Neuere Forschung zeigt jedoch, dass Trauma-Arbeit die Helfenden auch positiv beeinflussen kann. Diese spannenden Themen möchte ich im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität Wien mithilfe einer **Online-Studie** näher untersuchen und hoffe hier auf **Ihre Mithilfe!**

Was bedeutet „*Arbeit mit traumatisierten Menschen*“ in dieser Studie?

- Sie arbeiten unter anderem mit Klient\*innen, die ein psychisches Trauma erlitten haben
- Eine Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ ist NICHT erforderlich
- Die traumatischen Erlebnisse und Erfahrungen des\*der Klient\*in sind jedoch Thema in der gemeinsamen Arbeit

Wenn Sie an der Befragung teilnehmen möchten, klicken Sie einfach auf den nachstehenden Link: [→ Zum Fragebogen](#)

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. **10-15 Minuten**.

Bei Fragen oder Anmerkungen können Sie sich gern an die Studienleitung wenden:  
Maria Refle, BSc, E-Mail: [REDACTED]

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen  
Maria Refle, BSc

---

Diese E-Mail wird mit SoSci Survey versendet ([Impressum](#)). Fragen zum Datenschutz und zum Inhalt dieser E-Mail beantwortet Ihnen gerne [Maria Refle](#).  
Falls Sie keine weiteren E-Mails über SoSci Survey erhalten möchten, klicken Sie bitte [hier](#).

 universität  
wien

# Positive und negative Effekte von Traumaarbeit



## Sie sind gesucht!

Klinische Psycholog\*innen oder Psychotherapeut\*innen, die mit Traumapatient\*innen arbeiten

Mitmachen  
dauert nur  
10-15min

### Worum geht es?

Untersuchung der positiven und negativen Effekte, die Traumaarbeit nach sich ziehen kann

### Was bedeutet „Arbeit mit Traumapatient\*innen“?

Sie arbeiten unter anderem mit Klient\*innen, die ein psychisches Trauma erlitten haben, eine Diagnose „PTBS“ ist aber NICHT erforderlich

### Wie kann ich teilnehmen?

Einfach auf den Link klicken:  
[https://www.soscisurvey.de/Effekte\\_Traumapatient\\_innen/](https://www.soscisurvey.de/Effekte_Traumapatient_innen/)

### Bei Fragen können Sie sich jederzeit an die Studienleitung wenden:

Maria Refle, BSc, E-Mail:



## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT

### B. Studienmaterialien

#### B1. Informed Consent

**Teilnehmer\*inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Online-Studie:**

#### **Effekte der Arbeit mit traumatisierten Menschen**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir laden Sie ein, an dieser Online-Studie teilzunehmen.

**Ihre Teilnahme an dieser Studie ist anonym und erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder auch im Verlauf der Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie und erfolgt durch Schließung des Browsers.**

Diese Art von Studien ist notwendig, um verlässliche neue *wissenschaftliche* Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung von Studien ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie durch das Setzen eines Häkchens und das Drücken des „Weiter“-Buttons (unten) erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht, bei Fragen die Studienleitung zu kontaktieren.

#### **Zweck dieser Studie**

Diese Studie untersucht die positiven und negativen Effekte, die die klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen nach sich ziehen kann.

#### **Wie läuft die Studie ab?**

Im Rahmen dieser Studie bitten wir Sie Fragen zu Ihrer Person, Ihrer Arbeit mit traumatisierten Personen allgemein und Ihren Erlebnissen und Erfahrungen damit zu beantworten. Teilnahmevoraussetzung ist daher eine psychologische bzw. psychotherapeutische Tätigkeit, in der Sie (unter anderem) mit traumatisierten Personen arbeiten. Die voraussichtliche Zeitdauer für die Studienteilnahme beträgt **ca. 10-15 Minuten**.

*Was bedeutet „Arbeit mit traumatisierten Menschen“?*

- Sie arbeiten unter anderem mit Klient\*innen, die ein psychisches Trauma erlitten haben
- Eine Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ ist NICHT erforderlich
- Die traumatischen Erlebnisse und Erfahrungen des\*der Klient\*in sind jedoch Thema in der gemeinsamen Arbeit

#### **Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?**

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser Studie einen direkten Nutzen ziehen werden. Die Ergebnisse dieser Studie sollen jedoch das wissenschaftliche Verständnis über positive und negative Effekte der Traumaarbeit erweitern. Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keinerlei Risiken oder negative Konsequenzen zu erwarten.

#### **Datenschutz**

Die gesammelten Daten sind von vornherein anonym, werden elektronisch gespeichert, für statistische Analysen ausschließlich auf Gruppenebene herangezogen und können im Zuge von Veröffentlichungen für spätere Analysen auf einem Forschungsarchiv online zugänglich gemacht werden. Nach Abschluss der Datenerhebung ist prinzipiell keine Zuordnung mehr zwischen den Daten im Datensatz und Ihrer Person möglich – der Datensatz ist anonym. Entsprechend ist nach Abschluss dieser Datenerhebung auch keine gezielte Löschung Ihres persönlichen Datensatzes möglich, da wir diesen nicht zuordnen können.

## EFFEKTE DER TRAUMA-ARBEIT


**Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit der Studie steht Ihnen die Studienleitung gerne zur Verfügung:  
 Maria Refle, BSc, E-Mail: [REDACTED]

**Einwilligungserklärung**

Den Aufklärungsteil habe ich gelesen und verstanden.

## **B2. Teilnahmevoraussetzung der Trauma-Arbeit: Abbruch der Studie bei Nicht-Erfüllen**


universität  
wien

---

### Achtung!

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Sie haben soeben angegeben, dass sie NICHT mit traumatisierten Menschen arbeiten. In diesem Fall können Sie an dieser Studie leider nicht teilnehmen, da dies als Teilnahmevoraussetzung gilt.

**Was bedeutet "Arbeit mit traumatisierten Menschen"?**

- Sie arbeiten unter anderem mit Klient\*innen, die ein psychisches Trauma erlitten haben
- Eine Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) ist NICHT erforderlich
- Die traumatischen Erlebnisse und Erfahrungen des\*der Klient\*in sind jedoch Thema in der gemeinsamen Arbeit

Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, klicken Sie nun bitte auf „Ja“, um mit der Studie fortfahren zu können.  
 Erfüllen Sie die Voraussetzungen nicht, klicken Sie auf „Nein“ und beenden so Ihre Teilnahme.

**In meiner psychologischen Tätigkeit arbeite ich unter anderem mit Traumapatient\*innen. ⓘ**

☐ Ja

☐ Nein

Weiter

---

Maria Refle, Universität Wien – 2022

19% ausgefüllt



## C. Präregistrierung

## C1. AsPredicted Template



**As Predicted:** "Wie die Arbeit mit traumatisierten Menschen  
Therapeut\*innen beeinflusst: Sekundärer traumatischer Stress und  
Stellvertretende Resilienz" (#91077)

**Created:** 03/16/2020 02:35 AM (PT)

**Public:** 03/16/2022 02:39 AM (PT)

**Author(s)** Maria Refle (University Vienna) [REDACTED]

**1) Have any data been collected for this study already?**

No, no data have been collected for this study yet.

**2) What's the main question being asked or hypothesis being tested in this study?**

I would like to explore the positive and negative effects of working with traumatized people. Therefore, I want to examine the two concepts Vicarious Resilience (VR) and secondary traumatic stress (STS). The main goals are to deepen the understanding of the positive effects of trauma work and to shed more light on the interaction of negative (STS) and positive (VR) effects of working with traumatized people. Additionally, I would like to explore risk factors and protective factors in this field and I want to show differentiations and/or overlaps between the concepts of VR and STS and other concepts in the trauma field.

**3) Describe the key dependent variable(s) specifying how they will be measured.**

The dependent variables are the two concepts Vicarious Resilience (VR) and secondary traumatic stress (STS). VR will be measured with an german translated version of the Vicarious Resilience Scale (VRS; Killian et al., 2017) and the STS will be measured with a german scale called "Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung" (FST; Daniels, 2006).

**4) How many and which conditions will participants be assigned to?**

The participants are not assigned to any conditions, since only a correlation study is being conducted.

**5) Specify exactly which analyses you will conduct to examine the main question/hypothesis.**

To investigate the interaction between VR and STS, both correlations and non-linear regressions will be used. To examine various risk factors and protective factors for the two concepts, correlations, moderator analyses, and analysis of variance (ANOVAs), as well as a multiple regression and a one-way MANOVA will be calculated. Correlations are also

calculated to show differentiations and overlaps between the concepts of VR and STS and other concepts in the trauma field.

**6) Describe exactly how outliers will be defined and handled, and your precise rule(s) for excluding observations.**

Participants are excluded from the study if they haven't answered more than 25% of the items relevant to the hypothesis under investigation. In addition, it will be checked whether there are outliers according to the boxplot and whether these falsify the analyses. In such a case, these cases are also excluded from the analysis.

**7) How many observations will be collected or what will determine sample size? No need to justify decision, but be precise about exactly how the number will be determined.**

The required sample size was calculated using G\*Power. Since almost all effects found so far have been in the small to medium range, I calculated the analysis with a small effect size. The sample size was calculated for  $\alpha = .05$  and a power of 80 and showed that  $N = 391$  participants are required.

**8) Anything else you would like to pre-register? (e.g., secondary analyses, variables collected for exploratory purposes, unusual analyses planned?)**

Nothing else to pre-register.

**Available at** <https://aspredicted.org/jc5gp.pdf>  
(Permanently archived at  
[http://web.archive.org/web/\\*/https://aspredicted.org/jc5gp.pdf](http://web.archive.org/web/*/https://aspredicted.org/jc5gp.pdf))